

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální práce a substituční léčba drogově závislých**

**Social Work and Substitution treatment of drug addicts**

*Bakalářská práce*

Vedoucí práce:

Mgr. Lukáš Urban, Ph.D.

Autor práce:

Klára Kopecká

Praha 2017

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla především poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Lukášovi Urbanovi, Ph.D. za odborný dohled, cenné rady a trpělivé vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat těm, kteří byli ochotni poskytnout mi pro svou práci expertní rozhovory.

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce a substituční léčba drogově závislých“ vypracovala samostatně s použitím uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 5. 5. 2017

Klára Kopecká

## **Anotace**

Absolventská práce je nejprve věnována představení základních (oblíbených) typů omamných a psychotropních látek lidí pohybujících se v drogové oblasti a léčby těchto osob. Text vychází zejména z děl autorů, kteří se této problematice věnují delší dobu. Byli jimi zejména doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., prof. Michael Gossop, MUDr. Karel Nešpor, CSc., doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D. a doc. PhDr. Oldřich Matoušek.

Pro získání informací k praktické části byly uskutečněny rozhovory z policejní a zdravotnické oblasti.

## **Annotation**

The bachelor thesis is at first dedicated to presentation of elemental (favourite) types of narcotics and psychoactives of people in drug sector and treatment of these people. Mostly it comes of writing of authors, who deals with this issue for a long time, such as doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., prof. Michael Gossop, MUDr. Karel Nešpor, CSc., doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D. and doc. PhDr. Oldřich Matoušek.

There were made some interviews in police and health sector, to get information for my ppractical part of this thesis.

## **Klíčová slova**

Omamné a psychotropní látky a jedy, drogy, závislost a závislostní chování, substituční léčba, sociální práce, Metadon, Buprenorfin, drogová kriminalita, prevence.

## **Key words**

Narcotic drugs and psychotropic substances and poisons, addiction and dependency behavior, Substitution treatment, Social Work, drug-related crime and prevention, Methadone, Buprenorphin.

## Obsah

<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>8</b>
<b>Předmluva</b> .....	<b>9</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Uvedení do problematiky závislostí a omamných a psychotropních látek</b> .....	<b>12</b>
1.1 Drogový trh .....	13
1.1.1 Snižování nabídky .....	13
1.1.2 Snižování poptávky .....	14
1.2 Závislostní chování a drogová závislost .....	15
1.3 Definice omamných a psychotropních látek .....	16
1.4 Dělení omamných a psychotropních látek .....	16
1.5 Závislost na opioidech .....	23
<b>2. Substituční léčba</b> .....	<b>25</b>
2.1 Historie substituční léčby .....	26
2.1.1 Substituční léčba v ČR v datech .....	27
2.2 Formy substituční léčby .....	27
2.3 Typy substituční léčby .....	28
2.4 Cíle substituční léčby .....	29
2.5 Substituční preparáty .....	30
2.5.1 Buprenorfin .....	31
2.5.2 Metadon .....	33
2.6 Nevýhody substituční léčby .....	37
2.7 Substituční léčba a metamfetamin .....	37
<b>3. Organizace v České republice zabývající se substituční léčbou</b> .....	<b>39</b>
3.1 Dostupná zařízení a centra substituční léčby .....	40
3.2 Klientela substituční léčby .....	44
<b>4. Sociální práce</b> .....	<b>46</b>

4.1	Služby a sociální programy .....	47
4.2	Pozice sociálního pracovníka v zařízení pro drogově závislé osoby .....	48
<b>5.</b>	<b>Praktická část.....</b>	<b>50</b>
5.1	Představení empirického šetření a vybraných respondentů .....	50
5.2	Metodika empirického šetření.....	50
5.3	Interpretace expertních rozhovorů .....	51
<b>Závěr .....</b>	<b>.....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>.....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>.....</b>	<b>60</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>.....</b>	<b>61</b>
<b>Seznam použité literatury a dalších pramenů informací .....</b>	<b>.....</b>	<b>62</b>
<b>Summary.....</b>	<b>.....</b>	<b>67</b>

## Seznam zkratek

1. AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
2. CSL – Centrum substituční léčby
3. ČSFR – Česká a Slovenská federativní republika
4. ČR – Česká republika
5. EU – Evropská unie
6. HIV - Human Immunodeficiency Virus (Virus lidské imunitní nedostatečnosti)
7. Např. – například
8. NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog
9. NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek
10. NTORS - National Treatment Outcome. Research Study (Národní výzkumná studie výsledků léčby)
11. OSN – Organizace spojených národů
12. Pozn. – poznámka
13. Prof. - profesor
14. Tj. – to je
15. UK – Universita Karlova
16. USA - United States of America (Spojené státy americké)
17. VFN – Všeobecná fakultní nemocnice
18. Vyd. - vydání
19. z. ú. – zapsaný ústav



## **Předmluva**

K volbě tématu bakalářské práce mě vedlo několik osobních motivů. Od středoškolských let se aktivně zajímám o sociální a zdravotní problémy spojené s drogami a o osudy drogově závislých osob. O tom, že bych chtěla psát absolventskou práci na podobné téma, jsem tedy uvažovala již od prvního roku studia na UK HTF v Praze. Také proto jsem si vybírala praxe v oblasti sociálně deviantních a patologických jevů a forem chování. Jelikož na téma „drogy a drogová závislost“ bylo napsáno už nespočet více či méně odborných a zdařilých textů, rozhodla jsem se pro specifické téma „substituční léčba“. Chtěla jsem popsat metodu určenou osobám primárně závislým na opiátech, o které toho - alespoň dle mého názoru - laická veřejnost ještě mnoho neví a z toho důvodu se k ní váže řada negativních předsudků a nepochopení. Zároveň bych byla ráda, kdyby má práce přispěla k jisté pokračující osvětě, neboť často bývá osobám závislým na drogách bez rozpaků připisována nálepku „ztraceného feťáka a problematické smažky“, a to bez hlubší znalosti okolností a kontextů závislosti. To vše - neznalost věci, strach a rozjitřené emoce - ale efektivnímu řešení individuálních a sociálních problémů spojených s drogami určitě nenapomáhá.

## Úvod

Bakalářská práce „Sociální práce a substituční léčba drogově závislých“ pojednává o substituční léčbě drogově závislých osob a zároveň o sociální práci, která s úspěšnou léčbou drogové závislosti a sanací zasažených mezilidských vztahů úzce souvisí. Text práce byl rozdělen do dvou propojených a vzájemně souvisejících částí. První část tvoří teoretická reflexe problému. Rozdělena je na 4 kapitoly.

První kapitola obecně popisuje problematiku omamných a psychotropních látek a závislostního chování. Ve druhé kapitole se už věnuji substituční léčbě. Zabývám se jak historií této léčby, tak jejími různými formami, typy a cíli. Dále jsou zde popsány konkrétní léky, které se v procesu léčby využívají. Na konci druhé kapitoly se z důvodu postojové vyváženosti věnuji také nevýhodám substituční léčby. Ve třetí teoretické kapitole popisují organizace zabývající se v ČR substituční léčbou. Do této části jsem umístila konkrétně popis pražských zařízení. Dle mého názoru jsou na vysoké profesionální úrovni Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, SANANIM z. ú. a REMEDIS. Dále se v této kapitole zaměřuji na výběr klientů vhodných k této léčbě. V poslední čtvrté kapitole se věnuji sociální práci. Ta je stručně popsána stejně jako cíle práce, které se využívají v oblasti s drogami spojenými.

Druhou část, tedy tu praktickou, jsem pojala jako kvalitativní „výzkum“. Realizovala jsem tři rozhovory, a to jak s pracovníky, kteří se konkrétně věnují substituční léčbě, tak s osobami, které se zabývají drogovou problematikou v rovině kriminologie a policejní (konkrétně kriminalistické) praxe.

Ke zpracování bakalářské práce jsem využívala tuzemské i zahraniční odborné monografie, tematické empirické studie a internetové zdroje.

Cílem mé práce bylo zjistit, jak se substituční léčba organizuje, provádí v praxi a jaké má pro závislého, ale i pro společnost, výhody a jaká rizika jsou s ní reálně spojena. Praktická část byla zaměřena na totéž, ale navíc byly zjišťovány názory na drogovou kriminalitu, trendy na české drogové scéně, kvalitu preventivních programů a úroveň spolupráce zainteresovaných institucí a služeb.

Časový harmonogram zpracování práce byl rozdělen do dvou základních fází. První, řekněme fáze přípravná, představovala nastudování potřebných materiálů, s čímž jsem začala o letních prázdninách mezi 2. a 3. ročníkem (rok 2016). Ve druhé fázi, fázi samotné realizace, jsem začala písemně zaznamenávat získané informace. To vše jsem začala zejména metodou syntézy a generalizace zpracovávat na přelomu zimního/letního semestru

školního roku 2016/2017. Na jaře roku 2017 jsem realizovala již zmíněné expertní rozhovory.

Pro práci byla užívána citační norma dle ČSN ISO 690. Poznámky pod čarou jsem činila z důvodu větší přehlednosti ve zkrácené podobě (příjmení, jméno; název díla; citovaná strana) a úplné bibliografické údaje jednotlivých zdrojů jsou uvedeny až na konci práce v „Seznamu použité literatury a dalších pramenů informací“.

# 1. Uvedení do problematiky závislostí a omamných a psychotropních látek

Proč byly a jsou pro společnost omamné a psychotropní látky, obecně drogy, problémem, je vědecká otázka asi od přelomu 19. a 20. století. Zhruba do roku 1960 byly drogy pokládány za specifický odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina kvalifikovaných specialistů. Mezi ně patřili zejména lékaři a policisté. Policisté řešili bezpečnostní problém na straně potírání trestné činnosti, která s drogami souvisela. Lékaři, zejména psychiatři, se zase zajímali o zdravotní problémy spojené se závislostmi. Mezi lety 1960-1990 se ale začaly drogy a otázka o závislostech na nich řešit také jako problém společenský, který už diskutovala řada profesí, sociálních vrstev a skupin. V roce 1991 označila OSN (v *Globálním akčním plánu VS*) **problém drog jako globální**.<sup>1</sup>

Mezi popisné atributy globálního problému patří ovlivňování téměř všech zemí světa, přičemž každá země v něm sehrává specifickou úlohu. Podle způsobu nakládání s drogami **země** rozlišujeme na **transitní, producentské a spotřebitelské**. Česká republika se v průběhu 90. let stala z převážně transitní země rovněž zemí spotřebitelskou, ačkoli transit se skrze naše území stále vyskytuje společně s místní produkcí.

Dnes se dá říci, že téměř každý člověk přijde do styku s drogou, zejména pak s tou legální (např. kofein) a společností tolerovanou (nikotin, alkohol,...). Ať se jedná o život rodiny či jednotlivce, vždy se v něm najdou situace, které jsou s drogami nějak spojené. Drogová problematika v době globalizace je také spojena s nezákonným mezinárodním trhem s drogami, který zaujímá první místo ve světě mezi nezákonnými trhy a druhé místo ve finančním obratu.<sup>2</sup>

Při srovnání s legálními drogami (např. alkohol, tabák) je ale zřejmé, že zdravotní a sociální problémy (např. zdravotní komplikace či úmrtí) jsou nižší, než u drog nelegálních. I když logicky velmi záleží na zvolených měřítkách. K hlavním důsledkům užívání nelegálních drog, které se u alkoholu či tabáku neobjevují, řadíme závažná infekční onemocnění (AIDS, hepatitida B a C), kriminalizaci uživatelské populace a také sekundární kriminalitu (tj. krádeže kvůli opatření drog).

K uvedeným negativním jevům spojeným s drogami trh přináší další nebezpečí, a to taková, že se produkce a distribuce drog stala relativně běžnou, finančně výhodnou

---

<sup>1</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 15.

<sup>2</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 15.

a dokonce snad v některých kruzích i preferovanou obživou. Zisky z nezákonného trhu s drogami navíc umožňují některým subjektům získat hospodářský i politický vliv (viz fenomény „mafianizace politiky“ a „praní špinavých peněz“). A teroristické organizace zase využívají nezákonný obchod s drogami k financování svých násilných aktivit.<sup>3</sup>

## 1.1 Drogový trh

Drogový trh, stejně jako každý jiný trh, má dvě spolu související a provázané strany. Těmi jsou **nabídka a poptávka**. Strana nabídky čeká na potřeby uživatelů, tzn. na stranu poptávky. Naopak strana poptávky čeká na nabídku trhu k uspokojení svých potřeb. Tato strana ale může své potřeby navyšovat (poptávka může být různě podporována, cíleně udržována ve stavu závislosti) a tím samozřejmě pomáhá dodavatelům k větším finančním ziskům.<sup>4</sup>

### 1.1.1 Snižování nabídky

Tento pojem je používán pro zastavení či alespoň omezení výroby a distribuce takzvaných kontrolovaných drog (tyto drogy jsou zakázány na základě mezinárodních úmluv prostřednictvím kontroly drog či jsou využívány pouze pro lékařské a farmaceutické postupy). Mezi základní opatření ke snižování nabídky patří zejména:

- **administrativní práce** – kontroly, které zamezují únik u legálních drog v lékařství, kde jsou používána k léčení či k výzkumu;
- **zákonná represe** – toto opatření se snaží co nejvíce snížit trestnou činnost související s produkcí a obchodem;
- **eradikace zemědělské produkce** – snaha o přerušení pěstitelských kultur opiového máku či koky a také o změnu venkovských producentů (např. zavádění alternativních plodin a zdrojů obživy, škol, služeb, nových sídel).

Mezi aktéry procesu snižování nabídky jsou v České republice zejména orgány státní správy, a to hlavně kontrolní úřady, dále pak policie, tajné služby, celní správa, justice a vězeňská služba.

---

<sup>3</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 15.

<sup>4</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 16.

Cílovými skupiny snižování nabídky jsou osoby, které zacházejí s kontrolovanými látkami neoprávněně a dopouštějí se tak trestné činnosti (podle zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách). Důležité je zde rozlišit členy organizovaných skupin a osoby, kteří se díky užívání drog dostávají do konfliktu se zákonem. Na rozhraní obou těchto skupin bývají často osoby označované jako **drobní dealři**.<sup>5</sup>

### 1.1.2 Snižování poptávky

Hlavní cíl v rámci snižování poptávky je snížit vyhledávání a konzumaci drog na straně zákazníka nezákonného trhu, a to jak mezi existujícími zákazníky, tak mezi lidmi, kteří by se zákazníkem teprve stát chtěli. Snižováním poptávky je tedy usilováno o snížení zájmu o jakoukoli drogu. Patří sem léčebné a poradenské programy, které usilují o zvládnutí abstinence nebo alespoň zmírnění dávek drogy, dále programy vzdělávací či léčbu, která by měla vést k potrestání.<sup>6</sup>

Snižování poptávky se neobejde bez alespoň stručného výkladu pojmu *prevence*<sup>7</sup>, kterou rozdělujeme na:

- **primární prevence** – předchází užití drogy u osob, které s ní dosud nebyly v kontaktu;
- **sekundární prevence** – předcházení vzniku závislosti u osob, které jsou již s drogou seznámeny a zasaženy, či už jsou dokonce závislími;
- **terciální prevence** – předcházení špatnému zdravotnímu stavu a sociálním problémům u dlouhodobých uživatelů drog; sem řadíme např. sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci.

