

UNIVERSITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Bio-psycho-sociálně-spirituální model v substituční léčbě buprenorfinem

Bio-psycho-social-spiritual model in the buprenorphine substitutional treatment

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce:

Richard Hanus, DiS.

Vedoucí práce:

doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Anotace

Tématem bakalářské práce je aplikace celostního, bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti do konkrétní léčebné metody, a to substituční (nahrazovací) léčby osob závislých na opiátových návykových látkách syntetickým opioidem buprenorfin.

Cílem práce je popsat podstatu BPSS modelu závislosti, se specifiky závislosti na opiátech, z něj vycházejícího systému léčby, a poukázat na substituční léčbu jako jednu z efektivních metod cesty závislého k zvýšení kvality života. Potvrdit potřebnost celostního vnímání substituční léčby, kdy podávání náhražkové drogy samo o sobě nepředstavuje reálnou šanci pro závislé osoby, pokud není tato léčba doplněna psychosociálním a spirituálním terapeutickým přístupem.

Dalším cílem je objektivní zmapování rizik, které v praxi zavádění substituční léčby v celostní šíři přináší v kontextu současné reality.

Práce bude zvažovat východiska přístupu k závislým na opiátech, zejména optiku celoživotní abstinence versus kontrolované užívání, vedoucího ke zkvalitnění života závislých.

Teoretickým východiskem práce je teorie bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti a možnosti jeho aplikace na vybraný konkrétní léčebně terapeutický přístup – substituční léčbu buprenorfinem. Autor zaměří svou pozornost na reálnou podobu buprenorfinové substituce po deseti letech jejího zavedení v České republice, včetně výhod, které tato metoda znamenala v oblasti snižování škod a rizik způsobených užíváním drog (přístup harm reduction), a na druhou stranu úskalí a pastí, které zavedení tohoto modelu přineslo v reálné praxi. Teoretické přístupy budou dokladovány zkušenostmi autora jak v přímé a metodické práci v programu své mateřské profesní organizace, tak i kasuisticky zpracovanými příběhy klientů – uživatelů a zneuživatelů této návykové látky.

V práci bude použit empiricko analytický přístup.

Klíčová slova: drogy, závislost, opioidy, substituční léčba, harm reduction, buprenorfin, celostní přístup

Annotation

This thesis is focused on the application of holistic, bio-psycho-social-spiritual model of dependence to concrete therapeutic method, namely to the substitution treatment of persons dependent on opiate addictive substances with synthetic opioid buprenorphine.

The aim is to describe the essence of BPSS model of addiction, with the specifics of opiate addiction, and the treatment system based on it. Also, to show substitution therapy as one of the most effective methods that improves quality of a dependent person's life. Further, to confirm the need for a holistic perception of substitution treatment when ersatz drug use itself is not a real chance for dependent persons, unless such treatment is accompanied by psychosocial and spiritual therapeutic approach.

Another objective is to map the risk that, in practice, the substitution therapy initiation in a holistic range brings in the context of contemporary reality.

The work will consider approach bases to opiate addicts, especially the optics of lifelong abstinence versus controlled use, leading to better quality of dependent person's life.

Theoretic base of the thesis is the theory of bio-psycho-social-spiritual model of dependence and the possibility of its application to the chosen concrete curative therapeutic approach - substitution treatment with buprenorphine.

Author will concentrate on the real form of buprenorphine substitution after ten years of its introduction in the Czech Republic, including the advantages that this method registered in reducing the damage and risks caused by drug use (harm reduction approach), and on the other side the pitfalls and traps that the model introduction brought in real practice.

Theoretical approaches will be documented by the author's experience in direct and methodological work in the career of its parent organization, as well as by the casuistically processed stories of clients - users and abusers of narcotic drugs. The work will use empirical analytical approach.

Keywords: drugs, addiction, opioids, substitution treatment, harm reduction, buprenorphine, and holistic approach

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použil jen vlastní zkušenosti z praxe a prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze dne 20. února 2012

Richard Hanus

Poděkování

Na tomto místě děkuji své vedoucí práce doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za přijetí tohoto tématu a vedení práce. Dále děkuji klientům – uživatelům drog, se kterými mohu pracovat ve své praxi, občanskému sdružení Semiramis o.s. za umožnění odborného rozvoje a kreativní práce v oblasti práce s drogově závislými. Další díky jsou směřovány MUDr. Michaele Štěpánkové za dlouhodobou spolupráci, odborné konzultace a hřejivé srdce. Další cenné zdroje informací, zejména z praxe v oblasti Harm reduction, poskytl Aleš Termer z o.s. Sananim. Nechci zapomenout ani na členy bývalé pracovní skupiny odborníků v psychosociální složce substituční léčby, v čele s Mgr. Alexandrou Roubalovou z o.s. Prev-Centrum, MUDr. Janem Audrlickým a MUDr. Jakubem Minaříkem z o.s. Sananim.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| <u>1 ZÁVISLOST - FENOMÉN ZÁVISLOSTI V BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ OPTICE JAKO KLÍČ K PROBLEMATICE</u> | 12 |
| 1.1 TRADIČNÍ POJETÍ ZÁVISLOSTI | 12 |
| 1.2 CELOSTNÍ, BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI | 13 |
| 1.2.1 BIOLOGICKÉ PŘEDPOKLADY | 15 |
| 1.2.2 PSYCHICKÉ PŘEDPOKLADY | 16 |
| 1.2.3 SOCIÁLNÍ PŘEDPOKLADY | 17 |
| 1.2.4 SPIRITUÁLNÍ PŘEDPOKLADY | 18 |
| 1.3 PROJEVY ZÁVISLOSTI NA DROGÁCH V BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍM MĚŘÍTKU | 19 |
| 1.3.1 BIOLOGICKÉ PROJEVY | 19 |
| 1.3.2 PSYCHICKÉ PROJEVY | 20 |
| 1.3.3 SOCIÁLNÍ PROJEVY | 21 |
| 1.3.4 SPIRITUÁLNÍ PROJEVY | 23 |
| <u>2 OPIOIDY</u> | 25 |
| 2.1 CHARAKTERISTIKA | 25 |
| 2.2 ROZŠÍŘENÍ | 27 |
| 2.3 ÚČINKY | 27 |
| 2.4 RIZIKA | 28 |
| 2.5 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH OPIOIDŮ | 29 |
| 2.5.1 HEROIN | 29 |
| 2.5.2 BRAUN | 30 |
| 2.5.3 OPIUM | 30 |
| 2.5.4 METADON | 31 |
| 2.5.5 BUPRENORFIN | 31 |
| 2.6 BUPRENORFIN JAKO SOUČÁST SUBSTITUČNÍCH PREPARÁTŮ V ČR | 32 |
| <u>3 INTERVENČNÍ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY VŮČI ZÁVISLÝM, SE ZŘETELEM NA ZÁVISLÉ NA OPIOIDECH</u> | 35 |
| 3.1 HARM REDUCTION, VÝZNAM A PROVÁZANOST S DALŠÍMI SLOŽKAMI | 35 |
| 3.2 STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ A DLOUHODOBÁ KOMUNITNÍ LÉČBA | 38 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 3.3 | AMBULANTNÍ LÉČBA | 40 |
| 3.4 | SUBSTITUČNÍ LÉČBA | 42 |
| 3.4.1 | SUBSTITUČNÍ LÉČBA UDRŽOVACÍ | 45 |
| 3.4.2 | AMBULANTNÍ DETOXIFIKACE | 45 |
| <u>4 SUBSTITUCE V BIO - PSYCHO - SOCIÁLNĚ -SPIRITUÁLNÍM MODELU</u> | | 47 |
| 4.1 | BIOLOGICKO-MEDICÍNSKÝ PŘÍSTUP V SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ | 47 |
| 4.1.1 | INĚKTERÉ FARMAKOLOGICKÉ OTÁZKY PŘI NASAZENÍ, DÁVKOVÁNÍ A VYSAZOVÁNÍ BUPRENORFINU | 49 |
| 4.1.1.1 | <i>Metadon nebo buprenorfin?</i> | 50 |
| 4.1.1.2 | <i>Nasazení buprenorfinu v samém začátku terapie</i> | 50 |
| 4.1.1.3 | <i>Stabilizace dávkování vzhledem ke kombinaci užívání s dalšími návykovými látkami</i> | 51 |
| 4.1.1.4 | <i>Snižování substituční látky</i> | 52 |
| 4.2 | PSYCHOSOCIÁLNÍ ROVINA SUBSTITUČNÍ LÉČBY | 55 |
| 4.2.1 | ZÁKLADNÍ PILÍŘE PSYCHOSOCIÁLNÍHO PROCESU – MOTIVACE, KONTRAKTOVÁNÍ, | |
| 4.2.2 | OTÁZKY RIZIK A PŘEKÁŽEK | 59 |
| 4.2.3 | PODPORA KLIENTA PO PSYCHICKÉ STRÁNCE | 60 |
| 4.2.4 | SOCIÁLNÍ A SOCIALIZAČNÍ PODPORA KLIENTA | 64 |
| 4.2.5 | SPIRITUÁLNÍ DIMENZE V PROGRAMECH SUBSTITUCE | 66 |
| 4.3 | REÁLNÉ MOŽNOSTI A PODMÍNKY CELOSTNÍCH SUBSTITUČNÍCH PROGRAMŮ | 68 |
| <u>5 SUBSTITUČNÍ LÉČBA A V PROGRAMECH SEMIRAMIS O.S.</u> | | 70 |
| 5.1 | POTŘEBNOST ZAVEDENÍ PROGRAMU SUBSTITUCE V ZAŘÍZENÍCH SEMIRAMIS O.S. | 70 |
| 5.2 | PODOBA SUBSTITUČNÍHO PROGRAMU K-CENTRA NYMBURK V LETECH 2007-9 | 71 |
| 5.2.1 | CÍLE PROGRAMU | 72 |
| 5.2.2 | KRITÉRIA PŘIJETÍ DO PROGRAMU, KONTRAINDIKACE. | 73 |
| 5.2.3 | PODMÍNKY A PRAVIDLA PROGRAMU | 74 |
| 5.2.4 | PRIORITY V DOSAHOVÁNÍ CÍLŮ | 75 |
| 5.2.5 | NÁVAZNOST A PROVÁZANOST S DALŠÍMI SLUŽBAMI | 76 |
| 5.3 | VÝVOJ PROGRAMU V K-CENTRU NYMBURK, JEHO KONEC | 76 |
| 5.4 | MOŽNÁ BUDOUCNOST CELOSTNÍHO SUBSTITUČNÍHO PROGRAMU V SEMIRAMIS O.S. | 79 |
| 5.5 | VYBRANÁ OŽEHAVÁ TÉMATA PLYNOUCÍ ZE ZKUŠENOSTÍ POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY | 80 |
| 5.5.1 | PROBLEMATIKA ODBOURÁVÁNÍ NITROŽILNÍ APLIKACE | 80 |
| 5.5.2 | JAK SE VZDÁT POZITIVNÍCH ASPEKTŮ INTOXIKACE | 82 |
| 5.5.3 | KDY BRZDIT VE SNIŽOVÁNÍ DÁVEK | 83 |

| | | |
|------------|----------------------------------|------------|
| 5.5.4 | POSLEDNÍ KROK | 84 |
| 6 | KASUISTIKY | 87 |
| 6.1 | VENCA | 87 |
| 6.2 | IRENA | 93 |
| 6.3 | VIKTOR | 96 |
| | ZÁVĚR | 101 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 103 |
| | INTERNETOVÉ ODKAZY | 105 |

ÚVOD

Substituční léčba opiátové závislosti představuje jednu ze standardních metod práce s osobami se závislostí na nealkoholových drogách. Myšlenka nahradit zneužívaný opioid – jiným preparátem opioidního charakteru, jehož přímé nebezpečí úmrtí a markantního rozpadu osobnosti není tak vysoké, jako u původní drogy, např. heroinu, vychází z neurobiologického mechanismu opiátové závislosti, která má výrazný fyzický rozměr a „jednoduché“ a náhlé vysazení drogy není pro část klientů reálné. Stejně nereálně se jeví dlouhodobější udržení abstinence.

Substituce dává závislému šanci výrazně snížit sociální a zdravotní rizika spojená s užíváním drog. Zároveň má – pokud není omezena na pouhý medicínský výdej substitučního opioidu – svou roli léčebnou a terapeutickou, skýtající naději na zisk motivace ke změně, udržení se v této motivaci a nabízí prostor k následné tvrdé a dlouhodobé práci na zkvalitnění života.

Substituční léčba je zajímavá právě svým přesahem mezi paradigmatem Harm reduction (snižování rizik spojených s užíváním drog) a přístupem léčebným. Ač tyto dva přístupy bývají často vnímány v protikladu, fenomén substituční léčby tyto přístupy spojuje a je obsažen v obou z nich. To je na substituční léčbě rozhodně to zajímavé a lákavé.

Pro veřejnost má substituční léčba mnohdy kontroverzní příměs. Bývá označována jako „kočkopes“, který umožňuje drogově závislým dál a dokonce legálně brát drogy, a přitom požívat výhod plynoucích ze zařazení do léčebného procesu (přístup k levnějšímu a legálnímu přístupu k návykové látce, k terapii, sociálním intervencím např. ve formě podporovaného zaměstnávání).

Dalším tématem, které je v oblasti substituce problematické, je masivní zneužívání této služby, kdy drogově závislí vstupují do substitučních programů účelově (získání kvalitní látky, bezproblémový přístup k droze bez trestněprávních rizik, nižší cena), či se ocitají v „pseudosubstitučních“ programech, ve kterých lékaři živelně a nekontrolovatelně předepisují klientům tolik opioidu, kolik z nich vymámí; nebo v substitučních programech vůbec nejsou a drogu získávají na černém trhu, kde se ocitá právě kvůli zneužívání klienty a kvůli nezodpovědnému a zjištnému přístupu některých lékařů, a to ve velkém množství.

Substituční léčba má v těchto souvislostech velmi kontroverzní nálepku, ale to z ní činí právě téma, které je zajímavé v přímé praxi. Představuje velkou výzvu k nabourání

stereotypního uvažování o této službě a k rozpuštění některých předsudků, které se okolo substituce vyskytují.

Aby mohla substituční léčba obstát před zraky odborné veřejnosti, aby se její podstata zprůhlednila, aby její cíle a vize byly jasné, je třeba opustit pouhý medicínský model, založený na pouhé výměně a náhradě jedné návykové látky za druhou. Nelze popřít, že i tato záležitost přináší nepopíratelný Harm reduction efekt, pokud uživatel heroinu přejde na užívání buprenorfinu, resp. metadonu. Náhražkovou látkou se velmi těžko předávkuje k smrti, buprenorfin má navíc díky své podstatě částečného opioidního agonisty jistý strop účinku. Nedochozí tedy k lineárnímu zvyšování dávek a analogicky k zvyšování finanční nákladnosti obstarání drogy (a s tím spojené vysoké kriminalitě).

Na druhou stranu, v současných letech, se Česká republika ocitá v situaci, kdy ve spektru opioidní závislosti již převažují ti závislí, pro něž je primární drogou subutex (tedy buprenorfin), a v jejich anamnéze se užívání heroinu už nevyskytuje, nebo dokonce nikdy nevyskytovalo.

Potom je pouhý medicínský přístup substituční léčby nedostatečný a Harm reduction efekty, natož pak léčebné šance, velmi sporné.

Východisko lze spatřit v postupné aplikaci celostního, bio-psycho-sociálně spirituálního modelu (dále v textu i jako BPSS modelu) v substituční léčbě. Klienta tím neredukujeme na pouhého příjemce drogy, respektive substituční látky, ale vnímáme jeho rozměr závislosti i jeho perspektivy v reálném světě v celostním, vzájemně se ovlivňujícím a prostupujícím měřítku. Přijímání a užívání legálního substitutu budiž vstupenkou a zároveň podmínkou do oblasti sociální práce, psychoterapie, rozvoje osobnosti a usilování o získání subjektivně maximální možné kvality života jedince.

Cílem této bakalářské práce je popsat substituční léčbu buprenorfinem v optice bio-psycho-sociálně-spirituální šíře, a tím přispět k pochopení smyslu substituční léčby jakožto validní a účinné intervenční složky při práci s opioidně závislými. Bude poukázáno na rozměr, prostor a následné šance, které se závislým mohou otevřít, pokud budou mít možnost vstoupit do takto holisticky pojímaného programu léčby. Není důležité, jaká část substitučního procesu spadá do kategorií léčby, či Harm reduction. Klíčovým problémem je práce s klientem na tom, aby jeho kvalita života dosáhla jeho vlastních maximálních limitů, přičemž je nutno uznat, že totální abstinence u mnohých závislých tyto limity překračuje.

Dále je cílem práce poukázat na objektivní rizika, které zavádění substituční léčby v celostní šíři přináší v kontextu současné reality. Na celostně pojímaném modelu

buprenorfinové substituce realizovaném v programu K-centra Nymburk je mým záměrem ukázat, kudy může jít ven cesta z koloběhu dlouhotrvající závislosti na opiátech, která je provázena ignorací veřejnosti, podezíravým a zneschopňujícím náhledem některých odborníků, jakož i nedůvěrou a tendencemi ke zneužívání z řad klientů.

Teoretická část práce je rozdělená na čtyři kapitoly. První se věnuje fenoménu závislosti v rozměru bio-psycho-sociálně-spirituálním, čímž je myšleno postihnutí biologických, psychologických a osobnostních aspektů, vlivů širšího i užšího sociálního prostředí a duchovních faktorů, které mohou příčinně způsobovat sklon člověka k závislosti. Dále bude popsáno, jak zmíněné aspekty ovlivňují život závislého a jak se závislost do těchto faktorů promítá. Druhá se zaměří na specifika závislosti na opioidních drogách a na závěr kapitoly popíšu rozdělení u nás běžně užívaných a abuzovaných opioidů z hlediska látkové podstaty, vlivu na CNS, účinků a rizik. Třetí kapitola se bude týkat popisu podstaty a cílů intervenčních a terapeutických přístupů vůči závislým na opioidech. Dotkne se principu Harm reduction, zmíní typy léčby, a to jak ambulantní, tak režimové a komunitní, a pochopitelně zahrne substituční léčbu, jak ve formě ambulantní detoxifikace, tak dlouhodobé udržovací substituce. Čtvrtá část se již úzce a konkrétně zaměří na substituční léčbu pojatou v celostním BPSS modelu. Jak se jednotlivé složky modelu promítají do procesu substituční léčby, co obnášejí a jaký celkový obraz lze v ideálu vytvořit. V kapitole bude obsažen i popis současného stavu v oblasti substituční léčby, s využitím zkušeností z výstupů pracovní skupiny odborníků v psychosociální složce substituční léčby, jejíž jsem byl spoluzakladatelem a účastníkem. Pátá, praktická část popíše nejprve existenci celostního substitučního programu pod hlavičkou K-centra Nymburk při Semiramis o.s., tedy důvody zavedení programu, jeho historii, metodiku, včetně vybraných ožehavých a důležitých subtémat programu. Tato témata budou přiblížena i přinesením tří komentovaných kasuistik. Bude rovněž zmíněna vize, která by v případě dostatku financí a personálu vedla k vybudování v našich podmínkách ideálního dvouúrovňového programu, prolínajícího Harm reduction zaměřenou udržovací substitucí s vysokoprahovou ambulantní detoxifikací.

1 ZÁVISLOST - FENOMÉN ZÁVISLOSTI V BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ OPTICE JAKO KLÍČ K PROBLEMATICE

1.1 Tradiční pojetí závislosti

Definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (Nešpor, 2005) říká, že syndrom závislosti představuje skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je označena často přemáhající touha brát psychoaktivní látky. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Pro lepší pochopení stavu závislosti nabízí Jeřábek (*Jeřábek in Kalina, 2008*) diagnostická kritéria závislosti, postulovaná jak v desáté revizi MKN, tak dle klasifikace Americké psychiatrické asociace DSM-IV:

Závislost můžeme diagnostikovat, pokud jsou většinou přítomné tyto příznaky:

- a) craving (bažení) – silná touha užít drogu
- b) narušená kontrola užívání - zvyšování dávek nebo frekvence braní
- c) odvykací stav – syndrom z odnětí, uživateli drog označovaný jako „abst'ák“, který se může projevit jak v oblasti fyzické, tak i duševní
- d) růst tolerance k množství užívané látky – množství užívané dříve již uživateli nestačí k dosažení očekávaných účinků
- e) zaujetí užíváním – zanedbávání původních přirozených aktivit; věnování většiny času záležitostem spojeným s užíváním – (zde si lze připomenout populární sananimské „3D“ – sehnat prostředky na Drogu, sehnat Drogu, užít Drogu)
- f) přetrvávající užívání navzdory následkům (v oblasti zdravotní, psychické, sociální)
- g) neúspěšné pokusy o abstinenci – vědomý pokus abstinovat napovídá, že si uživatel uvědomuje problémovost braní drog, což potvrzují následné recidivy

Často se můžeme setkat s dělením závislosti na fyzickou a psychickou (*MeDitorial, 2012*). Toto dělení bývá často zavádějící v oblasti postojové, kdy jak samotní uživatelé, tak i jejich blízcí, případně laická veřejnost, operují tím, že závislost fyzickou vnímají jako klíčový

problém a nositel všech obtíží, přičemž stačí „pouze vyabstinovat“, a problém je „vyřešen“, a naopak dochází k bagatelizaci psychické složky závislosti.

Ve skutečnosti fyzická složka závislosti může za to, že uživatel drog udržuje mezi jednotlivými aplikacemi určitý časový odstup; aplikace drogy je zapříčiněna obavami z rozvoje syndromu z odnětí. Ten může ohrozit v případě určitých drog (heroin, benzodiazepiny, alkohol, barbituráty) uživatele na životě, a v každém případě je velmi nepříjemný, jeho odeznění je však věci několika dnů (např. heroin) až týdnů (např. buprenorfin)

Psychická složka závislosti je však mnohem hůř ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více, než jen chtít nebrat a nějaký čas to vydržet. (*Minařík, 2004*). Proces zvládnutí a ukročení psychické závislosti je tím důvodem, proč je léčba závislosti dlouhodobým procesem, při kterém navíc krom časové náročnosti je kladen velký důraz na jeho resocializaci, osobnostní přestavbu závislého, změnu v myšlení, hodnotách a postojích, ve vztazích, což umožňuje mnohdy např. dlouhodobá komunitní léčba s intenzivní psychoterapií a umožněním hluboké sebezkušenosti.

Výše popisované odstavce vycházejí ze standardního pojmání závislosti jako nemoci, které je kodifikováno např. zařazením závislosti do Mezinárodní klasifikace nemocí pod podkapitolu F 10-19, tedy do duševních onemocnění. (*WHO, 2008*).

1.2 Celostní, bio-psycho-sociálně spirituální model závislosti

V posledních letech se, podobně jako v jiných oblastech speciální pedagogiky, začíná objevovat odklon v paradigmatu, od pojmání závislosti (srovnej s mentálním postižením, tělesným postižením aj.) coby nemoci s cílem uzdravení, resp. nastolení paliativní péče, k vnímání celostnímu, ve kterém je cílem maximální rozvoj a zachování nabytých schopností a možností jedince, k naplnění příležitostí, které člověk má. Nejen v adiktologii se na této změně náhledu podílí nastolení tzv. bio-psycho-sociálního modelu, který je některými odborníky navíc doplňován ještě o rozměr spirituální.

Celostní model přichází se zdánlivě provokativními náhledy. Při ochotě přijmout nový náhled se však dostáváme k velmi zajímavým postřehům.

Proč je vůbec závislost na návykových látkách pro člověka potenciálně přirozeným stavem, se kterým máme jakousi zkušenost, a v průběhu života tuto zkušenost vyhledáváme, na to odpovídají již témata z prenatálního vývoje jedince. S tématem závislosti je každý z nás konfrontován již od početí. (*Kudrle in Kalina, 2008*). Dítě se vyvíjí v matčině děloze, a poté

v prvních měsících života i na světě v absolutní závislosti na organismu, respektive nepřetržité citlivé péči matky. „*Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností, které buď neumíme ovlivnit, jako je vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých* (Kudrle in Kalina, 2008, s.17).

V této optice lze přijmout fakt, že závislost je vlastně prvotním stavem, něčím, čím si nevyhnutelně prochází každý z nás. Se závislostí tedy máme všichni pra-zkušenost. Naše Já je formováno prožitky splnutí a jednoty se Vším, co nás obklopuje.

Na biologické úrovni je závislost daná tím, že ač jsme již v děloze matky jedinci, jsme přímo od matky obhospodařováni ve všech důležitých životních funkcích.

Na úrovni sociální a psychologické se Já dítěte vyvíjí v těsné symbióze s matkou. Ta nám předává první zkušenosti se vztahy, s projevy libosti a nelibosti, dává nám první hranice a zkušenosti; sami je v raném věku nalézt neumíme. Na úrovni spirituální prožitek Já a matka splývá s vjemem Já a Vše, co je kolem nás. „*Chybí prožitek separace, v ideálním případě se plod vyvíjí za absence rušivých elementů, které by informovaly o dualitě a protikladech vnějšího světa.*“ (Kudrle in Kalina, 2008, s. 17).

A vydáváme se na cestu k autonomii, k samostatnosti, začíná separační proces. „*Zejména v pubertě je tento apel zvláště silný, hledáme cestu od závislosti k nezávislosti.*“ (Kudrle in Kalina, 2008, s. 17). Puberta je časem, kdy se většina z budoucích drogově závislých setkává s drogou. Bere drogu, aby podvědomě zastavila separační proces, aby prodloužila onen stav závislosti, který přináší své uspokojení, díky zmíněné pra-zkušenosti. Někdo separační proces nezvládne a pra-závislost mu přejde do závislosti na návykové látce. Jiný jej zvládne navenek, sice bez drog, ale se zraněním uvnitř, a místo cesty k samostatnosti nachází cestu k osamělosti. Málokdo může směle tvrdit, že je naprosto autonomní bytostí, že se ona cesta podařila bez jediného odpočívadla či odbočky.

Ve své praxi se často setkáváme s otázkou, co zapříčiňuje, že lidé začnou brát drogy, že se stanou závislými. Na tuto otázku neexistuje jednoznačná, a zejména jednoduchá odpověď.

Lze se však zaměřit na předpoklady, které se podílejí na tom, zda se vývoj lidského jedince bude ubírat v souladu s očekáváními jak jeho samého, tak jeho okolí, nebo sklouzne do závislosti coby stavu nezralosti, neschopnosti dospět a přijmout zodpovědnost za rozhodnutí, které každý jedinec musí činit, a s jejichž následky se musí celoživotně prát.

Důležité předpoklady abúzu a vzniku závislosti, ležící ve čtyřech rovinách celostního modelu. nelze vnímat odtrženě, jen v jedné z popisovaných oblastí BPSS modelu. Všechny předpoklady spolu souvisí, mají své rozměry ve více oblastech a vzájemně se ovlivňují.

1.2.1 Biologické předpoklady

„Od 60. let se úporně hledají biologické příčiny a souvislosti, které by co nejpřesvědčivěji postihly etiopatogenezi závislosti.“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 91).

V říši biologických předpokladů se ocitá například zájem o své tělo, pohyb, starost o výživu, vlastní zdraví, léčbu nemoci, prevenci úrazů, účinnou rehabilitaci fyzického postižení. Rovněž nelze zapomenout na genetickou výbavu a dědičné vlivy, které mohou zvýraznit sklon jedince k látkové závislosti, nebo jedince k závislosti predisponovat (např. závislost rodiče na alkoholu). Další úrovní může být fakt, že určitá tělesná, mentální či kombinovaná postižení jsou přímým důsledkem konzumace drog a alkoholu u rodičů, otce v době početí a před ním, matce navíc v těhotenství.

Biologické faktory mohou ve vyjmenovaných příkladech překročit míru přiměřenosti a vymknout se kontrole, a poskytnout tak jedinci cestu kompenzace ve formě užívání návykových látek. (Kudrle in Kalina, 2008).

Příkladem může být mladý sportovec, který se orientuje na maximální výkon, a to za jakoukoli cenu. Svoje tělesné prostředí upravuje dopingem pro zvýšení výkonnosti, výdrže a odolnosti proti bolesti. Zranění a úrazy přivozené sportem nemá čas doléčit, protože by ztratil výkonnost, nebo „sešel z očí“. Tehdy mohou přijít psychoaktivní látky jako klíče k zdánlivě bezproblémovému východisku – ztlumí bolest, navrátí ztracenou energii. Drogy se zde poprvé prosadí jako zkratkovitý, „bezpracný“ a okamžitý prostředek pro uspokojení biologické potřeby. Přetěžování tělní schránky v mladém věku, vystupňovaná očekávání na výkon mohou vést k tomu, že člověk nemůže dál vrcholově sportovat. Ztráta zřetelného cíle, spojená s předchozím „vypomáháním si“ podpůrnými prostředky, může být spouštěčem pro braní drog.

Dalším příkladem demonstrujícím biologickou úroveň vzniku látkové závislosti je užívání například amfetaminů pro úpravu tělesné váhy. Zde se s biologickou úrovní pojí i aspekty sociální (společenský, zhusta medializovaný a stereotypizovaný tlak na ideál krásy v podobě vyzáblého těla) a psychologické (identifikace s ideálem, identifikace s masou vrstevníků), kterým přirozený biologický vývoj určitého jedince není schopen dostat. Droga

(například v podobě pervitinu) opět funguje ve výše popisované zkratce – rychle, bez úsilí a vlastní aktivity dopomůže k očekávanému cíli – zhubnout.

1.2.2 Psychické předpoklady

„Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálního poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození.“ (Kudrle in Kalina, 2003, s.92).

Příčiny rozvoje užívání drog, jejich abúzu a finálnímu rozvoje závislosti tkví i v mnoha psychologických faktorech a předpokladech. Část z nich leží v oblasti sebepojetí a sebevědomí. Sebeпоjetí chápeme jako vytvořený obraz sebe sama orientovaný dovnitř, zatímco sebevědomí je odrazem sebepojetí, je orientováno navenek a může u některých osob působit kompenzačně vzhledem k porušenému sebepojetí. Nedostatek sebedůvěry, nejistota jak budeme přijímáni okolím, zvýšený důraz na to být okolím přijímán, to vše pramení z nejistoty nad tím, jaký jsem sám.

Další výraznou oblastí je emoční prožívání, a rizikovým zde je jak prožívání vnitřní prázdnoty, nudy, zvýšený práh emoční vzrušivosti, tak i protipól tkvící ve zvýšené labilitě, citlivosti k mimořádným prožitkům.

Rovněž je třeba zmínit osobnostní skladbu a v extrému poruchy osobnosti. Narušené hranice vůči ostatním, vůči sobě samému, poruchy pudu sebezáchovy, neschopnost či neochota nahlédnout důsledky svého jednání a chování, potřeba na sebeupozornění, emoční přecitlivělost, sebestřednost, či naopak vysoká míra ovlivnitelnosti, závislostní osobnost.

Člověk s narušeným sebepojetím je ohrožený závislostí, protože od prožitku na bázi drogového opojení podvědomě očekává změnu ve vnímání světa, který se bude jevit srozumitelnější, potažmo změnu náhledu na sebe samého – díky zážitku na droze, který se jeví neobyčejný a mnohdy subjektivně posilující. Například drogy stimulačního charakteru dokáží krom tělesné excitace i snížit citlivost vůči subjektivním duševním rozladám, uživatel se cítí sebejistější, neohrožený, dokáže jistěji a sebevědoměji vystupovat a komunikovat. Naopak člověk vnitřně neklidný, rozpolcený, nestálý, hledá klid a stabilitu v opioidech či jiných tlumivých drogách. Intoxikace drogou nemůže – zejména ve fázích experimentu či začátku zneužívání výrazně proměnit klientovo sebepojetí, drogy však mohou v době intoxikace značně vyzdvihnout sebevědomí, kterým člověk na své okolí působí navenek. Takové motivy užívání mají velice závislostní prognózu.