Mezi aktéry opatření snižující poptávku patří zejména poskytovatelé poradenských, výchovných, zdravotních a sociálních služeb. Ti mají zejména tyto klienty:

- **obecná populace** – tvoří ji všichni lidé; zaujímá hlavní cílovou skupinu pro primární prevenci;
- **rizikové skupiny** – osoby, které jsou více ohroženy v oblasti drogové problematiky než ostatní část populace, označují se podle určitého identifikačního znaku, např. dle věku, profese, zájmu (pozn.: za obecně zvýšeně rizikovou skupinu ohledně drog můžeme považovat osoby ve věku od 13 – 18 let);

<sup>5</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 17.

<sup>6</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 16.

<sup>7</sup> Soustava opatření, která má předcházet či zamezit drogovým závislostem.

- **rizikovní jednotlivci** – zde jsou řazeny jedinci, kteří mají psychické problémy a poruchy, poruchy chování a učení či osoby s dysfunkční rodiny;
- **experimentátoři** – za experimentátora je označována osoba, která drogu „zkouší“, či drogu užívá jen nepravidelně a nemá žádné problémy spojené se závislostí;
- **příležitostní a rekreační uživatelé** – tito lidé jsou již uživateli drog, ale není to součást jejich denního režimu; drogu zpravidla aplikují 1-2 týdně (typické pro uživatele marihuany, LSD, extáze);
- **pravidelní uživatelé** – lidé na droze závislí, aplikují ji více než 2x za týden a podřizují tomu svůj životní styl;
- **problémoví uživatelé** – dlouhodobí a pravidelní uživatelé opiátů<sup>8</sup>, kokainu a drog amfetaminového typu (nezahrnují se sem pravidelní uživatelé extáze či konopí);
- **závislí uživatelé** – uživatelé, které splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti (syndrom závislosti viz dále), ne vždy se však jedná o problémové uživatele;
- **rodiny a partneři** – cílové skupina pro intervenci zejména v sekundární a terciální prevenci.<sup>9</sup>

## 1.2 Závislostní chování a drogová závislost

Dle MKN-10 lze o **syndromu závislosti** obecně říci, že představuje skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání konkrétní látky má u jedince přednost před jakákoliv jednání, kterému se věnoval před závislostí. Je to tedy **touha brát** psychoaktivní látky (které mohou i nemusí být předepsány lékařem), alkohol či tabák. Závislost by měla být diagnostikována pouze tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více následujícím jevům:

- silná touha po látce;
- problémy se sebeovládáním při užívání látky;

---

<sup>8</sup> Termín *opiát* označuje alkaloidy obsažené v opiu, extraktu z nezralých makovic máku setého. Tradičně se jím též označují přírodní a polosyntetické deriváty opiových alkaloidů. Hlavními opiáty jsou morfin, kodein a thebain.

<sup>9</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 17.

- záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky, které by vedli k odvykacímu stavu;
- vyžadování vyšších dávek, aby se vyvolalo stavu, který na začátku závislosti nastával při aplikování nízké dávky;
- zanedbávání jiných věcí ve prospěch užívané látky a využívání veškerého času k opatření látky;
- pokračování v užívání látky i přes důkaz zdravotních následků.<sup>10</sup>

### 1.3 Definice omamných a psychotropních látek

Většina lidí si pod pojmem *droga* představí pouze nějakou nelegální návykovou látku, jako je například heroin, pervitin či marihuana. Drogou je ale jakákoli chemická látka, která na těle a duši člověka působí změny, a to jak fyzické, tak psychické či emoční a s tím může docházet také k proměnám chování jedince, vnímání své svobody a vůle. Dá se také říci, že droga je každá přírodní či syntetická látka, která je schopna vyvolat závislost a působí psychotropně.<sup>11</sup>

### 1.4 Dělení omamných a psychotropních látek

Drogy se dají rozdělit dle několika hledisek. Prvním hlediskem je postoj společnosti k droze, podle kterého jsou dále děleny na legální, nelegální a tvrdé, měkké. Druhým hlediskem je riziko závislosti, a to je rozděleno na vysoké a nízké. Posledním, třetím hlediskem, je působení látky. To je děleno na látky tlumivé, povzbuzující a halucinogenní.<sup>12</sup>

#### A. Postoj společnosti k droze

- Legální drogy – tabák, alkohol, léky, kofein a další;
- Nelegální drogy – marihuana, hašiš, kokain, pervitin, heroin, extáze, LSD a další;
- Tvrdé drogy – heroin, pervitin, kokain a další;

<sup>10</sup> Karel Nešpor. *Návykové chování a závislost*. Str. 9.

<sup>11</sup> *Nejnámější drogy* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz./drogy](http://www.substitutni-lecba.cz./drogy).

<sup>12</sup> *Rozdělení drog* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz./rozdeleni-drog](http://www.substitutni-lecba.cz./rozdeleni-drog).



- Měkké drogy – tabák, konopné drogy, extáze a další.

### **B. Riziko závislosti**

- Mírné riziko – kofein, marihuana a další;
- Vysoké riziko – heroin, pervitin a další.

### **C. Působení látky**

- Tlumivé látky – heroin, morfin, alkohol, léky a další;
- Povzbuzující látky – kokain, pervitin, kofein, nikotin a další;
- Halucinogenní látky – LSD, konopné drogy a další.

**Obrázek 1: *Tabák***<sup>13</sup>



**Obrázek 2: *Marihuana***<sup>14</sup>



<sup>13</sup> Řezaný tabák k balení cigaret prudce zdraží. In: *Řezaný tabák k balení cigaret prudce zdraží* [online]. Praha: Jiří Novotný, 2012 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/ekonomika/277614-rezany-tabak-k-baleni-cigaret-prudce-zdrazi.html>.

<sup>14</sup> Droge/Marihuana: Marihuana. In: *Droge/Marihuana: Marihuana* [online]. Praha: Admin, 2014 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://bolestizavisnosti.me/?p=598>.

Obrázek 3: *Heroin*<sup>15</sup>



Obrázek 4: *Pervitin*<sup>16</sup>



Obrázek 5: *Extáze*<sup>17</sup>



<sup>15</sup> Heroin laced with elephant tranquilizer hits the streets. In: *Heroin laced with elephant tranquilizer hits the streets* [online]. Atlanta: Nadia Kounang and Tony Marco, CNN, 2016 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://edition.cnn.com/2016/08/24/health/elephant-tranquilizer-carfentanil-heroin>.

<sup>16</sup> Pervitin. In: *Pervitin* [online]. Michal Volf [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://drogyy.wz.cz/Pervitin.html>.

<sup>17</sup> Hlavní dealer extáze, která zabila dívku v Praze, je za mřížemi. In: *Hlavní dealer extáze, která zabila dívku v Praze, je za mřížemi* [online]. Praha: Mediafax, 2013 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://praha9.regiony24.cz/14-175660-hlavni-dealer-extaze--ktera-zabila-divku-v-praze--je-za-mrizemi>.

## Legální drogy v ČR

Pojmem *legální droga* se rozumí ty drogy, které jsou dle zákonů na našem území dovoleny, a na rozdíl od *drog nelegálních* za jejich užívání nehrozí žádný trest. Tyto drogy jsou omezeny pouze jedním pravidlem a to tím, že je může užívat pouze osoba starší 18 let, respektive mohou být užívány v jistém režimu. Ačkoli se osoby mladší 18 let při konzumaci například alkoholu dopouštějí trestné činnosti a stejně tak osoby, které drogu mladým lidem prodají, tak bohužel podnapilých lidí v dětském a pubertálním věku stále přibývá.<sup>18</sup>

### Tabák

Jsou to upravené listy *Nicotiana Tabacum* rostoucí na likovité rostlině, která se pěstuje v mnoha zemích světa. Hlavní psychoaktivní složkou je **nikotin**. Společně s alkoholem tvoří tabák nejvíce užívanou drogu. Obvykle se užívá formami kouření, a to ve formě cigaret či doutníků. Dále je také možné tabák žvýkat, polykat či šňupat. Co se týče tabáku, který se kouří, je zde vysoké riziko vzniku psychické závislosti. Také přináší vysokou příčinu úmrtí, a to svými **sekundárními dopady** (např. rakovina plic, srdeční choroby). Onemocnět může osoba, která dobrovolně tabák kouří, ale také osoby dlouhodobě se pohybující v blízkosti kouře, protože kouř obsahuje řadu škodlivých látek, především dehet, kysličník uhelnatý či nitrosaminy.<sup>19</sup>

Z celkového počtu obyvatel bylo k roku 2012 v České republice zjištěno přibližně 2 300 000 osob, kteří kouří. Přičemž na celém světě tomu bylo téměř 1, 3 miliardy osob.<sup>20</sup>

**Tabulka 1: Lidé užívající tabák**

ČR				Svět
Muži	Ženy	Děti a mládež	Dospělí	17 %
58 %	42 %	74 %	26 %	

<sup>18</sup> *Legální drogy* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz/legalni-drogy](http://www.substitutni-lecba.cz/legalni-drogy).

<sup>19</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 89.

<sup>20</sup> *Statistiky kouření: Přinášíme vám data a statistické údaje o kuřáctví v ČR i ve světě* [online]. Praha: anamneza.cz, 2017 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: [www.anamneza.cz/Statistiky-koureni/clanek/78](http://www.anamneza.cz/Statistiky-koureni/clanek/78).

## *Alkohol*

*Alkohol* je neodborný termín pro pojmy **ethylalkohol** či **ethanol**. Ethanol je psychoaktivní složka alkoholického nápoje, pro který je často používán právě jen termín *alkohol*. Alkohol je látka se sedativně hypnotickými účinky. V mnoha společnostech po celém světě je alkohol rekreační drogou, ale při opakované konzumaci velkého množství má často za důsledek vážná poškození organismu (např. jaterní cirhóza, selhání ledvin, srdeční choroby, cévní mozkové příhody, nádory). Nepřiměřené množství alkoholu je často spojováno se sociálními poruchami v rodině, fyzickým násilím (lehká a těžká ublížení na zdraví, vandalismus), sexuálním násilím a zneužíváním, silničními nehodami a také řadou akutních a chronických onemocnění. Dlouhodobé a časté konzumování alkoholu vede ke vzniku závislosti a k organickým duševním poruchám.<sup>21</sup>

Většina uživatelů drog uvádí jako svou sekundární drogu právě alkohol, přesto bývá drogová léčba spojená s léčbou alkoholovou podceňována. Některé formy užívání drog, například kokainu, jsou často úzce spjaty právě s alkoholismem. Těžký alkoholismus může zhoršit jiné drogové problémy a nepříznivě ovlivnit výsledky léčby. Kombinace zvýšeného množství alkoholu a drog je navíc častou příčinou úmrtí.<sup>22</sup>

## *Léky*

Závislost na lécích je velmi podceňovaným a do jisté míry opomíjeným fenoménem. Jedná se ale o závislost, která bývá před okolím dlouho úspěšně utajována a také se obtížně léčí. Tento druh závislosti se netýká pouze mladých lidí, i když jsou ohroženi nejvíce, ale týká se osob v každém věku. Lidé ve vyšším věku dostávají léky často na doporučení lékaře, a pro ně pak proto bývá těžko pochopitelné, když se musí vzdát látky, která jim pomáhá. Závislost se může objevit stejně jako u jiných drog a to tehdy, když jsou léky užívány dlouhodobě. Pokud dojde k vysazení léku, nastává nervozita, nespavost, neklid, ale také bolest, křeče, průjem či třes. Jedná se tedy o závislost jak psychickou, tak fyzickou.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 9.

<sup>22</sup> Michael Goassop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 13.

<sup>23</sup> *Léky* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz/leky](http://www.substitutni-lecba.cz/leky).

**Tabulka 2: Léky s možným vznikem závislost<sup>24</sup>**

Skupina	Příklady léků
Analgetika	Morfin, Subutex, Tramal
Hypnotika	Rohypnol, Stilnox, Hypnogen
Anxiolytika	Neurol, Xanax, Diazepam

### **Kofein**

Jedná se o mírný stimulant centrálního nervového systému s vasodilatačním účinkem.<sup>25</sup> Kofein se vyskytuje v kávě, čaji, čokoládě či v některých nealkoholických nápojích (energetické nápoje, energetické tablety pro řidiče). Časté užívání kofeinu vede k toxicitě a je označováno jako „kofeinismus“. Mezi symptomy patří fyzický i duševní nepokoj, nespavost, zrudnutí tváře, svalové bolesti, tachykardii, bolesti břicha a zažívací poruchy. Zřídka se vyskytuje také podrážděnost, úzkost, panické stavy, deprese či schizofrenie.<sup>26</sup>

### **Ilegální drogy**

Ilegální drogy jsou takové, které jsou podle našich zákonů zakázané. Společně s užíváním těchto drog je zakázána také jejich výroba, prodej a držení. Ilegální drogy jsou děleny do čtyř hlavních skupin a těmi jsou opiody, halucinogenní drogy, konopné drogy, stimulační drogy.<sup>27</sup>

<sup>24</sup> *Léky - podrobně* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: [http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/drogova\\_situace/legalni\\_drogy/leky/leky\\_podrobne](http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/legalni_drogy/leky/leky_podrobne).

<sup>25</sup> Rozšiřování cév.

<sup>26</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 43.

<sup>27</sup> *Nelegální drogy* [online]. Praha: MeDitorial+ [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/ilegalni-drogy>.

**Tabulka 3: Vybrané nelegální drogy a jejich rizikovitost**

<b>Marihuana</b>	<i>Marihuana</i> je termín pro označení vysušených květů, semen a listů indického konopí <sup>28</sup> . Je návyková a někdy je chápána jako vstupní droga k jiné silnější droze, na které vzniká destruktivní závislost. <sup>29</sup>
<b>Hašiš</b>	Konopná pryskyřice tmavé zelené až hnědé barvy, většinou obsahující jen malé množství květenství a drobných nečistot. Užívá se především kouřením. Také bývá často součástí různých pokrmů či nápojů. <sup>30</sup>
<b>Kokain</b>	Jedná se o získaný alkaloid z kokových listů. Jde o silný stimulant centrálního nervového systému. Mimo lékařství se užívá kvůli vytváření euforie či pocitům bdělosti. Opakované užívání způsobuje závislost. „Koks“ je často podáván jako bílá, průhledná krystalická vločka či prášek. <sup>31</sup>
<b>Pervitin</b>	Pervitin, neboli metamfetamin, je u nás nejrozšířenější a nejvíce užívaná stimulační droga. Oblíbená je proto, že pro domácí „vařiče“ je snadné ji vyrobit z běžně prodávaných léků (Rinopront, Modafen, Disophrol). Prodává se ve formě bílého prášku, někdy mírně zbarvena dorůžova nebo dohněda. <sup>32</sup>
<b>Extáze</b>	Methylen-doixy-methamfetamin (MDMA) je syntetický derivát amfetaminu. Dříve užívána jako látka pro potlačení chutí k jídlu, nikdy ale nebyla registrována jako lék. Oblibu si však získala jako rekreační droga, která se vyrábí v tajných laboratořích, zejména ve formě prášku či tablet různé barvy. <sup>33</sup>
<b>LSD</b>	Kyselina lysergová. Látka obsahuje mimořádně zajímavé účinky na psychiku vyvolávající stav podobný psychózámu. Jedná se o nejsilnější známý halucinogen dostupný ve formě „tripů“. <sup>34</sup>

### **Drogy s vysokým a s mírným rizikem závislosti**

Vysoké riziko závislosti nastává v okamžiku, kdy je aplikováno příliš velké množství drogy a to se stává denním rituálem. Opakem je typ drog, které jsou společností akceptovány, a to z důvodu, že pro uživatele představují relativně nízké riziko závislosti a to znamená klid pro okolí.<sup>35</sup>

<sup>28</sup> *Co je Marihuana?* [online]. Praha: Řekni ne drogám - řekni ano životu, 2009 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/marihuana/kap-co-je-marihuana.html>.