Další velmi rizikovou a početnou kohortu představují jedinci, kteří drogy začnou užívat jako sebededikaci svých psychických obtíží. Jde o osoby se sklony k neurotickým a psychotickým poruchám, nebo osoby s již rozvíjející se duševní chorobou. Jejich subjektivní psychický stav je velmi nepříjemný – trpí úzkostmi, depresemi nebo manickými euforiemi, ztrácejí kontinuitu s realitou v rámci schizofrenních poruch. Duševní choroby a poruchy jsou stále lidmi vnímány jako velké stigma. Takto postižený člověk tuší, že s ním něco není v pořádku, ale má velké zábrany vyhledat odbornou psychiatrickou pomoc, psychiatrii nedůvěřuje a bojí se označení „blázen, šílenec“. Snadno však zjistí, že droga dokáže po jistou dobu obtížné a nepříjemné symptomy duševní choroby tlumit a potlačovat. Droga dělá takovému člověku ještě lépe, než zdravé osobě. Přesto, že s delší dobou užívání droga naopak začne zvýrazňovat předchozí duševní problémy, uživatel je přesvědčen, že nejde o důsledek braní a ještě více zvyšuje dávky a frekvenci užívání – opět jde o velmi závislostní model.

Samostatnou kapitolou jsou osoby s mentálním postižením, které jsou velmi ovlivnitelné co se týče sociálních vlivů. Závislosti nejsou schopni stavět obranné mechanismy na bázi vůle nebo rozumového uvažování.

1.2.3 Sociální předpoklady

(Sociální úroveň) „Zaměřuje se na kontext, ve kterém se vše děje.“ (Kudrle in Kalina, 2003, s.92).

V širším kontextu je vzhledem ke vzniku závislosti rizikové celkové nastavení současné společnosti. Ta klade velký tlak na výkon, tlak na přizpůsobení se ideálům úspěchu, výkonnosti a dokonalosti. To může vést některé lidi k tomu, že začnou užívat návykové látky.

Současná doba je rovněž typická tlakem na okamžité uspokojování potřeb, byť na dluh. Toto schéma se překlápí i na model vztahu člověka a návykové látky. Droga nabízí okamžité a bezpracné uspokojení potřeb jako svěžest, uklidnění, zbavení se bolesti, usnadnění komunikace. To, že si vybírá „úroky na dluh“, je rovněž bez diskuse.

V kontextu s užším sociálním prostředím vnímáme zejména u pubescentních a adolescentních generací potřebu identifikace s partou, ovlivnitelnost vůči přijetí skupinových norem, byť širší společností netolerovaných, jako je užívání alkoholu a drog.

Dalšími rizikovými faktory abúzu drog jsou pocity vyčlenění z komunity lidí, inferiorní sociální status, rasová odlišnost. *(Kudrle in Kalina, 2008).*

1.2.4 Spirituální předpoklady

„Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 93).

Absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority se v české sekulární společnosti dá považovat za další významný spouštěč pro braní drog. Nejde jen o to, že víra v Boha, členství v náboženské obci přináší člověku významnou socializační sílu, uspokojení potřeby někam patřit a svá rozhodnutí a konání poměřovat s danou hlubokou autoritou. Člověk jako bytost je obdařen schopností vnímání přesahů, duchovních hodnot a mravních kodexů. Tato schopnost je v současné společnosti velmi obtížně naplňovaná a člověk mnohdy pro naplnění těchto přesahových hodnot sahá po drogách, zejména po konopí a tzv. psychedelikách.

Uživateli drog a mladými lidmi je často braní těchto látek omlouváno s poukazováním na kultury přírodních národů (Indiáni, africké kmeny, sibiřské kmeny), kde užívání psychedelických drog patří k navozování mystických stavů a do běžného výbavy duchovních autorit těchto etnik. Současným lidem ovšem nedochází, že užívání takových drog nebylo a není u přírodních obyvatel planety Země nikdy věcí běžného konzumu a zábavy! Požívání halucinogenů bylo výsadou šamanů, kteří museli předtím podstoupit tvrdou přípravu, založenou na sebezkušenosti, askezi a duchovních cvičeních směřujícím k oproštění se od reality. Nic takového současný konzument nepodstupuje. Absence víry v Boha, která by vycházela z našich podmínek, spojená s potřebou vnímání přesahů, vede navíc mladé lidi k povrchnímu vnímání pro ně atraktivních věrouk jako jsou buddhistické směry, animistické pohanství apod. Atraktivita těchto věr však pro mladého člověka spočívá – v duchu klipovitě a pomíjivě současnosti – právě v tom, že dovoluje užívání některých drog.

Další věcí, kterou současná společnost opomíjí, je zvědomování ukončování určitých vývojových etap v životě člověka – například přechod od dětství, resp. jinošství k dospělosti. Přechodové a iniciační rituály dnešní doby (zápis dítěte do školy, maturita apod.) v této oblasti jsou formální, bez jakéhokoli duchovního rozměru a postrádají posvátnost, díky které se upevnila identita přírodního člověka. Mladý člověk dnešní doby vyhledává vlastní cesty, jak si v sobě zvědomit svou dospělost, ale rituály, které k tomu praktikuje, postrádají jakoukoli filosofickou a duchovní zakotvenost. Takovým rituálem může být první opilost spojená se zvracením, první s kamarády vykouřený joint marihuany, první nitrožilní aplikace pervitinu.

Již zmiňované zaměření směrem k materiálním ziskům bývá sice snadno uspokojováno, na druhou stranu ona snadnost vyvolává rozčarování nad pomíjivostí štěstí a blaženosti, takto dosahované štěstí je pouze iluzorní a prchavé. Požitky za peníze nemohou nahradit mystický zážitek štěstí splynutý s duchovní podstatou, s osvícením. Tuto mystiku člověk hodlá hledat ve spojení s drogou, od které očekává roli klíče od bran mystiky. Droga však otevírá pouze další iluzivní světy, nespojitelné s prožívanou realitou. Její konzumace je navíc stejně materializovaná jako jiné požitky a stává se tak jen dalším konzumním požitekem v řadě.

1.3 Projevy závislosti na drogách v bio-psycho-sociálně-spirituálním měřítku

V minulé podkapitole byly představeny předpoklady k vzniku závislosti na návykových látkách, v optice celostního modelu. Nyní je čas představit nejčastější a typické projevy závislosti na drogách, které se rovněž promítají do všech složek lidského rozměru.

Závislost není nutno chápat v zúženém měřítku pouze jako nemoc, tedy stav nepohody, ale jako komplexní stav, který se projevuje a promítá celostně do všech oblastí vymezujících lidskou bytost, nejen do oblasti jeho somatického a psychického zdraví.

1.3.1 Biologické projevy

Tyto projevy zahrnují širokou škálu změn ve funkcích i podobě orgánů a orgánových soustav. Jejich podoba je odvislá od typu a způsobu užívání drogy, délky užívání, individuálního biologického vybavení člověka. Kromě primárního vlivu stálé přítomnosti návykové látky v lidském těle je nutno připočítat i vlivy sekundární, které souvisí s projevy chorob, které u člověka vypukají právě v souvislosti s užíváním drog.

Projevy související s toxicitou návykových látek

Jedná se o poškození orgánů, např. mozku a centrální nervové soustavy skrze neurotoxické látky jako alkohol, organická rozpouštědla. Benzodiazepiny mohou způsobovat delirantní stavy, demenci, epilepsie; Objevuje se časté poškození jater, ledvin, oběhového systému, dýchací soustavy. Zaznamenáváme poruchy příjmu potravy, poruchy imunity, poškození kůže (pervitinové dermatitidy apod.), celkovou fyzickou zchátralost (např. užívání heroínu).

Projevy související se způsobem aplikace

Nejrizikovějším způsobem užívání návykových látek je intravenózní aplikace. Krom vysokého rizika krevního přenosu závažných infekčních chorob jako je syndrom AIDS, virové hepatitidy, syfilis aj., dochází nitrožilní aplikací k narušení integrity kůže jako ochranného obalu lidského těla, což umožňuje např. vstup různých infektátů do lidského těla (nejčastější projevy – abscesy, záněty žil, flegmony, endokarditidy), devastaci žilního systému (tromboflebitidy, kornatění cév způsobené usazováním nežádoucích příměsí na vnitřní straně cévy, embolizace plic, mozkových cév, nervové obrny, záněty nervů, mechanická přerušování cév a nervů, vnitřní krvácení apod.)

Ani ostatní způsoby aplikace drogy nejsou bez rizik. Kouření návykových látek (od marihuany po heroin) zvyšuje riziko nádorových zhoubných onemocnění plic a celé dýchací soustavy, šňupání poškozuje nosní přepážku, zvyšuje krvácivost, ústní aplikace se projevuje v oblasti trávicí a vylučovací soustavy (záněty apod.).

Projevy související se životním stylem uživatele drog

Jde o variabilní, však mnohdy velmi závažné tělesné komplikace, opět závislé na tom, jakým životem uživatel drog žije. Často dochází k rizikovému chování v přímé souvislosti s užíváním drog – sdílením injekčního materiálu a pomůcek k aplikaci, což zvyšuje riziko nakažení krví přenosnými infekčními chorobami.

Uživatel drog zanedbává metabolickou výživu svého organismu, trpí nedostatkem vitamínů, potravy vůbec, což se projevuje například častými poškozeními zubů, svalovými atrofiemi, snížením obranyschopnosti organismu a zvýšením rizika nakažení konvenčními chorobami, před kterými se běžné lidské tělo umí bránit. Pohlavní promiskuita a neschopnost udržení intimního vztahu ústí často k přenosu pohlavních chorob (krom nakažení AIDS, jehož prevalence mezi uživateli drog v ČR je i díky rozvinutým Harm reduction programům zatím velmi nízká) je na nárůstu prevalence syfilisu, kapavky. (*Úřad vlády ČR – NMS, 2011*).

Bezdomovectví a zanedbávání preventivní lékařské péče vede k dalším zdravotním problémům, jako jsou tuberkulózy, žloutenky, otravy potravinou, infekce z pobytu ve špinavém a zanedbaném prostředí.

1.3.2 Psychické projevy

„Většina pokušení nabízí tři hlavní odměny: poznání, moc a sex. Drogy, zvláště v první fázi užívání, toto vše nabízejí.“ (Frouzová in Kalina, 2003, s. 124).

Červenou nití psychických projevů závislého člověka je závislostní chování. Tedy chování, ovlivněné samotnou existencí závislosti, a to nejen fyzické, ale zejména psychické. Vlivem závislosti dochází k radikální proměně hodnot, ztrátě původních zájmů, koncentraci na záležitosti spojené s drogovou subkulturou, shánění financí, drog a aplikací drog. Droga se stává postupně stále důležitějším tématem, až se vyhoupe na vrchol hodnotového žebříčku. Zároveň se závislý člověk začne v rámci psychických obran uchýlovat k sebeklamu a klamání ostatních lidí.

Závislost začne sama vytvářet psychologické problémy a systém se stane sebeudržujícím (*Kudrle in Kalina, 2008*). Uživatel se dostává do bludného kruhu – začíná si uvědomovat své problémy a správně je začne přisuzovat užívání drog. Necítí však sílu ke změně, psychická bolest se prohlubuje a uživatel ji zahání další aplikací drogy. V tu chvíli však problémy subjektivně ustoupí a ztratí se motivace problémy řešit. Užívání drog se tedy projevuje negativně v kategoriích motivace a vůle.

Dále se objevují změny v kognitivních procesech, např. myšlení se stává kvalitativně i kvantitativně pozměněným (opět záleží na dispozicích jednotlivce, typu užívané látky a délce užívání) a projevují se i poruchy pozornosti.

Užívání drog, jak jsme již popsali, bývá i následkem předchozích psychických problémů (sebemedikace). Zároveň se však projevuje i jako příčinný faktor duševních problémů. Užívání některých typů drog (stimuláty, kanabinoidy, psychedelika a halucinogeny) mohou jak simulovat projevy duševních onemocnění, tak i vážné duševní choroby startovat.

Mezi nejtypičtější projevy duševního vychýlení či poškození psychiky patří: vznik úzkostných stavů, poruchy sebehodnocení, sebepojetí, poruchy afektivity – deprese, maniomelancholie, vznik panických stavů, chorobná paranoia a další psychotické stavy včetně schizofrenních poruch projevujících se v oblasti bludného vnímání, myšlení a interpretací.

1.3.3 Sociální projevy

„Braní drog pro jejich sníženou dostupnost či dokonce zákaz jejich braní samo o sobě dostává závislého na okraj společnosti.“ (Frouzová in Kalina, 2003, s.125).

Závislost na drogách se v oblasti sociální projevuje ve velké míře v mezilidských vztazích a v úrovni sociálního a socioekonomického statusu a společenského uplatnění.

Závislý člověk má velké problémy jak v navazování, tak v udržení blízkých a intimních vztahů. Velmi často dochází k rozvolnění až rozpadu rodinných vazeb. Už zde byla zmínka o separačním procesu, o cestě od pra-závislosti k nezávislosti. Rozhodně neplatí, že by užívání drog bylo typické pouze pro dysfunkční rodiny, kde chybí jeden z rodičů, kde neexistuje přiměřená péče a zdravé interfamiliární vztahy. Rodiny, ve kterých povstane závislý člověk, jsou mnohdy navenek funkční a spořádané. Přesto mnohdy lze vysledovat hyperprotektivitu rodičů (zejména matek), která brání přirozené separaci a užívání drog je pro mladého člověka podvědomou cestou, jak se rodičům „zošklivit“ a odseparovat se. V jiných případech se mladý člověk podvědomě obává separace od rodičů. Nemá vytvořené kompetence k samostatnému životu, nebo dokonce takto chce „chránit“ rodinu před rozpadem, neboť tuší, že rodina drží pohromadě jen kvůli němu, u rodičů nefunguje již partnerská role, jen ta rodičovská. Tím, že začne brát drogy, vyvolá v rodině problém, na jehož řešení se rodina koncentruje a tím, byť nezdravě, začne držet při sobě.

To, že je však taková forma vztahů nezdravá, se projevuje poté, co u mladého člověka se rozvine závislost. Závislý člověk není schopen splnit očekávání rodiny (neplní si své povinnosti, nedodržuje pravidla, krade doma atd.) a aby se v rodině udržel, začne rodinnými příslušníky manipulovat. V některých rodinách se manipulativní schémata udržují po celé roky, v jiných rodinách dojde trpělivost a závislý člověk je z jejího středu vyobcován.

Jeho novým primárním prostředím se postupně stává komunita uživatelů drog. Zde platí jednoduchá pravidla „smečky ulice“, komunitu propojuje společné téma užívání a související témata (jak sehnat peníze na drogy apod.) Tím se závislý člověk dostává do sociální izolace. Zkouší navazovat v rámci komunity intimní vztahy, ty však zřídka vydrží, neboť vztah (obecně pro každého zkouška jak vyvážit intimitu odevzdáním části svého Já partnerovi a přitom zůstat autonomním) dvou závislých je pod příliš velkým vnitřním tlakem (existenciální problémy, obsahová a citová prázdnota, neúspěšné pokusy o společnou abstinenci). Šance na nalezení intimity mimo uživatelskou komunitu jsou minimální. „Společenská prestiž“ uživatele drog je totiž na minimální úrovni. Panují obavy o zdraví a život, rovněž i o majetek, závislým je oprávněně vyčítána nespolehlivost, sebestřednost, neexistence empatie a nezištného zájmu o druhé.

Kromě oblasti mezilidských vztahů jde rovněž o významný problém v oblasti socioekonomického a společenského uplatnění vůbec.

Mimo již zmiňované nízké prestiže, společenských stereotypů a předsudků, které závislého sociálně znevýhodňují a diskriminují (každý uživatel drog je zloděj, křivá povaha,

„špína“, „zevlák“, lenoch, lhář, nakažený AIDS či žloutenkou, pomatenec, agresor) je ovšem pravdou, že mnozí závislí nejsou schopni dostát očekáváním společnosti, zejména v tom, že se dokážou zapojit a uplatnit na trhu práce. Důležitým faktorem bývá to, že závislý nemá dostatečné odborné vzdělání a nízkou pracovní kvalifikaci. Opět je na tomto místě potřeba vyvrátit společenský předsudek, že drogová závislost je doménou lidí se sníženou inteligencí - „berou, protože jsou blbí“. To, že většina uživatelů drog má pouze dokončené základní vzdělání, není příčinou závislosti, ale jejím důsledkem. Ke styku s drogou dochází povětšinou právě při přestupu na střední školu. Ten je sám o sobě velkou zátěží co se týká výkonu, nových spolužáků, učitelů atd. a pokud k tomu mladý člověk začne experimentovat s drogami a vytvoří si na nich závislost, je pro něj obtížné školu dokončit. S nedokončenou střední školou se stává ještě obtížněji zaměstnatelný, než absolvent. Nemá si kde odpracovat potřebnou praxi.

Další věcí je to, že braní drog narušuje výrazně schopnost dodržovat uživateli daný režim. Zaměstnavatel má možnost výběru a raději zaměstná člověka, který je schopen chodit do práce včas a podávat v ní stabilní výkon. To je pro závislého velmi obtížné ustát, jeho režim dne se odvíjí od aplikace návykové látky, ne podle zaběhnutých objektivních schémat.

Závislý člověk se propadá do pasti dlouhodobé nezaměstnanosti, což přispívá k bludnému kruhu ekonomické závislosti. „Nikde mě nezaměstnají, a tak kradu, co mi zbývá.“ slýcháváme na K-centru často.

Všechny tyto faktory výrazně prohlubují sociální izolaci závislého a ztěžují jeho resocializaci v léčebných a doléčovacích procesech.

1.3.4 Spirituální projevy

„Spirituální dimenze, se kterou jedinci ztratili spojení, se pro ně otevírá přípuštěním vlastní bezmoci a přijetím přiznání své závislosti.“ (Frouzová in Kalina, 2003, s. 126)

Uživatel drog zejména v začátcích své závislostní kariéry přisuzuje klíčový spirituální význam stavům změněného vědomí. Tyto stavy však těžko mohou přinést uživateli hluboký spirituální zážitek, osvícení, pokud nejsou jen jednou ze součástí komplexního spirituálního přesahu člověka. Ti lidé, kteří tyto prožitky v celé hloubce zažívají, nejsou motivováni k tomu, aby stavům změněného vědomí po drogách přisuzovali důležitý význam a podléhali závislosti.

Spiritualita závislého, založená na vyvolávání stavů změněného vědomí, bývá povrchní a jednostranná. Prožitky vyvolané drogou navíc přestávají být po uplynutí akutní intoxikace srozumitelné a komunikovatelné. To může vyvolávat u závislého úzkost a pochyby nejen o spirituálním smyslu užívání drog, ale o spiritualitě jako takové vůbec.

Spiritualita závislého se tak postupně ochuzuje a ztrácí se pro ni cit. Problémy v ostatních oblastech jeho Já podlamují důvěru v přesahové bytí.

U některých uživatelů drog, zejména u uživatelů přírodních drog (konopí, lysohlávky) dochází k zbožšťování substance, kterou užívají a vytváření vlastních, respektive skupinových spirituálních systémů. Tím se tito lidé rovněž dostávají do spirituální izolace vůči většinové společnosti, která těmto projevům nerozumí a vnímá je jako duševně choré, případně sektářské.

Tolik k obecnému představení bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti, jehož uchopení je klíčem pro další části této práce.

2 OPIOIDY

Substituční léčba závislosti se pojí v našich podmínkách výhradně se závislostí na opiátové skupině návykových látek. Důvody a východiska této metody budou podrobně probrány v dalších částech; nyní je čas představit charakteristiku, rozšíření a rozdělení opioidních substancí, zneužívaných v České republice.

2.1 Charakteristika

Tato skupina drog nese svůj název podle základní přírodní substance, od které se další sloučeniny odvozují, a tou je opium, sušená šťáva získávaná z nezralých makovic. „*Jedná se o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem.*“ (Minařík in Kalina, 2008, s. 344).

Sémanticky je ustáleno používání slova opiáty pro opioidní látky odvozené od morfinu, opioidy pak jsou nadřazenou skupinou. Opioidy spojuje podobný neurobiologický mechanismus vyvolávání účinků. „*Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů.*“ (Minařík in Kalina, 2003, s. 159).

Účinky této skupiny látek je zprostředkován vazbou účinných složek na centrální nervovou soustavu prostřednictvím receptorů pro endogenní (lidským organismem spontánně a přirozeně vytvářené) opioidy. Mezi endogenní opioidy patří především dobře známé endorfíny, látky vyplavované mozkem při stresu a svalové zátěži. Endorfíny jsou laicky nazývané „hormony štěstí“, protože jejich uvolňování působí člověku blaženost, dobrou náladu a tlumení bolesti. Mezi další endogenní opioidy patří enkefaliny a dynorfin. Tyto látky se obecně podílí na neurotransmisi a modulují některé funkce organismu, především reakce na bolest.

Rozlišujeme několik typů opioidních receptorů.

Pro vznik závislosti je nejdůležitější subtyp nazývaný μ -receptory. Tato skupina receptorů odpovídá za přijímání podnětů vedoucích k analgetickému působení, euforii, sedaci, útlumu dechového centra.

Další podskupiny opioidních receptorů jsou:

- delta-receptory - jsou lokalizovány periferně a podílí se na analgezií;
- kappa-receptory - podílí se na analgezií na míšňní úrovni, vedou k sedaci a dysforii;

- sigma-receptory - podílí se na působení některých psychotomimetik a na dysforii způsobené opioidy.

Aktivace mí-receptoru na buněčné úrovni potlačuje na vnitřní straně buňky tvorbu enzymu cAMP (cyklický monoamin fosfát), který přenáší informaci od receptoru do nitra buňky). Opakované, časté užívání látek stimulujících v nervové soustavě mí-receptory vede k toleranci a postupné obnově tvorby cAMP; po náhlém vysazení drogy tělo začne produkovat extrémní množství cAMP, což se v praxi projevuje jako výrazný fyzický odvykací stav (opiátový „absták“, charakterizovaný bolestmi svalů a kloubů, pocením, horečkami, průjmy, svalovými křečemi, slzením, tělesnou slabostí). Normalizace tvorby cAMP souvisí s poklesem tolerance po vyabstinování od odvykacího stavu. (*Minářik in Kalina, 2008*).

Je důležité vnímat u opioidních látek jejich schopnost síly, tzv. afinity, receptorové přilnavosti a efektivity vazby na receptory. Opioidy se dělí dle těchto kritérií do tří skupin:

- 1) **Agonisté** – váží se na receptor a plně jej aktivují. Představiteli agonistů jsou heroin, morfin a metadon. Agonisté v praxi patří mezi smrtelně rizikové látky, protože mají lineární vazbu mezi množstvím a účinkem, tudíž lze snadno dosáhnout předávkování, projevující se útlumem dechového centra v mozku, což může vést až k smrti.
- 2) **Částeční agonisté** – váží se na receptor a aktivují jej pouze částečně. Sem patří buprenorfin. V praxi to znamená, že buprenorfin má určitý strop účinku – po dosažení určité hranice množství (8 – 16 mg buprenorfinu) se již nezvyšují účinky a vliv na centrální nervový systém. U zdravého člověka, a pokud látka není kombinována s jinou tlumivou substancí, nehrozí při předávkování smrt.
- 3) **Antagonisté** – váží se na receptor, ale neaktivují jej, blokují jej, což znamená, že zabraňují účinkům jiných opioidů. Používají se jako antidotum, protijed. Příkladem je naloxon, který se využívá v rámci substitučního preparátu Suboxone (kombinace 4:1 buprenorfin : naloxon)

Tento neurobiologický mechanismus napovídá, že užívání opiátů a opioidů vede k rozvoji výrazné fyzické závislosti, která se projevuje mj. mimořádně subjektivně nepříjemnými odvykacími stavy, které jsou výraznou překážkou pro motivaci k abstinenci a mohou uživatele ohrožovat na zdraví i životě. Substituční léčba, resp. dlouhodobá substituční

detoxifikace může být významným prostředkem pro kompenzaci, která dá závislému čas a klid na řešení jeho situace při potlačení biologických projevů závislosti a intenzivní práci na ostatních složkách.

2.2 Rozšíření

V České republice je podle Výroční zprávy Národního monitorovacího střediska o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010 jedenáct tisíc problémových uživatelů opioidů. (NMS, 2011, s. 42). Největší koncentrace uživatelů je podle NMS v Praze (cca 7000) a v Ústeckém kraji (1050). Dále je významný počet uživatelů odhadován ve Středních Čechách a na Jižní Moravě. V jiných oblastech republiky je užívání opiátů méně významné, výrazně převažuje pervitin. (NMS, 2011). Ze zneužívaných opioidů v naší republice je nejrozšířenějšími látkami nitrožilně, případně kouřením z alobalu užívaný heroin (užívání má klesající tendenci) a buprenorfin v podobě preparátu Subutex (počty závislých mají vzrůstající tendenci). Subutex se užívá převážně nitrožilně (tableta rozpuštěná ve vodě).

Dále se vyskytuje užívání opioidních analgetik, a to i mezi nedrogovou populací. Zejména jde o tramadol (analgetikum Tramal).

Sezónně, a v regionech, kde to dovolují klimatické a půdní podmínky, se vyskytuje nitrožilní, resp. kouřené užívání surového opia, které se extrahuje z nezralých makovic přímo na polích.

V minulosti – zejména do poloviny 90. let (doba, kdy se do České republiky začal masivně rozšiřovat heroin), byl oblíbeným opioidem mezi českými závislými „braun“ (podle hnědé barvy), vyráběný na bázi kodeinu (hydrokodon, dehydrokodein), připravovaný v tekuté podobě výhradně k nitrožilní aplikaci.

Metadon je využíván v našich podmínkách výhradně jako substituční preparát.

2.3 Účinky

Hlavním důvodem užívání opiátů je očekávání zklidnění, utlumení bolesti, snížení vnímání tělesných pocitů a vyvolání blažené euforie. Tyto pocity provází i tělesné zklidnění a zpomalení tělesných funkcí (od dechu až po vylučování). Subjektivně prožívá člověk intoxikovaný opiáty většinu činností a stavů jako příjemné. „Poprvé, když jsem si střílil subutex, tak jsem se pozvracel, ale v životě mi při blití nebylo tak krásně.“ (klient K-centra Mladá Boleslav, 2011).

Mezi krátkodobé účinky (při akutní intoxikaci) patří:

- útlum nervové soustavy, přičemž nejvýraznější je útlum dechového centra
- pokles aktivity řasinkového epitelu v dýchacích cestách
- svědění kůže (škrabání se objevuje i při ztrátě vědomí)
- zvracení jako důsledek podráždění vomitační chemorepční zóny – jde o charakteristický účinek při prvoužití
- pokles tělesné teploty
- zúžení zornic
- pokles srdeční akce a dilatace cév
- zácpa (snížená pohyblivost hladkého svalstva)
- zhoršená mikce

Dlouhodobé účinky (při pravidelném užívání):

- vznik tělesné i psychické závislosti (denní užívání v řádu měsíců)
- vzestup tolerance k účinkům
- celkové poškození a chátrání organismu v souvislosti s nežádoucími účinky a snížením prahu bolesti (Minařík in Kalina, 2008, str. 346).

Odvykací stav se projevuje zrcadlově k účinkům. U těžších případů (vysazení vysokých dávek heroinu při předchozím pravidelném užívání) existuje riziko kolapsu a smrti. Heroin, braun a morfin mají poločas eliminace řádově v hodinách – abstinenční syndrom nastupuje již první den po vysazení, vrcholí třetí až čtvrtý den a odezní cca po týdnu; u buprenorfinu se odvykací stav projeví až cca po 2-3 dnech, vrcholí po týdnu a odeznívání uvádí uživatelé v řádu několika týdnů, stav je protrahovaný a jeho intenzita nižší.

2.4 Rizika

U plně agonistických opiátů je charakteristická malá terapeutická šíře – tj. je zde malý rozdíl mezi účinnou a smrtelnou dávkou. V praxi to znamená, že je zde vysoké riziko předávkování. Vzhledem k tomu, že u heroinu je vždy těžko odhadnout, jak je látka kvalitní (kolik procent zaujímá čistá účinná látka), i poté, co uživatel aplikuje obvyklou dávku, hrozí fatální předávkování. Tato situace byla obvyklá např. v Praze kolem roku 2001, kdy se na černý trh dostal tzv. bílý (vysoce koncentrovaný) heroin.

Další příčinou předávkování může být pokles tolerance po předchozí abstinenci. Někteří uživatelé heroínu podstupují „dobrovolný detox“, sami určitou dobu abstinují z finančních důvodů, aby srazili toleranci a pro dosažení účinků, resp. odvrácení odvykacích stavů potřebovali nižší dávku, potažmo menší částky peněz. Neodhadnutí první opětovné dávky po období abstinence bývá rovněž příčinou smrtelných předávkování.

Při předávkování dochází k útlumu CNS, zejména dechového centra a oběhového centra. Dochází ke ztrátě vědomí, změlčení dechu, objevuje se cyanóza. Dochází postupně k zástavě dechu a dalších životních funkcí. Sekundární komplikací je vdechnutí zvratků (všeobecný útlum v kombinaci s poklesem kašlavého reflexu)

2.5 Charakteristika jednotlivých opioidů

2.5.1 Heroin

„Nám vládne král, má jméno Heroin.“ (text brněnské skupiny Progress-Pokrok, 1988).

„Král drog“ byl syntetizován v roce 1874 v Německu. Jeho zrození provázal velký paradox a omyl – původně byl vyvinut jako substituční lék pro závislost na morfinu. *„Obchodní značka Heroin byla zaregistrována Říšským patentním úřadem 27.6.1898 pod číslem 31 650.“ (de Ridder, 2002, s. 60).*

Byl považován za preparát s nulovým rizikem vzniku závislosti. (Podobné paradoxy se táhnou i dalšími opiátovými dějinami – nyní zhusta zneužívaný buprenorfin měl za ambici „vyřešit“ závislost na heroínu...)

Chemicky jde o diacetylmorfin, polysyntetický derivát morfinu. Na rozdíl od morfinu je lépe rozpustný v tucích a má urychlený nástup účinku – závislími oceňovaný „nájezd“. Nejčastější formou aplikace je nitrožilní, dále je běžné jeho kouření, resp. inhalace z alobalu, méně časté je šňupání.

Méně koncentrovaný, „hnědý“ heroin je chemicky zásaditý, proto je pro jeho rozpustnost pro nitrožilní aplikaci (dále v textu i jako IV aplikace) nutno přidat kyselinu (využívá se zejména askorbová kyselina v prášku, uživatelé v nouzi používají i citronovou šťávu).

Bílý heroin (hydrochloridová varianta diacetylmorfinu) je mnohonásobně silnější, v současnosti se na scéně téměř nevyskytuje.

U užívání heroinu dochází k prudkému zvyšování tolerance a relativně rychlému rozvoji závislosti. Z počátečních cca 100 mg se při pravidelném užívání závislý dostává až na 3-4 gramy denně, což předpokládá finanční náročnost cca 3-4.000 Kč. Cena heroinu je dlouhodobě stabilní, ovšem stále klesá na černém trhu jeho kvalita. Tento důvod, společně s vysokým rizikem smrtelného předávkování, je hlavní pro odklon scény od této drogy.

2.5.2 Braun

„Braun? Co to je? To myslíš buchny braunky?“ (23 letý klient K-centra Mladá Boleslav, při vyplňování IN_COME dotazníku, uživatel Subutexu, 2010).

Česká drogová scéna ve svém raném období měla dva světové unikáty. Jedním byl a je pervitin, druhým byl polysyntetický opioid hydrokodon, pro svou hnědou barvu slangově nazývaný „braun“. Vyráběl se podomácku z medikamentů obsahujících kodein. Šlo o tekutinu, určenou k intravenózní aplikaci. Účinky a důsledky užívání byly analogické heroinu, měl jen poněkud nižší potenciál závislosti. S rozšířením heroinu do ČR v devadesátých letech ze scény prakticky vymizel.

2.5.3 Opium

„Makovina je přece naprosto v pohodě, protože to je příroda!“ (klient K-centra Nymburk, červen 2008).

„Horší absták, než co zažívám teďka, jsem v životě nezažil ani po heráku!“ (stejný klient, srpen 2008).

Hlavní účinnou látkou ve směsi alkaloidů opia, extrahovanou z nezralých makovic, je morfin. Uživatelé opioidů podnikají každý počátek léta „výpravy“ na maková pole, v jejichž okolí i několik týdnů táboří, nařezávají nezralé makovice a hnědou šťávu, vytékající z ran, sbírají, suší a poté upravují především k nitrožilní aplikaci. Krom pocitů výlučnosti a exkluzivity „lovu“ v přírodě uživatelé oceňují silné, vysoce euforizující a jak sami říkají, „zmašťovací“ účinky. Horší to je po nějaké době, kdy zásoby opia dojdou. Klienti popisují velmi výrazné projevy odvykacích stavů, které si nezadají s těmi po heroinu. Vyabstinování jde často jen s pomocí vysokých dávek subutexu nebo benzodiazepinů, takže ve výsledku po

sezóně jsou na vyšších dávkách opioidů, než dříve. Poměrně častou komplikací jsou infekce a záněty, související s nedostatečnou filtrací extraktu, nebo amatérskými způsoby přípravy.

Kromě nitrožilní aplikace se opium rovněž kouří ze speciálních dýmek, tzv. „šlukovek“ určených pro kouření konopí, nebo si uživatelé vyrábějí odvary a výluhy z celých makovic.

2.5.4 Metadon

„Vzpomínám na ty časy, kdy jsem byl v Praze na meřáku. Na výdejně jsme vždy vypili po kalíšku, a pak se sešli v parku, zmastili se perníkem a pořádně ožrali. To byly bezva mejdany...“ (klient K-centra Nymburk, 2007).

Syntetický opioid s pomalým účinkem nástupu a minimální mírou euforizace slouží v substituční léčbě především pro dlouhodobé uživatele heroinu. Po masivním rozšíření Subutexu a poklesu závislých s primární drogou heroin se počty klientů v metadonových substitučních programech dosti snížily. Metadon se užívá ústně v podobě roztoku, možná je i injekční aplikace, ale nebývá častá, protože substitut neuniká na černý trh (není na předpis, vydává se v substitučních výdejnách). Zneužívání probíhá ve formě kombinace preparátu s jinými návykovými látkami, z nichž nejoblíbenější je alkohol, protože tato kombinace navozuje tlumivé a euforické účinky podobné heroinovým.

2.5.5 Buprenorfin

„Subáč je vlastně zbytečná droga, nic to nedává. Jenže s ním nedokážu přestat.“ (klient K-centra Mladá Boleslav, 2010).

Jde o syntetický opioid s částečně agonistickým účinkem. Tato jeho charakteristika (viz výše) byla hlavním důvodem pro vznik substitučního preparátu subutex, obsahujícího jako účinnou složku buprenorfin. Buprenorfin má strop účinku, takže závislí, poté co dosáhnou určité dávky (kolem 8-12 mg denně), nemají potřebu zvyšovat dávky. Má rovněž strop u respirační deprese a dalších projevů útlumu CNS, takže předávkování nekončí smrtí.

Částečný agonismus ovšem způsobuje pouze minimální euforizaci, takže uživatelé preparát kombinují s dalšími efektivními látkami (benzodiazepiny, alkohol), což už přináší život ohrožující riziko.

Vyabstinovat z buprenorfinu v domácích podmínkách je nad síly většiny jeho uživatelů. V substitučních programech zaměřených na dlouhodobou ambulantní detoxifikaci bývá největším problémem úplné vyabstinování i z takměř placebo dávek. Abstinenční syndrom je vleklý po několik týdnů, navíc nemá zřetelný vrchol, takže se klient nemůže kojit nadějí, že brzo přejde.

2.6 Buprenorfin jako součást substitučních preparátů v ČR

„Buprenorfin byl vyvinut v 70. letech 20. století ve snaze najít „neadiktivní“ analgetikum a poprvé zaregistrován a uveden na trh byl ve Spojeném království pod obchodní značkou Temgesic v roce 1978.“ (Verster, Bunning, 2007, s. 23).

Na českém trhu se buprenorfin vyskytuje od roku 2000. Byl vyvinut jako substituční preparát, nejprve pro rychlou, ústavní detoxifikaci od heroínu, posléze i pro dlouhodobou, udržovací substituci. Léčebný i Harm reduction efekt buprenorfinu je nesporný, zároveň však se cíle a očekávání od buprenorfinu nepodařilo naplnit. Látka začala být poměrně rychle zneužívána, protože velké množství drogy začalo unikat na černý trh. Lékaři předepisující buprenorfin při neexistenci registru uživatelů a nepropracovanému systému substituční léčby předepisovali a předepisují preparát bez zajištění podmínek pro substituční léčbu v celostním měřítku (tedy s podmínkou související poskytované psychoterapie a socioterapie). Důvodem je bohužel i zisk lékaře v souvislosti s proplácením výkonů zdravotními pojišťovnami. Závislým je buprenorfin předepisován v nekontrolovaném množství a přebytky jsou prodávány na černém trhu (uživatelé se „skládají na recept“, který je určený jednomu uživateli na delší dobu; druhý den uživatel navštíví jiného lékaře, který mu opět předepíše, nebo existují lékaři, kteří se na nic neptají a předepíší buprenorfin znovu v množství jasně převyšujícím denní potřebu uživatele).

V současné době již je u mnoha uživatelů buprenorfin primární drogou, uživatelé nemají v anamnéze období heroinového užívání. Velkým rizikem je v oblasti Harm reduction nitrozilní zneužívání subutexu, jelikož při nedostatečné filtraci roztoku před píchnutím si uživatel aplikuje nerozpustné části tablety (škroby a jiná pojiva tvořící drtivou část hmoty

tablety), a toto se usazuje a krystalizuje v cévním systému uživatele. Nitrožilní aplikace subutexu vede ke kornatění a zužování cév, plicním a mozkovým emboliím a endokarditidám.

Uživatelé přitom preferují IV aplikaci před doporučenou sublingvální, protože ta přináší rychlý, „heroinový nájezd“ a zvýšený pocit euforie.

V nedávné době (EU schválená registrace v roce 2006) se na trhu objevil kombinovaný preparát suboxone, jenž krom buprenorfinu obsahuje i čtvrtinové množství antagonisty naloxone, který je aktivní při IV aplikaci, kdy blokuje receptory a vyvolává u uživatele předčasný odvykací stav, zatímco při podjazykovém užívání není aktivní. To v praxi znamená šanci pro výrazné snížení injekčního zneužívání buprenorfinu, kdy intravenózně do těla vpravený antidot naloxon blokuje opiátové receptory, aniž by dodával opioidní účinky.

Farmakokinetika a farmakodynamika suboxonu vykazuje velké rozdíly mezi tím, zda se suboxone užije nitrožilně na heroin, nebo na subutex. V případě heroínu dojde k výrazné a rychlé blokaci receptorů a vytlačení heroínu z nich. Dostavuje se výrazný a nepříjemný syndrom z odnětí. U osob závislých primárně na buprenorfinu jako takovém je účinek naloxone méně jistý a méně častý. (*Mammen, Bell, 2009*).

Ukázalo se, že spoléhat se na suboxone jako na preparát, který vytlačí nitrožilní užívání buprenorfinu z české scény, by bylo naivní. Česká republika nenašla odvalu ke kroku spočívajícímu v souběžném zavedení suboxone a totálnímu stažení subutexu ze scény z obav návratu opiátové scény k heroínu. Suboxone není na černém trhu ani výrazně levnější, na což se spoléhalo v předpokladu odklonu od jehelního užívání. Nízká poptávka neumožnila snížení cen. Na oficiálním trhu je suboxone přibližně stejně drahý jako subutex. Ve své podstatě tedy zavedení suboxone v ČR nemělo žádný znatelný efekt na podobu scény a lze pochybovat o jeho významu v době, kdy stále klesá počet uživatelů heroínu, pro které je nasazení suboxone účinnější a smysluplnější.

Otázkami kolem prevence zneužívání kombinace buprenorfin / naloxone se zabývá přehledová studie britsko australské dvojice Kristie Mammen, James Bell. Ti přezkoumali dosud existujících sto dvacet výzkumů týkajících se kombinace buprenorfin / naloxone. Závěry této přehledové studie potvrzují možnost redukce náchylnosti k nitrožilnímu užívání. Zároveň poukazují na skutečnost, že pro osoby primárně závislé na buprenorfinu, nebo pro osoby po detoxifikaci, je tato redukce menší, než u primárních uživatelů heroínu. Studie navíc poukázala na naprosté rozdíly v různých zemích, kde došlo k jednorázovému vysazení subutexu a jeho nahrazení suboxonem. Zatímco v Austrálii došlo k výrazné redukci nitrožilního zneužívání s výjimkou cílových skupin bezdomovců a lidí jinak

nepřizpůsobivých vůči institucionálnímu přístupu, ve Finsku rok po zavedení upustily dvě třetiny uživatelů od nitrožilní aplikace a přešly na podjazykové užívání, v Malajsku více než 80% uživatelů užívá suboxone do žíly bez výraznějších obtíží, odrazujících od intravenózní aplikace. (*Mammen, Bell, 2009*).

Existenci buprenorfinových preparátů na českém trhu charakterizují vítězství, prohry, i otázky nad výsledkem. Mezi kladné stránky rozhodně patří odklon většiny opiátových uživatelů od užívání heroinu, což přineslo mnohé zachráněné životy a šance na přijatelnou budoucnost u mnohých klientů. Dalším kladem je, že zavedení buprenorfinové substituce umožnilo se podílet na práci s uživateli jak ve složce Harm reduction, tak v oblasti léčby.

Záporem je přesun obrovského množství tablet na černý trh, který dokáže naplňovat poptávku opioidových uživatelů, směřující k nepřetržité nitrožilní aplikaci. Ta je nejvíce rizikovou formou užívání, v akcentu na poškození žilního systému, integrity těla a vnitřních orgánů. Rizikem je nedostatečná filtrace preparátu, a obecná rizika související s přenosem infekčních chorob skrze nesterilní stříkačky a pomůcky k aplikaci.

Je otázkou, zda zdánlivá „bezproblémovost“ užívání subutexu nepřivedla k nitrožilním uživatelům opiátů více osob, než by bylo v případě, že by zde vládl heroin. Uživatelé mohou mít dost dlouho pocit, že nejde o nic vysoce rizikového a k preparátu přistupují bez respektu, majícího vůči heroinu. Tato hypotéza může částečně zpochybňovat přínos subutexu v odklonu uživatelů od heroinu.

Rozpaky a nejasná budoucnost provází nasazení suboxonu a faktor dublovanosti se subutexem, spojený s nad očekáváním vysokou mírou nitrožilního zneužívání preparátu, vzbuzuje otázky nad smyslem samotné existence tohoto medikamentu v ČR.

Neodporujeme sloganu farmaceutické firmy Schering – Plough „Když léčba mění životy“. Bez zavedení a respektování prolidsky orientovaného přístupu však jde jen o prázdné heslo. Zatímco chemie léčí, lidský přístup uzdravuje.

3 INTERVENČNÍ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY VŮČI ZÁVISLÝM, SE ZŘETELEM NA ZÁVISLÉ NA OPIOIDECH

3.1 *Harm reduction, význam a provázanost s dalšími složkami*

„Harm reduction encompasses interventions, programmes and policies that seek to reduce

the health, social and economic harms of drug use to individuals, communities and societies.“ (Rhodes, Hedrich in EMCDDA, 2010, s. 19).

Přístup Harm reduction (dále v textu i HR) zahrnuje časné intervence prováděné zejména v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog.

HR přístup se vyvinul z přístupu ochrany veřejného zdraví (Public Health), který vznikl z důvodu šíření viru HIV a dalších závažných přenosných chorob (tuberkulóza, virové hepatitidy, pohlavní choroby). Oproti přístupu ochrany veřejného zdraví, který je cílen na celou společnost, se přístup HR soustředí na individuální potřeby uživatelů drog (*Janíková in Kalina, 2008*).

V doslovném překladu znamená „Harm reduction“ „snižování poškození“. V poněkud nešťastně zužovaném významu bývá pojem HR spojován především s výměnnými programy injekčního materiálu s cílem snížit rizika a škody plynoucí z nitrožilního braní drog (výdej sterilních jehel a pomůcek snižujících rizika poškození při intravenózní aplikaci – jako jsou sterilní vody, vatové filtry, desinfekční polštářky, kondomy atd. – je zaměřen na ochranu uživatelů drog před nakažením přenosnými chorobami výše jmenovanými; výběr použitého, potenciálně infekčního injekčního materiálu ochraňuje širokou veřejnost).

Ano, výměnný program je správně škatulkován jako služba založená na principu HR, ale není zdaleka jediným ohniskem zájmu.

HR je především přístup, filosofický a myšlenkový směr. V jeho centru je člověk, uživatel drog, jeho potřeby a život. HR je přístupem vysoce realistickým – vnímá uživatele drog tady a teď, s jeho aktuálními potřebami a problémy, bez nereálných ambicí změnit jeho životní styl k abstinenci (i když úsilí klienta abstinovat podporuje), k ideálnímu zdokonalení kvality života závislého. Zaměřuje se na samotné užívání a na okolnosti užívání.

Klíčovou hodnotou přístupu HR je určitě respekt k realitě. Zachází s uživateli drog s důstojností, jako s rovnocennými partnery a lidskými bytostmi především. Je založen na upřednostňování dosažitelných a bezprostředních cílů, je neutrální k tématům dekriminálizace a legalizace užívání drog. HR akceptuje reálný fakt, že drogy jsou součástí současného světa a realisticky se věnuje minimalizaci škod, které z tohoto fenoménu plynou, namísto ignorace a odsouzení. (*Hrdina in Kalina, 2003*).

HR přístup uznává, že některé způsoby braní drog jsou bezpečnější než jiné a zaměřuje se na snižování nebezpečí plynoucích z rizikových forem. Klade důraz na uživatele drog jako na ty, kteří jsou nejpravděpodobnějšími hybateli jejich vlastního osudu.

Přístup HR má své kritiky, kteří jeho chyby vidí zejména v tom, že HR jako takové nefunguje coby snižovatel škod vzhledem k šíření infekčních chorob. Kritika dokonce vyslovuje názor, že snadný, nízkoprahový a bezplatný přístup závislých k injekčnímu materiálu zvyšuje užívání drog, brání vstupu do léčby, zvyšuje počet vyhozených stříkaček ve veřejných prostorech.

Realita je však taková, že v zemích, kde byl HR přístup důsledně uplatňován již v počátcích období drogového boomu (například v České republice), došlo k zastavení nárůstu prevalence a incidence nákazy virem HIV a virovými žloutenkami (*NMS, 2011*), zatímco v zemích, kdy HR přístup reagoval pozdě, nebo nebyl vůbec reálně zaveden, je promořenost uživatelů drog virem HIV i žloutenkami mnohonásobně vyšší. (*EMCDDA, 2010*). Více méně stagnuje i počet nitrožilních uživatelů a vyměněných injekčních setů. (*NMS, 2011*).

Další argument kritiky zní, že HR drží uživatele drog „nade dnem“, od něž se nemohou odrazit k abstinenci. Tento argument lze odmítnout na základě humanistického přístupu, dle kterého je lepší, když uživatel drog na dno nikdy nespadne, protože se z něj zvednout zdaleka nemusí vůbec. Harm reduction rozměr substituční léčby dostal tisíce lidí ze zničující závislosti na heroinu, zbavil je přímého rizika úmrtí a tito lidé se dokázali nejen zdravotně, ale i sociálně stabilizovat. (*Janíková in Kalina, 2008*).

Nejčastější, a nejpopulističtější protiargument zní, že HR přístup podporuje užívání drog. Lidé, kteří drogy užívají, jsou podle této kritiky nemotivovaní ke změně k abstinenci, a neuživatelé získávají dojem, že braní drog může být „bezpečné“ a vysílá tak špatný signál, podkopává cíle programů primární prevence (*Janíková in Kalina, 2008*). Tento argument však nebere v potaz komplexnost příčin, proč lidé drogy začínají brát. Navíc si je třeba uvědomit, že princip HR ve své nejčistší podstatě pracuje se snižováním rizik, poškození, tudíž logicky postuluje, že užívání drog (a nejen nitrožilní!) je škodlivé a poškozující. Realistický a pragmatický duch HR napovídá, že je velmi reálné a možné škodlivé důsledky drog snižovat, ale že není příliš reálné se poškození při užívání úplně vyhnout. (*Janíková in Kalina, 2008*).

Zejména však pro vyvrácení kritických postojů vůči HR lze použít reálný argument, že HR přístup není, a nedělá si ambice, být jediným přístupem uplatňovaným vůči „boji“ se závislostí. Odhlédneme-li od represivního přístupu zaměřeného na substanci a snižování poptávky po ní, existuje široká škála přístupů zaměřených na léčbu a abstinenci, vůči nimž HR přístup nestojí v opozici, ale je s nimi provázán. I nízkoprahové programy (K-centra, terénní programy), které pracují ohniskově na HR principech, jsou schopny klienty motivovat, detekovat jejich individuální potřeby a účinně klienty odkazovat do programů zaměřených na abstinenci! Bez existence HR zaměřených nízkoprahových programů by většina závislých osob nikdy, nebo jen velmi obtížně přišla do kontaktu s léčebně orientovanými institucemi a přístupy, obtížně by o vlastní vůli nacházela motivaci k léčbě a abstinenci a byla by na takové úrovni poškození, že by se snižovala i prognóza jejich „vyléčení“, dlouhodobé abstinence a zvýšení kvality života.

Co se týče specifik HR přístupu u uživatelů opioidů, jde o velmi důležitou součást intervenčních postupů. Opioidy patří mezi návykové látky s největším potenciálem poškození a škod. Velkým tématem při uplatňování HR přístupu k uživatelům opioidů je prevence předávkování heroinem, ve formě podávání informačního servisu ohledně tolerance lidského organismu k droze (rizika předávkování po období abstinence), informace o účincích heroinu, postupy bezpečnější aplikace, konkrétně aplikace dávky ve více etapách pro zjištění potence braného heroinu, práce se zaškrcováním, distribuce kyseliny askorbové a informace o jejím dávkování vzhledem k poškození žil. Výměnný program může být obohacen o zapojení indigenních pracovníků - aktivních uživatelů, osob s bohatými zkušenostmi s braním a principy HR, kteří se pohybují v uzavřených uživatelských komunitách, nedůvěřivých vůči institucionální péči.

Dalším velkým tématem je u uživatelů subutexu prevence poškození žilního systému nitrožilním užíváním. Je uplatňována motivace k bezpečnější, podjazykové formě užívání, pokud klient není ochoten se vzdát rychlého „nájezdu“, klade se velký důraz na filtraci tablet – praktické nácviky správné filtrace, edukace konkrétních metod filtrace, vyvracení stereotypů o dostatečné filtraci přes nesterilní a lámavé cigaretové filtry, zavádění moderních HR pomůcek jako jsou sterimixové sady a sterifilty. U uživatelů buprenorfinu lze rovněž pracovat na odbourávání nadbytečných dávek (např. kombinace ranní dávka do žíly, odpolední pod jazyk, což prodlouží dobu efektu látky a odstraní potřebu dávek nad stropem účinku při správné aplikaci, témata vysnižování dávek subutexu, témata nebezpečnosti kombinování subutexu s jinými tlumivými látkami jako benzodiazepiny, opioidní analgetika a alkohol atd.

Sezónně je třeba věnovat pozornost užívání surového opia, zejména je opět důležité téma filtrace surového opia, bezpečnějších postupů při výrobě substance připravené k nitrožilnímu užívání, jakož i plánování postupného vysnižování dávek opia v terminálním stadiu opiové sezóny aj.

3.2 Střednědobá ústavní a dlouhodobá komunitní léčba

„Cílem léčby závislosti je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru (Kalina in Kalina, 2003, s. 97)

Léčba závislosti je nejčastěji, a s největšími úspěchy realizovaná v zařízeních poskytujících střednědobou (ústavní) nebo dlouhodobou (komunitní) léčbu.

Oba typy léčby závislosti jsou rezidenčního typu – klient pobývá po celou dobu v zařízení (vyjma režimem daných možností opuštění prostoru v pozdějších fázích léčby). Oba typy léčby spojuje režimovost – den klienta je rozdělen do pevně strukturovaných aktivit. Důraz na režim je kladem především proto, že závislost jako taková boří a ruší běžný lidský režim, snižuje smysl pro zodpovědnost a posouvá člověka do sebestředné pozice, kdy nehledí na to, jak jeho chování a jednání ovlivňuje ostatní lidi v jeho okolí. Režim v léčbě nebo v komunitě má za cíl internalizovat režimová schémata z léčby do klientova vnímání světa, aby mohl poté lépe fungovat v běžné společnosti.

Oba typy léčby rovněž spojuje orientace k abstinenci. Abstinence však není konečným cílem, ale prostředkem, cestou k zapojení do normálního života. Úlohou léčby je, aby klient

přijal abstinenci jako nutnou součást jeho života, aby objevil její možnosti, ale i omezení a využil jí k seberozvoji a sebeuplatnění. (Těmínová, Kalina, Adameček in Kalina, 2008).

Střednědobá ústavní léčba je realizována po dobu 3-6 měsíců ve zdravotnických zařízeních (psychiatrická léčebna, léčebna závislostí). Využívá řadu prvků typických pro terapeutické komunity (režim, pravidla, skupinová terapie, komunitní setkávání aj.). Cílovou populací jsou problémoví uživatelé návykových látek ve stupni střední až těžké závislosti. Klienti jsou přijímáni jak se závislostí na alkoholu, tak na nealkoholových látkách. Vstup je podmíněn předchozí ústavní detoxifikací.

Cílem ústavní léčby je změna životního stylu klienta, při dodržování abstinence. Dále pak stabilizace sekundárních problémů souvisejících se závislostí (zejm. zdravotních vč. psychických), vybudování náhledu na závislost, řešení důsledků drogové kariéry (sociální a vztahové záležitosti), vytvoření vnitřní motivace, prevence relapsu, změna sebepojetí a zlepšení prožívání. (Dvořáček in Kalina, 2003).

V našich podmínkách se používá jako základní metoda tzv. skálovský, apolinářský model, který je založen na metodě obecné terapeutické komunity, s řadou represivních prvků. Se vstupem závislých na nealkoholových drogách, často s nezralou osobností, se do střednědobé léčby začaly implantovat prvky „demokratičtější“ terapeuticko komunitního systému, přejatého např. z americké terapeutické komunity Daytop.

Terapeutická komunita představuje dlouhodobý, intenzivní psychoterapeutický model pro klienty s těžkým stupněm závislosti. Léčba zde trvá 8-18 měsíců. První terapeutickou komunitou pro závislé v ČR byla TK v Němčicích, provozovaná občanským sdružením Sananim.

„Ne nadarmo David Deitch popisuje (terapeutickou) komunitu (pro drogově závislé) jako místo víry. ... Je to bezesporu hluboká víra v potenciál člověka, v jeho možnosti měnit a rozvíjet své pozitivní stránky.“ (Těmínová in Nevšímal, 2007, s. 32)

Terapeutické komunity mají určité jedinečné prvky. Všichni musí dodržovat stejná pravidla (mezi kardinální patří abstinence, zákaz násilí, netolerance vzniku sexuálních partnerství mezi klienty a podřizování se rozhodnutí komunity). Práva klientů jsou různá, a jejich míra je dána hierarchickým systémem (léčba v TK je realizována ve fázích, které charakterizuje různá míra práv v závislosti na době pobytu v komunitě a splnění kritérií dané fáze). Komunitu charakterizuje velký podíl klientů na moci ve smyslu spolurozhodování o důležitých terapeutických, procedurálních i provozních tématech. Komunita je symbolem

vnějšího „velkého“ světa a tento systém učí klienty přijímat osobní zodpovědnost za svá rozhodnutí a konání.

Základní terapeutické prvky v TK jsou:

- terapie zaměřená na vývoj osobnosti a emoce
- terapie zaměřená na chování
- terapie zaměřená na duchovní rozměr a etiku
- terapie zaměřená na schopnost přežít a profesně se *uplatnit* (Kalina, Těmínová, Adameček in Kalina, 2008).

V souhrnu platí, že působení komunity na klienta se odehrává jak ve sféře psychoterapeutické, tak i výchovné. Obě složky mají stejný význam a důležitost.

V rámci ústavní a komunitní léčby neplatí pro uživatele opiátů žádné specifické přístupy, terapie je poskytována bez ohledů na typ zneužívané látky; důležitým kritériem je závislost. V každém případě však platí, že pro závislé na opiátech je rezidenční typ léčby vhodný, protože tento typ návykových látek způsobuje silnou závislost a komplexní zásah do osobnosti závislého ve všech složkách celostního modelu, tudíž přestavba osobnosti vyžaduje jak dlouhodobé terapeutické a výchovné působení, tak vysokou míru intenzity tohoto působení, včetně dočasného vytržení klienta z jeho přirozeného prostředí.

3.3 Ambulantní léčba

Další formou, jak se vůči závislému na drogách uplatňuje léčebný přístup, je ambulantní léčba. V praxi to znamená, že závislý uživatel drog dochází v pravidelných intervalech do zařízení, kde je léčba poskytována (mohou to být AT ordinace, adiktologické ambulance, tyto služby z důvodů nedostatečné sítě zařízení poskytují i některá K-centra – např. v Mladé Boleslavi). „Odborná ambulantní péče má značné možnosti pro rozsáhlou a různorodou klientelu. Její malá dostupnost v současnosti a nedostatky v jejím poskytování pochopitelně zvyšují tlak na jiná, zejména lůžková zařízení, nebo vede k tomu, že se řada pacientů do léčby vůbec nedostává.“ (Hampl in Kalina, 2003, s.176).

Ambulantní léčba využívá některých podobných prvků, jako léčba rezidenční, zejména jde o psychoterapii, sociální práci, poradenství orientované na řešení sekundárních problémů spojených s užíváním (zejména zdravotních, sociálních a vztahových), pracuje s motivací a na prevenci relapsu a recidivy. Zároveň má omezené možnosti oproti rezidenční

lčbě. Omezení se týkají zejména možností uplatňování režimových prvků – režim je vyžadován jen v oblasti pravidelného docházení na terapii, klient je úkolován a má např. povinnost si vést deník, ale mnohem více záležitostí zůstává v jeho rukách. To je na jednu stranu pro klienta mnohem více ohrožující a těžké, na stranu druhou mu to přináší více kompetencí, jejichž zvládnutí a zvědomění má výborný terapeutický efekt. Další omezení ambulantní léčby se projevují v dynamice vytvoření terapeutického vztahu a dynamice terapeutického procesu – klient tráví s terapeutem mnohem méně času a není ve „zbývajícím“ čase izolován od vlivů běžného prostředí a není v intenzivní blízkosti s „lidmi na jedné lodi“, a to i tehdy, kdy program ambulantní léčby zahrnuje skupinovou psychoterapii.

Výhoda ambulantní léčby naopak spočívá v tom, že klient zůstává ve svém přirozeném prostředí, které nemusí být jen ohrožující (parta uživatelů), ale i podpůrná (rodina, partner, spolupracovníci). Klient nemusí také přerušovat studium, zaměstnání.

Všechny nastíněné omezující a zvýhodňující faktory napovídají, že k efektivitě ambulantní léčby přispívá v prvním plánu správná indikace do tohoto typu léčby. Odhadnout, pro kterého klienta přinese zařazení do ambulantní léčby efekty vyšší, než odkázání do rezidenční léčby, je diagnostickým úkolem pro zkušeného terapeuta. Obecně platí, že do ambulantní léčby je vhodné indikovat klienta s lehčí formou závislosti, u kterého se dají předpokládat zachované sebeaktivující zdroje, které jsou terapií vhodně podpořeny a směřovány k uchopení a rozvoji nově nabývaných kompetencí. Dále by takový klient měl mít alespoň částečně fungující zázemí, tj. zdroje, které jej mohou účinně a vhodně, bez přílišné zátěže pro toto blízké okolí, podpořit v jeho běžném životě (kompetence a podpora jsou reálné, což je výhoda oproti symbolicky utvářenému světu komunity). Klientova drogová kariéra by neměla být tak dlouhá, aby nebyl schopen resocializace ve smyslu navázání na předchozí, předdrogovou zkušenost. Ovšem existují výjimky, potvrzující toto pravidlo, a pokud klient byť s bohatou drogovou kariérou je ochoten přistoupit pouze na ambulantní léčbu, neměla by mu být odmítnuta, např. formou „zadních vrátek“ v kontraktu – když se cíle postulované v kontraktu ambulantní léčby nebudou dařit, klientovi bude opětovně nabídnuta rezidenční léčba. Klient je pak zbaven možnosti racionalizovat a je postaven před jasnou volbu – buďto nastoupit do pobytové léčby, nebo pokračovat v užívání drog. (*Těmínová in Kalina, 2008*).

Ambulantní formou se s úspěchem realizují doléčovací programy a programy podpory v abstinenci, které jsou krom prevence relapsu více orientovány do budoucnosti, jsou komplexnější, netýkají se výlučně drogových témat, ale spíše provázejí klientovo

znovuzačlenění do běžné společnosti. Doléčování je nabízeno klientům po ukončení rezidenčních léčeb, právě proto, aby se nabyté dovednosti a změny dařily aplikovat v reálném životě. (*Kuda in Kalina, 2008*).

Vzhledem k cílové skupině uživatelů opioidů nebývá jejich zařazení do ambulantní léčby závislosti běžné, právě pro hloubku závislosti, kterou tyto drogy vyvolávají a pro markantní rozvrat osobnosti jak ve sféře zdravotní, tak sociální.

3.4 Substituční léčba

„Substituční léčba je jednou z forem medicínské léčby závislosti na opioidech při použití předepisovaných opioidních agonistů, které mají obdobné nebo stejné vlastnosti působení na mozek jako heroin a morfin a které zmírňují abstinenční symptomy a snižují bažení po nelegálních opiátech. (Verster, Bunning, 2007, str. 20).

Substituční léčba spočívá ve specifickém přístupu k závislým a je v drtivě hlavním proudu nabízená právě závislým na opioidních látkách. *„Základním principem substituční léčby je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně), v čisté formě a perorálně (výjimečně i jiným způsobem).“ (Popov in Kalina, 2003, s. 222).*

Jako substituty (náhradní opioidy) jsou v ČR i ve světě používány především metadon a buprenorfin.

V posledních letech se objevuje mezi závislými v jejich anamnéze absence primární drogy heroin, přičemž tito závislí vstupují do své opiátové drogové kariéry s primární drogou subutex, tedy buprenorfin. Podstatou substituční léčby je pro tyto klienty zpřístupnění buprenorfinu legální cestou, možnosti kontrolovaného užívání a v ideálním případě i zapojení klienta do psychosociální terapie.

Cílem substituční léčby není za každou cenu abstinence. Ta je pro mnohé dlouholeté uživatele opioidů nerealistickým cílem, což souvisí se změnami v centrální nervové soustavě a dlouhodobým životním stylem uživatele drog. Takoví uživatelé mají za sebou často více neúspěšných pokusů o abstinenci realizovanou jak o vlastních silách, tak i pomocí střednědobé rezidenční a dlouhodobé komunitní léčby.