<sup>29</sup> Lynn Zimmer a John Morgan. *Marihuana: mýty a fakta*. Str. 23.

<sup>30</sup> 3. Skupina - Stimulační látky: Hašiš [online]. Brno: webnode, 2011 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz/hasis>.

<sup>31</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 44.

<sup>32</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 66.

<sup>33</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 32.

<sup>34</sup> Michal Miovský. *LSD a jiné halucinogeny*. Str. 42.

<sup>35</sup> *Rozdělení drog* [online]. Praha: MeDitorial+ [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

## **Povzbuzující, tlumivé a halucinogenní látky**

Při užití těchto látek je povzbuzena centrální nervová soustava. Tělo se zbavuje únavy, potřeby jídla a spánku, naopak se zvyšuje výkon a aktivita, dostavuje se pocit fyzické a duševní síly. Na tomto typu drogy vzniká velmi silná psychická závislost. Opakem jsou látky tlumivé, způsobují uvolnění, zklidnění, zpomalení reakcí, ospalost, až dokonce spánek. Vzniká tu poměrně rychlá fyzická závislost, jejímž následkem při neuzití drogy je abstinční syndrom. Halucinogenní látky působí na kvalitu vědomí, psychiky a intenzity. Přicházejí sluchové a zrakové halucinace a také zde hrozí velké nebezpečí v nepředvídatelnosti působení, to znamená, že člověk je pod vlivem těchto drog ochoten dělat mnohdy nemožné.<sup>36</sup>

## **1.5 Závislost na opioidech<sup>37</sup>**

Jelikož se má práce věnuje substituční léčbě, rozhodla jsem se v ní konkrétněji popsat také závislost na opioidech, a to z důvodu zaměření substituční léčby, která se věnuje právě opioidům.

Závislost na opioidech je nemoc, která je obtížně zvládnutelná z důvodu nutkavého užívání drog a bažení po droze, což vede k vyhledávání drog a opakovanému užívání i přes vědomí závažných zdravotních či sociálních důsledků. Závislost na opioidech (většinou na heroinu) je komplikovaný stav, který je v současné době spojen s vysokým rizikem úmrtí a vysokou úmrtností.<sup>38</sup>

Problém závislosti na opioidech se dnes objevuje v drtivé většině zemí světa. V Evropě došlo k první epidemii v užívání heroinu již v 60. letech 20. století a ve většině Evropy nyní populace osob závislých na opiátech roste. Užívání opiátů a opiátová závislost se navíc šíří i do dalších regionů, např. Asie (Čína), Jižní a Střední Amerika či dokonce chudých regionů Afriky. Celosvětová produkce heroinu se od roku 1985 více než zdvojnásobila či dokonce ztrojnásobila.<sup>39</sup>

Závislost na opioidech je stav, v němž dochází ke změnám neurochemie a receptorových míst mozku, v důsledku čehož se potřeba drog stává stejně biologicky danou jako potřeba jíst a dýchat. I když se s tímto názorem neztotožňují všichni, obecně se

---

<sup>36</sup> *Rozdělení drog* [online]. Praha: MeDitorial+ [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

<sup>37</sup> Opioid je látka schopná vázat se na opioidní receptor. Opioidní receptory se nacházejí zejména v centrální nervové soustavě a v menší míře v trávicí soustavě.

<sup>38</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 19.

<sup>39</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 19.

uznává, že závislost na opiátech je chronická relapsující nemoc, která je obtížně zvládnutelná z důvodu nutkavého užívání drog a bažení po droze, což vede k vyhledávání drog a opakovanému užívání, a to i přes závažné negativní sociální a zdravotní důsledky. Existují důkazy, že ne všechny případy závislosti jsou chronické a některé osoby splňující diagnostická kritéria látkové závislosti, se dokážou zcela uzdravit bez léčby. Avšak mnozí lidé s poruchami v důsledku závislosti projdou po léčbě vícenásobnými **relapsy**<sup>40</sup> a jsou považováni za osoby, u nichž nebezpečí relapsu přetrvává po řadu let a možná i po celý život.<sup>41</sup>

V mnoha zemích způsobuje rozsáhlé zdravotní a sociální problémy zejména jedna droga a tou je **heroin**. Injekčním uživatelům heroinu, kteří navíc užívají vysoké dávky i jiných drog, hrozí riziko úmrtí dvacetkrát až třicetkrát vyšší než neuživatelům jiných drog ve stejné věkové skupině (v ČR bylo zjištěno devětkrát až dvanáctkrát větší riziko). Z důvodu častého užívání injekčního heroinu jsou zdravotní rizika včetně možného přenosu HIV a hepatitidy značná.

V současnosti je k dispozici v našem regionu řada možností léčby. Od lůžkové bezdrogové až po ambulantní farmakologicky asistovanou léčbu, včetně udržovacích a detoxifikačních režimů. Existují také důkazy, že závislost na opiátech lze nejlépe vyléčit kombinací, která zahrnuje ambulantní terapii, medikaci a sledování s cílem udržet pacienty v léčbě pro maximalizaci a uchování plných přínosů léčby. Jako nejefektivnější forma léčby u největšího počtu lidí se závislosti na opiátech se ukázala **léčba substituční**.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Časný či pozdní návrat k droze (po léčbě).

<sup>41</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 19.

<sup>42</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 19.



## 2. Substituční léčba

Substituční léčba je jedna z forem medicínské léčby závislosti na opioidech při užívání předepsaných *opioidních agonistů*.<sup>43</sup> Agonisté zmírňují abstinenci symptomy a snižují bažení po nelegálních opiátech.<sup>44</sup>

Jiní v rámci léčby používají tzv. *antagonisty*.<sup>45</sup> Antagonistické látky bažení „pouze“ snižují, nikoli odstraňují. V důsledku antagonistické vyšší schopnosti slučování chemických látek s látkami jinými na receptory jsou opiáty vytlačovány z vazebních míst. Následkem toho je okamžitý nástup symptomů opiátové abstinence. Pokud pacient absolvoval detoxikační léčbu a poté zahájil léčbu opiátovým antagonistou, pak další příjem opiátů nemá žádný účinek a to proto, že receptory jsou již obsazeny antagonistou. Nejužívanějším opioidním antagonistou je **naltrexon**.<sup>46</sup>

Nejvíce užívanou medikací při léčbě opiátové závislosti jsou **metadon** a **buprenorfin**. Metadon je agonista a Buprenorfin je pouze částečným antagonistou.<sup>47</sup>

Mnoho odborníků se shoduje, že substituční léčba je jedna z neefektivnějších typů farmakologické terapie závislosti. Řada klinických studií přináší důkazy o tom, že substituční udržovací léčba na opioidech je obecně spojena s podstatným snížením užívání nelegálních opioidů, trestné činnosti, úmrtnostmi z předávkování a chování s vysokým rizikem přenosu HIV.<sup>48</sup>

Substituční léčba je vhodná pro závislé na opiátech, kteří nedokážou užívání drog sami zastavit a udržet abstinenci. Přínos substituční léčby spočívá v příležitosti, kterou poskytuje závislým uživatelům drog při omezování jejich rizikového chování a při zdravotní a sociální stabilizaci předtím, než se začne řešit samotný problém závislosti na opioidech. U léků je vyžadováno, aby byli užívané delší dobu. Díky té se oddálí nástup abstinenci symptomů a postupem času se sníží četnost podávání. To pacientovi umožňuje soustředit se na normální životní aktivity a nemarnit veškerý svůj čas získáváním a aplikováním drogy.

---

<sup>43</sup> Vyznačují se stejnými vlastnostmi působení na mozek jako heroin či morfin.

<sup>44</sup> Annette Verster a E. Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 20.

<sup>45</sup> Jedná se o látky, které obsahují stejné receptory mozku jako opiáty a tím blokují účinky ostatních opiátů.

<sup>46</sup> Je antagonist opiatových receptorů, který se používá při léčbě závislosti na alkoholu nebo na opiátech.

<sup>47</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 20.

<sup>48</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 21.

## Účinnost substituční léčby

Substituční léčba je účinná pro jednotlivé pacienty i pro společnost s ohledem na celou veřejnost, veřejné zdraví a veřejné výdaje. Výsledky výzkumů ukazují, že substituční léčba snižuje kriminalitu, infekční onemocnění, úmrtí spojená s drogami a zlepšuje fyzický, sociální a psychický stav pacienta.

Většina důkazů o účinnosti substituční léčby se zabývá především **metadonem**, přibývá ale také důkazu o významu jiných léků, zejména **buprenorfinu**. Ukázalo se, že substituční terapie zlepšuje fyzický stav pacienta tím, že mu pomáhá:

- zůstat naživu;
- přestat užívat nelegální drogy nebo je užívat v menším množství;
- vyměnit nečisté nelegální drogy za farmaceutické léky o stabilní kvalitě;
- změnit způsob užívání drog, přejít od injekčního užívání na méně škodlivé způsoby, jako např. perorální či sublingvální užívání;
- udržovat kontakt s odbornými službami.<sup>49</sup>

Kromě toho bylo také prokázáno, že substituční terapie zlepšuje pacientův sociální stav prostřednictvím stabilizace užívání drog, což vede k celkové stabilizaci života, omezuje potřeby uchýlovat se k trestné činnosti za účelem obstarávání a financování drog a v neposlední řadě mít šanci rozhodovat si o svém životním stylu a životních cílech.

Účinnost či úspěch léčby nezávisí pouze na dané substituční látce, ale také na souvislostech a doprovodných součástech léčby. K úspěchu substituční terapie může zásadním způsobem přispět **psychosociální intervence**<sup>50</sup>. Substituční léčba pacientům umožňuje, aby se zabývali dalšími aspekty života, a tím je bydlení, zaměstnání, budování sociálních vztahů.<sup>51</sup>

## 2.1 Historie substituční léčby

K prvním pokusům substituční léčby došlo na konci 60. let 20. století, a to zejména v severoevropských zemích. Na konci 90. let již byla léčba zavedena ve všech zemích Evropské unie. V některých státech EU ale substituční léčba nadále zůstává ve veřejnosti citlivým tématem. Existují i takové názory, že se nejedná o léčbu, nýbrž o reakci, která ve skutečnosti problémy s drogami vůbec neřeší. Dle mého názoru by se substituční léčba

---

<sup>49</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 21.

<sup>50</sup> Odborná činnost vykonávaná konkrétní osobou nebo organizací, jejímž cílem je zlepšení kvality života a snížení utrpení konkrétního jedince nebo skupiny lidí.

<sup>51</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 21.

měla chápat jako jedna ze složek způsobu léčby problémového užívání drog, mezi které patří také léčba orientovaná na abstinenci od psychoaktivních látek.<sup>52</sup>

Nejčastějším preparátem léčby je **metadon**, jeho postavení už ale není hlavní tak, jako dříve. Například ve Francii již převažuje **buprenorfin**. V Nizozemí se ke stabilizaci chronických uživatelů opiátů používá dokonce samotný heroin; v Německu se s těmito pokusy začalo v roce 2002 a v ostatních zemích se o této metodě diskutuje. Ve Velké Británii se heroin pacientům předepisuje v malém měřítku dokonce již několik desítek let.<sup>53</sup>

### 2.1.1 Substituční léčba v ČR v datech

V České republice má substituční léčba poměrně dlouho tradici. V roce 1992 nadace **Drop-In** dovezla několik kilogramů metadonu a Ministerstvo zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět jako jednorocní experiment. Potřeba znovu zavést substituční terapii opiátovými agonisty se vynořila v 90. letech z důvodu rostoucího výskytu heroínu v drogové komunitě. V roce 1997 Ministerstvo zdravotnictví ČR rozhodlo o spuštění „pilotního programu“ pro 20 pacientů ve VFN v Praze, oddělení pro léčbu závislosti. Počátkem roku 1999 Ministerstvo zdravotnictví ČR sestavilo pracovní skupinu, která připravila **Standardy substituční léčby** a vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál. Tak vznikl **Registr substituční léčby**. Postupem času se kapacita apolinářského programu zvýšila přibližně na 100 pacientů, ale i tak se nepodařilo v hlavním městě pokrýt poptávku po substituční léčbě. V roce 2000 bylo spuštěno dalších sedm specializovaných zařízení a koncem roku 2002 přibilo zařízení osmé (tři zařízení se nacházeli v hlavním městě).<sup>54</sup> Nyní se v České republice nachází 16 pracovišť poskytující substituční léčbu, z toho 9 v hlavním městě.<sup>55</sup>

## 2.2 Formy substituční léčby

Každý druh léčby má určité formy. U substituční léčby existují formy tři. První formou je **krátkodobá**; ta trvá 1 – 2 týdny realizovaná nejčastěji při hospitalizaci, jedná se

---

<sup>52</sup> Úřad vlády ČR. *Zaostřeno na drogy*. Str. 1.

<sup>53</sup> Úřad vlády ČR. *Zaostřeno na drogy*. Str. 1.

<sup>54</sup> Úřad vlády ČR. *Zaostřeno na drogy*. Str. 4.

<sup>55</sup> *Centra pomoci* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/centra-pomoci-se-zavislosti>.

o rychlou detoxifikační substituci. Druhá forma je **střednědobá**. Zde se jedná o prodlouženou detoxifikaci prováděnou během ústavní léčby, někdy ambulantně. Trvá několik týdnů až měsíců a je vhodná pro klienty s vysokou tolerancí a pro závislé na několika látkách najednou, které jsou vysazeny, respektive nahrazovány postupně. Poslední formou je forma **dlouhodobá**. Jedná se o tzv. udržovací substituci, která může trvat řadu měsíců až několik let. Většinou je realizována ambulantně.<sup>56</sup>

### 2.3 Typy substituční léčby

Kromě toho, že se dají předepsat různé léky, existují také různé léčebné programy, které se navzájem liší svou délkou a dávkováním předepsaného léku. Existuje řada důkazů o tom, že substituční léčba, zvláště ta metadonová, je efektivnější, pokud se při udržovací terapii dlouhodobě předepisují vyšší dávky. Nutné zmínit, že mnoho jiných programů se zaměřuje spíše na krátkodobou léčbu s klesajícími dávkami.<sup>57</sup>

Metadonová udržovací terapie je historicky nejranější a v současné době nejrozšířenější formou opiátové substituční léčby; zejména pak ve Spojených státech amerických, v Austrálii a Evropě. V různých zemích se v rámci udržovací terapie rovněž začíná předepisovat zmíněný buprenorfin. Jak metadon, tak buprenorfin jsou užívány také při detoxifikaci. Detoxifikační programy zajišťují pod dohledem abstinenci od opiátů a jejich nahrazení předepsaným substitučním lékem (metadonem či buprenorfinem, přičemž během procesu často dochází ke kombinaci s dalšími léky), aby byly minimalizovány abstinenci symptomy. Po úplném převedení na substituční lék je dávka postupně snižována.<sup>58</sup>

**Relaps**<sup>59</sup> je relativně běžný po samotné detoxifikaci. Proto detoxifikace sama o sobě tvoří adekvátní léčbu látkové závislosti jen zřídka. Samotná detoxifikace je často nedostatečná, proto je nutný nezbytný terapeutický proces. Detoxifikace tvoří „pouze“ první krok, který vede k mnoha dlouhodobějším formám léčby orientované na abstinenci. Detoxikací (stejný význam jako *detoxifikace* či *detox*) nazýváme postupy používané při zvládnutí akutních odvykacích obtíží.<sup>60</sup> Detoxifikace trvá průměrně čtrnáct dní a kromě motivace k pokračování v další léčbě se během ní péče soustředí na zvládnutí akutních

---

<sup>56</sup> Kamil Kalina a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 221.

<sup>57</sup> Annette Verster a Ernst Buning, Buprenorfin: rozbor kritických otázek, Str. 21.

<sup>58</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 22.

<sup>59</sup> Časný či pozdní návrat k droze (po léčbě).

<sup>60</sup> *Detoxikační jednotky* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>.

odvykacích příznaků a na celkový zdravotní stav uživatele. Na detoxikační jednotce by měl uživatel pobývat ještě několik dní po ukončení abstinčních příznaků. Po skončení léčby je snížena i tolerance – pokud si závislý vezme dávku, na kterou byl zvyklí dříve, může dojít k předávkování ohrožující život.<sup>61</sup>

Vysoký výskyt relapsů při závislosti na opioidech je důsledkem, že je detoxifikace obecně vnímána jen jako jedna etapa procesu, nikoli jako samostatný postup. Nedávný výzkum dokonce prokázal vysokou úmrtnost u detoxifikovaných osob. Většina pacientů má špatnou prognózu abstinence a nedoporučuje se tedy s léčbou přestat. To je důsledkem toho, že pacienti, kteří nesplňují klinická kritéria pro detoxifikaci, budou pravděpodobně dosahovat špatných výsledků bez ohledu na to, jak moc o léčbu i abstinenci usilují.<sup>62</sup>

V některých zemích substituční léčbu zajišťují specializovaná centra pro drogové závislosti, jinde má léčbu na starosti systém primární péče či praktický lékaři.

Farmakologická léčba by vždy měla být součástí širšího komplexního plánu léčby, který řeší somatické i psychosociální otázky.<sup>63</sup>

## 2.4 Cíle substituční léčby

**Dlouhodobým cílem léčby** je pomoci lidem přestat užívat drogy úplně. **Krátkodobý cíl substituční léčby** vychází z koncepce veřejného zdraví a harm reduction, aby se takto zlepšilo tělesné, duševní a sociální zdraví pacienta. Mezi cíle substituční léčby zahrnujeme následující:<sup>64</sup>

- pacientovi pomoci zůstat zdravým, dokud s vhodnou péčí a podporou nedokáže žít bez drog;
- snížit užívání nelegálních drog nebo předepsaných léků pacientem;
- řešit problémy související se zneužíváním drog;
- snížit nebezpečí spojená se zneužíváním drog, zejména riziko HIV, hepatitidy (B či C) a dalších infekcí přenášených krevní cestou při injekční aplikaci a sdílení injekčního náčiní;
- omezit trvání epizod zneužívání drog;
- snížit pravděpodobnost budoucího relapsu ke zneužívání drog;

---

<sup>61</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 22.

<sup>62</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 22.

<sup>63</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 22.

<sup>64</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 21.

- snížit potřebu trestné činnosti páchané za účelem získání prostředků ke zneužívání drog;
- stabilizovat pacienta ve vhodných případech na substituční léčbě ke zmírnění abstinenčních symptomů;
- zlepšit fyzické a mentální zdraví a celkové osobní, sociální a rodinné fungování.

## 2.5 Substituční preparáty

Při léčbě závislosti na opioidech pomocí substituční léčby ve světě převažuje forma perorálního podávání **metadonu**, avšak v různých zemích je čím dál více s úspěchem předepisován také **buprenorfin**. Jedná se o druhý nejčastější způsob léčby závislosti na opioidech. Soubor důkazů v případě metadonu je stále mnohem větší než výsledky týkajících se jiných substitučních léků. Metadon se ukázal jako efektivní při udržovací léčbě, při udržování pacientů v léčbě, při prevenci užívání nelegálních opioidů, při prevenci šíření HIV/AIDS a dalších infekčních chorob a v neposlední řadě také při zlepšení duševního, tělesného a sociálního zdraví pacienta i jeho rodiny. V několika posledních letech klinická praxe a výsledky výzkumu dokazují, že efektivním substitučním lékem v udržení i detoxifikační léčbě opiátové závislosti je také buprenorfin.<sup>65</sup>

Všechny evropské země, kde je substituční léčba dostupná, využívají metadon a více než 50 % z nich k metadonu udává také léčbu buprenorfinem. Oblibu si buprenorfin získává také ve Spojených státech amerických a v Austrálii. V několika zemích buprenorfin není vázán tak přísnými podmínkami, jako metadon. Je to dáno především historickými důvody a také všeobecnými obavami z důsledků z předepisování opiátů jako léků. Hlavním důvodem, proč byl buprenorfin zaveden bez přísných předpisů, je to, že má příznivější bezpečnostní profil se sníženým rizikem předávkování. Jako příklad lze uvést Francii či USA. V těchto zemích se metadonová udržovací terapie zajišťuje ve specializovaných centrech a v důsledku toho nemůže být vyhověno všem žadatelům o léčbu. Naproti tomu buprenorfin je možné předepisovat v běžných ordinacích nebo v zařízeních primární péče a tím se v těchto zemích snižuje práh dostupnosti pro mnoho praktických lékařů a pacientů.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 22.

<sup>66</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 23.

## 2.5.1 Buprenorfin

Buprenorfin, obchodní název **Subutex**, je částečný agonista. Vytváří účinky podobné opiátům, brání abstinenčním symptomům, snižuje bažení po droze a snižuje účinky jiných opiátů, aniž vytváří silnou euforii. Vedlejší účinky jsou podobné jiným opioidům, avšak méně sedativní a s menšími respiračními depresemi. Buprenorfin se podává ve formě sublingválních tablet<sup>67</sup>. Má dlouhou dobu působení a mírné abstinenční příznaky.<sup>68</sup>

Z farmakologického hlediska je buprenorfin, jak už bylo vícekrát řečeno, částečný agonista, ačkoli s některými antagonistickými vlastnostmi. Jakožto částečný opiátový agonista blokuje abstinenční příznaky a bažení, aniž vytváří silnou euforii. Tyto částečné agonisté mají strop účinku, což znamená, že zvýšení dávky se projeví pouze do určité míry. Subutex je sublingvální tableta a je dodávána v silách 0,4 mg, 2 mg a 8 mg.

Další sublingvální tabletou je **Subuxone**, který se dodává ve dvou formách dávkování:

- 2 mg buprenorfinu + 0,5 mg nalaxonu;
- 8 mg buprenorfinu + 2 mg nalaxonu.<sup>69</sup>

**Nalaxon** je opiátový antagonist s krátkodobým účinkem obvykle podávaný intravenózně v případě předávkování opioidy. Pokud je nalaxon podán sublingválně, má malý nebo dokonce žádný účinek. Přidáním nalaxonu k buprenorfinu se očekává, že se podaří zamezit odklonu od léčby a jeho zneužívání, a to proto, že nalaxon vyvolává u uživatelů nepříjemné vedlejší účinky, jestliže je aplikován nitrožilně. Subutex a Subuxone tedy opiátovou závislost léčí tím, že brání symptomům abstinence od heroinu a dalších opiátů.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> Tablety rozpustné ve slinách a ve vodě, lze je aplikovat nitrožilně.

<sup>68</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 23.

<sup>69</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 24.

<sup>70</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 24.

Obrázek 6: *Subutex*<sup>71</sup>



### Historie buprenorfinu

Subutex byl vyvinut v 70. letech 20. století ve snaze najít „neadiktivní“ analgetikum. V roce 1978 byl poprvé zaregistrován a uveden na trh ve Spojeném království pod názvem **Temgesic**. V 80. letech se objevilo první hlášení o injekčním užití buprenorfinu a také o jeho první „zneužívání“ uživatel heroinu. V polovině 80. let 20. století proběhla klinická studie druhou fází mezi uživateli heroinu. Třetí fáze zaznamenána na přelomu 80. a 90. let 20. století. První tableta **Subutexu** byla vyvinuta v polovině 90. let 20. století a poprvé zaregistrována pro léčbu opiátové závislosti ve Francii v roce 1995 a následně v roce 1999 ve Spojeném království.<sup>72</sup>

### Vědecké důkazy

Celkový soubor vědeckých důkazů, které svědčí ve prospěch účinnosti substituční léčby závislosti na opioidech, vychází ze studií o metadonové terapii. Soubor důkazů týkajících se buprenorfinu je mnohem menší, a to je dáno kratší klinickou historií tohoto léku.<sup>73</sup>

V posledních letech se soubor důkazů o buprenorfinu jako o léku pro medicínskou léčbu závislosti na opioidech rozšířil. Byly provedeny studie včetně kontrolovaných studií a otevřených nekontrolovatelných studií a také přehledy a statistické metaanalýzy. Dále proběhly pokyny v různých zemích či metodické dokumenty k buprenorfinu. Při studiu dostupných důkazů se obecně největší váha přikládá systematickým přehledům. Příkladem může být provedení pěti systematických přehledů a metaanalýz substituční léčby, z nichž dvě se týkají konkrétně buprenorfinu (jedna udržovací léčby a druhá detoxifikace

<sup>71</sup> Subutex na fotografiích. In: *Subutex na fotografiích* [online]. Praha: Sananim, 2011 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/86/subutex-na-fotografiich.html?warning=kill>

<sup>72</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 23.

<sup>73</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 24.



buprenorfinem) ve srovnání s dalšími léky. Většina studií a přehledů se zabývala udržením pacientů v léčbě a spotřebou heroínu jako výstupními indikátory.<sup>74</sup>

Ve srovnání účinnosti buprenorfinové udržovací léčby s placebem či metadonovou udržovací léčbou na opioidech se zjistilo, že buprenorfin byl statisticky významně účinnější než placebo při udržení pacientů v léčbě při nízkých dávkách a velmi vysokých dávkách. Avšak pouze ve vysokých a velmi vysokých dávkách buprenorfin potlačoval užívání heroínu významně více než placebo. Ve srovnání s metadonem se buprenorfin podávaný ve flexibilních dávkách ukázal jako statisticky významně méně účinný při udržení pacientů v léčbě. Buprenorfin v nízkých dávkách není účinnější než metadon v nízkých dávkách a v podávání vysokých dávek nedosahuje takového procenta udržení pacientů v léčbě ani jako metadon v dávkách nízkých, avšak může lépe potlačit užívání heroínu. Ve vysokých dávkách buprenorfin oproti vysokým dávkám metadonu nepředstavuje žádnou výhodu v retenci pacientů.<sup>75</sup>

V posledních letech byla provedena celá řada studií a celkový závěr je ten, že existují vědecké důkazy v kombinaci s narůstajícími klinickými zkušenostmi, které svědčí o účinnosti buprenorfinu jako užitečného doplňkového léku při léčbě závislosti na opioidech. Buprenorfin se ukázal jako bezpečný lék, účinný při udržení pacientů v léčbě a prevenci užívání nelegálních opiátů, i když ne účinnější než metadon. Důkazy svědčí ve prospěch abstinenci léčby. Ukazují se jako silnější než v případě udržovací léčby, zejména u motivovaných pacient, kteří chtějí s užíváním opiátů přestat.<sup>76</sup>

## 2.5.2 Metadon

Léčba pomocí metadonu je na celém světě nejrozšířenějším typem léčby závislosti na opiátech.

Metadonové kliniky dosahují nejvyšších počtů klientů, které se dokáží udržet v léčbě v porovnání s jinými léčebnými modalitami.<sup>77</sup> Ačkoli dávkování metadonu je nutné klinicky monitorovat, klienti mají lepší výsledky při stabilizaci na vyšších než nižších dávkách v rozsahu typického dávkování v současnosti. Po ukončení metadonové léčby

---

<sup>74</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 25.

<sup>75</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 25.

<sup>76</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Str. 25.

<sup>77</sup> V roce 2015 bylo v ČR evidováno celkem 2 248 léčených osob pomocí substituce.

mají lepší výsledky ti klienti, kteří v léčebně zůstali déle než ti, kteří absolvovali kratší léčebný program.<sup>78</sup>

**Obrázek 7: Metadon**<sup>79</sup>



### **Metadonová udržovací léčba**

Metadonová udržovací léčba byla po dobu čtyř desetiletí předmětem rozsáhlých studií v různých zemích s různými skupinami léčených osob. Představuje tedy důkladně vyhodnocený způsob léčby drogové závislosti. Tato léčba v průměru vykazuje lepší výsledky, než ostatních porovnané skupiny pacientů, kteří neabsolvovali žádnou léčbu nebo absolvovali pouze detoxifikaci či léčbu metadonovou redukční, anebo byli z léčebného programu vyloučeni či byl program ukončen.

Studie ukazují, že díky léčbě dochází k významnému poklesu užívání nelegálních opiátů, poklesu drogové kriminality a nižšímu výskytu chování s rizikem HIV. Co se týče onemocnění HIV/AIDS vede metadonová udržovací léčba ke snížení rizikového chování v souvislosti s přenosem této nemoci. Mezi klienty, kteří absolvují tuto léčbu, dochází k podstatnému snížení výskytu injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní.

V praxi se metadonová udržovací léčba vyskytuje v různých podobách. Programy se liší svou strukturou, procedurami i vlastní praxí. Rozdíly existují např. v počtu léčených pacientů, v druhu a kvalifikaci personálu, v množství a typu poskytovaných poradenských

<sup>78</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 17.

<sup>79</sup> Methadone Nedir? Methadone 40 mg Hakkında bilgiler - Metadon şurup. In: *Methadone Nedir? Methadone 40 mg Hakkında bilgiler - Metadon şurup* [online]. Dirty Universe, 2015 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://eroinehayir.blogspot.com/2015/02/metadon-nedir-metadon-hakkinda-bilgiler-methadone.html>.

a zdravotnických služeb, v množství dávkování, v pravidlech při léčbě či v možnosti užívání metadonu doba.<sup>80</sup>

### **Metadonová redukční léčba**

Metadonová redukční léčba se začala užívat a již se užívá řadu let ve Spojeném království. Obvykle spočívá v předepisování metadonu na delší dobu, a to za předpokladu, že se dávka bude postupně snižovat, až dojde k úplné abstinenci, a to jak na metadonu, tak na opiátech.