Realistickým cílem pro těžce opioidně závislé klienty je tedy dosažení maximálního možného zkvalitnění života ve všech oblastech dle celostního modelu, tedy v oblasti zdravotní (odklon od nitrožilní aplikace, stabilizace nebo snižování dávek, zapojení klienta do motivace k základní péči o svůj organismus), psychické (dosažení stavu, kdy je klient schopen залéčení psychotických poruch vyvolaných dlouhodobým užíváním drog, a možnost psychické stabilizace, probuzení emocí a jejich následné kompenzované zvládnání), sociální (dosažení stavu, kdy je klient schopen vykonávat pracovní činnost, navazovat a udržovat vztahy s blízkými lidmi včetně intimních stavů) i spirituální (přijetí sebe sama jako individuality, dosažení osobního, realisticky zaměřeného, neiluzivního smyslu života). Hraje se o možnost zůstat zdravým i při nesplnění podmínek abstinence, o snížení užívání nelegálních drog se všemi důsledky tohoto chování včetně nebezpečí spojených s užíváním drog včetně přenosu krví přenosných infekcí. (Verster, Bunning, 2007).

Substituční léčba je prioritně určena lidem v dlouhodobé závislosti, v jejím nejtěžším stupni, která prostoupila identitou jedince do té hloubky, že není v daných podmínkách možné reálně předpokládat dosažení úplné abstinence pomocí dostupných prostředků orientovaných na abstinenci (včetně dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě).

V ČR má delší tradici substituce metadonová. Metadon je převážně nabízen klientům s nejtěžším stupněm závislosti, bez reálné šance na změny vedoucí k abstinenci. Osvědčil se jako náhražka u těžce závislých heroinistů. Vysnižování dávek metadonu je obtížné, cíle léčby tkví zejména v odklonu závislého od nitrožilního užívání a prevenci smrtelných komplikací užívání heroinu, a dále v nastartování schopnosti klienta ukotvit základní pracovní návyky a základní sociální stabilizace. „V dobře prováděných programech přináší užívání metadonu prokazatelný efekt při snižování zdravotních a sociálních rizik, spojených zejména s užíváním heroinu.“ (Popov in Kalina, 2003, s. 222)

Metadonová substituce je nabízena pouze v podobě přímého výdeje metadonu v substitučních výdejnách. Kvůli vlastnostem metadonu (plná agonita způsobující silné euforizující a sedativní účinky + nezastropovaný účinek vedoucí ke zvyšování dávek + tekutý stav substitutu svádějící k „bezproblémové“ nitrožilní aplikaci) není možné tento substituční přípravek vydávat klientům s sebou, potenciál zneužívání v běžném prostředí je tak velký, že se tento postup u závislých nevyplácí.

Dalším rizikem metadonové substituce je velká stigmatizace uživatelů (denní návaznost na účast v programu ve výdejnách), s tím související riziko shromažďování těchto klientů na jednom místě, snížení dostupnosti pracovních aktivit pro tyto klienty (opět! Nutná

denní přítomnost klienta ve výdejně), velké riziko zneužívání v kombinování metadonu s pervitinem a zejména alkoholem.

Metadonové programy jsou svým způsobem účinné, pokud jsou zavedeny na scénách, kde existuje velká míra zneužívání heroinu.

V naší zemi je zavedena cca deset let (od let 2000-2001) substituce buprenorfinová, která bude dalším předmětem této celé práce.

Buprenorfin je druhou nejčastěji předepisovanou substituční látkou. V některých zemích není předepisování buprenorfinu vázáno tak přísnými předpisy jako v případě metadonu. „*Hlavním důvodem, proč byl buprenorfin zaveden bez těchto přísných předpisů, je to, že má příznivější bezpečnostní profil se sníženým rizikem předávkování.*“ (Verster, Bunning, 2007, s. 23). Omezuje se tak nutnost denní přítomnosti klienta ve výdejně, což jej může stigmatizovat a omezovat v pracovních a osobních svobodných aktivitách. Předepisování buprenorfinu na delší dobu snižuje práh dostupnosti pro mnoho klientů.

Buprenorfin lze použít jak k detoxifikační léčbě (ambulantní i ústavní), tak pro dlouhodobou stabilizační (udržovací substituci). „*Pro svou silnou a dlouhotrvající vazbu na opiátové receptory může být v zásadě dávka snížena velmi rychle. Relaps po detoxifikaci je mimořádně častý, a proto detoxifikace sama o sobě jen zřídka představuje adekvátní léčbu látkové závislosti.*“ (Verster, Bunning, 2007, s. 30.) Klienti motivováni k dlouhodobé celostní léčbě, mohou mít z buprenorfinu velký přínos, protože blokuje průběžný účinek heroinu, a jako částečný agonista má strop účinku a tudíž je málo pravděpodobné, že dojde k respirační depresi coby hlavnímu riziku smrti u užívání opiátů. (Verster, Bunning, 2007).

Kromě léčebného rozměru má substituční léčba významný efekt v oblasti Harm reduction. Spojení těchto dvou dimenzí, které vůči sobě mnohdy stojí v protikladu, nebo mají tendence se vůči sobě na odborném poli vymezovat, činí ze substituční léčby zajímavý, eklektický přístup, bourající zbytečné hranice a tabu v přístupu k závislým lidem. Buprenorfinová substituce dává klientům možnost neužívat nelegální drogy a mohou se vyhnout injekční aplikaci. Nemusejí se účastnit kriminální činnosti spojené se sháněním prostředků na nelegální drogy.

V praxi je problém samozřejmě složitější – získání receptu na buprenorfinový preparát představuje pro klienty jednu z cest k „samozvládnání“ závislosti – stídadají tak nelegálně získávané látky s užíváním legálně dostupného buprenorfinu v podobě subutexu (zhusta zneužívaného nitrožilně).

Je však důležité si uvědomit, že jednou ze složek paradigmatu Harm reduction je respekt ke klientově svobodné volbě. Pokud je práce se závislým člověkem podepřena podporou klientovy schopnosti se samostatně rozhodnout, ruku v ruce s motivací k bezpečnějšímu přístupu k užívání a s dostatkem pravdivých informací, nevylučujeme klientovu možnost svobodné volby, zároveň však minimalizujeme jeho tendence ovlivnění této volby závislostí.

3.4.1 Substituční léčba udržovací

Jednou ze dvou možností, jak pracovat s buprenorfinem jako substitučním preparátem, je jeho nasazení s primárním cílem stabilizace. Jde o program dlouhodobý a u mnohých klientů i s celoživotní perspektivou. Klient přechází buďto z heroinu, nebo z vysokých dávek intravenózně užívaného subutexu na sublingválně užívaný buprenorfin (v ideálním případě, v realitě pokračuje většinou nitrožilní užívání). V průběhu terapie se ustálí stabilní denní dávka buprenorfinu, která klientovi zajistí dostatečnou kompenzaci jeho receptorových potřeb po hladině opioidu, přičemž se dále nepracuje na snižování dávek vedoucích k abstinenci. U některých klientů lze nadále psychosociálně pracovat na dosahování cílů v ostatních oblastech klientova života (sociální status, vztahy, duševní rovnováha atd.), u jiných je shledán jako dostatečný úspěch odklon od užívání nelegálních drog v divokých podmínkách ulice se všemi negativními důsledky. Harm reduction rozměr tohoto typu léčby je považován za důležitější, než dimenze léčebná. Rizikem tohoto přístupu je minimální míra kontroly a vytváření nízké úrovně motivace klienta ke změně, přičemž často klient dále užívá preparát nitrožilně, nebo jej kombinuje s jinými drogami či alkoholem.

3.4.2 Ambulantní detoxifikace

Ambulantní detoxifikační programy buprenorfinem jsou střednědobými intervenčními službami, ve kterých vnímáme vyšší práh a vyšší míru očekávání, motivace a cílů, než u substituce udržovací. Klientovým primárním cílem je abstinence, přičemž je do služeb indikován v případě, že v minulosti selhaly tradiční cesty k neužívání drog, jako léčby nebo pobyty v komunitách. Metody práce by měly zohledňovat bio-psycho-sociální (případně i spirituální) model; tedy práci na postupném, pomalém snižování dávek předepisovaného opioidu s paralelní psychoterapií, sociální prací, poradenstvím atd. s cílem zkvalitnění života, udržování motivace k abstinenci a přípravě vnitřních i vnějších podmínek pro její udržení.

Klient takovéhoto typu programu má jednak možnost v první řadě odbourat rizikové, nitrožilní užívání, dále pracovat na vysnižování dávek návykových látek, a to jak paralelně užívaných drog (benzodiazepiny, alkohol), tak samotného opioidu buprenorfin, a to až k úplné abstinenci (přičemž je ideální poté klientovi nabídnout doléčovací programy podpory v abstinenci).

V průběhu terapie je možno přikročit k přeformulování zakázky ve směru vysnižování na minimální dávku substitutu a v této fázi dávku udržet, a v takto získané době pracovat s klientem na motivaci k realizaci léčebného nebo komunitního pobytu – do kterého klient má šanci nastoupit ve stabilizovaném stavu a s vyšší úrovní motivace, než měl kdy v minulosti, kdy neměl k této volbě dostatek času, klidu a příznivých podmínek zvnějšku.

Rizikem tohoto modelu je vnější i klientův vnitřní tlak na rychlý, uspěchaný režim detoxifikace, rizika relapsu a recidivy plynoucí z dlouhodobosti procesu, kdy se dlouho zdánlivě „nic neděje“ a svou roli hrají i jisté krizové momenty či etapy v procesu, které mohou tento postup inhibovat nebo zastavit (např. „rozloučení s jehlou“, faktor relapsu, překonání kritické dávky v procesu snižování, kdy klient cítí, že substitut bere nikoliv kvůli intoxikaci, ale pouze coby předmostí k abstinenci atd. – více bude rozebráno níže v dalším oddíle práce).

V ideálním měřítku by oba typy programu měly být pojímány celostně a měla by být poskytovateli zajištěna vzájemná propustnost mezi nimi.

„Každá léčebně-preventivní péče by měla mít prvky bio-psycho-sociální.“ (Hampl in Kalina, 2003, s. 174).

4 SUBSTITUCE V BIO - PSYCHO - SOCIÁLNĚ - SPIRITUÁLNÍM MODELU

V této části práce budou analyticky popsány aspekty substituční léčby ve všech čtyřech rozměrech celostního modelu, přičemž by z tohoto popisu mělo být jasné vzájemné ovlivňování a provázanost všech čtyř kategorií, jednotlivých prvků a faktorů, které se prolínají všemi rovinami, což potvrzuje platnost a relevanci celostně pojímaného bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislostí.

Zjednodušeně se dá říci, že příčiny, vedoucí k závislosti, mají své analogické odrazy v tom, jak se braní drog a závislost projevují v osobnosti a životě uživatele. Na stejném základě je potřeba vycházet i z výběru léčebných intervencí resp. zásahů vedoucích ke změně. A při tom všem ještě platí, že jakákoliv příčina, projev nebo intervence vycházející z jedné složky celostního modelu, zanechává své stopy ve zbývajících rovinách.

Příkladem může být: Užívání opioidů má výrazné účinky v oblasti prožívání a vnímání vlastního těla (sedace, útlum, zpomalení biologických procesů). Projevuje se velmi silně neurofyziologickými reakcemi na nervové soustavě v podobě tělesné závislosti. Nedílnou součástí léčby je farmakologická medikace. Pouhé zúžení tohoto pohledu na bio-medicínskou složku se ukazuje jako krátkodeché a neúčinné. A to z důvodu, že bio-medicínské faktory mají přesahy do ostatních rovin celostního modelu – do roviny psychické, sociální i spirituální. Jejich zanedbání a přehlížení vede k neúspěchu v léčebných intervencích.

4.1 Biologicko-medicínský přístup v substituční léčbě

V předchozích kapitolách práce byly popsány biologické předpoklady závislosti a v užším měřítku závislosti na opioidech byly popsány tělesné projevy braní opioidů, včetně projevů ohrožujících zdraví a život uživatele.

Opioidová závislost se projevuje velmi markantně ve fyzické oblasti. Molekuly opioidů mají silnou afinitu na nervové receptory. Lidské tělo samo o sobě produkuje přirozeně látky opioidního typu (výše zmiňovaný endorfin apod.), tudíž lidská nervová soustava vytváří soustavu tzv. opiátových receptorů, a to u všech osob, nikoli jen těch, kteří užívají opioidy. Tělo je tedy „lépe připraveno“ na příjem zvnějšku dodaného opioidu, který se

snadno navazuje na receptory, a to zejména na tzv. m1 receptory, které jsou mj. spoluodpovědné i za vznik závislosti. To vše tvoří předpoklady pro silnou fyzickou závislost, relativně rychle vznikající, chronickou a relabující.

Pro dlouholetého uživatele opioidů je často nereálné dosáhnout úplné abstinence, respektive ještě těžší je ji udržet.

Substituční léčba představuje pro takového člověka šanci pro to, aby „abstinoval na substitutu“. Tedy – i přes nutnost denně, pravidelně užívat opioid, se v jiných oblastech projevovat a chovat tak, jako člověk abstinující, resp. neužívající – např. pracovat, mít stabilní existenční zázemí, navazovat a udržovat blízké mezilidské vztahy, vnímat smysluplný životní úděl.

Farmakoterapie substitučními látkami (metadon, buprenorfin) je nedílnou součástí substituční léčby. Bez nasazení substitutu by léčebné a terapeutické intervence nebyly možné; bažení po droze, odvracení vleklých a nepříjemných projevů syndromu z odnětí, prázdno vzniklé po náhlém vysazení by znemožnily klientovi terapeutické intervence přijímat a zvnitřňovat.

Na druhou stranu, někteří odborníci mylně považují farmakologickou léčbu za klíčový a v podstatě jediný nutný faktor vedoucí ke změně kvality života závislého. Tuto tezi je na tomto místě třeba odmítnout. I přes nesporné pozitivní efekty samotné farmakoterapie substituty (odklon od užívání heroínu a s tím související snížení rizik v oblasti zdravotní, sociální a trestněprávní) se při aplikaci z kontextu vytržené farmakoterapie nedá mluvit o tom, že se klient léčí. Nejen, že jsou farmaka masivně zneužívána (způsob aplikace, obchodování s nimi na černém trhu, kontraindikační kombinace s jinými psychotropními a návykovými látkami), navíc se závislým nikdo paralelně nepracuje na jeho motivaci, mapování cílů, práci na jejich dosahování, posilování psychiky, zdravého sebepojetí, schopnosti vstupovat do blízkých vztahů, schopnosti vnímat v životě štěstí a radost atd.

Jako v jiných oblastech, kde dominuje medicínský přístup, dochází k nereálnému očekávání, že „záračné pilulky“ člověka dovedou „opravit“. Vytrácí se kontaktní efekt, který je při jakékoli práci s člověkem klíčový. Skrz lidský kontakt s člověkem mimo subkulturu uživatelů, navíc skrze kontakt s odborníkem v adiktologické oblasti, se přirozeně posiluje klientova důvěra v sebe i okolní svět a zvyšuje se jeho otevřenost a přístupnost vůči intervencím. Redukce kontaktu na pouhý akt výdeje, předepsání receptu, případně rozhovor na bázi odebírání zdravotní anamnézy prohlubuje propast mezi lékařem a klientem, zvyšuje

nedůvěru klienta v tom, že protějšek zajímá jako člověk, nutí klienta ke lhaní, posiluje tendence služby a preparáty zneužívat.

Není zřejmě reálné předpokládat, že proskribující lékař zvládne v rámci kontaktu s klientem v ordinaci převzít roli psychoterapeuta, poradce, sociálního pracovníka a partnera do rozhovoru. Jednak to nedokáže po odborné stránce, jednak na to nemá dostatek času, nelze zajistit ani vhodné vnější prostředí.

Stejně tak by bylo bláhové doufat, že medicínskou složku zvládne realizovat konzultant v adiktologické ambulanci. Může samozřejmě disponovat znalostmi ohledně farmakodynamiky substitutu, navíc je opřít o lidský rozměr a zkušenosti se závislými lidmi, nikdy ale není schopen zohlednit vlivy, které předpokládají hluboké medicínské, biologické, chemické znalosti.

Specializovaných substitučních center, kde působí multidisciplinární tým (psychiatr, psychoterapeut, sociální pracovník), je málo, služba není systemizovaná. Molnárová (2008) uvádí, že k roku 2006 bylo v ČR čtrnáct specializovaných substitučních center, ve kterých se léčilo 950 osob. Přibližně dvojnásobné množství závislých užívalo subutex na základě předpisů od praktických či jiných lékařů, bez jakékoli další péče a terapie (Molnárová in *Časopis Adiktologie*, 2008)

Nejen v oblasti nasazení dávek substitutu, vysazování současně užívaných drog, snižování dávek je esenciálně nutné, aby adiktologický konzultant (terapeut, sociální pracovník, poradce) a lékař dokázali překonat rozpory v odborných náhledech a filosofii přístupu k práci a našli společné sféry, ve kterých budou úzce kooperovat, a měli přehled o tom, co se děje na poli, které výlučně patří do gesce jen jednoho z nich. Nutnost této spolupráce je často z důvodů provozních, materiálních i lidských vážnou překážkou pro funkčnost substitučních programů.

4.1.1 Některé farmakologické otázky při nasazení, dávkování a vysazování buprenorfinu

Na tomto místě je třeba alespoň zevrubně zmínit několik otázek či témat při farmakoterapii buprenorfinem. I pracovník na pozici konzultanta či terapeuta v adiktologických ambulantních službách se musí orientovat v základech farmakoterapie; klient totiž v prvním kontaktu přichází spíše za ním, než za lékařem, a je třeba mu dodat relevantní a věcně správné informace, bez nich se může samotný začátek procesu substituční terapie zvrtnout, nebo dokonce klienta poškodit.

4.1.1.1 Metadon nebo buprenorfin?

Dosavadní výzkumy nejsou schopny jednoznačně určit, zda je u specifických populací účinnější, nebo bezpečnější klientovi – zájemci o službu substituční léčby nasadit metadon, nebo buprenorfin. (Mammen, Bell, 2009), (Verster, Bunning, 2007).

Molnářová (2008) soudí: „*Metadonová léčba je doporučována těm, kteří trpí těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách opiátů, a u nichž již došlo k opakovaným a neúspěšným pokusům o abstinenci léčbu; dále těhotným, HIV pozitivním... Buprenorfinová léčba se doporučuje těm, jejichž denní dávka opioidů nepřesahuje ekvivalent dávky 60 mg metadonu.*“ (Molnářová in Časopis Adiktologie, 2008, s. 14)

Nebyly vyšetřovány priority nasazení jednoho z preparátů vzhledem k jiné charakteristice klienta, než je výše dosud užívané opioidní dávky. Rozhodnutí tak spíše vychází z toho, co preferuje klient, (předchozí zkušenosti, náklady, rizika zneužívání) a možností poskytovatelů služeb (dostupnost).

Dalšími faktory pro toto rozhodnutí jsou například: reakce na léčbu, individuální metabolický systém klienta, souběžně užívané léky a drogy, míra stigmatizace a nutnosti pravidelného docházení do ordinací a výdejen.

Je dobře, že existují možnosti volby, některým klientům se dobře daří na metadonu a není důvod je převádět na buprenorfin, a naopak.

4.1.1.2 Nasazení buprenorfinu v samém začátku terapie

Zásadní rozdíly plynou z faktu, zda klient přichází se zájmem o substituci coby uživatel heroínu nebo jiného plně agonistického opioidu (morfin, kodein, braun), či jde o primárního zneužívatele buprenorfinu v podobě nitrožilně užívaného subutexu.

U uživatelů heroínu je pro úspěšné zahájení substituce třeba předejít v první fázi rozvoji abstinenci syndromu (ztratil by důvěru v program a ohrozil by se na zdraví). Důvodem rozvoje výrazných a náhlých abstinenci příznaků je výrazná afinita (přilnavost k receptorům) buprenorfinu, který tak z receptorů vytlačuje ostatní opioidy (heroin, metadon...), přičemž však má coby částečný agonista nižší opioidní aktivitu. V praxi je vyvolán náhlý abstinenci syndrom, který přichází 1-3 hodiny po nasazení první dávky buprenorfinu, vrcholí během 3-6 hodin a pak odeznívá. Pokud klient přechází na heroin ještě v době, kdy na něj heroin akutně účinkuje, je třeba nasadit menší dávku buprenorfinu (2-4 mg) – pro nižší vytěsňování agonistů z receptorů) a dle závažnosti rozvoje abstinenci syndromu

syndromu titrovat až na nejméně 8 mg jako dávku prvního dne. Poté lze zvyšovat dávky až o 8 mg denně až do dosažení stabilizace.

Čím delší je doba mezi posledním užitím heroinu a nasazením buprenorfinu, tím je snazší nasazení buprenorfinu. (Verster, Bunning, 2007).

U těch klientů, kteří primárně zneužívají buprenorfin v podobě nitrožilní aplikace subutexu, je situace v začátcích medikace jednodušší. Nasazuje se dávka odpovídající běžné dávce IV užívaného subutexu, zvýšená o cca 25% (kompenzace za odnětí vyšších euforizujících stavů dosahovaných nitrožilní aplikací). Pokud klient užívá rozkolísané dávky (podle toho, kolik prostředků sežene), na začátku terapie se nasazuje jako startovací dávka nejvyšší užívaná dávka nitrožilně užívaného subutexu a po určité době stabilizace (1-2 týdny) lze přikročit k relativně rychlému snížení na nižší dávku, kterou klient označil jako nutnou pro bezproblémovou existenci.

V praxi České republiky převládají v současnosti již primární uživatelé buprenorfinu. Bohužel výše popisovaný postup není zhusta dodržován, klientům jsou předepisovány zbytečně velké dávky podle toho, o co si klient řekne. Nelze vyloučit ani fakt, že klient obejde více proskribujících lékařů a přebytky prodává na černém trhu.

4.1.1.3 Stabilizace dávkování vzhledem ke kombinaci užívání s dalšími návykovými látkami

Málokterý uživatel je „čistým příjemcem“ buprenorfinu, resp. heroinu. Klienti nejčastěji opioidy kombinují s alkoholem, benzodiazepiny, případně s psychostimulanty.

Současné užívání opiátů a stimulantů (pervitin, kokain) se jeví pro nastartování účinné substituční léčby jako kontraindikační. Není možné předpokládat stabilizaci v užívání (vzájemně protichůdně účinkující substance ovlivňují míru účinků, potažmo potřeby dávky opiátu velmi individuálně a nevyzpytatelně). Navíc paralelní, často intravenózní užívání stimulantů udržuje klienta v drogovém životním stylu a vylučuje stav, který jsme výše označili jako „abstinence na buprenorfinu“.

Paralelní užívání benzodiazepinů bývá velmi častým jevem, zejména proto, že tato kombinace do značné míry kompenzuje „heroinové“, plně agonistické účinky. Benzodiazepiny představují vysoce návykové a pro organismus toxické preparáty, které ovlivňují výrazně somatický stav klienta (značná sedace, obluzenost), jeho psychiku (potlačení emocí, inhibice kognitivních procesů) i sociální stav (zdánlivá společenská akceptovatelnost závislosti na tomto typu látek vyvolává u uživatele podceňování abúzu a snižuje motivaci ke změně).

Dávky benzodiazepinů u těžce závislých klientů bývají extrémně vysoké, protože tyto medikamenty vynikají zvyšující se tolerancí k dávce a nutí k lineárnímu zvyšování dávek, a tak je běžné i 20 - 50 krát vyšší dávkování, než je postačující k vyvolání terapeutického účinku u neuživatelé.

Nárazové vysazení benzodiazepinů, zvláště extrémně vysokých dávek, může způsobit výrazný, život ohrožující abstinenci syndrom spojený s řadou závažných komplikací, jako jsou silné a perzistentní epileptické záchvaty, nebo dočasné obrny nervové soustavy.

Přesto je důležité užívání benzodiazepinů řešit prioritně. Je na lékaři, aby určil tempo a strukturu snižování benzodiazepinů (např. při současném užívání buprenorfinu a tří léků benzodiazepinového typu se postupně odbourávají jednotlivé benzodiazepiny, přičemž čím později určitý benzodiazepin snižujeme, tím opatrnější tempo je nutné zvolit.)

Kombinace s alkoholem jsou častou komplikací, protože alkohol je legálně dostupný a lékař sám o sobě nemá šanci ovlivnit míru paralelního užívání. Omezování dávek alkoholu, případně cesta k úplné abstinenci od alkoholu, resp. kontrolované, neproblémové pití, je úkolem psychosociální složky programu, a to úkolem dlouhodobým.

Klinické zkušenosti ukazují, že je nutné vyčkat několik dnů až týdnů, než se na buprenorfinu začne klient cítit dobře. Jak přechod od heroínu, tak z nitrožilně zneužívaného subutexu v nadměrných dávkách je klienty vnímán po určitou dobu problémově. Má-li klient nižší motivaci, může v této době zrelabovat na heroínu nebo na jehle, resp. v kombinaci s jinými drogami. Motivace může výrazně ovlivnit další vývoj, je rozdíl, zda klient vnímá buprenorfinově „čistou hlavu“ (neexistenci plně agonistických opioidních účinků) úkorně, nebo jako pozitivum. Další komplikací je výraznější probouzení emocí, které jsou při užívání agonistů blokovány. Je třeba si uvědomit, že právě nezvládnutí emocí bývá častou příčinou začátku užívání návykových tlumivých látek, ve formě sebemedikace.

Zde opět mezi řádky vysvítá nutnost pojímat substituční program celostně, s přihlédnutím ke všem kontextům.

4.1.1.4 Snižování substituční látky

Snižování dávek buprenorfinu je tématem zejména pro ambulantně detoxifikační substituční programy, ale i v programech udržovací substituce se tímto jevem zabýváme. Klienti často užívají klinicky nadměrné množství buprenorfinu a pro to, aby byli schopni reálně fungovat, stačí nižší dávky, na kterých jsou ovšem klienti déleodoběji stabilizováni; jakékoli výkyvy v dávkování tuto stabilizaci ohrožují. V praxi tedy jde o umožnění takových podmínek (přístup k legálnímu substitutu, prevence zneužívání, náklady finanční), během

kterých se klient postupně stabilizuje. Dále o hledání minimální dávky, která klientovi stačí pro jeho subjektivní pocit pohody a objektivní fungování v reálném světě, přitom však nepůsobí již „drogově“, psychotropně, neovlivňuje jeho prožívání jako permanentní intoxikace. Na této individuálně minimální dávce je pak klient dlouhodobě stabilizován.

Buprenorfin jako takový lze klinicky vysnížovat relativně rychle. „*Pro svou silnou a dlouhotrvající vazbu na opiátové receptory může být v zásadě dávka (buprenorfinu) snížena dokonce velmi rychle.*“ (Verster, Bunning, 2007, s. 30). Detoxifikační jednotky při psychiatrických léčebnách běžně snižují denní dávku o 2 mg, což při průměrné běžné dávce 8 mg znamená rychlou detoxifikaci během čtyř až pěti dnů. Toto je však možné realizovat jen v ústavních podmínkách, kde je a) zajištěna komplexní medicínská péče, b) uživatel je izolován od prostředí vedoucího k relapsu – bezdrogové prostředí, permanentní kontrola, c) je zajištěn neprodlený přestup do režimové, pobytové psychoterapeutické léčby (léčebna, terapeutická komunita). „*Je třeba vzít obecně v úvahu, že relaps po detoxifikaci je mimořádně častý, a proto detoxifikace sama o sobě jen zřídka představuje adekvátní léčbu látkové závislosti.*“ (Verster, Bunning, 2007, s. 30).

V ambulantních podmínkách je výše popsané tempo naprosto iluzorní, jednak kvůli téměř stoprocentnímu riziku recidivy, jednak kvůli tomu, že psychoterapeutické, sociální a spirituální intervence plynoucí z potřeby práce na psychické složce závislosti se pohybují řádově v mnohanásobně delších obdobích, mají-li být účinnými.

Buprenorfin blokuje užívání heroinu výrazně účinněji než metadon, proto se jeví jako vhodným substitutem pro uživatele heroinu s motivací k úplné abstinenci. Přináší uživateli jasnou mysl, coby základní podmínku pro přijímání terapeutických intervencí a jejich zavádění a integraci do svého běžného životního režimu.

Snižování v ambulantních podmínkách musí být vedeno v opatrném, pomalém tempu, a podléhá individuálním potřebám a kontextům každého klienta. Řádově však lze říci, že substituční léčba v modelu ambulantní detoxifikace, je u průměrného uživatele záležitostí dlouhodobou, řekněme roční i delší.

Snižování je vždy provázeno obdobím stabilizace na nové dávce, která trvá řádově týdny, během kterých si uživatel zvyká na nižší dávku a učí se překonávat obtíže, které snížení vyvolává. V té době nemusí plnit jiné, psychosociální cíle. Na ty nastává čas po tělesné stabilizaci na dávce.

Určení snižovacího kalendáře probíhá v kooperaci klienta, adiktologického konzultanta (terapeuta) a lékaře. Klienti mají mnohdy pocit, že dokážou vysnížovat rychle,

podstatně rychleji, než nabízí terapeut a lékař. Ano, je to sice možné, ale riziko recidivy je téměř stoprocentní. Klient se učí tento fakt přijmout vlastní zkušeností, získanou v psychosociální terapii.

V souhrnu je možné říci, že snižování se daří v rychlejším tempu na vyšších dávkách, než na nižších. Křivka snižování má tedy podobu rychlejšího sestupu z vrcholu s povlnným blížáním k nule.

Výraznou pozornost zasluhuje individuálně subjektivní, však téměř vždy přítomná krizová hranice (zřejmě analogická s „minimální dávkou“ v udržovací substituci), která se snižujícímu klientovi velmi obtížně překonává; pod ní je již i pocitově subjektivně vskutku v léčbě, směřující k abstinenci. V praxi bývá nejčastěji tato hranice mezi 2 – 4 mg buprenorfinu denně. V momentě, kdy se snižující klient dostává na tuto hranici, má tendence k relapsu, k zastavení pokroků v plnění psychosociálních cílů, následuje často prudký pokles motivace k abstinenci. V tomto období klient jak po medicínské, tak psychosociální stránce zasluhuje zvýšenou pozornost. Je to období, na kterém se doporučuje snižování na delší dobu (i několika měsíců) zastavit a dočasně i odložit povinnost plnění psychosociálních cílů. Jde o křižovatku, na které by se klientovi měla nabídnout možnost rozhodnutí, zda chce pokračovat v ambulantní detoxifikaci, nebo je pro něj bezpečnější přejít na udržovací substituci.

Dalším problematickým momentem je finální fáze ambulantního detoxifikačního procesu. Z dosud nezjištěných příčin bývá pro klienty programů obtížné učinit poslední krok v podobě úplného vysazení substituční látky, i když je již dávkování v množstvích, které jsou farmakologicky spíše placebo dávkami. Jde o dávky blízké 0,25 – 0,5 mg denně. Příčiny těchto problémů můžeme hledat v „technickém“ smyslu, kdy z lékáren zmizely tablety obsahující 0,4 mg buprenorfinu. Nejnižší obsah buprenorfinových tablet je tedy 2 mg účinné látky. Tableta lze jen omezeně dělit; aby se zachovala stabilita užívané dávky, lze rozdělit tabletu na nejvýše čtyři objemově podobné díly, tedy na denní dávky okolo 0,5 mg. (Při existenci tablet s obsahem 0,4 mg bychom se dostali na dávku cca 0,1 mg). Další příčiny se skrývají pravděpodobně v rovině psychologické – klient „abstinuje na buprenorfinu“ v minimální dávce, psychosociálně funguje bez problémů, tudíž má v hlavě zakotveno, že tato funkčnost je možná i při pravidelném, byť minimálním příjmu drogy. Zároveň se domnívá, že mu právě příjem účinné látky tuto funkčnost dovoluje a má strach z úplné abstinence.