Tato léčba je obdobou léčby využívanou v jiných zemích, jedná se například o metadonové programy postupné detoxifikace a 90denní nebo 180denní detoxifikační programy. Programy byly zavedeny ve Spojených státech a bývají také označovány jako programy „od udržovací léčby k abstinenci“ nebo „od metadonu k abstinenci“.<sup>81</sup>

Několik výsledků ze studií ukazují zlepšení z hlediska užívání drog a dalšího problémového chování spojeného v souvislosti s užíváním drog při metadonové udržovací léčbě i při metadonové redukční léčbě. Je to dáno především tím, že výrazné množství pacientů v redukční léčbě dostává „jen“ udržovací dávku. Výzkumy dále ukazují, že ne vždy je tato léčba prováděna dle stanovených předpokladů. Většina pacientů, téměř 70 %, kteří jsou zařazeni do léčby udržovací, dostává udržovací léky, zatímco pouze třetina pacientů v léčbě redukční, tj. 36 %, dostávala dávku postupně snižující. Proto se jedná o mnoho pacientů, kteří při redukční léčbě nedostávali postupné snižování dávky, a tak vlastně absolvovali určitou formu léčby udržovací. Existují také případy při užití redukční léčby, které jsou spojeny se špatnými výsledky. U některých pacientů bylo zjištěno, že při intenzivnějším snižování dávky, se dostavovaly horší výsledky. Dá se tedy říci, že čím rychleji byla snižovaná dávka metadonu, tím horší byly výsledky z hlediska jejich užívání heroínu. Horší výsledky byly také zjištěny u pacientů, kteří absolvovali udržovací léčbu vedenou k abstinenci oproti časově neomezené udržovací léčbě.<sup>82</sup>

Ve srovnání léčby redukční a udržovací si lépe stojí druhá zmíněná a to zejména z hlediska užívání nelegálních drog, kriminálního chování.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 17.

<sup>81</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 18.

<sup>82</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 18.

<sup>83</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 19.

## Užívání metadonu

Užívání metadonu není tak jednoduché, jak si možná mnozí myslí. Nejedná se o užití stejného principu jako drogy, avšak velmi často je prováděno pouze pod dohledem. Existuje sice možnost získat metadon k užívání v takzvaném domácím léčení, ale je to považováno za privilegium, které je udělováno pouze těm pacientům, kteří prokázali svou schopnost vyhnout se užívání nelegálních drog a lepších výsledků dosahují také v jiných oblastech. Dalším důvodem, proč nepředepisovat metadon každému pacientovi, je takový, že můžou vzniknout negativní dopady ve smyslu vzniku nelegálního trhu, na kterém se metadon zneužívá a prodává. Ve výsledcích z dotazníků studie NTORS pro nové klienty nastupující do substituční léčby uvedla téměř polovina, že se s metadonem setkala již před léčbou.<sup>84</sup>

Nejčastěji je metadon předepisován na klinikách, méně často pak u praktických lékařů. Praktičtí lékaři rovněž využívají méně často podávání metadonu pod dohledem, ať už se jedná o dohled v ordinaci či dohled lékárníka.

Mnoho odborníků se shoduje v tom, že podávání metadonu pod dohledem snižuje únik drogy na černý trh, nicméně pro toto tvrzení existuje stále málo důkazů. Průzkum prováděný ve skupinkách uživatelů drog zjistil, že podávání metadonu pod dohledem je chápán jako důležitý prvek bezpečnosti, účinnosti i odpovědnosti a uživatelé drog to ochotně přijímají.<sup>85</sup>

Poslední formou užití metadonu je užití injekční. Praxe s tímto užíváním není příliš známá. Užívá se zejména ve Spojeném království. Začátky užívání metadonového injekčního způsobu se objevily v polovině 70. let 20. století na britských protidrogových klinikách a jednalo se tehdy o nejčastěji předepisovanou lékovou formu metadonu. Jedna studie také zjistila fakt, že více než jedna třetina pacientů závislých na opiátech by v případě možnosti dávala přednost metadonu v injekční formě před heroinem v injekční formě. Další studie prokázala, že v případě léčení metadonem v injekční formě, byla léčba sice uspokojivá, ale jen malé procento důkazů nasvědčovalo změnám v chování těchto injekčních uživatelů a někteří pacienti i nadále pokračovali v rizikových injekčních praktikách. Častými důvody pro předepsání injekčního metadonu byly zejména ty, že standardní léčba, tedy perorálně podávaný metadon, nezabírala. Náklady na injekční metadon jsou podle odhadu až pětinasobně vyšší než perorální užívání.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 19.

<sup>85</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 19.

<sup>86</sup> Michael Gossop. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 20.

## 2.6 Nevýhody substituční léčby

Ano, i substituční léčba s sebou přináší určitá negativa. Nejdůležitější nevýhodou je dlouhodobost. Ve většině případů se uživatel pomocí této léčby musí léčit dlouhodobě, což může přinést negativní dopady, a to jak finanční (substituční léčba se řadí mezi levnější typy léčby, ale za dlouhé období léčení cena logicky roste), tak také osobní.<sup>87</sup>

Dalším negativním faktem je vznik závislosti nejen na látce, ale také na osobě, která látku pacientovi předepisuje. To může vést k pasivnímu přístupu. Dále je třeba zmínit cestování či odstěhování, ani jedno není možné, jelikož pacient potřebuje neustálou pomoc v podání vybraného léku. V neposlední se jedná také o vedlejší účinky. Mezi ně patří zejména zvýšené pocení, poruchy spánku, poruchy sexuální touhy či snížená koncentrace. Tyto účinky mohou trvat delší čas, ale samozřejmě se liší u každého pacienta. Celkem je nežádoucími účinky poskytnuto méně než 20 % pacientů.<sup>88</sup>

Co se týče těhotných žen, které jsou na droze závislé, tak i jim je metadon předepisován, protože zlepšuje jejich zdravotní stav, těhotenství, porod i vývoj plodu. Nevýhoda spočívá po narození dítěte, kdy si novorozenec musí projít odvykáním od závislosti na léku.<sup>89</sup>

## 2.7 Substituční léčba a metamfetamin

Substituční léčba a metamfetamin, neboli pervitin, je k zamyšlení již řadu let. Program protidrogové politiky usiluje o zahájení této léčby pro uživatele pervitinu zejména z důvodu, že závislých na pervitinu je v ČR nejvíce. Navíc v zahraničí s touto léčbou mají velmi dobré zkušenosti.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky v roce 2013 zařadila program substituční léčby lidí závislých na pervitinu do akčního plánu, zatím ale není zcela jasné, jaké látky by v léčbě měli pervitin nahradit.<sup>90</sup>

Pervitin je poměrně lehké vyrobit, uživatelé si ho připravují z pseudoefedrinu, který obsahují některé léky na horečku a nachlazení. V lékárnách je sice vedena evidence výdejů

---

<sup>87</sup> Annette Verster a Ernst Buning. Informace pro tvůrce drogové politiky. Str. 26.

<sup>88</sup> Annette Verster a Ernst Buning. Informace pro tvůrce drogové politiky. Str. 26.

<sup>89</sup> Annette Verster a Ernst Buning. Informace pro tvůrce drogové politiky. Str. 26.

<sup>90</sup> Po heroínu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých. Po heroínu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých [online]. Praha: Markéta Březinová, 2013 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328\\_173112\\_domaci\\_brm](http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328_173112_domaci_brm).

těchto léku, pro uživatele ale není problém obejít více lékáren a léky si obstarat i ve větším množství. Další problém také představuje dovoz těchto léků z Polska, kde žádná omezení nemají. Výrobci tam často jezdí pro více balení najednou, čímž je znehodnoceno opatření v Česku i okolních zemích.<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> Po heroínu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých. *Po heroínu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých* [online]. Praha: Markéta Březinová, 2013 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328\\_173112\\_domaci\\_brm](http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328_173112_domaci_brm).

### 3. Organizace v České republice zabývající se substituční léčbou

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, značné rozdíly existují v tom, kdo látky určené k substituční léčbě může předepisovat. V každé zemi je to jiné a situace závisí na tom, zda je léčba závislosti považována za specializovanou léčbu, nebo za součást primární péče<sup>92</sup>.

Specializovaná centra dokáží poskytnout jak lékařskou, tak psychosociální péči. Téměř veškerý personál v specializovaných centrech pokrývá různé obory a tvoří ho lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci a poradci. Personál by měl být specializován v oblasti závislosti na opiátech a měl by mít absolvované školení či odborné vzdělání pro danou oblast. Co se týče praktických lékařů a ošetřovaných pacientů závislých na opiátech, ve většině zemí již prošli zvláštním školením. Lékaři pracují zejména samostatně či spolupracují se svými kolegy, a proto nedisponují se specializovaný personálem. Při vydávání léků však musejí spolupracovat zejména s lékárníky. Poskytování substituční terapie v rámci primární péče staví závislost na opiátech na úroveň jakéhokoli jiného léčitelného stavu a pacienti nejsou od ostatních nijak oddělováni.<sup>93</sup>

Většina odborníků, kteří substituční látky předepisují, chtějí své pacienty vyšetřit hned v první fázi terapie denně, a to zejména během fáze nasazení léků, kdy se nasazuje vhodná léčba. Někteří lékaři doporučují, aby jejich pacienti byli během prvních dní při užívání pod dohledem. Jakmile se jejich dávka stabilizuje, není zcela jasné, zda je nutné další dávku vyzvedávat denně nebo dostávat najednou více dávek či předpisů k vyzvednutí dávky. Mnoho odborníků spolupracuje s lékárnami, a proto hrají lékárníci důležitou roli při poskytování důležitých informací pacientům. Jsou také odpovědní za to, že předpisy na léky důkladně prozkoumají a zaměří se na možné chyby a na správné vydání léku.<sup>94</sup>

Z mnoha zkušeností je známo, že oba typy substituční léčby (ve specializovaných pracovištích, i u praktických lékařů), jsou důležité pro efektivní poskytování. Pacientům by mělo být umožněno přecházet mezi jednotlivými programy na různých úrovních a pomoci překonávat potíže se špatnou dostupností specialistů. Důležité je si uvědomit dostupnost

---

<sup>92</sup> Komplexní zdravotně - sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci.

<sup>93</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 30.

<sup>94</sup> Annette Verster a Ernst Buning. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 31.

léčby, ale také fakt, že program, o který je zájem ve velkoměstech, nemusí fungovat v malých městech či na venkově.<sup>95</sup>

### 3.1 Dostupná zařízení a centra substituční léčby

V březnu roku 2015 byl spuštěn nový *Národní registr léčby uživatelů drog* (NRLUD), který integruje *Registr žádostí o léčbu hygienické služby* a *Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek* (NRULISL). NRLUD v roce 2015 nahlásilo celkem 63 zdravotnických zařízení poskytující substituční léčbu a bylo evidováno celkem 2248 léčených osob. Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení zůstává kraj Pardubický.<sup>96</sup>

**Tabulka 4: Seznam krajů poskytující substituční léčbu k roku 2015**<sup>97</sup>

Kraj	Počet hlásících zařízení	Počet osob	
		Podle kraje zařízení	Podle kraje bydliště
Hl. m. Praha	19	1 322	898
Středočeský	8	134	400
Jihočeský	5	49	110
Plzeňský	2	38	54
Karlovarský	1	7	27
Ústecký	4	343	361
Liberecký	3	22	24
Královéhradecký	4	80	86
Pardubický	0	0	24
Vysočina	2	20	22
Jihomoravský	9	118	114
Olomoucký	1	42	35
Zlínský	2	5	10
Moravskoslezský	3	68	77
Cizinci	-	-	6
<b>Celkem</b>	<b>63</b>	<b>2 248</b>	<b>2 248</b>

<sup>95</sup> Annette Verster a Ernst Buning. Informace pro tvůrce drogové politiky. Str. 31.

<sup>96</sup> Výroční zpráva o stavu ve věcech drog. Str. 120.

<sup>97</sup> Výroční zpráva o stavu ve věcech drog. Str. 121.



## **Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze**

Klinika adiktologie je odborné pracoviště, které vzniklo k 1. 1. 2012 spojením *Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze a VFN v Praze*. Jde o zcela unikátní spojení dvou doposud samostatných pracovišť, zahrnujících jak lékařskou, tak nelékařskou část profesí.

Adiktologie spojuje biologická, psychologická a sociální hlediska do jednotného výzkumného rámce, který je zaměřen na konkrétní problematiku rizikového prostředí užívání návykových látek a závislostního chování. Cílem adiktologie je přispívat ke zkvalitňování duševního i fyzického zdraví populace v oblasti prevence a léčby závislostí a minimalizace rizik souvisejícím s užíváním návykových látek.<sup>98</sup>

Klinika adiktologie zahrnuje celkem 10 pracovišť. Pro tuto práci je ale důležité zejména **Centrum substituční léčby (CSL)**. CSL nabízí metadonový substituční program, který na klienty klade vysoké nároky nejen v oblasti dodržování abstinence od veškerých ilegálních drog či alkoholu, ale také na dodržování pravidel programu. Podstatnou součástí léčby vedle podávání metadonu jsou i intenzivní terapeutické a poradenské služby. Ty mají pomoci v řešení nejen samotné závislosti, ale i ostatních se závislostí spojených problémů. Služby, které klinika poskytuje, jsou:

- podávání a vydávání metadonu;
- kontrola abstinence prostřednictvím toxikologických vyšetření moči;
- vyšetření a konzultace s lékařem – psychiatrem;
- sociální a adiktologické poradenství;
- skupinová a individuální terapie;
- Volnočasové kulturní, sportovní a výtvarné terapeutické aktivity;
- interní péče s možností léčby somatických komplikací závislosti včetně virové hepatitidy typu C.<sup>99</sup>

Do metadonového programu nemůže být přijat každý. Pro přijetí existují v tomto zařízení různá kritéria. Mezi tato kritéria patří **souhlas s podmínkami léčby** (u nezletilých pacientů poskytuje souhlas jeho zákonný zástupce) a v neposlední řadě také **motivace** k abstinenci ostatních návykových látek, než je látka zde předepisována.

---

<sup>98</sup> *Co jsme: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2011, 2012 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/34/3903/Klinika-adiktologie-1-LF-UK-v-Praze-a-VFN-v-Praze>.

<sup>99</sup> *Ambulantní provoz: Centrum substituční léčby* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2011, 2013 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4361/Centrum-substitucni-lecby>.

Léčba probíhá první dva měsíce takovým způsobem, že si pacient pro metadon, který se podává v podobě roztoku určeného k vypití, dochází každý den a užívá ho přímo na klinice. Nedostává žádné dávky domů, což také funguje jako pomoc při překonání závislosti na jehle. V další fázi léčby je možné si některé dávky odnést domů. V případě dobrého fungování si pacient postupem času může „propracovat“ od denní docházky, přes výdaje na víkend, dokonce i kontakt 3x, 2x či jen jednou týdně. Co je důležité zmínit, tak jsou pravidla samotného programu. Pravidelně probíhají testy na látky, jako je např. alkohol, amfetamin či benzodiazepin. Pokud bude některá látka v těle prokázána, pacientovi hrozí vyloučení z léčby.

Co se týče ukončení samotného užívání metadonu, je na volném uvážení každého pacienta. Pokud se rozhodne metadon vysadit, je mu postupně, s ohlednutím na jeho psychický a somatický stav, snižována dávka, což ale obvykle trvá několik měsíců. Podařili se mu takto abstinence dosáhnout, může dále klient využívat kliniku „pouze“ na doléčování.<sup>100</sup>

#### **SANANIM z. ú.**

Další organizací poskytující substituční léčbu je **Sananim**. Jedná se neziskovou organizaci založenou roku 1990 a od té doby působí v oblasti drogových závislostí. Poskytuje pomoc v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace lidem ohroženým drogami a také jejich blízkým. Rovněž se *Sananim* aktivně účastní na vytváření protidrogové politiky na všech úrovních státní správy s důrazem na ochranu veřejného zdraví.<sup>101</sup>

*Sananim z. ú.* je rozsáhlá organizace, která kromě substituční léčby poskytuje mnoho dalších služeb. Služby jsou to takové:

- terénní programy;
- kontaktní centra;
- adiktologické ambulance;
- gambling ambulance;
- denní stacionáře;
- centrum komplexní péče o dítě a rodinu;
- specializované ambulantní služby CADAS;

---

<sup>100</sup> *Centrum substituční léčby* [online]. Praha: SE-MO Data, 2011, 2013 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=6>.

<sup>101</sup> *O nás: Kdo jsme* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>.

- poradna pro rodiče;
- terapeutická komunita (Karlov a Němčice);
- doléčovací centrum s chráněnými byty;
- centrum pro osoby v konfliktu se zákonem;
- centrum pro matky s dětmi;
- pracovní a sociální agentura;
- drogové informační centrum;
- vzdělávací programy.<sup>102</sup>

Léčba pomocí substituce je zařazena v zařízení *Specializované ambulantní služby CADAS*, které osobám užívající nealkoholové a psychotropní látky nabízí komplexní a specializované ambulantní služby směřující ke zvládnutí specifických obtíží spojených s jejich užíváním.<sup>103</sup> Co se týče substituční léčby, tak je poskytována v rámci programu dlouhodobé substituce a do programu patří psychiatrické vyšetření, farmakoterapie (podávání substituční látky), psychoterapie (individuální a skupinová) a sociální poradenství.<sup>104</sup>

## REMEDIS

*Remedis* je zařízení zdravotnické sídlící v Praze, které zřizuje běžné oddělení nacházející se v mnoha nemocnicích, mimo toho nabízí také **substituční programy**.

Substituční programy nesou název *KOLO-S* již od svého založení roku 1997. Programy představují komplexní léčbu syndromu závislosti odborné adiktologické péče, která respektuje specifické potřeby uživatelů návykových látek a vychází z bio-psycho-soci-spirituálního modelu závislosti. Cílem programu je abstinence od ilegálních návykových látek, omezení nebo ukončení rizikového a kriminálního chování, stabilizace či zlepšení sociální situace a psychického i zdravotního stavu, příprava k zahájení léčby vedoucí k abstinenci a v neposlední řadě důležitý cíl a tím je **motivace**.<sup>105</sup>

Základním posláním programu je naplňování konceptu ochrany veřejného zdraví a přístupu harm reduction. Platí to nejen pro samotného pacienta, ale služby se týkají také veřejnosti. Služby zdravotnického zařízení se u pacientů snaží ovlivňovat determinanty

<sup>102</sup> *Náše zařízení* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

<sup>103</sup> *Specializované ambulantní služby CADAS: Poslání* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz).

<sup>104</sup> *Specializované ambulantní služby CADAS: Co nabízíme* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/specializovane-ambulantni-sluzby-cadas.html>.

<sup>105</sup> *Substituční program: Základní informace* [online]. Praha: Orukami, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/workplaces/substitucni-program>.

zdraví, a to zejména v oblasti životního stylu a v oblasti adiktologických služeb a jejich kvality.

Kromě substituční léčby program *KOLO-S* dále nabízí:

- poskytování základních informací a poradenství v oblasti užívání návykových látek, přenosných nemocí krví a somatických komplikací spojených s užíváním návykových látek;
- ambulantní adiktologická péče;
- základní a komplexní diagnostika;
- somatická zdravotní péče pro uživatele návykových látek;
- prevence a léčba virových hepatitid;
- sociální práce a poradenství.<sup>106</sup>

### Nová centra

Na závěr této kapitoly bych se ještě ráda zmínila o plánování nového centra pro léčbu závislosti na Praze 12. Centrum zařizuje Drop In a bude se věnovat jak drogám, tak i gamblingu a alkoholu.

Náplň tohoto centra bude stejná jako u všech pracovišť organizace Drop In a tou je problematika, terapie, prevence návykových látek. Rozdíl oproti jiným pracovištím spočívá v tom, že zde se bude jednat o komplexní zařízení, kde bude probíhat AT ordinace, adiktologická ambulance, centrum primární prevence a také substituční léčba.<sup>107</sup>

## 3.2 Klientela substituční léčby

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, substituční léčba je zaměřená zejména na **osoby závislé na opioidech**. Konkrétně je tento typ léčby vhodný pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat sami v původním prostředí a je pro ně nezbytné na nějakou dobu toto prostředí opustit a stabilizovat se. Nicméně po léčbě by měli mít určité zázemí, kam se vrátit, a to hlavně s podporou pro zvládnutí života bez drog. Vzhledem k tomu, že

<sup>106</sup> *Substituční program: Základní informace* [online]. Praha: Orukami, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/workplaces/substitucni-program>.

<sup>107</sup> *Kokain je v módě, mládež je ale s drogami opatrnější, říká ředitel Drop In. Kokain je v módě, mládež je ale s drogami opatrnější, říká ředitel Drop In* [online]. Praha: Michaela Bůnová, 2017 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: [http://praha.idnes.cz/adiktologicke-centrum-praha-12-lecba-zavislosti-drop-in-drogy-jiri-presl-1nw-/praha-zpravy.aspx?c=A170410\\_104445\\_praha-zpravy\\_nub](http://praha.idnes.cz/adiktologicke-centrum-praha-12-lecba-zavislosti-drop-in-drogy-jiri-presl-1nw-/praha-zpravy.aspx?c=A170410_104445_praha-zpravy_nub).

lčba probíhá ve zdravotním zařízení, tak je také vhodná pro klienty, kteří mají závažné somatické nebo psychické potíže.<sup>108</sup>

Lčba je doporučena v určitých případech, těmi jsou tedy dlouhodobá závislost na opioidech, v minulosti neúspěšná abstinence od návykových látek, s drogovou závislostí vyskytující se také závažné virové onemocnění (HIV, hepatitida C) či pokud se jedná o těhotnou ženu, která je v takové fázi závislosti, že nedokáže abstinovat sama bez příslušných léků.

Je také zřejmé, že lčba není vhodná pro všechny klienty, kteří jsou závislé na určitých omamných látkách. Lčbu by neměly podstupovat osoby, které mají možnost abstinovat jiným způsobem či pokud mají závislost na jiné droze, než jsou opiáty nebo pokud se u závislé osoby nevyskytuje závislost fyzická.<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> *Substituční program: Základní informace* [online]. Praha: Orukami, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/workplaces/substitucni-program>.

<sup>109</sup> *Substituční lčba: Pro koho je vhodná* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/pro-koho-je-substitucni-lecba-vhodna>,

## 4. Sociální práce

Sociální práci lze chápat jako **vědecký obor**, který je zároveň považován za **specifickou profesi**. Je jisté, že v každé zemi existují rozdílné pohledy na sociální práci, stejně tak jako na cíle sociální práce a také míru profesionality. Cíle v České republice jsou definovány různě s ohledem na společenský, kulturní a historický kontext. Jedna ze starších definic tvrdí, že „*sociální práce je přesně to, co dělají sociální pracovníci*“<sup>110</sup>

Nynější definice se liší podle autorů, Navrátil sociální práci definuje takto: „*Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociální fungování)*“.<sup>111</sup>

Během 20. století se v sociální práci utvářely tři zásadně odlišné přístupy, které nyní známe pod pojmem „*malá paradigmata*“. Paradigmata se odlišují svými filozofickými východisky a praktickými důsledky.

- **Terapeutické paradigma** – za hlavní faktor sociálního fungování je zde považováno duševní zdraví a pohoda člověka. Sociální práci lze v tomto pojetí chápat jako pomoc prováděnou zejména formou psychoterapie. Příznivci tohoto přístupu vyznačují cíl sociální práce ve snaze pomoci zabezpečit jednotlivcům, skupinám a komunitám psychickou a sociální pohodu.
- **Reformní paradigma** – v tomto paradigmatu představuje sociální fungování spojení se společenskou rovností v různých dimenzích společenského života (s ohledem na společenské třídy, věkové skupiny, gender,...). Představitelé tohoto názoru jsou zastánci podpory spolupráce a solidarity, že v rámci určité společenské skupiny pomohou utlačeným získat vliv na vlastní životy.
- **Poradenské paradigma** – zde závisí sociální fungování na schopnosti zvládat problémy a zároveň na přístupu k odpovídajícím informacím a službám. Sociální práce je chápána jako jeden z aspektů sociálních služeb. Cílem je vyjít vstříc individuálním potřebám a současně se usiluje o zlepšení systému nabízených služeb.<sup>112</sup>

---

<sup>110</sup> Pavel Navrátil. *Teorie a metody sociální práce*. Str. 10.

<sup>111</sup> Pavel Navrátil. *Teorie a metody sociální práce*. Str. 11.

<sup>112</sup> Pavel Navrátil. *Teorie a metody sociální práce*. Str. 14.

Dle Oldřicha Matouška, vedoucího katedry Sociální práce na UK FF a autora mnoha odborných publikací nejen o sociální práci, zní definice takto: „*Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.*“<sup>113</sup>

Jako poslední definici sociální práce uvedu vlastní překlad od zahraničního autora Roberta Barkera: „*Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomoc jedinci, skupině či komunitě zvýšit či obnovit schopnost sociálního fungování a vytvářet sociální podmínky v souladu s tímto cílem.*“<sup>114</sup>

## 4.1 Služby a sociální programy

Co se týká sociální práce v zařízeních poskytujících jakoukoli pomoc drogově závislým osobám, tak má nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého.<sup>115</sup>

Sociální práce poskytuje mnoho **sociálních služeb**. Ty důležité, které využívají zejména osoby drogově závislé, jsou kontaktní centra, terénní programy, primární prevence, terapeutické komunity a programy následné péče.

### Kontaktní centrum

Kontaktní centra jsou zařízení pro uživatele drog, které se vyznačuje snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a tím, že pro využití služby nevyžaduje abstinenci klienta. Mezi základní nabízené služby těchto center patří kontaktní práce, poradenství, výměnný program, základní zdravotní péče, testování na HIV, HVB, HVC a doplňkové služby, do kterých patří hygienický, potravinový a vitaminový servis.<sup>116</sup>

### Terénní program

Terénní práce je specifická forma sociální služby realizována přímo na ulici, kdy není stanovena délka péče, která se odvíjí od potřeb klienta. Služba je uživatelům nabízena aktivně, pracovníci vyhledávají a oslovují potenciální klienty. Jedná se o ojedinelou

---

<sup>113</sup> Oldřich Matoušek. *Slovník sociální práce*. Str. 213.

<sup>114</sup> Robert Barker. *The social work dictionary*. Str. 408.

<sup>115</sup> Kamil Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Str. 218.

<sup>116</sup> Kamil Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Str. 108.

službu v systému péče, která není poskytována v nějakém zařízení, nýbrž venku na ulici či v bytě. Nabízející služby jsou obdobné, jako nabízí kontaktní centra.<sup>117</sup>

### **Primární prevence**

Cílem primární prevence je osoby ohrožené drogou od prvního užití drogy odradit nebo alespoň odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet užívání mezi rizikovou populací. Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity.<sup>118</sup>

### **Terapeutická komunita**

Jedná se o zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde spolu klienti určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností. Terapeutická je proto, že umožňuje také zpětné informace o sociálně nežádoucím chování a tím pacient získává náhled na vlastní problémy a jejich vytváření.<sup>119</sup>

### **Následná péče**

Není zcela jasné, kdy následná péče začíná. Pokud vycházíme ze změny chování závislého klienta, jedná se o poslední fázi procesu změny. Tradičním termínem doléčování byla definována fáze, která následuje po ukončení základní léčby závislosti. Za následnou péči lze považovat téměř vše, co následuje po detoxifikaci v rámci systému péče o drogově závislé. Obecným cílem je snaha o plnohodnotné navrácení závislého do podmínek normálního života.<sup>120</sup>

## **4.2 Pozice sociálního pracovníka v zařízení pro drogově závislé osoby**

Profese **sociálního pracovníka** vznikla pro potřebu řešit nové nepříznivé situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti. Jelikož staré mechanismy tyto problémy již vyřešit neokáží, sociální pracovník tak vstupuje do boje za zlepšení lidské společnosti prostřednictvím práce se skupinou, skupinou či celou komunitou. Patří sem zejména úkol přispívat ke zlepšení narušených sociálních vztahů

---

<sup>117</sup> Kamil Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Str. 106.

<sup>118</sup> Kamil Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Str. 18.

<sup>119</sup> Kamil Kalina. *Drogy a drogové závislosti 2*. Str. 53.

<sup>120</sup> Kamil Kalina. *Klinická adiktologie*. Str. 469.



v přirozeném prostředí, učit jednotlivce správným životním postojům a chování, pomáhat ke svobodnému životu a svobodné lidské společnosti.<sup>121</sup>

*Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti* popisuje služby, které by měl zvládat každý sociální pracovník pracující v drogových službách. Službami jsou poradenství (individuální, skupinové, poradenství pro rodiče a blízké klientovi osoby, telefonické, písemné či internetové poradenství), krizová intervence (také krizová intervence po telefonu a internetu), program včasné intervence, terapie (skupinová, individuální, pracovní, rodinná, socioterapie), informační servis, potravinový servis, pro rizikové skupiny program primární prevence, kontaktní a korespondenční práce, vzdělávací seminář, výměnný program, přednáška, základní zdravotní ošetření, odběry biologického materiálu, orientační test z moči, zhodnocení stavu a potřeby drogové služby.<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Sociální práce. *Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Str. 5.

<sup>122</sup> *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Str. 12.

## **5. Praktická část**

### **5.1 Představení empirického šetření a vybraných respondentů**

V rámci praktické části své práce jsem se rozhodla provést kvalitativní empirické šetření pomocí expertních rozhovorů s lidmi, kteří se v rámci své profese setkávají s problematikou drog a zároveň také (přímo i nepřímo) se substituční léčbou. Respondenty byli:

1. vedoucí Centra substituční léčby na Klinice adiktologie Mgr. Andrea Sudíková, DiS.;
2. spoluzakladatel Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR a nyní vedoucí katedry kriminologie na Policejní akademii ČR PaedDr. Petr Přecechtěl;
3. kapitán Jaromír Jilemnický, kriminalista s dlouholetou praxí v oblasti drogové kriminality; toho času působí na Krajském ředitelství policie hlavního města Prahy u SKPV (Služba kriminální policie a vyšetřování).

### **5.2 Metodika empirického šetření**

Pro potřeby mého šetření jsem využila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Ta spočívá v tom, že jako výzkumník jsem postupovala podle předem připraveného scénáře otázek a zároveň jsem nechávala sobě i respondentům dostatečně volný prostor k formulaci doplňujících a upřesňujících otázek a odpovědí. Co se týká metod výzkumu, tak jsem využila metodu dotazování.