Řešení může tkvět (díky silnější a dlouhotrvající vazbě buprenorfinu na kappa receptory) v potenciálu buprenorfinu být podáván méně často, než denně. Potom může

závěrečná fáze snižovacího kalendáře mít střídavou podobu – např. třídní schéma: 0,5mg – 0 – 0,5 mg.

Dalším řešením, na které mohou motivovaní klienti přistoupit, tkví v jejich nástupu na ústavní detoxifikaci, kde se během cca týdne až dvou zbaví užívání úplně, a pak pokračují v terapii, která má podobu doléčování, psychosociální podpory v abstinenci.

4.2 Psychosociální rovina substituční léčby

„Farmakologická léčba by vždy měla být součástí širšího komplexního plánu léčby, který řeší jak somatické, tak psychosociální otázky.“ (Verster, Bunning, 2007, s.22).

„I pracoviště orientované na Harm reduction by mělo v nějaké formě PSP (psychosociální podporu) nabízet – ostatně všechno, co souvisí s poskytováním péče klientům a koriguje jejich chaotický život, je nějak měnit.“ (Kostínková in Časopis Adiktologie, 2008, s. 66).

Uvozující citace by měly znamenat naprostou samozřejmost, v praxi bohužel je realita jinde. Zatímco farmakologická léčba splývá nejen mnohým klientům, ale i odborné veřejnosti, s pojmem substituční léčba, jsou do ní vkládány očekávání úspěchu, práce s klientem jako člověkem, v optice celostního vnímání, se krčí někde v pozadí, je lékařskými autoritami vysmívána, podceňována, a klienty často vnímána jako faktor, který jejich „léčbu“ neúměrně protahuje a je pro ně subjektivně nepříjemná.

Ignorace psychického, sociálního a spirituálního rozměru substituce je sice běžná, ale naprosto nepochopitelná. Jako by totiž ignorovala zároveň existenci psychické závislosti a sociálních kontextů života na drogách. Pokud se dá polemizovat nad zařazením spirituální dimenze do celostního modelu, neměla by ale zůstat viset jakákoli pochyba nad tím, že užívání drog má své příčiny, projevy i intervenční možnosti i v rovině duševní a sociální!

Kdyby tomu tak bylo, stačilo by, aby jakémukoli uživateli drog pro dosažení abstinence a návratu na kvalitní úroveň života pomohlo absolvovat krátkodobý detox. A zde již panuje naprostá shoda na nesmyslnosti tohoto tvrzení.

Psychosociální složka substituční léčby je v ideálním případě poskytována v komplexním substitučním centru, kde s klientem pracuje multidisciplinární tým. Dále se odehrává na poli adiktologických ambulancí, případně K-center, kterážto zařízení mají vydefinovanou spolupráci s některým ze zdravotnických zařízení, kde probíhá proskripce

buprenorfinu. V mnoha případech není poskytována vůbec; poté se však nedá mluvit o substituční léčbě v celostním modelu.

Proces psychosociální složky substituce je dlouhodobou intervencí vůči opiátově závislému člověku, který reaguje na aktuální i dlouhodobou osobní situaci klienta a jejím cílem je přispět k dosažení maximální možné kvality života klienta prostřednictvím psychické a sociální stabilizace a podpoře v hledání životního smyslu, odklonu od dosavadního prodrogového životního stylu.

4.2.1 Základní pilíře psychosociálního procesu – motivace, kontraktování, vyhodnocování

Úhelným kamenem práce v psychosociálních programech substituce je práce s motivací klienta. Klienti indikovaní do substituční léčby trpí většinou těžkým stupněm závislosti, mají za sebou dlouhodobou drogovou kariéru, mnohdy vícenásobný počet nezdařených pokusů o abstinenci, pobytů v léčebných institucích, ať dokončených, nebo předčasně přerušovaných, s následujícími recidivami.

Motivace takovýchto klientů bývá velmi oslabena vzhledem k úplné abstinenci. Jde o velmi vzdálený cíl, jak časově, tak z hlediska mnoha obtíží a překážek, které by závislý musel překonávat, což jej zúzkostňuje a vyvolává obrany a racionalizace udržující jej v daném stavu závislosti. Mezi jednu z nejčastějších racionalizací patří postoj, že samotný fakt, že závislý užívá substituční preparát subutex, který je mu předepisován lékařem bez jakýchkoli dalších nároků a souvislostí, vlastně znamená to, že se klient léčí, že je v substituci.

Nitrožilní užívání je omluváno jako nutnost - subutex dle postojů klientů „dá“ tak víc, zejména v oblasti euforických a sedativních účinků. To je do jisté míry realita, na druhou stranu tento argument lze vyvrátit tím, že jde právě o účinky, které jsou vyhledávány pro pocit intoxikace, odlišného prožívání reality, což se vylučuje s jakýmikoli cíli jakéhokoli léčebného procesu. Dalším racionalizačním argumentem pro nitrožilní užívání jsou finance – kdyby klient užíval pod jazyk, má pocit, že by potřeboval větší dávky. Mnoho klientů však nemá žádnou zkušenost s podjazykovým užíváním. Navíc cena substitutu vydaného v lékárně na předpis je podstatně nižší, než na černém trhu (1 krabička 8 mg subutexu v lékárně cca 1.400 Kč, na černém trhu nad 3.000 Kč). Pokud se klient rozhodne pro snižování, logicky jej může namotivovat vize nižších nákladů na substitut v budoucnosti. Díky tomu, že snižování je

nejjednoduší právě v počátcích, z vysokých startovacích dávek lze relativně bez problémů snížit na střední úroveň, je finanční úspora nejcitelnější právě v této fázi.

Motivační práce s takovým klientem není primárně orientována na budoucí abstinenci. Jde o dlouhodobý proces, během kterého se postupně rodí mezi pracovníkem a klientem terapeutický vztah, na jehož základě se prohlubuje důvěra klienta a zvyšují se šance na přijímání nabízených intervencí. *„Jde o zvláštní vztah, který se liší od běžných mezilidských vztahů. Vzniká ve stavu nouze a tím je také specifický. Vychází ze setkání dvou lidí, z nichž jeden pomoc nabízí a druhý ji vyhledává.“ (Bartošíková, Miovský, Kalina in Kalina, 2003, s. 30).*

Motivace je tak zaměřována na postupné zkvalitňování života. Klienti jsou motivováni k dosahování postupných, malých, reálných a konkrétních cílů, postupuje se krok po kroku dopředu tempem, které je klient schopen akceptovat a zvládat. Vize úplné abstinence je v procesu přítomná, je však na klientovi, zda se rozhodne tento proces podstoupit, nebo se „spokojí“ s dílčími cíli, jako je například odklon od nitrožilního užívání, znovunavázání vztahů s rodinou, stabilizace dávek atd.

Pokud stavíme s klienty reálné, termínované, dosažitelné postupné cíle, lze v ohraničené, dohledné době naplňování dílčích cílů zhodnotit, každý pokrok klienta ocenit a podpořit jej, což v klientovi, který po dlouhou dobu nezažil žádný úspěch, znamená posílení sebevědomí a postoje, že i on je v pořádku, dokáže v oblastech, které si sám označí, postupovat vpřed a získávat nové kompetence.

Po určité, dejme tomu „zkušební“ době klienta v programu (kdy si klient vyzkouší svou novou roli a položí se základ terapeutického vztahu), je potřeba přikročit ke kontraktování a plánování cílů. Zkušební doba se jeví jako nutná, protože pro těžce závislého klienta znamená často předčasné, uspěchané sjednání kontraktu závazek, který klient vnímá jako ohrožující, nereálný a jehož nezvládnutí zapadá do jím praktikovaného životního scénáře „lidi po mě zase něco chtějí, a já opět selhávám“. Zkušební dobu je možné využít k nezávazným kontaktům s terapeutem, k vyjádření klientova životního příběhu a k předání zásadních informací o podmínkách programu.

Toto období také skýtá potřebu s klientem probrat jasná pravidla programu. Pravidla musí být konkrétní, ověřitelná a musí mít „sankční doložku“ – tedy co se stane, když se pravidlo poruší. Mezi pravidla by mělo určitě patřit zacházení s absencemi na terapiích, ohraničení podmínek paralelního užívání jiných návykových látek, zneužívání služby (prodej

přebytků, využívání více psychiatrů apod.) Je pak na každém programu, jaký systém si zvolí (některé programy jsou hodně strukturované, s kreditním systémem, jiné jsou volnější, nízkoprahovější, vše je možné, jen musí být jak poskytovateli, tak klientovi zcela zřejmé, jak je systém nastaven).

Samotné plánování a kontraktování by mělo mít dvě roviny. Za prvé, klient by si měl stanovit svůj osobní, hlavní cíl. Ten by se měl vždy týkat změny v postoji k užívání návykových látek, resp. oblast užívání v něm musí být zahrnuta. Může jít například o dosažení abstinence, nebo o stabilizaci v užívání. U hlavního cíle však práce s kontraktováním teprve začíná. Není možné plánování v tomto bodě uzavřít.

Hlavní cíl udává pracovníkovi i klientovi základní směr, kudy se bude terapie ubírat. Jde o dlouhou cestu, jejíž profil musí být lemován jasně viditelnými milníky, kdy je od jednoho vidět k dalšímu.

Proto je výhodné rozdělit proces do série krátkodobých období (například dvouměsíčních), která si klient dovede představit, dohlédnout na jejich konec, a přitom během nich stihne odpracovat konkrétní úkoly, vedoucí ke konkrétním cílům.

V této fázi kontraktování se cíle již nepohybují nutně kolem užívání. Užívání zde musí být zastoupeno jako téma, ale cílem může být i stabilita, udržení dosavadního stavu. Pokud je krátkodobým cílem snížení, musí být zřejmé, o jakou dávku se klient rozhodne snížit, a klientovy představy (mnohdy neodpovídající realitě, motivované rychlou snahou ušetřit prostředky nebo touhou rychle vyabstinovat) jsou pracovníkem korigovány a výsledkem je kompromis dosažený dohodou.

Další cíle se mohou týkat oblastí sociální (např. zařídit si doklady, zjistit výši dluhů, zaregistrovat se na úřadě práce atd.), vztahové (oslovit svou primární rodinu, řešit konkrétní problémy s partnerem, vtáhnout blízké osoby do procesu atp.), psychicky postojové.

Každý z cílů by měl být podrobně probrán, tzn., měly by být označeny konkrétní kroky, konkrétní aktivity, které klient musí zvládnout pro to, aby se k cílům přiblížil. Dále sem patří zmapování zdrojů (kdo nebo co může klientovi pro dosažení tohoto cíle, resp. realizaci každého kroku prospět), jasné termínování splnění.

Procesy, které se mohou takto na papíře pospané jevit jako schematické a strukturální, nabývají u každého klienta individuální dimenzi a obsah, klienta i pracovníka naopak orientují v procesu, zprůhledňují jej, udávají směr, kudy má klient jít dál, a dávají jasná ověřovací kritéria, na kolik se v daném období klientovi daří.

Klient je ten, kdo primárně plánuje, protože však o vlastních silách toho nemusí být schopen (například netuší, v jakých oblastech je potřeba, aby zapracoval), je provázející role terapeuta klíčová.

Na závěr každého takového krátkodobého kontraktu dochází ke zhodnocení naplnění dohody, k dohodnutí další podoby spolupráce a naplánování, kontraktování pro další období.

4.2.2 Otázky rizik a překážek

Psychosociální proces v substituční léčbě, jak už bylo popsáno, je věcí, kterou řada poskytovatelů vynechává, neposkytuje, nebo jí poskytuje formálně. Mnoho klientů tento proces nechápe, má vůči němu lhostejnost či odpor; nevidí v něm smysl a považuje za dostatečnou samotnou medikaci.

Proč tato situace nastává? Pochopitelně z tohoto stavu nelze vinit klienty.

Jednou z nabízejících se odpovědí je, že substituční léčba pracuje převážně se závislými v těžké fázi závislosti. Motivace klientů ke změně bývá nízká. Pokud klient selže v cestě k abstinenci například tím, že recidivuje opakovaně i po absolvování terapeutické komunity, může se zdát, že mu není pomoci, že před sebou nemá již žádnou naději. Pokud poskytovatel služeb tuto tezi přijme, není to dobře. Abstinence není cílem pro závislou osobu, bývá často ale nutným prostředkem pro dosažení kvalitního života. Substituce nabízí dosažení určitých kvalitativních úrovní i za předpokladu, že klient dále užívá návykovou látku. Tento cíl nemusí být vnitřně poskytovateli přijímán jako dostatečný a může se projevit v rezignaci k jakýmkoli změnám. Je možné, že tento postoj může být podmíněn i strachem a nejistotou ze strany poskytovatelů z práce s klienty v tak těžkém stupni závislosti.

Druhá odpověď souvisí s výše zmiňovanou nejistotou. Psychosociální terapie v substituční léčbě představuje dlouhodobý proces. Tento proces, na rozdíl od jiných služeb v adiktologické oblasti, není dosud nijak odborně vymezen, Standard substituční léčby je pouze úzce provázán s medicínskou složkou. Psychosociální podpora je v něm zmíněna pouze jako výčet úkonů. (*Kostínková in Časopis Adiktologie, 2008*). Psychosociální terapie je poskytována intuitivně a na zelené louce, každé zařízení může mít vlastní přístupy a metody.

Pro klienty toto může, byť podvědomě, představovat značnou nejistotu. Vstoupit do dlouhodobého procesu znamená pro závislého velké, závažné rozhodnutí, vedoucí k tvrdé, soustavné práci na sobě. Pokud klient vycítí, že služba nemá jasné vymezení, jasný cíl a hranice, ve které se pohybuje, může to pro něj znamenat posílení nedůvěry v proces a v sebe samého jako hybatele v těchto procesech.

Například pobyt v terapeutické komunitě je sice dlouhodobý a přináší do života klienta totální zvrát, klient se však může orientovat v jasné struktuře, program je vymezen jasnými hranicemi a pravidly, dávajícími jistotu. Psychosociální proces v substituci nic takového nenabízí. Je pravděpodobné, že i to je důvodem neochoty klientů do těchto procesů vstupovat, respektive se v nich udržet.

4.2.3 Podpora klienta po psychické stránce

Klienti vstupující do psychosociální složky substituční léčby, resp. zájemci o tuto službu, bývají dlouhodobě závislí na opioidních drogách, mívají za sebou neúspěšné pokusy o abstinenci, jejich životní styl plně podléhá jejich závislosti a jejich niterný život bývá velmi chudý, a to jak vinou dlouhodobého působení opioidů na jejich organismus, tak neschopností fungovat v běžných mezilidských vztazích.

Na počátku programů je nejdůležitější klienta podpořit v motivaci ke změně a řešit jeho situaci „ted’ a tady“, protože na intenzivní psychoterapii klient není v tomto období připraven, a je zavalen množstvím aktuálních problémů, které negativně ovlivňují jeho psychický stav.

V rámci motivační práce bývá důležitým úkolem klienta namotivovat k aktivnějšímu přístupu k jemu samému. Je důležité, aby klient vzal za svůj postoj, že vstup do substituce (včetně její psychosociální složky) pro něj přináší šanci k zlepšení jeho stavu, a toto zlepšení případně v budoucnosti využít i pro případný proces vedoucí k abstinenci.

Co může k zlepšení výchozího stavu klienta pomoci?

Určitě důležitou roli hraje samotný fakt, že vstupem do psychosociální složky programu klient získává v osobě pracovníka partnera, rovnocennou bytost, která patří mezi neuživatele drog, a přitom má klientovi snahu rozumět, pochopit jej a podpořit v pozitivních krocích. Netlačí přitom na nereálné, příliš vznešené cíle a postupuje s klientem krok po kroku tak, aby klient měl možnost cítit sebemenší pokrok, být za tento pokrok oceněn, podpořen, a nenásilně veden vstříc dalšímu postupnému cíli.

Je tedy dále nutné se s klientem domluvit na postupu, který by měl mít jasné ohraničení a jasný smysl. Mezi první kroky například patří podpora v přechodu klienta na správné, podjazykové užívání substituční látky. Klienti neradi opouští nitrožilní způsob aplikace, protože tento způsob užívání jim přináší určitou míru euforie a dalších účinků, které člověk od užívání opiátů očekává. Tato ztráta musí být něčím kompenzována. Tato kompenzace musí mít zřetelný a relativně rychlý dopad (nelze argumentovat např. zlepšením

stavu žilního systému a zdraví vůbec, protože jde o velmi dlouhodobý proces, navíc s nejistým výsledkem – vzhledem k dlouhodobosti nitrožilního užívání).

Po psychické stránce může klientovi takměř okamžitě pomoci pocit, že od chvíle vstupu do substitučního programu už není na svůj boj se závislostí sám, že jeho životní perspektiva není bezhraniční mlha, že s pomocí pracovníka získává jeho život určitou strukturu, které se může zachytit. Klient se dále postupně učí přejímat postoj, že se ocitá ve fázi léčby, tudíž faktor euforického stavu po nitrožilní aplikaci již není tím, co od užívání hledá, co od něj očekává. Přejímá myšlenku, že substitut bude užívat pro to, aby se stabilizoval a předešel recidivám a získanou energii a stabilitu použil na realizaci dalších kroků vedoucích ke zlepšení jeho stavu.

Samotný proces odbourávání nitrožilního užívání probíhá při vědomí, že intravenózní aplikace je určitým rituálem, na který má klient psychickou fixaci. Psychoterapie ve smyslu působení na klientovu osobnostní přestavbu vstupuje do procesů postupně, podle toho, do jaké míry je klient na tyto procesy připraven.

Velkou míru podpory vyžaduje i zvládnání samotného farmakologického plánu léčby, ať již jde o odbourání paralelních zneužívaných látek, nebo o samotné snižování úrovně užívaného substitutu. Opět jde o situace, které klient může vnímat úkorně, jako ztrátu něčeho, byť ztráta může souviset i s věcmi, které klient vnímá subjektivně negativně.

Zaplňování prázdných míst, která se v průběhu terapie v klientově životě vytváří, rozhodně nelze podceňovat. Klient může být pracovníkem upozorňován, že bude v průběhu terapie cítit subjektivně negativní pocity prázdna, které jdou medicínsky kompenzovat jen do určité míry (nasazení antidepresiv či jiných psychiatrických medikamentů), ale to rozhodně nestačí. Klient musí v celém průběhu terapie vnímat, že toto má pro něj smysl. Proto je tak důležité důkladné a konkrétní plánování, které není schématické, je každému klientovi stavěné dle jeho osobních specifik, a v každém byť sebenepatrnějším úspěchu je klient podpořen a oceněn.

Pracuje se paralelně na přebudování klientova vztahu k užívání, a to nikoliv v černobílém vidění „brání je zlo, abstinence je dobro“. Jednak to není pravda (abstinence, dokonce ani stabilizace samy o sobě nejsou zárukou pro kvalitnější a příjemnější prožívání života; mnohdy to může být i naopak), jednak negativní motivace klientů (nechci brát) se ukazuje jako krátkodobá (odhodlání „nebrat“ postupem doby slábne, pokud není podepřeno zvědoměním toho, co klient chce). Klient je veden k pozitivistickému uvažování – ve smyslu „není důležité to, co nechceš, ale to, čeho chceš dosáhnout“. Boj se závislostí vedený na

frontě odříkání se droze, budování nepřátelského postoje k braní vede k popírání části sebe sama (dobrý dlouhodobý cíl v oblasti sebepojetí je přijetí sebe sama i se svou závislostí!) a velkým ztrátám energie, které po určité době klienta odradí od setrvání v procesu a přivedou jej zpět do náruče recidivy. Klient je podporován v postoji, že v současné chvíli potřebuje užívání substituční látky k tomu, aby získal sílu k realizaci změn, terapeuta potřebuje k tomu, aby spolu s ním objevoval směr, ve kterém se změny budou nalézat.

Klient musí být od počátku udržován v realitě, že substituce představuje dlouhodobý, pro některé klienty celoživotní proces. Psychická motivace k účasti v terapii v takto dlouhodobých procesech časem zákonitě slábne. Oblasti možných změn se časem vyčerpávají, počáteční úspěchy se mohou zbrzdit nebo zastavit; klient je konfrontován průběžně se selháváními, jak v podobě relapsu užívání, či v relapsech v psychosociální oblasti (propady v náladách, sebevědomí, zklamání ve vztazích, v očekáváních od léčby i od sebe sama atd.) (*Miláčková in Časopis Adiktologie, 2005, ročník 5, číslo 3*).

Úkolem terapie je klienta na tuto dlouhodobost připravit a od počátku jasně, srozumitelně a bez příkras hovořit s klientem o rizicích ztráty motivace, psychické síly, dopadech problémů, které klient v období zneužívání drog neřešil, a nyní se vrací v plné síle. Pokud klient chápe, že tyto výkyvy, oslabení, ztráty v motivaci a v rezervoáru vnitřních sil přicházet budou, lépe je bude zvládat, nebude jimi tolik zavalen.

Obzvláště zřetelná je situace, kdy klient začne řešit s relativně střízlivou hlavou problémy z minulosti. Může jít o obrovské dluhy, neutěšený zdravotní stav, rozpadlé blízké vazby a nefunkční vztahy. Závislostní uvažování přináší jednoduchou zkratku: „za současné problémy může má současná abstinence nebo stabilizace, dokud jsem bral, tyto problémy na mě tolik nedopadaly; návrat k zneužívání drog přinese zapomnění, zklidnění, jistotu (to umím, na reálný život nestačím)“.

Zvládání těchto situací není možné pouze pomocí farmakoterapie a klient bez pevné, jasně ohraničené podpory, kterou dostává v terapii, není schopen tyto problémy zvládnout a recidivuje.

To, že slábne jeho motivace v průběhu terapie, přináší naopak příležitost se s klientem podívat znovu na formulaci zakázky, dlouhodobých cílů. Pokud klienta v počátcích posiluje myšlenka, že se díky substituci posune k totální abstinenci, neměli bychom to klientovi vymlouvat od počátku, protože toto odhodlání může být vítaným zdrojem energie pro to se pustit do změn. Terapeut ovšem musí klientovi připomínat, že toto rozhodnutí, tento cíl, je možné kdykoli přeformulovat, a za tuto re-formulaci nebude nikterak snižován, kárán nebo

trestán. Klient potom lépe zjistí, že prošel v terapii určitým vývojem, v jehož rámci zjišťuje své reálnější možnosti. Pokud má možnost přeformulovat zakázku – například: „Abstinence pro mě není dosažitelná, ale chci substituovat doživotně na stabilní minimální dávce“, nebo: „Abstinence je stále mým cílem, ale k jejímu dosažení cítím, že potřebuju vstoupit do rezidenční léčby“ – klienta to posílí a dodá novou, reálnou motivaci pokračovat. Klient „smí“ i zjistit, že úspěchem není jen změna, ale i stabilita, udržení se ve stavu, který je pro něj v daných možnostech ideální, a že i v tomto procesu je podporován a je oceňován za to, že se mu daří. To, že se v terapii „nic neděje“ zúzkostňuje jak klienty, tak terapeuty; pokud se obě strany dohodnou na tom, že i tento stav je v pořádku, úzkost plodící přehnaná očekávání slábne a mizí.

Pokud se klient oprostí od nitrožilního užívání a kombinovaného braní dalších převážně tlumivých látek (např. benzodiazepinů), začíná mít čistou hlavu, přičemž se tento stav zesiluje ještě tím, že klient snižuje denní dávky substitutů. Už bylo zmíněno, že tento stav může klientovi připadat jako prohlubování psychické prázdnoty. Dalším výrazným průvodním jevem, se kterým je potřeba pracovat, je probouzení klientových emocí. Ty byly tlumivými látkami mnohdy inhibovány. Probouzení emocí opět může znamenat subjektivní komplikaci. Klient si začne uvědomovat beznaděj své životní perspektivy, marnost dosavadních vztahů, objevuje se lítost, sebelítost, pocity viny. (*Kudrle in Kalina, 2003*). Bývá k tomu zaskočen emocemi, které se u něj začnou projevovat ve styku a ve vztazích s ostatními lidmi. Objevují se najednou sympatie, nesympatie, láska. Je potřeba s klienty pracovat na tom, že se tyto emoce začnou objevovat, klienta na ně připravovat, dát možnost o nich otevřeně hovořit, rozebírat jejich dopady, tlumit přehnaná očekávání, učit se smířovat se zklamáními, hledat i v negativně vnímaných situacích pozitivní faktory, momenty, posilující zkušenosti.

Kvalitní terapeut musí vždy zohledňovat hypotézu, že právě emoce mohly stát na začátku kariéry užívání tlumivých návykových látek. Emoční stav mnohých budoucích uživatelů drog bývá v nepořádku a drogy jsou potom sebemedikací. (*Kudrle in Kalina, 2008*). Pocity mohly být v době neužívání natolik nezvladatelným břemenem, že osoba sáhla po tlumivých látkách, podvědomě, aby dosáhla emoční stability, respektive útlumu, aby emoce od sebe oddělila, oddálila je, protože mu přinášejí komplikace, bolest, úzkost a zklamání. Abstinence je pro takové klienty obrovským strašákem, protože se obávají toho, že opět nalezené emoce znovu přivodí psychickou bolest a strádání. U takových klientů je nutné pracovat psychoterapeuticky, snažit se rozkrývat a analyzovat příčiny sahající ještě před dobu začátku užívání, samozřejmě je spolupráce s psychiatrem, který může stanovit

psychiatrickou diagnózu a na jejím základě nasadit cílenou, závislost nevyvolávající medikaci.

„Psychoterapie znamená jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Kekí uplatnění najdeme v různých modifikacích na všech úrovních základních typů péče, od streetworku, nízkoprahových zařízení a substituční léčby až po terapeutickou komunitu a následnou péči. V každé z těchto modalit má psychoterapeutické působení odlišné cíle. Ty musí... ..respektovat klientův proces – například nevhodné načasování odkrývající terapie může... ..být pro klienta ohrožující a vést k vypadnutí z léčby a ztrátě kontaktu s ním.“ (Miovský, Bartošková in Kalina, 2003, s. 25).

Veškeré intervence vůči klientovi nejde oddělit od přijímání sebezkušenosti, od psychoterapeutických prvků. Je na terapeutovi, aby zhodnotil, kam jej klient chce pustit, na co je klient připraven. Udržovat umělou hranici mezi dejme tomu poradenským procesem a psychoterapií může být pro klienta brzdící; tyto roviny se prolínají a hranice mezi nimi nemusí být zřetelná. Terapeut postupuje od poradensky jednoduchých, praktických a procedurálních návodů (jak zvládnout odklon od nitrožilního užívání, jak odmítnout od známých drogy, jak komunikovat se svými blízkými) k terapeuticky složitějším, hlubším intervencím. Tento postup je určován dynamikou terapeutického vztahu mezi ním a klientem a potřebami klienta. Psychoterapeutické prvky a metody jsou nabízeny ve shodě s přáním klienta, který může označit zakázku, např. „chci prožívat všední dny s větší radostí, chci uspět ve vztazích, chci být ostatními přijímán, chci být spokojenější sám se sebou“. V takových případech je zbytečné se bránit aplikaci psychoterapeutických přístupů a technik. Důležitým měřítkem je klientova spokojenost, dobrý pocit, získávání nových kompetencí skrze sebezkušenost. Změny dosažené psychoterapií jsou sice dosahovány pomaleji, na druhou stranu bývají stabilnější a méně ovlivnitelné vnějšími faktory.

4.2.4 Sociální a socializační podpora klienta

„Cílem je reintegrace (a v mnoha případech integrace) závislého do společnosti prostřednictvím (znovu) nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.“ (Kuda in Kalina, 2008, str. 216)

Sociální situace klientů absolvujících substituční programy bývá silně rozvrácená. Jde často o socioekonomické problémy – nezaměstnanost, bezdomovectví, život bez dokladů,

zadlužení, nevzdělanost. Dále jsou dlouhodobě závislí postižení rozpadem vztahů v primární rodině, neschopností navázat a udržet intimní partnerské i přátelské vztahy.

Psychosociální podporou se tedy vine jako červená nit sociální práce s cílem základního sociálního zasíťování klienta a zajištění navazujících intervencí vedoucích k sociální stabilizaci klienta. Ještě předtím, než je možné vůbec zahájit kontakt s psychiatrem, předepisujícím substitut, je potřeba, aby měl klient v pořádku doklady, zejména průkaz identity a kartičku zdravotního pojištěnce, bez kterých není možné zahájit poskytování zdravotních služeb.

Jednou z výhod, kterou přináší substituční léčba klientům, je to, že na správně dávkovaném a aplikovaném substitutu jsou schopni fungovat i v pracovním procesu.

Realizace aktivit vedoucích k sehnání zaměstnání bývá častým cílem práce s klientem v sociální oblasti. Klient si s podporou terapeuta zařizuje registraci na úřadě práce, vyřízení případných nárokových sociálních dávek, začíná aktivně hledat zaměstnání.

Terapeut by měl být schopen základní orientace v mechanismech sociální práce, aby byl schopen klienta nasměrovat do relevantních institucí, případně mu poskytnout doprovod. Poskytuje i základní pracovní právní poradenství, sleduje oblasti možné diskriminace klienta na pracovním trhu a postupuje tak, aby hájil klientova práva v této oblasti, dané zákony.

Podporuje klienta v zlepšení kvalifikace; motivuje jej a spolu s ním vyhledává vhodné rekvalifikační kurzy, podporuje klienta v dokončení vzdělání, které bývá často nedokončené z důvodu rozvoje drogové závislosti.

Tématem je pochopitelně i podpora v řešení dluhů. Terapeut podporuje klienta v plánování, jak dluhovou situaci řešit (scelení dluhů, vyjednávání splátkových kalendářů, případně poradenství v oblasti osobních bankrotů), vstupuje do kontaktu s institucemi, včetně bezplatných občanských poraden, se kterými na klientově příběhu spolupracuje. Míra zapojení do sociální práce je v různých programech odlišná; většinou vychází z kapacitních možností poskytovatele. Není nutné, aby byl poskytovatel služby psychosociální podpory, (mnohdy v reálu jeden člověk) vynikajícím odborníkem na vše, od hlubinné psychoterapie po sociální práci. Měl by ale disponovat sítí kontaktů a schopností case managementu, tedy koordinace všech oblastí souvisejících se změnami v klientově životě, zasíťování dalších odborníků do řešení, a pochopitelně v první řadě musí být dobrý motivátor, který dává klientovi sebedůvěru a kompetence, což je více, než za klienta situaci řešit a ponechat jej v pasivitě a v závislosti na službách.

Velkým problémem je zejména u dlouhodobých uživatelů opiátových drog to, že jsou dlouhodobě nezaměstnaní a v podstatě v současné ekonomické kondici státu nezaměstnavatelní. Chybí jim teoretické předpoklady pro výkon většiny profesí, praxe, a co je nejhorší, mnohdy klienti nemají vytvořeny žádné pracovní návyky a nejsou schopni dodržovat režim, vyžadovaný zaměstnavatelem.

Pokud klient úspěšně funguje po nějaký čas v programu, je kompetentnější v oblasti režimu a pracovních návyků. Mnohdy však není na co navázat, klienti berou drogy již od školních let a nikdy neměli zkušenost s pracovní kázní. Někdy se zdá, že návrat klienta do normálního života je nereálný, přestože jinak vykazuje vysokou motivaci žít bez drog. Pokud klient dluží vysoké částky, lze jej jen těžko motivovat k životu na legálních příjmech, protože splácení dluhů jej téměř doživotně limituje k životu na hraně existenčního minima. Rovněž velkým problémem bývá trestní minulost klientů, kteří kvůli popsanému trestnímu rejstříku nemají možnost získat uspokojivé zaměstnání. Abstinence zde ještě zřetelněji přestává být cílem, ale stává se prostředkem k dosažení cíle reintegrace do společnosti; alespoň v míře, která je u konkrétního klienta možná. (*Kuda in Kalina, 2008*).