U rozhovoru s paní Sudíkovou a s panem Jilemnickým jsem se dohodla na zapisování zkrácených odpovědí rovnou do počítače a následného přepsání do mé práce. Naopak u rozhovoru s panem Přecechtělem jsem využila nahrávání na diktafon s pozdějším přepisem. V práci jsem uvedla jenom výňatky z jejich odpovědí, které tematicky nejvíce korespondovaly s předmětem mého badatelského zájmu a příběh absolventské práce po informační stránce dále rozvíjely.

### 5.3 Interpretace expertních rozhovorů

První rozhovor jsem realizovala s Mgr. Andreou Sudíkovou, DiS., původně vystudovanou sociální pracovnící a nyní adiktoložkou, která v Centru substituční léčby na Klinice adiktologie ve VFN v Praze pracuje od roku 2002. Její práce na Klinice adiktologie zahrnuje práci s týmem a s klienty, s kterými jsou pravidelně vedeny individuální rozhovory na témata, které si klienti vyberou sami (pozn.: záleží na subjektivně pocíťované důležitosti; někteří klienti jsou v zařízení delší dobu a rozhovory s nimi mají kontinuální vývoj – nejprve nastává vzájemné seznámení, poté představení potenciálu o sociální práci, dále jsou uskutečňovány motivační rozhovory, tedy co klienta k léčbě přivádí atd.). Časem jsou rozhovory zaměřeny už na konkrétní životní potřeby, tzn., co zrovna klient potřebuje probrat a řešit.

Co se **substituční léčby** týče, tak na této klinice byl zaveden vůbec první substituční program v ČR. Bylo to v roce 1997 a jednalo se o program metadonový. Od té doby se mnoho změnilo. Vyvíjela se pravidla léčby i klientela. Zatímco dnes do zařízení dochází převážně klienti mladšího věku, v průměru zhruba do 36 let, na začátku program využívali převážně „starší klienti“ (pozn.: jednak je to dáno tím, že toho času je v republice zařízení poskytujících substituční léčbu vícero a také tím, že dnes se svou závislostí chtějí lidé začít něco dělat již v mladším věku, kdežto v minulých letech tomu tak nebylo). Další významnou změnou od zavedení metadonového programu je testování přítomnosti určitých látek v těle. Prováděny jsou namátkově pomocí testu moči. Posledních 7 let se tyto testy vztahují také na alkohol v krvi. Pokud je u klienta zakázaná látka po testech zjištěna, přichází o výdeje metadonu na celý měsíc. Pokud i v tomto měsíci znovu užije zakázanou látku, dochází k tzv. podmíněčnému vyloučení z léčby. Definitivně je pacient vyloučen až poté, když i v měsíci podmíněčného vyloučení opět užije drogu. Ale v praxi existují případy, že se užití drogy při léčbě netrestá. Nastává to například tehdy, když se klient sám k užití nepovolené látky přizná, aniž by byl testován. V tomto případě pracovník s klientem vede pohovor a vše může skončit pouze dohodou. Samozřejmou podmínkou pro setrvání v programu je, že takový pacient nemůže zakázanou látku užívat pravidelně s opakovaným preventivním přiznáváním se. U každého klienta se postupuje individuálně, protože v průběhu času se již klienti s pracovníky znají lépe (do kliniky mohou docházet i několik let) a přihlíží se na tzv. postranní okolnosti. Vlastní názor terapeutky na substituční léčbu je logicky kladný. Léčba má údajně velký smysl, a to i přes mnoho předsudků, které jsou ohledně této léčby veřejně diskutovány. Co se nevýhod léčby týká, je

to prý obtížná realizace psychoterapií (důvod: emoční útlum pacientů, který u nich po užití metadonu nastává).

Reakce na obecnou spolupráci a využívání sociální práce už tak kladné nebyly, jelikož v tomto Centru sociální pracovníci nepracují a prý ani není potřeba. Je tomu tak proto, že na Kliniku mají docházet pacienti, kteří tzv. fungují ve všech důležitých oblastech života. Pro potřeby pacientů je zde nabízena „pouze“ právní a dluhová poradna. Po skončení léčby jsou klientům poskytovány ještě doléčovací programy. Ty zahrnují konzultace a dohodu, jak dlouho budou do organizace klienti ještě docházet (většinou je to asi rok). Dále je zde nabízena možnost kontroly moči, že je klient po léčbě „čistý“ (pozn.: tohoto nejvíce využívají matky z důvodu dokladu pro OSPOD). Jako nedostatek současné podoby substituční léčby mi byla uvedena absence chráněného bydlení.

Poslední důležitá otázka rozhovoru se týkala obchodu s metadonem na černém trhu. Tomuto problému se na Klinice snaží aktivně zamezit, a proto jsou klienti nuceni vypít metadon přímo před pracovníky. Může se ale stát, že někteří klienti nevypijí celé množství látky a zbytek se snaží různě naředit a poté prodat „na ulici“. V tomto případě ale léčba pro pacienta nemá skoro žádný smysl, protože po malém množství vypité látky má touhu vyhledat jinou, většinou nelegální drogu.

Druhý expertní rozhovor byl tematicky úmyslně nejprve zaměřen na problematiku drog obecně, dále pak už na fenomény drogové závislosti a drogové kriminality.

ČR je dle výpovědi PaedDr. Přecechtěla od roku 1993 součástí pracovní skupiny při *Evropském monitorovacím středisku pro drogy a drogové závislosti* v Lisabonu. Členstvím v této skupině republika přijala závazek, že drogovou scénu bude popisovat dle standardů, mezi které patří **pět klíčových epidemiologických indikátorů**. Těmi jsou:

- užívání drog v (obecné) populaci;
- problémové užívání drog;
- žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog;
- infekční nemoci spojené s užíváním drog;
- úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita uživatelů drog.

Z pohledu kriminologa jsou tyto klíčové indikátory stejně důležité, jako ty pomocné, mezi které patří například trestná činnost související s užíváním drog (pozn.: roli hraje primární i sekundární drogová kriminalita). **Primární drogová kriminalita** se týká držení omamných a psychotropních látek, jejich výroby, šíření toxikomanie a přechovávání drog

(a to jak drog samotných, tak také předmětů potřebných k jejich výrobě). **Sekundární kriminalitu** tvoří trestná činnost „pro drogy“, viz dále.

Substituční léčbu kriminolog vnímá jako určitou specifickou variantu **prevence kriminality**. Ve své stávající profesi se s léčbou už nějak přímo neseťkává, ale vnímá ji jako jednu ze zajímavých možností, jak řešit problém osob, které označujeme jako **problémové uživatele drog**. Tyto osoby se dopouštějí spíše sekundární drogové kriminality, tzv. kriminality opatrovací. Ta spočívá ve snaze sehnat si peníze na drogy těsně před tím, než se vydají k dealerovi. V praxi ulice to funguje tak, že závislý na opiátech si aplikuje drogu. Následně je v jakémsi „rauši“, drogu si užívá a na konci se dostane do fáze „dojezdu“. Při odeznívání účinku drogy jsou dotyční motivováni si sehnat prostředky na pokračování jejího užívání. Opakem jsou závislí na stimulantech (např. pervitin), kteří trestnou činnost páchají zejména pod vlivem drogy. Stimulanty totiž podněcují aktivitu, agresivitu a mění sociální chování. Lidé se například často dopouštějí agresivní jízdy v autě, znásilňují a podobně. Ale zpět k osobám závislým na opiátech. Každý z nich volí jiné prostředky k zisku drogy. Někteří uživatelé uvádějí, že nechtějí krást, a proto se raději přiklání k prostituci, žebrání, podvádění či k jinému rizikovému (asociálnímu) chování. Pak jsou tady tací, kterým je bližší protiprávní jednání (pozn.: může to být dáno životními zkušenostmi). Ti provádí tzv. prosté krádeže, které nejsou vzhledem ke způsobené škodě brány jako trestný čin. Spočívá to v krádeži věcí, která jim sice přinese finanční prostředky, ale v případě zadržení nebudou bráni jako pachatelé trestného činu (např. 1 láhev alkoholu). Pokud se jim krádež nepodaří, je narkoman obavou z „abst'áku“ a „cravingu“ (touze po droze) nucen k rizikovějšímu jednání (např. rozbití a vykradení automobilu, krádež kabelky s hrozbou ublížení na zdraví – loupežné přepadení). Toto by již ale nebylo kvalifikováno jako krádež prostá.

Dále jsem se dozvěděla, že do Německa pronikl metadon z USA v 70. letech 20. století a jeho užívání v rámci substituční léčby mělo v počátečním období fatální (neplánované negativní) následky. Vše totiž tehdy bylo ještě tzv. v plenkách. Uživatelé přijatí k léčbě často podváděli – ve chvílích, kdy přišli pro metadon, nebyli úplně čistí a většinou ho tajně kombinovali s heroinem. Další důležitou roli hrálo snížení substituce kombinované s tolerancí dotyčného. Byla tu totiž velká „touha po jehle“ a „po prostředí“, ve kterém běžně drogu klienti užívali (pozn.: sterilizované prostředí a droga vypitá z plastového kelímku nebylo to pravé prostředí uspokojující potřeby „narkomana“). Závislí proto často selhávali v léčbě a při snížení dávky metadonu užívali svou obvyklou dávku heroinu. Následovalo zkolabování a úmrtí dotyčného. U nás jsme při zavádění

substitučních programů už byli poučenější a mortalitě spojené se substituční léčbou jsme se vyhnuli.

PaedDr. Přecechtěl tedy substituční léčbu vnímá jako pozitivní věc a z pohledu svého oboru jako efektivní prevenci kriminality. Dokonce si myslí, že jednou nebude při léčbě užíván jenom metadon, ale i syntetický heroin (pozn.: dnes je již tato látka užívána v některých státech západní Evropy).

Mezi největší problémy spojené s drogovou kriminalitou má být **kriminalita primární**. Policie vymáhá právo v oblasti potírání drogové kriminality. Co se uživatelů týče, jedná se o potírání sekundární drogové kriminality, aby závislí na drogách nepáchali drogovou činnost, ale také aby se nedopouštěli násilného a mravnostního chování. V rovině dealerů se jedná o základní úkoly policie v rámci protidrogové politiky a tím je **snížování dostupnosti drog**. Policie by měla činit vše proto, aby drog na trhu bylo co nejméně. Měla by co nejvíce zasahovat v rámci zákona proti **výrobě a držení pro jiného** (pozn.: dovoz drogy, obchodování s drogou). Toto snažení je zaměřeno proti subjektům, které nezákonně manipulují s drogou a dostávají ji na trh. Dealéři jsou osoby, které s drogou obchodují a policie se soustředí zejména na kvalifikovanou trestnou činnost drogového charakteru (pozn.: provoz dealerské sítě a dovoz drogy).

Co se spolupráce Policie ČR s ostatními profesemi pomáhajícími drogově závislým osobám týká, tak ta má být na mnohem lepší úrovni, než tomu bylo ještě před pár lety. A stav se dále pozitivně vyvíjí. Dr. Přecechtěl vzpomíná, že v minulých dobách stály Policie a adiktologické služby proti sobě. Názor kriminologa je takový, že bez ohledu na specifickou funkci pomocného pracovníka by všichni měli chtít jediné - pomoci, a to i „narkomanům“, kteří jsou často označováni pouze za „pouhé smažky“. Ale tyto lidé bývají velmi často oběťmi, které navíc svou situaci nedokážou řešit, protože si jejich vzniklé problémy dávají za vinu sami.

Dále pedagog zmínil problém legální drogy **subutex**. Výrazně totiž stoupá počet osob začínající se zneužíváním drog právě na této látce, což je samozřejmě špatně. Je to dáno obchodováním látky na černém trhu. Tam se dostává přes uživatele, kterým je subutex předepisován svými lékaři a ti s ním následně obchodují. Naopak má dnes klesat počet osob začínajících se závislostí na heroinu. Kromě výše zmíněných důvodů je toto zapříčiněno také nízkou kvalitou heroinu v ČR.

Třetí rozhovor probíhal v kanceláři kriminalisty kapitána Jaromíra Jilemnického z Krajského ředitelství policie hlavního města Prahy. I když by se dalo očekávat, že pohled

kriminalisty bude stejný jako kriminologa (viz předcházející prahy textu), není tomu tak. Jako policista Služby kriminální policie a vyšetřování (SKPV) pracuje na úseku drogové kriminality v hlavním městě a řeší převážně závažnější trestnou činnost, nikoli „pouhé“ přestupky na scéně. Řeší například tak závažné případy, jako jsou úmrtí na drogách a podobně. Většina úmrtí na opiátech je dle kriminalisty po abstinenci. Osoba abstinující totiž nevydrží být bez drogy a užije svou obvyklou dávku, kterou užívala před abstinencí. Tělo již na tak velkou dávku ale není zvyklé a připravené, tj. přichází kolaps a totální selhání organismu.

Dle kapitána má česká drogová scéna několik „pater“. Do prvního patra řadí osoby užívající marihuanu. Ve většině případů nejsou okolí nebezpeční a kriminalisté se jimi zabývají jen zřídka. Co je ale třeba zmínit, tak jsou nové trendy, které se na trh projevují a jedná se o jakési indoorové pěstování trávy, které má za následek vážné psychické onemocnění; v nejčastějším případě schizofrenii. Do druhého patra řadí uživatele pervitinu, kteří ho užívají např. z důvodu, aby si zvedli sebevědomí a mohli tak jít v klidu páchat majetkovou trestnou činnost. Třetí patro tvoří uživatelé opiátů, což jsou dlouhodobě závislé osoby a návrat těchto osob k tzv. normálnímu, běžnému životu, je mizivý a velmi obtížný. Poslední skupinu tvoří lidé, kteří nejsou od lidí nezávislých na drogách nijak rozeznatelní, a nikdo se jimi více nezabývá. Jsou to lidé intelektuálně zdatní, chytří, hledající únik z dnešního světa, kteří často užívají třeba halucinogeny. Pro tyto osoby je řešením pomoc psychiatra, což představuje dlouhý proces.

Se substituční léčbou se jako kriminalista setkává při kontaktu s lidmi, kteří substituční látku prodávají (zejména subutex a subuxone; metadonový program je lépe veden, a tudíž nedochází k častému obchodu s ním). Názor na substituční léčbu pomocí metadonu má pozitivní (metadonový program má prý jasně daná pravidla, tudíž dochází pouze k minimálnímu obchodu s tímto lékem). S buprenorfinem už je to ale horší. Jeho postavení je vnímáno jako kontraproduktivní z důvodu snadného dostání se na černý trh. Jedná se o nedůslednost praxe, díky které může být lék předepsán běžným praktickým lékařem. Lidé ze scény pak z látky vyrobí drogu k intravenóznímu užití a vzniklá závislost na subutexu představuje větší problém než závislost na heroinu.

Co se spolupráce s jinými profesemi týká, tak ani se streetworkery či adiktology se kriminalista profesně nestýká. Jediná spolupráce probíhá s organizacemi pomáhajícími lidem bez domova. Těmi jsou v Praze zejména *Naděje* a *Armáda spásy*. Lidé bez domova a osoby závislé na omamných a psychotropních látkách (zejména na opiátech) jsou totiž

často skupiny personálně se překrývající (pozn.: drogová závislost je v takových případech příčinou bezdomovectví; tedy zobecňovat a paušálně soudit samozřejmě nelze).