Substituční programy jsou jen v malé míře schopny s klientem pracovat na úrovni, která mu výrazně pomůže v resocializačním procesu, přese vše, co bylo pospáno výše. Je jen výjimečné, že tyto služby mají za svou součást programy podporovaného zaměstnání, nebo vytvoří chráněné dílny. Vstupu klientů do specializovaných sofistikovaných programů následné péče brání zase současné – byť substituční – užívání návykových látek. Snahy o socializaci v maximální možné míře mnohdy klienti vnímají jako brzdu a podnět pro ztrátu motivace.

V souhrnu lze konstatovat, že sociální reintegrace klienta závisí především na jeho schopnostech a silách, přičemž funkční psychosociální program může účinně zvýšit klientovy kompetence v sociální oblasti, díky jimž může klient začít postupně řešit svou socioekonomickou situaci.

4.2.5 Spirituální dimenze v programech substituce

„Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abúzu návykových látek, tzn. aspirovat na komplexní úzdravu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metodiky a techniky, které působí na všech čtyřech úrovních.“ (*Kudrle in Kalina, 2008, str. 22*).

Naše zkušenosti nám dovolí polemizovat s tímto jinak moudrým citátem v tom smyslu, že dokonce i s klienty, jejichž cílem je „pouhá“ stabilizace abúzu, lze a je třeba pracovat i v spirituální úrovni pojetí.

Opomíjet spiritualitu v dlouhodobých programech se substituujícími klienty se nemusí vyplatit hned ze dvou pohledů. První je pohled relevantní vůči klientům směřujícím k abstinenci. Zde je spatřováno coby klíčové, jak pracovat s uvolněným místem na prvním stupni žebříčku klientova vzhlížení. Droga je sesazena ze svého piedestalu rozšiřovače lidského vědomí a zařazuje se po bok ostatním „práškům z lékárny“. Do toho se probouzí klientova emotivita a substituující závislý pod vedením svého pracovníka objevuje vlastní limity přesahového vnímání a začíná opouštět sebestředný postoj. Je schopen vnímat věci přesahující materiální stránku života. Pokud je role terapeuta přítomna v pozici průvodce, otvírače dveří a asistenta, bývá taková práce úspěšná, klient si má šanci vytvořit svou osobní „víru“, kterou bude mít spojenou s tím, že je mu lépe, než předtím, když bral na ulici drogy.

Druhý pohled nabízí spirituální možnosti v případech takových klientů, kteří začnou zjišťovat, že jim lépe není, že se subjektivní vnímání jejich života nezlepšilo, někdy i zhoršilo. Docházejí k poznání, že ani substituční léčba s cílem růstu neleží v jejich hranicích možnosti změny.

Poté se otvírá pole doprovázejícího, paliativního působení na takové klienty. Je záhodno klienta konfrontovat s jeho perspektivami a nabídnout mu sebe jako průvodce. Otevírat téma blížící se smrti se závislými klienty je běžné. Méně běžné je však téma smrti nebrat jako strašáka, před kterým je třeba utéci, za pomoci nejrůznějších realizovaných změn. Vzít smrt jako realitu a legitimizovat klientův cíl vyslovovaný jako „chci zdechnout“ na „potřebuju se smířit se smrtí, konečností života.“ Bojí se toho jak klienti, tak terapeuti.

Základem našich obav je strach ze smrti a její tabuizace, odkládání umírajících do zdravotních institucí, vytěšňování úvah o smyslu života / životů z našich spotřebitelsky nastavených myslí.

To, že toto téma neotvíráme vůči klientům, a klienti jej neotvírají vůči nám, je naše obrana proti strachu z vlastní smrti. Pokud to s klienty otevřeme jako realitu, dotkne se to i nás. Nebýváme na to připraveni.

Z toho plyne, že spirituální rozměr je třeba zohledňovat i v programech zaměřených na stabilizaci abúzu. Spiritualita představuje obohacení – například právě ve smyslu postoje člověka ke smrti. Vyjadřuje pokoru, respekt, smíření. Pokud se smíříme s tím, že smrt je

možná naděje, možná příležitost, možné zklidnění, uvolnění duše, budeme schopni s klienty toto téma otevírat a naplňovat je nadějí a klidem.

4.3 Reálné možnosti a podmínky celostních substitučních programů

Tato kapitola vychází ze zkušeností, kterých bylo autorem nabyto během jeho tříleté praxe ve službě poskytované K-centrem Nymburk, Semiramis o.s., kdy mj. spoluinicioval vznik pracovní skupiny odborníků v psychosociální složce substituční buprenorfinové léčby.

Je příznačné, že pracovní skupina po cca dvou letech fungování zanikla pro nedostatek zájemců v ní pracovat, z původních šesti setkávajících se služeb nakonec tři úplně zanikly.

Ač je zjevné, že substituce představuje reálné šance na kvalitní život u uživatelů opioidů, a funguje jako prostředek pro snížení ilegálního užívání drog, včetně snížení výskytu souvisejících sociálních patologií, potýká se současná podoba služeb s mnoha osudovými problémy.

Situace ve financování neziskového sektoru, s důrazem na adiktologické služby, je na hraně únosnosti. V minimální míře zůstávají podporovány tradiční typy služeb, jako nízkoprahové HR programy, či léčby. Substituční programy jsou stále pojmány jako zdravotní služby, s důrazem na biologickou (kolegové sarkasticky poznamenávají často, že „chemickou“) složku léčby, celostní programy živoří na okraji, prostupují mezi jednotlivými službami, nebo jsou nuceny kvůli nedostatku peněz skončit.

Laická veřejnost je v případě substituce nedostatečně informovaná, a zastává vůči metodě obdobně hostilní postoje, jako k nízkoprahovým Harm reduction programům.

Problémy se objevují i v odborné rovině. Standard substituční léčby je součástí zdravotnických standardů. (*Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008*). Neexistuje standardizovaná metodika poskytování celostních substitučních programů. Služby jsou poskytovány živelně a intuitivně. Snahy pracovní skupiny psychosociální složky o vytvoření prostředí, ve kterém s ní sedne k jednomu stolu „medicína“, a společně bude vytvořen návrh celostních standardů, narazily na nezáměr lékařů, lobbovací neschopnost skupiny a posléze na únavu z rezignace. Včetně rezignace na dlouhodobě udržitelnou síť spolupráce mezi poskytovateli samotnými jak v oblasti vzdělávání, tak např. podporou specifických služeb např. skrze resocializační programy podporovaného zaměstnávání apod.

Po procedurální stránce je velkým břemenem programů masivní zneužívání klienty. Naděje, vkládané do vzniku celostátního registru, shromažďujícího citlivé údaje o uživatelích buprenorfinu, kteří by tak nemohli obcházet zdravotní služby s žádostí o recept – služba by nemohla být poskytnuta paralelně více lékaři – se ukázaly jako liché, protože lékaře nic a nikdo nesankcionuje, pokud nezapisují do registru. Motivací některých lékařů k předepisování substitutu jsou výkony proplácené zdravotními pojišťovnami. Droga je snadno dostupná, klienti nejsou motivováni k jakékoli spolupráci na změně, poskytovatelé služeb nejsou schopni reagovat pružným vytvářením nízkoprahových Harm reduction služeb udržovací substituce zahrnující i psychosociální programy.

Klienti cítí nejistotu poskytovatelů, nepřipravenost jim účinně pomáhat, proto vůči poskytovatelům nepožívají dostatečné důvěry, službu zneužívají, odmítají se včlenit do dlouhodobých procesů bez jasné perspektivy, hranic.

K tomu se přidružuje ne zrovna ideální fungování substitučních preparátů. Možnost na první pohled bezproblémové nitrožilní aplikace subutexu přispěla k masivitě zneužívání, i přes to, že přinesla reálný odklon od injekčního užívání heroinu. Před následky dlouhodobé IV aplikace subutexu v podobě rozvoje smrtelných chorob jako např. endokarditid dlouhodobě varuje časopis pro uživatele drog Dekontaminace, vydává o.s. Sananim.

Nový buprenorfinový preparát suboxone s přídávkem naloxonu nezabraňuje skrze nástup uspíšeného syndromu z odnětí při IV aplikaci nitrožilní aplikaci v takové míře, jak se očekávalo. Funguje velmi individuálně. Vědecké studie dokazují výrazné rozdíly v dopadech zavedení Suboxonu na chování nitrožilních uživatelů buprenorfinu, v různých zemích. (*Mammen, Bell, 2009*).

Přípravek Ravata, resp. Buprenorfin alkaloid, které se od roku 2011 objevily na trhu, se složením i možnostmi bezproblémového zneužívání k nitrožilní aplikaci ničím neliší od subutexu.

Přítom případy dobré praxe ukazují, že celostní programy substituční léčby jsou funkční. Bohužel nejsou součástí žádného systému, jsou zakládány z entuziasmu a nadšení, které je bohužel často personifikováno, a s personálními změnami služby zanikají, nikdo není schopen nahradit vypadnuvší jedince.

Takové programy fungují v zajišťování prostupnosti mezi nízkoprahovou HR a léčebnou dimenzí. Výhodným se ukazuje při práci s klienty užitý princip case managementu, který je však v realitě opět omezen na komunikaci mezi nadšenými entuziasty a naráží na nechuť zapojení mnoha souvisejících institucí. Návaznost na vnější zdroje je tak omezená

nejen finančně, ale i v odborných a logistických oblastech. Chybí odborný konsenzus, manažerská síla směrem k donátorům. Nacházíme se v celkově nevhodné době k podporování nově vznikajících inovativních a progresivních služeb. Budoucnost celostně pojímané substituční léčby je nyní velmi nejistá.

5 SUBSTITUČNÍ LÉČBA V PROGRAMECH SEMIRAMIS O.S.

5.1 Potřebnost zavedení programu substituce v zařízeních Semiramis o.s.

V lednu 2007 autor nastoupil do občanského sdružení Semiramis o.s. jako kontaktní a sociální pracovník v K-centrum Nymburk (dále KCNBK). Po třech měsících se stal vedoucím zařízení.

Při rozmyšlení o strategických prioritách programu vyvstala na jednom z prvních míst potřeba řešit situaci velkého množství uživatelů opiátových drog, kteří měli ve své anamnéze dlouhodobé nitrožilní užívání heroinu, která bylo postupem času doplněno, resp. vystřídáno intravenózním bráním buprenorfinu v podobě subutexu. Tito uživatelé měli za sebou větší množství neúspěšných pokusů o abstinenci v podobě nástupů do rezidenčních léceb. Recidivy po předčasně ukončených léčbách přinášely často zhoršení jejich stavu. Někteří z těchto klientů měli za sebou epizody v pražských metadonových programech, během kterých ovšem substitut kombinovali s pervitinem a alkoholem, rovněž ve velkém množství užívali benzodiazepiny. Byli dlouhodobě bez zaměstnání, bez trvalých přátelských a partnerských vztahů, s rozvrácenými vztahy v primárních rodinách.

Při analýze anamnéz těchto klientů vyvstala palčivá potřeba vybudovat pod K-centrem Nymburk program zaměřený na substituční léčbu, respektive dlouhodobou ambulantní detoxifikaci. Vzhledem k celkovému menšímu počtu klientů – uživatelů drog a malému akčnímu rádiusu programu (K-centrum poskytovalo služby ročně cca 150 – 200 uživatelům drog, přičemž měnilo kolem 20.000 injekčních setů ročně), bylo možné realizovat menší substituční program i při stávajícím personálním pokrytí služby.

Služba obdobného typu nebyla nikde v blízkém okolí Nymburka poskytována (nejbližší zařízení byly pražské substituční programy Sananimu a substituční program při Ambulantním centru o.s. Laxus v Hradci Králové).

Pro start projektu bylo nutné zajistit medicínskou složku programu – tedy získat na svou stranu lékaře, ideálně psychiatra, který bude ochoten předepisovat substituční preparát a navíc přijme společnou filosofii programu, procedurální podobu a systém vyhodnocování úspěšnosti programu, navazování na externí zdroje apod. To se zdálo zprvu jako neřešitelný úkol. Ve městě Nymburk se nepodařilo najít žádného lékaře, který by se jevil pro podobný program vhodný.

Zrod velkých věcí často provází náhoda. Jeden klient K-centra dostal po užívání pervitinu toxickou psychózu, a do zařízení se ozvala čelákovická psychiatrická MUDr. Michaela Štěpánková, ve věci konzultace dalšího postupu. Během několikahodinové návštěvy ordinace se začal rýsovat neutříděný, však nadšeně vznikající projekt. Základní podoba substitučního programu K-centra Nymburk byla na světě.

5.2 Podoba substitučního programu K-centra Nymburk v letech 2007-9

K-centrum začalo poté pro své klienty nabízet následující službu, kapacitně nastavenou pro šest klientů najednou.

Program byl metodicky konstituován jako dlouhodobý program ambulantní detoxifikace. To znamenalo, že hlavním dlouhodobým cílem účasti klienta v programu byla jeho abstinence, respektive sekundárně stabilizace na minimální dávce buprenorfinu, přičemž byly postupně detoxifikovány drogy typu benzodiazepiny, sedativa a hypnotika. Klienti, kteří nebyli během dlouhodobého programu schopni dosáhnout úplné abstinence (totální vysnižování substitutu) si museli dávat další rozvojové cíle v oblasti psychosociální.

Důvody pro zvolení tohoto typu programu byly dva. Prvním bylo stanovisko MUDr. Štěpánkové, která nechtěla být součástí programu udržovací substituce z důvodu jejích odborných pochyb o smyslu takové práce, přičemž byla ochotna medikovat klienty na stálých minimálních dávkách, pokud budou ochotni po dobu existence v programu si stanovovat a plnit cíle v jiných oblastech, než je medicínská (snižování). Cesta k abstinenci klienta v dlouhodobém programu ambulantní detoxifikace mohla vést i přes absolvování léčby v léčebně nebo terapeutické komunitě, do které klient nastupuje po mnohaměsíční účasti

v programu; stabilizovaný, s jinou motivací než v minulosti, kdy do léčeb vstupoval v obdobích svého špatného stavu a po dočasném zklidnění v léčbách často recidivoval.

Druhým důvodem byly kapacitní možnosti K-centra. Otevření programu v rovině nízkoprahové HR substituce každému uživateli opiátů bylo iluzorní vzhledem k povaze zařízení a jeho personálním možnostem.

5.2.1 Cíle programu

Účast klienta v programu byla podmíněná uzavíráním dílčích, dvouměsíčních kontraktů. Každý takový kontrakt obsahoval krom hlavních cílů cíle dílčí. Ty se vztahovaly na období právě kontraktovaných dvou měsíců, z důvodu konkrétnosti, reálnosti, ověřitelnosti. Dílčí cíle si klient stanovoval jak v oblasti medicínské, tak psychosociální.

Například – v období od 20.7. do 20.9. 2008 se klient XY zavazuje:

a) V oblasti užívání:

a. Snížit denní dávku buprenorfinu v podobě podjazykového užívání z 6 mg na 4 mg za tohoto snižovacího kalendáře:

1. týden – 6 mg denně
2. týden – 6mg – 6 mg – 5 mg – 6 mg – 5 mg – 5 mg – 5 mg
3. - 4. týden – stabilizace na 5 mg denně
4. týden – 5 mg – 5 mg – 4 mg – 5 mg – 4 mg – 4 mg – 4 mg
5. týden – 5 mg – 4 mg – 4 mg – 5 mg – 4 mg – 4 mg – 5 mg
6. týden – 5 mg – 4 mg – 4 mg – 4 mg – 5 mg – 4 mg – 4 mg
- 7.- 8. týden – stabilizace na 4 mg

b. Snížit počet denních podjazykových aplikací ze tří (ráno-poledne-večer po 2 mg) na dvě (ráno-večer po 2 mg) v období stabilizace na 4 mg.

c. Úplná abstinence od benzodiazepinů (problém s nespavostí konzultovat s MUDr. Štěpánkovou – varianta nasazení antidepresiva Triticco).

d. Alkohol – neopíjet se.

e. Marihuana – maximálně 2 x týdně, zaznamenávat do deníku užívání.

b) V oblasti psychosociální:

a. Napsat dopis otci, za účelem pokusu navázat opětovný kontakt.

b. Vyjednávat se zaměstnavatelem přechod na práci pod smlouvou.

- c. Témata týkající se vztahů se ženami, povahové lhostejnosti, lenosti, úniku do lži nosit na setkání v K-centru.

Jak vidno z příkladu, dílčí cíle byly rozpracovány co nejvíce konkrétně, vždy po dohodě klienta s pracovníkem, byly stanoveny kroky, které musí klient udělat pro dosažení cílů, zmapovány zdroje vnější i vnitřní pomoci.

Vždy po uplynutí dvouměsíční doby kontraktu bylo realizováno společné sezení klient – lékař – psychosociální terapeut, kde došlo k zhodnocení úspěšnosti plnění dílčích cílů a rámcovému naplánování nového kontraktu.

5.2.2 Kritéria přijetí do programu, kontraindikace.

Do programu dlouhodobé ambulantní detoxifikace byli přijímáni všichni primární uživatelé opioidů (v praxi heroin, nelegální buprenorfin, opium, syntetické opioidy např. dehydrocodein, tramal), kteří byli ochotni v programu pracovat na růstových cílech – snižování dávek na minimální subjektivní hranici, resp. snižování k úplné abstinenci, a v souvislosti práce v oblasti psychosociální, na cílech typu: oddlužení, získání stabilního zaměstnání, obnovení vztahů s primární rodinou, schopnost navazování a udržování blízkých vztahů včetně intimních).

Nitrožilní užívání nebylo kontraindikací k přijetí. V praxi tento přístup zrcadlil realitu, kdy drtivá většina buprenorfinových uživatelů preparát užívá nitrožilně. Ignorovat tento fakt by v podstatě znemožňovalo navázání vztahu důvěry mezi pracovníky a klienty, od počátku by mezi klientem a pomáhající složkou byla bariéra. Na druhou stranu není možné nevnímat, že nitrožilní užívání tablet je velmi rizikové vzhledem k poškození zdraví a není slučitelné s paradigmatem léčby. Proto byli nitrožilní klienti do programu přijímáni bez problémů, ovšem v rámci sjednávání kontraktů bylo odbourání braní do žíly stanoveno jako jedno z prioritních témat k řešení. Klienti dostávali čas (sjednaný po vzájemné dohodě, vycházející z reality), během něž přejdou na sublingvální užívání; na tomto tématu se intenzivně pracovalo v psychosociální složce.

Kontraindikací ze stejných důvodů nebylo ani užívání benzodiazepinů. Zejména primární uživatelé buprenorfinu často kombinují drogu s benzodiazepiny, aby dosahovali účinků, blízkých plně agonistickým opioidům. To je realita, ovšem v programu ambulantní detoxifikace není užívání těchto medikamentů žádoucí. Pro vysokou míru nebezpečí (vznik

epilepsie, ochrnutí a dalších neurologických komplikací) při náhlém vysazování tohoto typu drog (často braných v abnormálních množstvích) bylo snižování těchto látek plně v režii psychiatricky (v první fázi sloučení užívaných benzodiazepinů do jednoho preparátu; ten byl potom vysnížován; nežádoucí komplikace byly řešeny nasazením jiných nenávykových a přesněji cílených medikamentů (antidepresiva, anxiolytika, antifobika, antipsychotika).

Užívání alkoholu a marihuany bylo vždy u každého konkrétního klienta individuálním tématem, které muselo být v průběhu terapie probíráno, revidováno a byly přijímány aktuální opatření. Plná abstinence od THC a alkoholu nebyla vyžadována plošně; pokud však tyto látky působily v životě klienta problémy, byla i abstinence od nich zahrnuta do terapeutického plánu, v některých případech bylo však např. společenské pití alkoholu dokonce tolerováno až podporováno (klient opustil samotářskou ulitu a začal vyhledávat v místě svého bydliště vrstevníky, s nimiž začal chodit na pivo).

Jedinou striktní kontraindikací pro přijetí do programu bylo rozvinuté souběžné užívání pervitinu. V takovém případě nebyl klient, který si chtěl užívání pervitinu ponechat, do programu vhodný. Odbourávání opioidů z jeho anamnézy není produktivní, protože klient zůstává pod vlivem pervitinu plně v drogovém životním stylu, včetně rizik a komplikací v oblasti zdravotní, sociální, psychické i trestněprávní.

5.2.3 Podmínky a pravidla programu

Frekvence docházení klienta byla závislá na jeho délce fungování v programu. „Začátečníci“ byli povinni docházet jedenkrát týdně k lékaře (recepty byly psány na max. týdenní období) a jeden až dvakrát týdně na K-centrum. Postupně se frekvence uvolňovala. Standardním modelem v programu byly za dobu dílčího kontraktu tři návštěvy u psychiatricky a osm návštěv v K-centru. Dlouhodobí klienti stabilizovaní na nízkých dávkách docházeli k psychiatricky 1 – 2 x za dobu kontraktu a 3 – 4 x na K-centru.

Délka účasti klienta v programu nebyla časově ohraničena. Hranice probíhaly v úrovni dosahování stanovených cílů.

Klient v programu fungoval za těchto předem dohodnutých a v kontraktu odsouhlasených pravidel:

- Účast na setkáváních u psychiatricky a v K-centru dle dohody v nasmlouvaných termínech. Omluvit se ze setkání v K-centru je možné nejpozději den před setkáním, neomluvená nebo pozdě omluvená účast znamená výstrahu, dvě podmíněčné ukončení

programu, tři a více absencí znamená ukončení programu, přičemž klient má právo požádat o znovupřijetí nejdříve za tři měsíce.

- Klient využívá služeb jen jednoho psychiatra.
- Klient nesmí zneužívat službu tím, že obchoduje se substituční látkou (kupuje ji či prodává přebytky na černém trhu) – při zjištění těchto porušení klient v programu okamžitě končí.
- Relaps není důvodem k sankcím či ukončení účasti v programu, ale je tématem do psychosociální terapie i pro lékařku.
- Klienti v programu nebyli testováni na přítomnost návykových drog v těle; tento nástroj byl vyhodnocen jako represivní a brzdící terapeutickou dynamiku. Při kapacitně omezeném programu byl vyvážen intenzivní individuální prací s klienty, během něhož se relativně rychle vytvářel vztah důvěry, na jehož základě nebylo nutné testování provádět; klienti se naučili mluvit o své situaci pravdu.

5.2.4 Priority v dosahování cílů

Klienti programu mnohdy ve svých kontraktech řešili velké množství souběžných problémů. Ač nebyl uplatněn striktní vzor priorit, protože při nízké kapacitě programu jsme si mohli dovolit individualizovaný přístup, platily určité rysy:

- Odbourání nitrožilního užívání má přednost před snižováním dávek substitutu.
- Vysnižování souvisejících užívaných benzodiazepinů má přednost před snižováním dávek substitutu.
- Snižovací kalendář užívání buprenorfinu tvoří psychosociální terapeut s klientem.
- Snižovací kalendář benzodiazepinů tvoří psychiatricka.
- Užívání dalších psychoaktivních látek je kontrolováno oběma složkami programu a je k nim přistupováno individuálně.
- Déledobější zastavení se na určité dávce buprenorfinu je možné, pokud klient jeví ochotu v plnění růstových cílů v psychosociální oblasti.
- V době déledobějšího zastavení musí klient vzít v potaz znovu otázku abstinence a rozhodnout se, jakou formou k ní má nejbližší (otevření otázky nástupu do komunity či léčebny).
- Zapojení blízkých osob do procesu je žádoucí a je možné blízké osoby přizvat do účasti v psychosociální složce.

5.2.5 Návaznost a provázanost s dalšími službami

Služba byla provázána se souvisejícími, předcházejícími či navazujícími službami, aby bylo možno uplatňovat celostní přístup ke klientovi, který se ocitá ve středu pomyslného kruhu, tvořeného jeho potřebami, společenskými podmínkami prostředí a institucionálními možnostmi. V praxi šlo zejména o tyto služby:

- Harm reduction program (výměna injekčního materiálu v období jeho nitrožilního užívání, HR poradenství a informační servis směrem k bezpečnější aplikaci).
- Sociální poradenství (řešení dokladů, dluhů, otázek zaměstnanosti, trestněprávních témat).
- Psychologické poradenství (motivace, podpora sebevědomí a sebeprožívání).
- Psychoterapie (u indikovaných klientů odkazování do systemicky orientované psychoterapie).
- Rodinné poradenství a terapie (systémové řešení klientových problémů společně s jeho nejbližším okolím).
- Léčebné intervence (zprostředkování pobytových léčeb v psychiatrických léčebnách závislostí a terapeutických komunitách).
- Následná péče (doléčování, podpora v abstinenci, podporované zaměstnání, chráněné bydlení).

Některé z těchto služeb bylo možno poskytovat interně v rámci programu, do jiných byli klienti odkazováni, což již v praxi přinášelo menší efektivitu (velká vzdálenost dojezdu, rozmělnění terapeutických aktivit, nedostatečné kapacity a možnosti stávajících institucí).

5.3 Vývoj programu v K-centru Nymburk, jeho konec

Služba byla realizována od května 2007 do prosince 2009.

Z počátku fungování programu byla služba zaplavena velkým množstvím opioidových uživatelů, kteří se o službě dozvěděli prostřednictvím jiných klientů. Je pochopitelné, že primární motivací pro vstup do programu pro značnou část z nich představovala šance získat legálně a levněji substituční preparát za nekalými účely, „papír“ pro případ silniční kontroly Policie ČR – řízení pod vlivem návykové látky, nahlášení většího užívaného množství a prodej přebytků, úspora času a financí při zisku legálně předepisované drogy. Deklarované cíle programu je příliš či vůbec nezajímaly.

Proti zneužívání služby těmito způsoby se ukázalo být účinným zejména kontraktování služby na omezenou dobu dvou měsíců, rovněž i nutnost pravidelného docházení do psychosociální složky na K-centrum. Pro zneužívající klienty se ukázalo jako obtížné soustavně a pravidelně lhát o své situaci; v porovnání se „zisky“ subutexu šlo nakonec o příliš vysokou překážku. Vyhodnocování kontraktu po dvou měsících za přítomnosti obou složek programu se nakonec ukázalo tak účinným opatřením, že pouze jeden ze zneužívajících klientů se na toto zhodnocení dostavil; ostatní nenašli odvalu jej absolvovat, takže zneužívání služby těmito klienty bylo vždy velmi krátkodobé. Trend přílivu tohoto typu klientů se zastavil.

Program se poté stabilizoval a začal vykazovat vysokou úspěšnost.

Z interních statistik K-centra Nymburk přinášíme následující statistický přehled:

Od května 2007 do prosince 2010 prošlo programem:

28 uživatelů opioidů, z toho 19 mužů, 9 žen.

Primární droga: buprenorfin: 19, heroin: 7, dehydrocodein: 2.

Průměrná délka užívání drog před vstupem do programu: 8 let.

Průměrná startovací dávka buprenorfinu: 8 mg denně.

Průměrná délka setrvání klienta v programu: 10 měsíců / nejkratší 2 týdny, nejdelší 31 měsíců.

Výstupní parametry klientů:

10 – předčasné ukončení programu bez dosažení cílů (z toho 7 do srpna 2007 – zneužívající klienti).

6 – ukončení programu na stabilizované dávce a vstup do léčby – dokončení léčby, abstinence.

2 - ukončení programu na stabilizované dávce a vstup do léčby – dokončení léčby, recidiva.

2 - ukončení programu na stabilizované dávce a vstup do léčby – nedokončená léčba, opětovný vstup do programu, odkázání do udržovací substituce v Praze.

5 – ukončení programu úplnou abstinencí, přechod do programů podpory v abstinenci.

3 – stabilizace na minimální dávce, přechod do udržovací substituce.

Z tohoto přehledu lze konstatovat, že pouze 12 klientů nedosáhlo během programu stanovených cílů - z toho 7 primárně zneužívalo program; u klientů, kteří šli do programu

s poctivými cíli tedy jen pět klientů nedošlo skrze program k dlouhodobému zlepšení jejich situace.

Zbytek klientů dosáhl ve sledovaném období prokazatelného zlepšení jejich stavu, a plných 11 klientů v tomto období abstinovalo. U těch, kteří přešli do udržovací substituce, došlo k odklonu od nitrožilního užívání, odbourání užívání benzodiazepinů, snížení na minimální dávku buprenorfinu (v průměru 2 mg denně), stabilizaci v oblasti zdravotní, psychické, vztahové i sociální.

Vzhledem k závažnosti stupně jejich závislosti před vstupem do programu lze konstatovat, že ambulantně detoxifikační program realizovaný K-centrem Nymburk a psychiatrickou ambulancí v Čelákovících patřil k velmi úspěšným a efektivním programům. K této úspěšnosti přispěla vysoká míra individuální angažovanosti pomáhajících pracovníků, schopnost celostního vnímání osobnosti a drogové kariéry klienta, individuální, liberální a nerepresivní přístup k podstatě programu. V zájmu objektivity je třeba uvést, že všechny tyto kladné stránky byly umožněny díky nízké kapacitě programu a vyšším prahu vstupních kritérií. U nízkoprahového vysokokapacitního programu s nízkým prahem vstupu by byly předpokládán výstupy pravděpodobně mnohem horší (nižší úroveň motivace klientů, menší míra času na individuální práci ze strany terapeutů).

Tento úspěšný, originální a pilotní projekt byl bohužel ukončen k prosinci 2009 odchodem autora na pozici vedoucího K-centra v Mladé Boleslavi. K-centrum Nymburk jako takové dosáhlo zenitu své dráhy, následný tým nedokázal na spolupráci navázat zejména vinou stále horší finanční situace zařízení; všechny síly bylo třeba napřít na samotné zachování služeb.

Autor se v K-centru Mladá Boleslav musel po nástupu do funkce soustředit na restart základních služeb po ničivé vodní havárii v zařízení, která na půl roku přerušila a omezila provoz, následně se stalo prioritou vybudování sekce adiktologických ambulantních služeb pod K-centrem Mladá Boleslav, což se k červenci 2011 podařilo. Celostní program substituce by logicky pod tuto sekci patřil; v tuto chvíli však není možné z kapacitních a personálních důvodů plnohodnotný program nastartovat. Program přežívá v kapacitě dvou klientů současně, jeho existenci komplikuje navíc velká dojezdová vzdálenost z Mladé Boleslavi do Čelákovic pro klienty a není navázaná spolupráce s žádným lokálním lékařem.

5.4 Možná budoucnost celostního substitučního programu v Semiramis o.s.

Jestli bude substituční léčba pod hlavičkou Semiramis o.s. obnovena, záleží především na financích. Do hry vstupuje rovněž probíhající fúze Semiramisu s o.s. Laxus. Programy Laxus o.s. zahrnují ambulantní služby (adiktologické ambulance v Hradci Králové a Pardubicích), ovšem bez substitučního programu (hradecká substituce skončila v roce 2008). Vznik plnohodnotné adiktologické ambulance v Mladé Boleslavi je velmi nepravděpodobný, a tak nejreálnější možností, jak program obnovit, zůstává pod K-centrem Mladá Boleslav, resp. jeho ambulantní sekcí.

Vize této služby spočívá ve vytvoření dvouúrovňového, vzájemně provázaného programu. Na bazální úrovni by probíhal nízkoprahový program otevřený všem uživatelům nelegálně získávaných opioidů, kteří by získali přístup k legálnímu a na míru dávkovanému buprenorfinu. Primárním cílem medicínské složky programu by byla zdravotní stabilizace klientů (motivace k podjazykovému, bezpečnějšímu užívání, stabilizace na konstantní dávce), psychosociální složka by se soustředila na základní stabilizační cíle jako dát si do pořádku doklady, získat prostor k řešení dluhů, schopnost získat si zaměstnání a udržet se v něm.

Nad touto bází by stál vysokoprahový, ambulantně detoxifikační program s podobnými parametry, jako byl ten nymburský, v ideálu rozšířený o resocializační program odborné profesní rekvalifikace, podporovaného zaměstnávání apod. navázaný na regionální neziskový sektor i státní instituce jako Úřad práce. Klienti na bazální úrovni by měli možnost přestoupit do vyšší fáze programu ve chvíli, kdy by se rozhodli k abstinenci. Klienti, kteří by byli neúspěšní ve vysokoprahovém programu, by nepropadali do vzduchoprázdna, ale měli by možnost se vrátit do bazální úrovně, mohli by začít využívat bez předsudků a pocitů viny Harm reduction orientované služby K-centra.

Pokud by se našly finance na přijetí druhého pracovníka, který by mohl pracovat v psychosociální složce, a zaplacení psychiatra, který by předepisoval v K-centru v omezenou dobu substitut, je tato myšlenka realizovatelná. V současnou dobu je však ve hře tolik ohrožujících proměnných, že neexistuje reálný předpoklad uskutečnění v roce 2012.

5.5 Vybraná ožehavá témata plynoucí ze zkušeností poskytování služby

Poslední kapitola v tomto oddíle bude věnovaná vybraným komentovaným otázkám, které byly v průběhu poskytování celostního substitučního programu zaznamenány coby ožehavá, riziková a zároveň pro zkušenost ostatních poskytovatelů zajímavá témata. Pozorný čtenář v těchto tématech objeví, jak se vždy určitá problematika objeví v jedné z rovin celostního modelu, skrze kterou je vhodné problém uchopit tak, aby pozitivní dopad byl opět celostní.

5.5.1 Problematika odbourávání nitrožilní aplikace

Mnoho klientů vstupuje do programu ve stavu, kdy užívají nelegální buprenorfin nitrožilně. Mají za sebou dlouholetou kariéru braní jehlou a udávají na způsobu aplikace psychickou závislost.

Tento stav je nutno respektovat. Zároveň není žádoucí vzhledem k cíli zlepšení kvality života klienta tento stav udržovat a neřešit. K problému je přistupováno na dvou rovinách:

a) Rovina kognitivně behaviorální

Klient musí být v tomto období pevně veden a úkolován. Vzhledem k tomu, že tento problém se v programu řeší prioritně, je dobré využít počáteční klientovy vysoké motivace ke změně a pracovat s ní. Klient se učí pochopit, že nitrožilní aplikace je neslučitelná s jeho novým statutem člověka v léčbě. K tomu, aby tohoto pochopení došel, je třeba nastolit pevný řád a režim, obdobný následnému vysnižování dávek.

S klientem je stanovena doba, během které se mu podaří intravenózní užívání odbourat. Tento limit je v kontraktu podepřen následným přechodem z medikace buprenorfinem (subutex) na kombinaci buprenorfin-naloxone (suboxone), jehož nitrožilní aplikace je riziková vzhledem k nástupu tzv. předčasného syndromu z odnětí. Dále je stanoven model přechodu z jehly na podjazykové užívání. Někteří klienti chtějí využít své motivace k jednorázovému vysazení a je jim to umožněno. Jiní (většina) se rozhodnou jít cestou postupného odbourávání. Potom se stanovuje pevný odbourávací kalendář, který je individuální vzhledem ke stavu klienta a jeho životním podmínkám.

Jako příklad lze uvést klienta, který aplikuje do žíly třikrát denně (ráno, odpoledne, a před spaním). Probírá se s ním, které aplikace se vzdá nejnáze a které nejobtížněji (nejtěžší bývá odbourat ranní dávku, spojenou s rychlým nástupem účinku a nastartováním nového

dne). Klient se zprvu věnuje nejjednoduššímu úkolu, vede si deník užívání, kde zapisuje realitu versus stanovený kalendář. Nalézají se a zpřístupňují se možnosti, které mu úlohu usnadní.

Ve chvíli, kdy zvládne dílčí úkol (vysadí večerní dávku do žíly, nahradí ji podjazykovou aplikací, zjistí, že preparát lépe a déle účinkuje, lépe se mu usíná, spí, vstává), klient získává sebevědomí, že dokáže „jehlu“ zvládnout a může se pustit do odbourání obtížnější aplikace. Zisky z předchozích úloh (lepší spánek, delší doba účinku) může využít i pro odbourání ranní dávky (může si dovolit dříve vstát, aplikovat pod jazyk, počkat na nástup účinku).

Důležitým nástrojem je deník užívání, jeho kontrola a autokontrola klientem. Za každý úspěch je klient podpořen a oceněn, nezdary nejsou sankcionovány a kritizovány, zároveň neustupujeme z předem stanovených limitů a termínů, pokud to situace speciálně nevyžaduje.

b) Rovina spirituální

Fenomén tzv. „psychické závislosti na jehle“ a práce na jejím zvládnutí mívá výrazný spirituální rozměr. Samotná injekční aplikace může být pojímána jako pevný rituál v životě nitrožilního uživatele. Právě proto, že jde o ritualizovanou činnost - obřad s neměnnými prvky v stabilních časech (jinak by se mohl dostavit obávaný abstinenci syndrom), je na něj klient silně fixován. Odhlédnout od nitrožilní aplikace coby od nejrychlejšího a nejúčinnějšího prostředku k intoxikaci, a nahlédnout jej jako rituál, může otevřít dveře do hlubin klientovy závislosti a zpřístupnit intervence a procesy vedoucí k pozitivní změně. Naše role spočívá v umožnění na nitrožilní aplikaci takto nahlédnout. S klienty lze probírat, o jaký rituál se v jeho případě jedná, co je prostřednictvím IV užívání ritualizováno. Pokud se to podaří identifikovat, je napůl vyhráno. Je pojmenován kořen tzv. závislosti na jehle, klient si může zvědomit, s čím má aplikaci spojenou, o co může v případě vzdání se jí přijít, a v dalším kroku pracovat s námi na tom, čím se dá tato mezera vyplnit.

Pokud klient rituální náhled přijme, můžeme s ním pracovat na vytvoření náhražkových rituálů na stejné bázi. Navíc se často dostáváme blízko k terapeuticky cenným poznatkům o kořenech a příčinách braní drog, které lze pak pojmenovat, terapeuticky s nimi pracovat a společně nacházet náhradní, ale bezpečné zdroje, díky kterým se klient pozitivně namotivuje k abstinenci, či stabilizování. Skrze ritualizaci se často dostáváme ke zmíněným příčinám relativně rychle a bezpečně, jde o terapeutickou techniku, která vychází z klientovy prozkoumané sebezkušenosti.

5.5.2 Jak se vzdát pozitivních aspektů intoxikace

Dalším krizovým momentem je období, kdy se klient vzdává užívání látek, které měl ve zvyku pravidelně kombinovat s užitým buprenorfinem. Výše bylo hovořeno o buprenorfinově „čisté hlavě“ a potřeby se „dobírat“ benzodiazepiny, případně vysokými dávkami alkoholu. Onen moment tedy přichází ve chvíli, kdy klient dobírá poslední krabičku svých Rivotrilů a ví, že pokud má fungovat dál, další už nedostane.

Je jednoduché napsat, že v průběhu terapie je klient nucen si zvědomit, že je v léčbě, a tudíž opojení není to, co se dostává na jeho žebříček hodnot na vrchol. To je sice pravda, ale bylo by alibistické problém tímto odbýt.

Opět je na místě se na věc s klienty podívat více do hloubky a snažit se mapovat, co mu může v životě drogu nahradit, a přesto zůstat saturován blažeností, pocity štěstí, které užívání opioidů přináší. Jde o dlouhotrvající proces, protože se můžeme dostat hodně do hloubky klientovy duše, až k dávným příčinám jeho osobní nespokojenosti, které jej přivedly k drogám.

Je dobré mít program navázán na další odborné služby, například psychoterapeutické, díky nimž se klient v určité fázi může naučit nahlédnout na sebe bez příkras a výmluv, a zjistit, že se vzdáním se drogy se nemusí vzdát pocitů radosti a štěstí, a uvědomit si, že takových cest je mnoho, ovšem žádná z nich není tak lehká a rychlá jako cesta závislostního uspokojování libosti. Ne každý klient však potřebuje psychoterapii. To, co potřebuje, je reálný kontakt, otevřený vztah, díky kterému si může začít vážit sám sebe, najít ztracenou energii a využívat jí k tomu, co potřebuje, a co se kdysi naučil „řešit“ braním drog.

To, co může klient zvládnout vlastními silami, spočívá v uvědomění si drobných radostí a štěstí, dát si šanci je zažívat a uvědomovat si je, a nadále na nich stavět, a třeba skrze jejich zažívání dospět k sebepoznání, sebezpevnění. Je chybou moralizovat a nabízet klientovi sofistikovaná řešení, líbivá neuzivatelské veřejnosti. Představa, že závislost, potřebu opojení zvládneme jedinečně díky intenzivnímu sportování, intelektuálním zálibám, navazování bohatých a četných vztahů s okolím, tvrdou prací, charitativním a nezištným myšlením, je zcestná.

Nucení k takovýmto aktivitám klienta zabrzdí, sníží jeho sebevědomí, „já tohle nikdy nedokážu, závislosti se nikdy nezbavím“. Klient si klade před sebe vznešené, vzdálené, nedosažitelné cíle. Proto je upřednostněna teorie, že cokoliv, co klient zaznamená, že mu dělá subjektivně dobře, umí vyplnit jeho prázdnotu, je v pořádku. Klienti sami obtížně přijímají, že je v pořádku, když je jim v terapii „povoleno“ sledovat v televizi bezduché telenovely, hrát počítačové hry, být celé dny sám. Pokud to však klientovi prokazatelně dělá dobře, je třeba

tyto aktivity (či pasivity) klientům schválit, podporovat je v nich a zároveň, pokud nazrála doba, je rozvíjet podle toho, co klient sám označí.

Primárně je důležité, aby se klient, který nastupuje cestu k abstinenci, naučil „mít se dobře“. V následných letech svého života má dost času na to, aby se naučil se mít dobře i společensky přijatelnějším způsobem.

5.5.3 Kdy brzdit ve snižování dávek

Bylo by chybou ke snižování dávek substitutu přistupovat strojově, mechanicky, i když je zřejmé, že některé faktory platí univerzálně. Sem patří například to, že z vysokých dávek se snižuje o mnoho rychleji než z nízkých, že nejtěžší je poslední krok v podobě opuštění takřka placebo dávek, že snižování z 8 mg buprenorfinu denně v ambulantních podmínkách trvá i celý rok.

Je velmi obtížné najít v terapii střední cestu, kdy dokážeme vycítit klientovy reálné potřeby na zabrzdění tempa ve snižování, a nepodlehnout přitom klientovým sebemanipulacím, způsobeným ztrátou motivace, leností, kdy klient apeluje na zastavení snižovacího procesu. Klient potřebuje podobně jako dítě pevnou ruku, potřebuje narazit na hranice v podobě pevného postoje terapeuta, který jej krizovým obdobím provede, a klient může dočasně odevzdat odpovědnost do jeho rukou.

Častou zkušeností je, že každý klient během snižování zažije svou kritickou hranici, kde hrozí zhroucení celého dosavadního snažení. Farmakologicky je tato hranice individuální, nejčastěji se pohybuje mezi denní dávkou 4 až 2 miligramy buprenorfinu. Pravděpodobně jde o mez, nad kterou je ještě užívání substitutu (buť snižovaného) ještě stále subjektivně příjemnou z hlediska zažívání stavů intoxikace, pod ní již nastává každodenní boj s každým ušetřeným půlmiligramem, pocity tělesné nepohody, duševního prázdna, ztráty motivace.

Z psychologického hlediska jde o mez, při které si klient vnitřně zvědomí, že je v léčbě, že končí období jeho živelného fetování, že směřuje k abstinenci, že je před ním úkol zvládnout život bez berličky návykové látky.

Na této hranici hrozí největší riziko recidivy. Jde o mez, které můžeme říkat „minimální spokojená dávka“. Opět platí, že bez reálného kontaktu, bez vztahu důvěry se o této skutečnosti ani nedozvíme, a můžeme na terapii rezignovat, protože klient záhy zrecidivuje.

Tuto hranici poznáme nejen podle toho, že o ní klient mluví, ale i podle toho, že začíná relabovat i v jiných oblastech. Zvyšuje si dávky, absentuje na konzultacích, přichází o zaměstnání, horší se jeho vztahy, které v předchozím průběhu terapie vylepšil atd.

Zde je na místě klientovi okamžitě zastavit snižování a vyjednat zabrždění na celý další kontrakt, respektive přistoupit k rekontraktaci.

Úlevu, kterou tímto klient zažije, je třeba využít. Klientům je v tomto období navrženo zintenzivnit kontakt. Opouštíme témata týkající se explicitně užívání, snižování, a obracíme se více na klientův reálný život, jeho pocity, stavy, které zažívá. Mluvíme s ním o tom, že se dostává na určitou hranici, kdy se musí rozhodnout, a že tíha tohoto rozhodnutí jej pravděpodobně zbrzdí a zúzkostňuje, takže má relabující tendence.

S klientem probíráme možnosti, jak se rozhodne. Samozřejmě může zrecidivovat a vrátit se k užívání na úrovni před vstupem do programu (vědomé opuštění programu a vědomá recidiva je menší zlo, než „útěk“, který klient nemá s kým sdílet).

Dalším tématem, které v tu chvíli otevíráme, je možnost nástupu do pobytového léčení. Klient je v jiném stavu stability, než byl kdysi, kdy šel neúspěšně do léčby. Má možnost uznat, že stále trvá jeho cíl abstinence, ale prostředky substituční léčby seznává jako nedostačující. Rovněž ale musí mít možnost legitimacy rozhodnutí, že abstinovat nebude. To však neznamená, že by se vrátil do bodu nula, nebo minus X. Je možné s ním vyjednat přechod do udržovací substituce a dále s ním pracovat jako s abstinujícím na buprenorfinu.

A je zde rovněž možnost zabojet, kritickou hranici překonat a pokračovat v ambulantní detoxifikaci. Tím, že si klient tyto věci uvědomí, zmapuje možnosti a dostane čas a klid se svobodně rozhodnout, odpadá jeho úzkost, vedoucí k živelné recidivě, a tento obtížný krok dokáže zvládnout.

5.5.4 Poslední krok

Více pracovníků v psychosociálních programech substituce (např. Prev-Centrum Praha) zaznamenalo nejobtížnější problém v terapii u klientů, kteří vydrželi v programu mnoho měsíců. Je jím konečné vysazení buprenorfinu a nastoupení cesty bez návykové látky. Dávky, o které jde, jsou ve většině téměř placebo (0,1 mg – 0,25 mg v denní dávce). Ani při konzultacích s lékaři a farmakology se nepodařilo tuto skutečnost objektivně zdůvodnit. Syndrom z odnětí je při vysazení těchto dávek klinicky bezvýznamný, přesto klienty subjektivně prožívaný neúměrně silně.

Během praxe se zformulovaly dvě možné odpovědi na tento problém:

- Na trhu chybí tablety v gramáži 0,4 mg, dříve dostupné. Nejslabší tabletou je dvoumiligramová. Ta se dá velice obtížně dělit, uspokojivě ji lze rozdělit na čtyři stejné díly o potenci 0,5 mg. Nesprávným dělením takto malých dávek vzniká neúměrně velká rozkolísanost v denních dávkách. Jeden den klient užije 0,4 mg, druhý den 0,2 mg. To jsou rozdíly o 100 % a lze si představit, jaký chaos v tělním prostředí způsobuje takový rozptyl v dávkách např. desetkrát, či dokonce padesátkrát vyšších. Zde spatřujeme biologickou rovinu problému.
- Dělení tablet o gramáži 2 mg na například 8 dílků má svůj problém i v psychologické rovině. Dávka, kterou klient denně užívá, je fyzicky tak nepatrná, že ji klient skoro nevidí. Zúzkostňuje se tím, že si vlastně „nic nedal“, že mu bude špatně. Zároveň mu může opět docházet blízkost totální abstinence, strach z ní, strach z relapsu, strach ze zvládnutí běžného života „bez léků“.
- Řešení existují. Je nutné opět zintenzivnit kontakt, věnovat se obavám z budoucnosti, strachu z ukončení terapeutického vztahu (klient se bojí, že přijde o blízkého člověka, se kterým strávil třeba rok i více v důvěrném, blízkém vztahu). To bývá problém v jakékoli dlouhodobé psychoterapii. Zde však není možné jako v hlubinné analýze rozvolňovat kontakt.

Osvědčilo se dát důraz na dvě roviny. První je farmakologická, medicínská. Dopřát klientovi více kontaktu s lékařem, vyjednat s ním dělení tablet děličkou na stejné dílky, rukama lékaře, kterému klient důvěřuje. Vzít navíc v potaz dlouhodobost účinnosti podjazykově užívaného buprenorfinu (vymizení na receptorech za 48-70 hodin) a nasadit střídavé užívání preparátu (např. 0,5 mg – 0 – 0 , nebo 0, 25 mg – 0). Pokud i tehdy přetrvávají problémy s dodržováním režimu a klient udává nadále zesílené abstinenční příznaky, lze mu nabídnout cca dvoutýdenní hospitalizaci na detoxu, kde vyabstínuje v chráněném prostředí a nebude propuštěn, dokud nezmizí subjektivní příznaky syndromu z odnětí (je třeba mít dobré vztahy s „dvorním detoxem“, který toto umožní).

Ve druhé rovině se věnujeme klientově strachu z konce terapie. Klientovi lze nabídnout po vyabstinování ještě půlroční program doléčování, podpory v abstinenci. Klient se uklidní, konec terapeutického vztahu se odliší od konce období užívání, zmizí negativní identifikace vyjadřovaná postojem „dokud budu brát, budu moci si dál povídat s tímhle bezva člověkem, co mi rozumí“. Doléčovací program v abstinenci si může posléze dovolit ve své

poslední fázi rozvolňovat hloubku kontaktu a pouštět klienta do reálného světa. V poslední fázi vysnižování toto nelze. Kontakt musí naopak zintenzivnit, musíme být schopni vyslechnout a reagovat na jakýkoli klientův podnět, byť objektivně sebebezvýznamnější, protože jde o nejdůležitější bod celé terapie.

Ač tyto nástroje slavily jisté úspěchy, přesto jde o fázi, která je nejproblémovější a pro klienty znamená největší ohrožení v celém procesu žádoucích změn!

6 KASUISTIKY

Závěrečný oddíl práce obsahuje popis a komentář tří kasuistik klientů programu Ambulantní detoxifikace buprenorfinem při K-centru Nymburk. Vybral jsem tři klienty, jejichž příběh je v některých aspektech zajímavý vzhledem k výše popisovaným specifikům programu, v některých aspektech typický. Kasuistiky jsou čerpány jak z přímých rozhovorů s klienty v době jejich účasti v programu, kdy jsem byl jejich psychosociálním konzultantem, tak z klientských složek dokumentace K-centra Nymburk. Proto jsou jména klientů změněna. V současnosti nejsem s klienty v kontaktu, proto nemohu doložit jejich souhlas se zveřejněním informací pod jejich pravými jmény a v reálných kulisách.

6.1 Venca

Venca byl stálým klientem K-centra Nymburk, kde dlouhodobě využíval výměnný program a pobyt na kontaktní místnosti. Zájem o službu substituční léčby projevil krátce po zahájení fungování programu, v květnu 2007. Stal se tak jedním z prvních klientů programu, a skončil jako jeden z posledních.

V době, kdy jsme se dohadovali o poskytnutí služby, bral Venca 8 mg subutexu denně do žíly, ve čtyřech aplikacích po 2 mg. Rok předtím přešel na subutex z heroinu, když bral až 2 gramy denně do žíly. Denně užíval tři druhy benzodiazepinů – rivotril, neurol a diazepam, dohromady cca 10-20 tablet. Kouřil marihuanu, cca 2 – 3 x týdně. Pervitin bral občas, v nárazových tazích, mezi nimiž cca 2 měsíce neužíval. Sezónně vyzkoušel lysohlávky.

Vaškova drogová kariéra začala cca ve 14 letech, kdy o prázdninách po ukončení ZŠ začal s kamarády pít alkohol, kouřit marihuanu a užívat pervitin. Brzy přešel na nitrožilní užívání. Po absolvování 2. ročníku SŠ průmyslové nechal školy, a začal se naplno věnovat drogám. V té době už začínal být závislý na heroinu.

Po celou dobu žil na rodinném statku v Huděmýšli, obci cca 20 km od Nymburka. Jeho dědeček byl majitelem zahradnictví, kde pracovala i Vencova matka a teta.

Venca absolvovat dva pokusy o rezidenční léčbu, a to v PL Bohnice a v PL Červený dvůr. Prvoléčbu nedokončil, po absolvování léčby v Červeném dvoře 2 měsíce abstinovat (bylo mu 19 let) a pak obnovil užívání opiátů (heroin, braun, kodein) a pervitinu. V 25 letech nastoupil na metadonový program v Praze, kde vydržel rok, v té době kombinoval substitut

s pervitinem a alkoholem. Po vyřazení programu přidal heroin a benzodiazepiny. Jejich spotřebu razantně navýšil po přechodu z heroinu na subutex.

Venca prodělal infekční hepatitidu typu B. Testoval se na Drop-inu na žloutenku typu C a HIV, oba testy byly negativní. Cca 4 roky nesdílí injekční materiál ani „nádobíčko“ jako zkušenost s nákazou virem žloutenky B. Jeho zdravotní stav je odpovídající dlouhodobému nitrožilnímu užívání drog. Působí sešle, zchátrale, stěžuje si na nedokrevnost končetin, na těle má hluboké jizvy po abscesech a zánětech žil.

Psychické zdraví se nejeví poškozeno. Venca přestal pravidelně užívat pervitin z obav o poškození psychiky. Je klidné, mírné povahy.

Od dětství žije na rodinném statku, ke kterému patří zahradnictví. Pracoval jako pomocný dělník cca půl roku okolo 18 let. Občas vypomáhá dědovi v zahradnictví, je za to rodinou živen. Jeho přátelé jsou nymburští uživatelé drog, bližší vztah má ke třem z nich. Partnerku nemá šest let, předtím měl tříletou známost, uživatelku tanečních drog.

Zakázka zní změnit svůj život k lepšímu, zbavit se drogového stereotypu, návyku na opojení, získat sílu k tomu moci pracovat, dát si dohromady zdravotní stav, skončit s nitrožilním užíváním. Motivace je pro něj věk 27 let, kdy cítí poslední šanci zvrátit svůj osud a žít běžným životem. Má strach o své zdraví.

Plně abstinovat nechce, hlavním důvodem je nedůvěra v udržitelnost tohoto stavu a pád do recidivy. Rozhodně si v této chvíli abstinenci nedovede představit. Kdyby se věci změnily, rád by nastoupil do terapeutické komunity. Dovede si představit život, v němž bude užívat pod jazyk 2 mg buprenorfinu denně a občas kouřit marihuanu.

Venca je přijat do programu dlouhodobé detoxifikace a pozván na úvodní setkání ve třech s MUDr. Štěpánkovou. Na setkání stvrzujeme spolupráci. Lékařka bere na vědomí vážný stav klienta a je ochotna tolerovat 3-6 měsíců užívání do žíly, přičemž tento čas chce prioritně věnovat snižování benzodiazepinů, úkol psychosociální terapie je držet klienta v dobrém kontaktu a povídat si s ním o jeho životě, protože Venca ve svém okolí nikoho takového nemá

Setkáváme se na K-centru každý týden, rovněž jednou týdně jezdí Vašek na konzultaci k psychiatři, kde mu je předepsána 1 krabička 7 x 8mg subutexu.

První etapa programu s Vencou trvá cca 3 měsíce. Během té doby mu jsou sloučeny benzodiazepiny do užívání diazepamu a lékařka postupně snižuje jeho dávky.

Venca v terapeutických kontaktech nepůsobí přehnaně motivovaně, nerad vnímá tlaky na změnu, ale respektuje je, protože je v programu. Říká, že jeho motivaci poznáme podle

toho, že chodí na konzultace a snaží se. Je za to oceněn, a je připomínáno, že ještě lepší bude, až dokáže mluvit o tom, co se s ním děje, protože to spolu můžeme sdílet. Zatím hodně hovoříme o minulosti, o životě, o současné motivaci ke změně. Vašek působí pevně a realisticky, kontakt s ním je stále bohatší a zajímavější, po 3 měsících si umíme sdělit, že jsme si navzájem sympatičtí a konzultace vnímáme oba jako příjemný čas.

Čtvrtý měsíc Vašek přichází sám s tím, že chce zkusit odbourat nitrožilní užívání, a dodává, že poslední dva týdny dokázal stlačit počet aplikací ze čtyř na dvě denně, a na večer si dává subutex pod jazyk. Cítí výraznou změnu, protože může v noci spát a nepotřebuje čtvrtou dávku. Občas je tedy na šesti mg, občas si doplní dávky, aby za den využíval 8 mg. Uvědomuje si, že problém nastane s úplným vysazením jehel, protože je na ně zvyklý, má na aplikaci silný návyk, patří k jeho životu. Domlouváme se na tom, že bude odebírat z výměnného programu týdně méně jehel, protože je léta zvyklý si nedávat víckrát po sobě použitou jehlu. Venca si v prvních týdnech odbourávání jehly věří, samovolně se snaží snížit dávky na 6 mg (což nedoporučujeme), stahuje nitrožilní aplikaci na ranní. Potom nastává problém. Celý měsíc a půl se snaží o odbourání ranní aplikace, ale neúspěšně. Poté, co musí každé ráno zalévat skleníky, potřebuje být svěží a podjazykovou aplikaci po ránu bere jako obluzující. Lékařka na to reaguje snížením benzodiazepinů a důrazem na denní stabilizaci na 8 mg. Během týdne se stav zlepšuje, obluzení se nedostavuje, ale přesto Venca nevydrží ráno neaplikovat, pokud dává pod jazyk, vždy jen 1 mg a zbylé 2 mg určené na ranní dávku po hodině vpravuje nitrožilně.

Udává, že v době, kdy aplikuje, mu je už úplně dobře, přesto však cítí „neúplnost“ dne, když si nedá dávku do žíly. Padá návrh zkusit ráno „vycucat“ celé 3 mg a v případě potřeby po IV aplikaci brát sterilní vodu z našich ampulí. Venca toto zkouší dva týdny. Zprvu se mu daří, vodní aplikace proběhla 4 x z 8 dnů, ale poté oznamuje na sezení, že je nesmysl si píchat vodu, a že se vrátil k IV aplikaci subutexu. Žádá, abychom toto téma na čas opustili, že si řekne sám, kdy je jeho čas, že jej příliš struktury omezuje.

V sezeních se tedy v toto období hodně věnujeme jeho zdravotnímu stavu. Venca začal míčkem a kroužkem posilovat ruce, udává ústup červených otoků a zlepšení citlivosti v rukou. Se svým obvyklým laskavým sarkasmem dodává, že ví o tom, že mu v tom pomáhá méně aplikací do žil a že to bude ještě lepší, až vysadí úplně, ale že to s ním takhle jednoduché nebude.

Jednoho sezení se debata vyvine zajímavým směrem. Venca přichází s notně zkrácenými vlasy a novou bundou. Je to prý následek naší minulé debaty, kdy jsme mluvili o potřebě se cítit dobře. Venca oznamuje, že si to dal jako narozeniny k půl roku v léčbě, protože má potřebu se o sebe začít víc starat a cítit se dobře i mezi lidmi (kteří jej jinak moc nebaví). Otázka zní, jak se o sebe staral, když bral drogy. Odpovídá, že vůbec, posléze se zamyslí a řekne, že vždy se snažil sehnat čistý pervitin a kvalitní heroin, a že po vyléčení žloutenky začal dbát o čisté „nádobíčko“. Že to je a bylo pro něj vždy důležité. Tématem je, co konkrétně dělal, když přicházel pro něj důležitý pocit, že se o sebe stará. Dostáváme se k samotnému aktu aplikace. Venca oznamuje, že si uvědomuje, že chvíle, kdy injekčně aplikoval, pro něj byla tímto momentem, kdy cítil, že se o sebe stará, že si tím dělá fajn, že je aplikace podle zásad bezpečnosti apod.

Vnášíme myšlenku, že právě proto se dosud aplikace nevzdal. Na další setkání tedy přichází s kratšími vlasy a v novém oblečení, navíc ale i se zprávou, že již tři dny neaplikuje injekčně, a že vrací veškerý použitý materiál a nechce čistý.

Od té doby Venca neužívá injekčně vůbec. Do prosince 2009 pak nitrožilně aplikoval jen dvakrát a vždy pervitin.

V té době dochází také k odbourání benzodiazepinů, což Venca nese velmi pozitivně. Nespavost pocituje, ale je na ní zvyklý a umožňuje mu to flexibilně pracovat v zahradnictví (starat se o rostliny – viz analogie na klíčový moment předchozího období). Zatímco začíná pomalý proces snižování dávek substitutu, je tu zima. Období, kdy Venca nikdy nepracoval. Nyní se však po dohodě s dědou ujímá nutné zimní péče o zahradnictví. Děda jej začíná platit, i když zatím odmítá s ním uzavřít pracovní smlouvu, prý kvůli daním, ale zároveň v tom Venca cítí nedůvěru z dědovy strany, změny jsou příliš čerstvé.

Do jarního období vstupuje Venca na šesti miligramech buprenorfinu pod jazyk a oznamuje, že je připraven napevno přejít na suboxone, protože „se cítí v léčbě a nechce užívat jako lék to, co si předtím šlehal“.

V květnovém sezení, po 11 měsících spolupráce, v Čelákovících Venca přiznává relaps v podobě 2 dnů na 8 mg + injekční aplikace pervitinu. Rozborem situace vyplývá, že jde o každoroční „oslavu jara“, kdy se v něm nahromadí chuť si „užít“. Domlouváme se na tom, že je to ohraničený relaps a že jej má příští jaro „povolen“, ale musí o něm opět mluvit.

Dále pokračuje snižování. Venca snižuje o 1 mg za 3 měsíce, každé snížení provází cca dvoutýdenní rozladěnost a následuje údobí stability, které mu povolujeme v délce dvou

měsíců. Vidíme postupné očividné změny k lepšímu v oblasti zjevu, vizáže, upravenosti, komunikativnosti, otevřenosti, odvahy a probouzení emocí.

V zahradnictví se odehrává změna, stárnoucí děda jej zaměstnává na smlouvu a dává mu na starosti část svých kompetencí. Venca zajišťuje např. účast firmy na výstavě sukulentů v pražské botanické zahradě. Přesto však v soukromí zůstává samotářský. Začíná pít víno, sám, cca půl litru až „sedmičku“ denně. Tuto potřebu dává do přímé souvislosti se snížením denní dávky na 3 miligramy buprenorfinu. Chová potkana a jezdí na kole po okolí, věnuje se přírodě, pohybu venku.

Po roce a půl spolupráce otevíráme téma otevření se lidem. Přicházíme na něj ve chvíli, kdy je dosaženo dávky 2 mg buprenorfinu denně, bez dalších drog vyjma alkoholu (marihuanu už půl roku nekouří). Oživujeme zakázku a jeho představu o této hranici substitutu. Venca potvrzuje, že se nic nezměnilo, a že měl dobrý odhad. Do komunity nastoupit nechce, chce být v práci v zahradnictví, obává se úplné abstinence, i když mu hladina 2 mg nepřináší žádné opojení. Je mu nabídnuta dohoda, že budeme toto akceptovat, snižování ukončíme na 2 mg, přičemž jeho cílem bude větší pocit blízkosti vůči lidem, větší společenskost jeho životního projevu.

Výsledek této práce se dostavuje na podzim 2009, kdy je Venca (krom dalšího jarního relapsu) stabilně bez drog, na 2 mg buprenorfinu denně, osamělé pití vína vystřídal pitím piva s novými kamarády z obce, se kterými se každý den vídá, občas zajdou na pár piv, občas jezdí na kole, hrají fotbal, modelaří.

Při plánovaném ukončování programu substituční léčby v K-centru Nymburk dohadujeme podmínky ukončení naší spolupráce. Venca po vzájemné dohodě přechází do nové služby udržovací substituce, kterou začalo poskytovat kolínské o.s. Prostor.

S Vencou se vidíme cca ještě třikrát v Ml.Boleslavi, kam se za mnou přijel podívat. Nyní asi rok nejsme vůbec v kontaktu, poslední zprávy byly z K-centra Nymburk, kam se čas od času poslední půl rok zastaví pro kondomy.

Komentář:

Studie tohoto klienta ukazuje, že při intenzivní psychosociální terapii může dojít k výraznému, dlouhodobému a udržitelnému zlepšení stavu těžce závislého klienta, a to jak v oblasti zdravotní, tak sociální a psychické. Jako klíčové momenty v terapii bylo zaznamenáno:

- Navázání kvalitního terapeutického vztahu. Ve spolupráci s klientem došlo relativně brzo k tomu, že klient vytvořil s terapeutem autentický a otevřený terapeutický vztah. Ten se stal klientovi příkladem ve chvíli, kdy byl připraven se otevřít vůči druhým lidem, což klient přijal jako hlavní cíl poté, co se stabilizoval v oblasti užívání.
- Respekt ke klientovým rozhodnutím a individuálnímu tempu. Hranice a pravidla v terapii jsou důležité; neměli bychom však se k nim upínat v situacích naší nejistoty a rigidně na nich trvat. Jelikož nedošlo k nevhodnému tlaku na klientovu úplnou abstinenci, ani na rychlé odbourání IV užívání, klient zůstal v kontaktu a podařilo se mu dosáhnout jím samým vytýčených cílů. Toto individuální nižší tempo bylo zvoleno na základě klientovy diagnózy těžké drogové závislosti.
- Úspěch v odbourání nitrožilní aplikace. Přes velmi obtížný průběh se nakonec klientovi podařilo vysadit jehly. Přiřítáme to správné a trpělivé detekci psychologických kořenů nitrožilního užívání, zvědomení těchto nevědomých příčin klientem a následnému nahrazení škodlivého rituálu rituálem zdravým (starost o své zdraví, zevnějšek, práci).
- Dobré rodinné zázemí. Klient mohl dosáhnout stanovených cílů i proto, že měl fungující rodinné zázemí, od rodiny dostal podporu, přijetí; poté, co prokazatelně zlepšil své fungování, obdržel i důležité kompetence.
- Otevření se druhým lidem. Klient urazil velký kus cesty v sebepojetí. Doznal, že jeho uzavřenost pramenila zejména z narušeného sebepojetí, kdy navázal silný vztah s užíváním drog. Poté, co jej začal opouštět, začal být postupně schopen zdravých vztahů s blízkými i cizími lidmi. I proto bylo podporováno jeho kontrolované pití piva coby společenský fenomén na úkor osamělého pití vína.

Prognóza: Předpokládáme, že v dohledném období klient není připraven úplně abstinovat, a možná nebude abstinovat nikdy. Přesto však jeho postoj k užívání prošel takovými změnami a sebepoznáním, že je prognóza udržení stavu na konci terapie dobrá. Buprenorfin je užíván jako lék na chronickou chorobu, alkohol se stal společenským prostředkem, má zpracováno „divoké jarní období“, kdy často relabuje. Vzhledem k tomu, že se mu po osmi letech podařilo navázat vážný partnerský vztah, dá se předpokládat, že bude schopen i založit vlastní rodinu. Po smrti dědečka bude připraven a schopen převzít rodinnou firmu.

6.2 Irena

Irena přichází požádat o účast v programu na jaře 2008. Není klientkou K-centra Nymburk, využívá výměnný program Centra terénních programů Semiramis o.s. v jejím bydlišti, Bílá nad Cidlinou.

V době jednání o kontraktu bere 8 mg subutexu do žíly v jedné denní dávce. Benzodiazepiny nikdy neužívala, občas pije alkohol, denně kouří marihuanu. Heroin nikdy nebrala, subutex bere od 19 let, což byl počátek její drogové kariéry s jehlou. Nikdy subutex neužívala podjazykově. Před tím od 16 let pije alkohol a kouří marihuanu. První zážitek se subutexem byl, když jí „nastřelil“ (injekčně aplikoval) tehdejší přítel, bylo jí špatně od žaludku, ale dobře duševně. Experimentovala se subutexem asi měsíc, pak přešla na pravidelné užívání 4 mg denně. Tuto dávku užívala 3 roky krom dvou mezer, kdy byla na léčení. Do programu přichází, protože za poslední měsíc zvýšila na 8 mg denně, subutex kupuje na ulici, dává do něj stále více výdajů, má sice stálou práci, ale cítí, že v ní přestává stíhat. Na léčení nechce, protože byla dvakrát v léčebně, ale ani jednou proces nedokončila, ve chvíli, kdy jí otrnulo, z léčby utekla, vždy s nějakým spoluklientem, se kterým začala žít. Vždy spolu brali drogy a po nějaké době od partnera utekla.

Od programu očekává rychlé vysnižování až k úplné abstinenci, s drogami chce skončit, protože cítí, že jí mění život k horšímu, bojí se, že brzy bude v takové situaci, jako její ex-partneři, kteří byli vždy „strašní feťáci“.

Irena na první pohled nevypadá jako nitrožilní uživatel drog, je vzhledná, upravená, potrpí si na oblékání. Užívání drog napovídá určitá povahová protřelost, lhostejnost coby maska nechuti mluvit o sobě. Působí vyrovnaně, ale až přehnaně otevřeně, přitom uhýbá z konkrétních témat, když má mluvit o sobě. Zdravotní stav udává jako dobrý, do žíly aplikuje pouze na paži, vždy užívá čistou stříkačkou, nikdy nesdílela, střídá místa vpichu kvůli vzhledu a možnosti chodit svobodně oblékaná.

S rodinou nežije od 15 let, kdy odešla na internát na střední školu oděvní do Liberce. Měla tři stálé partnery a asi dvanáct krátkodobějších. Krom prvního vztahu šlo vždy o uživatele drog. Pracuje čtyři roky jako prodavačka látek v Mladé Boleslavi.

Při sjednávání kontraktu je bržděno její nadšení ohledně rychlosti vysnižování během dvou měsíců. Domlouváme spolupráci na půl roku s tím, že klientka neustále tlačí na dřívější ukončení, pokud vysnižuje rychleji. Oznamuje potřebu zažít úspěch a hlavně se zbavit závislostního stereotypu, prý to k ní nepatří.

Nabízíme jako kompenzaci návrh na okamžité opuštění nitrožilního užívání. Přinese pocit úspěchu, podpoří její snahy být krásná, upravená. Klientka přijímá a přestává nárazově s nitrožilním užíváním.

Po dvou týdnech přichází s ovázanou rukou, prý se řízla při vaření. Je tázána na vnímání bolesti, její nitrožilní užívání může být projevem sebepoškozování, tomu odpovídá i její emoční mělkost, potřeba být vnímána jako otevřená. Během debaty o bolesti, o opiátech, které bolest tlumí, je terapeutem vysloveno slovo sebepoškozování. Klientka toto téma odmítá, že není nějaká „anorektická rašple“, které by se toto týkalo. Opět zdůrazňuje, že je připravena během měsíce snížit z 8 mg na 2 mg. Opět je jí to rozmlouváno a nabízeno, zda by raději nezvolila razantní změnu v jiné oblasti, například ve své předstírané otevřenosti, v odhození bezstarostné masky. „Ty asi víš, že mám nějaký problém, co“ reaguje klientka a do konce setkání odmítá téma dále rozvíjet.

Na následující setkání Irena nepřišla a neozvala se ani další týden. V souladu s podmínkami programu byla telefonicky kontaktována, zda má stále zájem pokračovat. Jinak hrozí vyloučení z programu. V tu chvíli požádala o okamžitou konzultaci na K-centru.

Na této konzultaci klientka přiznává, že byla v mládí zneužívána nevlastním otcem. Proto utekla z rodiny a přerušila vztahy i s matkou, která prý svého partnera kryla a hrála na obě strany. Protože Irena nevěděla co s tím, usoudila, že obojakost a hra na pravdu pod maskou je strategie, která se vyplácí, se kterou se dá žít i s tím, že něco v rodině je velmi zvrhlé.

Domlouváme se obnovit kontakt a znovu se podrobně podívat na zakázku. Klientka souhlasí. Domlouváme tři setkání během dvou týdnů, na kterých se s Irenou dohodneme, že požádá o léčbu v terapeutické komunitě Sejřek. Klientka po „coming-outu“, který učinila na K-centru, potřebuje intenzivní a dlouhý terapeutický pobyt. Práci si bude schopna najít potom obdobnou, nebo i jinou. V předchozích léčbách o svém problému nikdy nemluvila, měla strach z odsouzení, ostudy, onálepkování „za kurvu“. Opiáty přinášely emoční otupění, nadhled, odosobnění, stavy příjemné blaženosti, zároveň jí však braly naději, energii, krásu. Z léčeb utíkala proto, že cítila stupňování tlaku skupiny na její osobu, rozehrávalo to její paranoi, přitom neměla odvahu říct, co jí trápí, abstinence přitom probudila a rozdrásala její emoce. Partnery hledala mezi uživateli opiátových drog, protože „je nezajímá sex“, potřebovali maminku. Zároveň jí tito muži neuspokojovali, proto je opouštěla.

Klientka byla ve svém obratu podpořena a oceněna za to, že dokázala sebrat odvahu. Označila mě jako muže, který ji sexuálně nechce ne pro to, že by nemohl, ale proto, že nechce.

Sexuálně ji nechci, ale chci s ní být v kontaktu, protože jí chci pomoci. To jí došlo, když jsem zavolal. Ženě by se nesvěřila. Dobu do nástupu do komunity chce využít přípravě na to, že bude schopná o svém životě mluvit před více lidmi, i před ženami. Po osmi týdnech od této doby nastoupila na léčbu v TK Sejřek. Z komunity poslala tři dopisy, jeden těsně před propouštěcím rituálem. Od té doby není klientka v kontaktu.

Komentář:

V průběhu terapie došlo ke změně cesty, jak dosáhnout stanovených cílů. Tato změna přišla na základě rozhodnutí klientky, která v terapii nahlédla neudržitelnost skrývání klíčových příčin jejího užívání drog. Změna pomohla klientce v náhledu na sebe samu, tím pádem se otevřela cesta k naplnění jejího cíle.

Klíčové faktory:

- Navázání autentického terapeutického vztahu. Tento faktor podpořil u klientky zdravé přenosové mechanismy, kdy si uvědomila, že vztahy s muži nemusí nutně reflektovat její předchozí negativní zkušenosti a ona nemusí naskakovat na své obranné schéma, které ji vede k sebeпоškozování. Schopnost terapeuta otevřeně pojmenovat problém.
- Dodržování klientkou stanovené zakázky. I přes úhybné obranné manévry klientky jsme se drželi její původní zakázky abstinovat, což vedlo k mapování příčin závislosti a kroků, vedoucích ke změně.
- Využití anamnestických údajů (rodina, vztahy) k tvorbě hypotéz příčin užívání. Důraz na rozklíčování faktorů spojených s braním, ve spojení s přijetím a terapeutickou kongruencí pomohl klientce otevřít svůj hlavní problém.
- Připravenost klientky k „coming-outu“ ohledně sexuálního zneužívání. Klientka našla odvalu k otevření se poprvé v životě, což, předpokládáme, byl důsledek pevného vedení v terapii, spojeného s přijetím klientky jako osobnosti, člověka, nikoli obrazu, který o sobě klientka účelově vytvářela.

Prognóza: Vzhledem k tomu, že se klientce velmi pravděpodobně podařilo úspěšně absolvovat terapeutickou komunitu, jsou její šance na abstinenci velmi dobré. Předpokládáme, že v komunitě dostala velký prostor k psychoterapeutickému zpracování traumatu spojeného se zneužíváním, s cílem normalizovat svůj vztah k mužům, aby mohla navázat trvalý a hluboký partnerský vztah. V komunitě bylo se vši pravděpodobností téma i vztah k matce, což umožní být v budoucnosti dobrou matkou i jí samé.

6.3 Viktor

Viktorovi je v době zahájení účasti v programu 23 let. Bere 16 mg subutexu nitrožilně, ve 4-6 denních aplikacích. Užívá dále marihuanu, od alkoholu abstinuje, stejně tak od benzodiazepinů. Cca jednou měsíčně užívá „pro zábavu“ pervitin.

Viktor bere návykové látky od svých dvanácti let, kdy začal užívat marihuanu, rok poté přidává pervitin, rovnou nitrožilně. Po dvou letech užívání pervitinu končí s toxickou psychózou v PL Bohnice, po absolvování léčby recidivuje, bere opět pervitin, který kombinuje při stavech vyhasínání účinků benzodiazepiny. Na těch mu rychle vzniká fyzická závislost, zvyšuje užívání až na 30 rivotrilů denně, přestává brát pervitin pravidelně.

V 19 letech se rozhoduje nastoupit léčbu v PL Červený dvůr. Na detoxu lže o množství užívaných benzodiazepinů, během detoxifikace dochází k nervovému zhroucení, nástupu epilepsie a dočasnému ochrnutí dolní poloviny těla, které trvá dva měsíce, během nichž je hospitalizován.

Po propuštění končí s benzodiazepiny, ale do měsíce začíná s heroinem, který vystupňuje až na 4 gramy denně. V té době se zadlužuje ve výši 100.000 korun, bere si další různé půjčky, nesplácí je. Z heroinu přechází na subutex kvůli zaměstnání – je vyučen jako opravář strojů a po propuštění z nemocnice nastupuje do továrny na výrobu automobilových komponentů Opel, kde zastává místo kvalifikovaného dělníka – opraváře a údržbáře strojů. Bere 20.000 Kč čistého, ale veškerou výplatu dává do subutexu a na splácení nejpalcivějších dluhů, přesto dluží už 170.000 Kč.

Do programu chce kvůli abstinenci. Chce přestat s opiáty, s pervitinovou zábavou, hodlá jen užívat marihuanu. Léčbu či komunitu odmítá, protože chce svůj problém dokázat vyřešit sám, navíc se nesmí stát, že by ztratil práci, po propuštění by podobně dobře placené místo nesehnal.

Zdravotně Viktor vypadá lépe, než čemu nasvědčuje jeho drogová kariéra. Je hubený, ale proto, že nemá peníze na jídlo. Žloutenku ani AIDS nemá. Stříkačky nesdílí nikdy s jinými uživateli, ale dává si několikrát po sobě stejnou jehlou, neboť aplikuje až 6 x denně a „nechce přivést výměnou káčko na mizinu“. Působí nadprůměrně inteligentně, je živý, komunikativní, bystrý pozorovatel a glosátor. Nevadí mu mluvit o sobě.

Žije s přítelkyní, která kouří marihuanu a víkendově užívá taneční drogy a pervitin. Přítelkyně nepracuje, dodělává si maturitu, Viktor ji živí, což je problém pro jeho finance a důvod dalších půjček.

Rodiče jsou rozvedeni, stýká se s oběma, otci „půjčuje občas byt pro jeho avantýry s děvkama“, ten mu za to nechává jídlo nebo peníze. Matka žije v jiném městě, stará se o autistického bratříčka. Viktor má s matkou korektní vztah, což znamená mj. i to, že matka neví o užívání do žíly, myslí si, že jen kouří trávu a bere nějaké prášky. Bydliště matky navštěvuje pravidelně a často, hlavně kvůli bratrovi.

Zakázkou je postupné vysnižování až k úplné abstinenci. Viktor program vnímá jako dlouhodobý, ale chce s podporou programu brzo snížit na polovinu dávky, 8 mg, kvůli financím. Nitrožilní užívání odhazuje naráz, „na základě rozhodnutí, za kterým si bude stát“. Viktor nepotřebuje pomoci s řešením sociální situace, základem je udržet si práci, za každou cenu. Chce si sloučit splátky do jedné, v případě neúnosnosti požádat o vyhlášení osobního bankrotu (ale až tehdy, až si bude jistý, že je na cestě k abstinenci). Potřebuje na setkáních ventilovat pocity, postěžovat si na podmínky v práci, na to, jak musí sklánět kvůli penězům hřbet.

První čtyři měsíce v programu si Viktor vede velmi dobře. Nitrožilní užívání je bez relapsu, podařilo se snížit na 10 mg denně s tím, že zkouší být proti plánům v předstihu, tedy už začíná koketovat s denní osmimiligramovou dávkou. Vnímá výraznou úsporu financí, takže se mu podařilo odvrátit exekuci a splatit nejnaléhavější tři půjčky.

Přicházejí Vánoce a po nich Viktor přichází s tím, že šlo o strašné období. Nedovede specifikovat, co jej spustilo, asi lítost nad matkou, pohrdání otcem, zlost na přítelkyni, která nic nedělá, tyje z něj a nemá snahu cokoli měnit, i když on se tak snaží. Označuje období jako pád do hluboké deprese, kterou řeší nitrožilním užíváním 14 mg denně, opitím se vodkou (jinak je skoro úplný abstinents – 1 x měsíčně jedno pivo), extrémní konzumací THC-„zhulováním se do úpadu“.

Když relaps probíráme, shodujeme se na tom, že Viktor neumí být nečinný, bez práce, dovolenou profetoval a protrápil se depresivními myšlenkami. Po nástupu do práce se situace upravuje a Viktor pokračuje ve snižování. Snižování bere téměř jako „socialistický závazek“. Vede si pečlivý deník, který sám na každé konzultaci vytahuje a chlubí se úspěchy. Hladina buprenorfinu klesá stejně jako výše jeho zadlužení. V létě se Viktor dostává na 3 mg denně a začíná rozvíjet vize o abstinenci. S jejím dosažením nevidí žádný problém, ač mu je opakovaně připomínáno, jak na tom byl ještě před rokem. To byla podle něj „zcela jiná situace“, kdy „umíral jeho fetišský život“, současné období označuje za „znovuzrození“ a šanci, kterou už nezklame.

S abstinencí plánuje změny – hodlá se odtrhnout od bytu v Nymburce, dohodnout jeho prodej otci, a tím umořit veškeré zbývající dluhy a ještě na tom vydělat. Chce se přestěhovat k matce, protože až bude abstinovat, nebude už před ní nic skrývat a bude jí moci směle na oči. Zároveň bude v blízkosti bratříčka, který je potřebuje a dělá s ním pokroky v komunikaci s vnějším světem a v projevování citů. To ale zrealizuje až tehdy, co skončí vztah s Lucií, která jej využívá.

Hodně mluvíme o rozporu, který vyvolává jeho přesně naplánovaný a nalajnovaný život s tím, jak brzo začal brát drogy a do jaké hloubky závislosti se propadl. Viktor míní, že tak brzo začal kvůli našťavanosti na tátu, „který byl děvkař a ubližoval tím matce“. Musel prý předčasně dospět a nezvládl to. Teď už na to má sílu a rozum. Vadí mu lidi, kteří jsou dospělí, a přitom nezodpovědní a líní. „I když jsem bral, nikdy jsem nepodělal druhého člověka, vždycky jsem plnil sliby a snažil se makat naplno, nic jsem neosíral. Kdybych nebral, už jsem v ODS a dělám politiku.“ Hodně pracujeme na tom, aby vedle svého pragmatismu pustil do života i intuici, pocity, naučil se více naslouchat druhým, omezil poučování. Tím vším totiž maskuje vlastní nejistotu. Terapeutem je vyjádřena nejistota, zda má smysl v programu pokračovat, zda mu program v něčem pomáhá. Program mu může pomoci v sebezkušenosti s vlastní nejistotou, ale není jistota, zda to je ochoten přijmout.

Viktor odpovídá, že určitě, že to je důvod, proč je v programu. Ale není o tom potřeba mluvit, jemu stačí, jak vnímá životní nastavení terapeuta. „Slovní vatu“ při sezeních chce, jak opakuje, věnovat „vylejvání si srdce nad ženskéjma, prací a bídou světa vůbec.“

Na podzim 2008 začínáme pracovat na vysazení substitutu. Viktor se v prosinci dostává na dávku 0,25 mg, kterou užívá v podobě 0,5 jednou za dva dny. V nedávné době opustil Lucii a našel si nové děvče, Nikolu, šestnáctiletou studentku gymnázia, absolutní abstinentku. O jeho drogové kariéře ví a podporuje ho. Po Novém roce zahájí stěhování k matce. Prodal byt otci, splatil dluhy, má na účtě 70.000. Hovoříme spolu o riziku Vánoc, o hrozbě opakování loňského relapsu. Prý to nepřipadá v úvahu, situace je úplně jiná než loni, vyřešil vztah s otcem tím, že se zbavil jeho „milodarů“ a umožnil mu „udělat si z bytu bordel“, zbavil se dluhů, má novou slečnu, která nebere.

Po Vánocích Viktor potvrzuje, že období bylo bez problémů. Snižovací plán činí 0,5 mg na tři dny, po měsíci chce vysadit úplně. Zkoušel už třeba pět dní nebrat, docela to jde, ale ozývá se syndrom z odnětí. Stěhuje se s Nikolou k matce a my se připravujeme na vysazení a ukončení programu.

Jednoho dne v březnu přichází na K-centrum uplakaná mladá dívka, která vytahuje z batohu pytel s cca 200 použitými stříkačkami. Našla je prý při vybalování, když se s přítelem Viktorem přestěhovala k jeho matce. Když to Viktorovi sdělila, rozzlobil se, zbil jí a poslal „někam“, teď nezvedá telefon, na opakované volání jí poslal SMS velmi sprostého ladění a urážlivého tónu, odmítá s ní další kontakt. Nikola tvrdí, že má pocit, že od Vánoc nastal zlom, že Viktor začal opět brát, prý s dalším účastníkem substitučního programu, do žíly a prý 4 mg denně.

Konzultujeme situaci s lékařkou. Zkoušíme se spojit s Viktorem, ten však pokládá hovory a reaguje zprávou, že „nebýt té děvky, nemuseli jsme se nic dozvědět“, že to na Vánoce těžce nezvládl, zrecidivoval, ale že už sám snížil ze 4 mg na 1,5 mg a až se vzpamatuje z rozchodu, že vysadí jehly a sám vyabstinuje“. Takhle prý nám ale nesmí na oči, protože se strašně za sebe stydí, protože zklamal naši důvěru, kterou jsme mu oba dali, včetně prohlášení, že věříme, že zrovna on obtížné vyabstinování zvládne.

Kontakt s Viktorem se nikdy neobnovil, opět dodržel svůj slib sám sobě, že zklamal, a nesmí nám tudíž na oči. Jistou dobu za námi chodila do poradenství pro blízké osoby Nikola, situace se zřejmě chvíli stabilizovala, ale potom kontakt skončil s tím, že ví, že Viktor opět bere.

Po ukončení služby a přechodu do K-centra Mladá Boleslav kolegové z K-centra Nymburk potvrdili, že Viktor začal navštěvovat K-centrum, využívá výměnný program, ale odmítá o čemkoli komunikovat, vymění si stříkačky a opustí vždy urychleně zařízení.

Komentář:

Tato kasuistika poukazuje na neúspěch v programu, i přes to, že klient byl již relativně blízko od úspěšného dokončení zakázky – abstinence. Během spolupráce došlo k několika chybám, resp. nezdarům, které nebyly doopravdy terapeuticky zpracovány, unikl nám hlavní osobnostní problém klienta a tak celé úsilí skončilo nezdarem.

Klíčové faktory:

- Klient „chce všechno řešit sám“, přitom se tímto postojem dostal do velmi obtížné situace – začal intenzivně užívat drogy v nízkém věku, dostal se do velmi složité sociální situace, požádal o pomoc v programu; tento rozpor byl nedostatečně uchopen a řešen.

- Nepříliš dobré rodinné zázemí – neuspokojivé soužití s partnerkou, rozvrácený vztah s otcem redukováný na pragmatickou stránku, neupřímný vztah s matkou, v rodině je dítě s vážným postižením, klient přebírá roli otce, „šetří“ zbytek rodiny, má potřebu vypadat vyrovnaně a dokonale, vše vede k neustálému sebeobětování se – pravá příčina jeho obtíží je nedostatečně zvědoměna a není v programu otevřena.
- Manipulace s terapeutem a lékařkou, kteří „naskakují“ na klientův sebeobraz a sebepostoj, přijetí klientovy změny v zakázce „neřešte tolik drogy, dejte mi klid, buďte mou vrbou“, usazení klienta na piedestal dokonalosti vyvolává v klientovi nesplnitelné nároky na něj, což vede k zklamání nad sebou samým, dalším sebeobětím, reálnému uzavření se. Neumožnění nahlédnout klientovi sebe na samého jako chybující lidskou bytost, která občas potřebuje selhat, zvolnit, a dostat jasnou hranici, o kterou se může opřít.

Prognóza: Perspektiva budoucí abstinence je u klienta v dohledné době nedosažitelná. Klientova motivace ke změně díky pomoci okolí byla vážně otřesena, potvrdil si postoj, že musí všechno zvládnout sám, což se mu do té doby stejně nedařilo, utvrzuje se jeho postoj oběti, nevyhnutelnosti špatného osudu. Ztrácí důvěru v pomoc, recidivuje. Do budoucna je ohroženo jeho ekonomicko sociální fungování, a v důsledku vypětí i jeho somatické zdraví. Prohlubuje se jeho samota. Jako malý dílčí úspěch lze brát fakt, že se klient po určité době vrací do Harm reduction programů, aby snížil rizika nitrožilního užívání.

ZÁVĚR

Práce pojednávala o aplikaci paradigmatu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti do substituční léčby závislých na opiátech substitučním preparátem buprenorfinem.

BPSS model závislosti představuje moderní, legitimní náhled na danou problematiku, spočívající v oprostění od bio-medicínského pohledu, pojmajícího závislost jako nemoc a abstinenci jako stav údravy. Tento model vnímá závislost v celostní šíři, při vědomí, že každá z jeho složek má své příčiny a průběhy do projevu závislosti, jakož i úspěšná terapie musí všechny tyto složky zohlednit, aby bylo dosaženo celostní změny, se šancí na udržitelnost kýženého stavu, jímž je dosažení maximální možné kvality života každého jedince.

Proběhla analýza problematiky BPSS modelu obecně, a postupem práce byl fokus zužován – přes specifika závislosti na látkách opioidního typu, analýzu intervenčních a terapeutických metod vůči závislým osobám na opiátových drogách, po zaměření se na fenomén buprenorfinové substituční léčby v optice celostního pohledu. V závěrečných oddílech byl popsán v minulosti funkční model celostního programu substituční léčby pod K-centrem Nymburk. Na konkrétních kasuistikách byl dokladován vliv celostního přístupu na terapii, zdůrazněny obtížné, kritické a jinak klíčové okamžiky v terapii s klienty tohoto programu.

Oba cíle práce – tedy jak popis podstaty aplikace BPSS modelu v práci s těžce závislými klienty v substituční léčbě, tak poukázání na nejednoznačnosti, objektivní i subjektivní rizika a úskalí tohoto typu programů, jakož i celkové speciálně pedagogické práce s jedinci s látkovou závislostí, byly tímto dílem naplněny.

Literatury věnující se celostnímu pojetí substituční léčby je málo, respektive kniha, věnovaná úzce tomuto tématu, není podle nejlepšího vědomí autora žádná. Dosavadní adiktologická literatura se buďto dotýká tématu substituční léčby jen okrajově, nebo je sepsána z čistě biomedicínského a farmakologického pojetí. Obráží to současný reálný stav na poli adiktologie, která je ze systémových a finančních důvodů v samotném existenčním ohrožení a není příliš prostoru její oblasti rozvíjet. Čerpalo se tedy z dostupných obecnějších pramenů, z Internetu, ze zahraničních studií. To vše bylo více vodítkem a inspirací, než oporou a zdrojem.

Při vědomí nezvykle velkého rozsahu práce autor doufá, že za ním stojí naprostá původnost práce, originální pojetí a množství praktických poznatků, zkušeností a dovedností, kterých by nikdy nebylo možno dosáhnout pouhým teoretickým studiem literatury, nebýt přímé zkušenosti z praxe, s reálnými klienty v reálných podmínkách.

Klienti, uživatelé opioidních drog, jsou tedy autorovou největší inspirací, a jim směřuje největší dík za to, že toto dílo mohlo vzniknout.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DE RIDDER, M. *Heroin – od léku k droze*. 1. vydání Praha: Argo, 2002. 236 s. ISBN: 80-7203-441-3.
2. EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. 1. vydání Lisbon: EMCDDA, 2010. 468 s. ISBN/ISSN 978-29-9168-419-9.
3. EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions. *Stav drogové problematiky v Evropě – Výroční zpráva za rok 2010*. 1. vydání Luxembourg: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010. 102 s. ISBN 978-92-9168-427-4.
4. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. vydání Praha: NMS/ Úřad vlády ČR, 2003. 640 s. ISBN 80-86734-05-6.
5. KALINA, K. *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vydání Praha: Grada, 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
6. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN: 978-80-247-1411-0.
7. KOSTÍNKOVÁ, L. *Psychosociální podpora v substituční léčbě*. in Časopis Adiktologie, Praha: Centrum adiktologie, 1. LF UK v Praze, 2008, ročník 8, číslo 1, s. 64-72.
8. MILÁČKOVÁ, M. *Zamyšlení nad substitučním programem – příklady z praxe*. in Časopis Adiktologie, Praha: Centrum adiktologie, 1. LF UK v Praze, 2005, ročník 5, číslo 3, s. 420-433.
9. MOLNÁROVÁ, M. *Funkce drog v životě uživatelů opiátů a jejich substituční léčba buprenorfinem*. in Časopis Adiktologie, Praha: Centrum adiktologie, 1. LF UK v Praze, 2008, ročník 8, číslo 1, s. 12-29.
10. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2. rozšířené vydání Praha: Portál, 2005. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
11. NEVŠÍMAL, P. et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. 1. vydání Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl.m. Prahy a Magdaléna o.p.s., 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.
12. NMS - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. 1. vydání Praha: Úřad vlády ČR, 2011. 160 s. ISBN: 978-80-7440-056-8.

13. VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. 1. vydání Praha: Úřad vlády ČR – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6.
14. WHO. MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize – Abecední seznam, svazek 1. 2. aktualizované vydání Praha: BOMTON agency, 2008. 744 s. ISBN: 92-4 -154-649-2.

INTERNETOVÉ ODKAZY

1. MAMMEN, J., BELL, K. *The clinical efficacy and abuse potential of combination buprenorphine-naloxone in the treatment of opioid dependence* in PubMed.gov [online]. ©2009 [cit.2011-11-16]. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Link&db=pubmed&dbFrom=PubMed&from_uid=18559110&holding=f1000%2Cf1000m%2Cisrcn>
2. MeDitorial. Substituční-léčba.cz – stránky o závislosti. *Standard substituční léčby in Věstník MZ ČR, ročník 2008, částka 3* [online]. ©2012 [cit.2012-02-18]. Dostupné z <<http://www.substucni-lecba.cz/standardy-substucni-lecby>>
3. MeDitorial. Substituční-léčba.cz – stránky o závislosti. [online]. ©2012 [cit.2011-12-09]. Dostupné z <<http://www.substucni-lecba.cz>>
4. MINAŘÍK, J. *Závislost. Škola Rodiče Náciiletí*. Sananim o.s. [online]. ©2003-2012 [cit.2011-08-11]. Dostupné z <<http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/zavislost1/>>