Z hlediska legislativy týkající se drogové kriminality závislosti je v současné době stav nejvyváženější, co kdy v republice asi byl. Největším problémem kriminalistů je časová náročnost jejich práce, jelikož kvalifikovaných odborníků na tuto problematiku je u nás málo.

Co se mladistvých a drogové problematiky týká, příčiny v konzumaci - ať už alkoholu, či omamných a psychotropních látek - jsou zejména zvědavost a jakási módnost. Řešeny jsou proto nejčastěji případy dětí experimentujících s „trávou“ a alkoholem; spíše ojediněle se objevily případy dětí experimentujících s pervitinem s cílem se lépe učit a soustředit na školní povinnosti.

O prevenci na úrovni policie se nejvíce snaží **Národní protidrogová centrála SKPV**, která se neustále pokouší rozjíždět nové a nové programy prevence. Za velmi zdařilý považuje například projekt **Protidrogový vlak**, který mu dává velký smysl. Prevence prováděná na základních školách má dle kapitána Jilemnického také velký potenciál; na středních školách už ale nikoli, jelikož tam už jsou lidé ve věku, kdy jsou tzv. kostky vrženy.



## Závěr

Svoji absolventskou práci jsem zaměřila na historizující a kontextuální popis **substituční léčby**. Ze začátku jsem v práci popsala fungování drogového trhu a fenomén závislosti a závislostního chování. Z oblasti substituční léčby je nejdříve popsána organizace a pravidla léčby, dále důvody k léčbě a způsob výběru klientů vhodných pro léčbu. Konkrétně se jedná o léčbu závislosti na opiátech. Závislost na nich nepředstavuje problém pouze pro samotného závislého, ale také pro okolní veřejnost. Znamená to, že lidé závislí na opiátech, jsou v určitých případech velmi nebezpeční svému okolí, a proto je zapotřebí jejich vícevrstevný problém řešit pomocí poskytnutí další pomocné ruky. Substituční léčba je pro specifickou skupinu tzv. narkomanů vhodná a účinná.

Substituční léčba byla v ČR spuštěna v roce 1992 ve VFN na Klinické adiktologii 1. LF UK v Praze. Dnes se pro substituci užívají dva léky: **metadon** a **buprenorfin**, přičemž z buprenorfinu je vyráběn a u nás nejvíce využíván **subutex** a **subuxone**. Léčba probíhá dvěma způsoby. Prvním způsobem, častěji užívaným, je užívání látky ve specializovaném centru. Pacient dochází do centra pomoci, kde je mu pravidelně podáván lék, který musí vypít pod přísným dohledem odpovědného pracovníka. Pacient je také namátkově testován na přítomnost jiných nelegálních drog v těle, které nesmí při léčbě užívat. Druhou možností léčby je předepsání látky v ambulanci lékaře a následné vyzvednutí léku v lékárně. Tato možnost pro pacienty představuje mírnější formu, jelikož nejsou pod přímým dohledem, ale bohužel s sebou přináší riziko nelegálního obchodování s předepsanými látkami na drogovém trhu.

Sociální práce, jakožto nedílná součást pomoci drogově závislým osobám, představuje podporu sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí. V souvislosti se substituční léčbou je sociální práce vhodná pro seznámení se s ní a k potřebnému odhodlání se pomocí substituce léčit. To vše by měly poskytovat kontaktní centra, která jsou toho času dostupná téměř v každém větším městě v republice.

V praktické části jsem realizovala rozhovory vztahující se k problematice omamných a psychotropních látek a zároveň k substituční léčbě. Konkrétně mi byla nápomocna vedoucí Centra substituční léčby na Klinice adiktologie v Praze Mgr. Andrea Sudíková,

DiS., dále spoluzakladatel Národní protidrogové centrály SKPV a toho času vedoucí katedry kriminologie na Policejní akademii ČR v Praze PaedDr. Petr Přecechtěl a aktivně sloužící kriminalista s mnoholetou praxí pracující na protidrogovém oddělení Krajského ředitelství policie v Praze kapitán Jaroslav Jilemnický.

Z rozhovorů jasně vyplývá, že ať už se jedná o postřehy kriminologa s policejní minulostí, kriminalisty či pracovníce *Centra substituční léčby*, tak ty jsou obsahově obdobné. Názor na potenciál substituční léčby je kladný a má v očích expertů určitě velký smysl i význam (a to jak pro závislého klienta v léčbě, tak pro celou společnost). Léčbu dokonce někteří dotazovaní považují za efektivní formu prevence, což je jistě důležitý faktor v oblasti drogové problematiky.

## Seznam tabulek

Tabulka 1: <i>Lidé užívající tabák</i> .....	19
Tabulka 2: <i>Léky s možným vznikem závislosti</i> .....	21
Tabulka 3: <i>Vybrané nelegální drogy a jejich rizikovost</i> .....	22
Tabulka 4: <i>Seznam krajů poskytující substituční léčbu k roku 2015</i> .....	40

## Seznam obrázků

Obrázek 1: <i>Tabák</i> .....	17
Obrázek 2: <i>Marihuana</i> .....	17
Obrázek 3: <i>Heroin</i> .....	18
Obrázek 4: <i>Pervitin</i> .....	18
Obrázek 5: <i>Extáze</i> .....	18
Obrázek 6: <i>Subutex</i> .....	32
Obrázek 7: <i>Metadon</i> .....	34

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s vedoucí CSL v Praze, Mgr. Andreu Sudíkovou, DiS.

Příloha 2: Otázky k rozhovoru s kriminologem a vedoucím katedry kriminologie na Policejní akademii, PaedDr. Petrem Přecechtělem.

Příloha 3: Otázky k rozhovoru s kriminalistou Krajského ředitelství policie hlavního města Prahy, SKPV, z odboru obecné kriminality, z oddělení násilné a drogové kriminality kapitánem Jaromírem Jilemnickým.

## Seznam použité literatury a dalších pramenů informací

### Odborné monografie a další tištěné zdroje:

1. BARKER, Robert L. *The social work dictionary*. 5th ed. Washington, DC: NASW Press, c2003. ISBN 9780871013552.
2. BAYER. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-463-6.
3. GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-81-9.
4. HANUŠ, Petr. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2007 (1), 5-6. ISSN 1213-6204.
5. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
8. KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
9. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
10. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
11. MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.
12. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
13. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

14. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, [200-]-^^^^. ISBN 80-86734-81-1.
15. VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-11-6.
16. VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003. ISBN 80-86734-15-3.
17. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2002-. ISBN 978-80-7440-156-5.
18. *Zaostřeno*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2015 -. ISSN: 2336-824.
19. ZIMMER, Lynn Etta a John P. MORGAN. *Marihuana: mýty a fakta*. Přeložil Jindřich BAYER. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-463-6.

## Elektronické zdroje:

1. *3. Skupina - Stimulační látky: Hašiš* [online]. Brno: webnode, 2011 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz/hasis>.
2. *Ambulantní provozy: Centrum substituční léčby* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2011, 2013 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4361/Centrum-substitutucni-lecby>.
3. *Centra pomoci* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.substitutucni-lecba.cz./centra-pomoci-se-zavislosti>.
4. *Centrum substituční léčby* [online]. Praha: SE-MO Data, 2011, 2013 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=6>.
5. *Co je Marihuana?* [online]. Praha: Řekni ne drogám - řekni ano životu, 2009 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/marihuana/kap-co-je-marihuana.html>.
6. *Co jsme: Klinika adiktologie I. LF UK v Praze a VFN v Praze* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2011, 2012 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/34/3903/Klinika-adiktologie-1-LF-UK-v-Praze-a-VFN-v-Praze>.
7. *Detoxikační jednotky* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.substitutucni-lecba.cz./detoxikacni-jednotky>.
8. Droge/Marihuana: Marihuana. In: *Droge/Marihuana: Marihuana* [online]. Praha: Admin, 2014 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://bolestizavisnosti.me/?p=598>.
9. Heroin laced with elephant tranquilizer hits the streets. In: *Heroin laced with elephant tranquilizer hits the streets* [online]. Atlanta: Nadia Kounang and Tony Marco, CNN, 2016 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://edition.cnn.com/2016/08/24/health/elephant-tranquilizer-carfentanil-heroin>.
10. Hlavní dealer extáze, která zabila dívku v Praze, je za mřížemi. In: *Hlavní dealer extáze, která zabila dívku v Praze, je za mřížemi* [online]. Praha: Mediafax, 2013 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://praha9.regiony24.cz/14-175660-hlavni-dealer-extaze--ktera-zabila-divku-v-praze--je-za-mrizemi>.
11. Kokain je v módě, mládež je ale s drogami opatrnější, říká ředitel Drop In. *Kokain je v módě, mládež je ale s drogami opatrnější, říká ředitel Drop In* [online]. Praha: Michaela Bůnová, 2017 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: [http://praha.idnes.cz/adiktologicke-centrum-praha-12-lecba-zavislosti-drop-in-drogy-jiri-presl-1nw-/praha-zpravy.aspx?c=A170410\\_104445\\_praha-zpravy\\_nub](http://praha.idnes.cz/adiktologicke-centrum-praha-12-lecba-zavislosti-drop-in-drogy-jiri-presl-1nw-/praha-zpravy.aspx?c=A170410_104445_praha-zpravy_nub).



12. *Legální drogy* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz/legalni-drogy](http://www.substitutni-lecba.cz/legalni-drogy).
13. *Léky* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz/leky](http://www.substitutni-lecba.cz/leky).
14. *Léky - podrobně* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: [http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/drogova\\_situace/legalni\\_drogy/leky/leky\\_podrobne](http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/legalni_drogy/leky/leky_podrobne).
15. *Naše zařízení* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz).
16. *Nejznámější drogy* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz/drogy](http://www.substitutni-lecba.cz/drogy).
17. *Nelegální drogy* [online]. Praha: MeDitorial+ [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/ilegalni-drogy>.
18. *O nás: Kdo jsme* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>.
19. Pervitin. In: *Pervitin* [online]. Michal Volf [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://drogyy.wz.cz/Pervitin.html>.
20. Po heroinu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých. Po heroinu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých [online]. Praha: Markéta Březinová, 2013 [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328\\_173112\\_domaci\\_brm](http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328_173112_domaci_brm).
21. *Rozdělení drog* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: [www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog](http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog).
22. Řezaný tabák k balení cigaret prudce zdraží. In: *Řezaný tabák k balení cigaret prudce zdraží* [online]. Praha: Jiří Novotný, 2012 [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/ekonomika/277614-rezany-tabak-k-baleni-cigaret-prudce-zdrazi.html>.
23. *Specializované ambulantní služby CADAS: Poslání* [online]. Praha: Honeypot.cz, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz).
24. *Statistiky kouření: Přinášíme vám data a statistické údaje o kuřáctví v ČR i ve světě* [online]. Praha: anamneza.cz, 2017 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: [www.anamneza.cz/Statistiky-koureni/clanek/78](http://www.anamneza.cz/Statistiky-koureni/clanek/78).

25. *Substituční léčba: Pro koho je vhodná* [online]. Praha: MeDitorial, 2017 [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/pro-koho-je-substitucni-lecba-vhodna>.
26. *Substituční program: Základní informace* [online]. Praha: Orukami, 2007, 2013 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/workplaces/substitucni-program>.

## Summary

Besides the description addiction, addictive behavior, of chosen narcotics and psychoactives, this bachelor thesis describes the substitution treatment, that lies in help people who are addicted to opiates. The treatment lies in administration of an opiate substance, that perceived as medicine. The most commonly of the time use methadone and buprenorphine.

In Czech republic substitution treatment was launched in 1992 in VFN Clinical addictology 1. LF of Charles university in Prague and now it spreads all over the country. The treatment is not just of benefit to addicted people, but to all the society, because the addicted people are commonly very aggressive, the treatment gives them the legal drug, that substitutes illegal one, that causes the aggression and committed primary and secondary crime.

## Příloha 1

Paní magistro, mohla byste se pro potřeby mé bakalářské práce s názvem „Sociální práce a substituční léčba drogově závislých“ (Uk HTF v Praze, obor „sociální a charitativní práce“) stručně profesně představit? Děkuji Vám.

1. Jaká je náplň Vaší práce na klinice adiktologie?
2. Jak se vyvíjí se z pohledu a se zkušenostmi z Vaší práce drogová scéna? Byla zaznamenána nějaká změna ve Vaší práci od počátku vzniku substituční léčby?
3. Jaká je dle Vašeho názoru v České republice kvalita sociálních služeb vztahujících problematice drogové závislosti?
4. Jaká jsou pravidla pro klienty v substituční léčbě a jaké tresty přicházejí za porušení těchto pravidel?
5. Jaký je Váš odborný názor na substituční léčbu?
6. A pokud to nebude tróufalé, mohla bych se zeptat i na Váš osobní názor na ni?
7. Mohla byste zmínit negativní okolnosti, které jsou spojovány se substituční léčbou? Pokud tedy existují.
8. Funguje (zda-li ano, jakým způsobem) mezioborová spolupráce s ostatními profesemi a státními organizacemi (sociální pracovníci, streetworkeri či nízkoprahová zařízení, zdravotnická zařízení...)?
9. Jakým způsobem se podílíte na prevenci (primární, sekundární, terciární)? Která z Vašich preventivních strategií jsou podle Vás nejúčinnější?
10. Je možné z Vašeho zařízení dostat látku do společnosti a prodat ji na tzv. černém trhu?

## Příloha 2

Pane doktore, mohl byste se pro potřeby mé bakalářské práce s názvem „Sociální práce a substituční léčba drogově závislých“ (UK HTF v Praze, obor „sociální a charitativní práce“) stručně profesně představit? Děkuji Vám.

1. V jakém stavu, obecně, je toho času, česká drogová scéna? Jaké jsou například dnešní trendy v oblasti distribuce a konzumace psychotropních a omamných látek a jedů u nás?
2. V jakých souvislostech se Vy jako kriminolog s bohatou policejní zkušeností dostáváte do kontaktu s tématem substituční léčby?
3. Jaký je Váš profesní názor na substituční léčbu?
4. A pokud to nebude tróufalé, mohla bych se zeptat i na Váš osobní názor na ni?
5. Jaká je dle Vašeho názoru v České republice kvalita sociálních služeb vztahujících se k problematice psychotropních a omamných látek?
6. Co toho času činí – z pohledu Policie ČR – asi největší profesní problémy v boji s drogovou kriminalitou? Odpověď by asi bylo správné vztáhnout k dealerům a samostatně k uživatelům drog.
7. Spolupracují policisté (kriminalisté a vyšetřovatelé) se sociálními pracovníky a s pracovníky adiktologických center? Pokud ano, tak kdy, s jakou ochotou a s jakými výsledky?
8. Jaká je podle Vás v ČR úroveň drogové prevence (primární, sekundární i terciální)?
9. Napadá Vás, prosím, ještě něco důležitého a zajímavého, na co jsem se v souvislosti s tématem substituční léčby, drogovou závislostí a kriminalitou nezeptala a měla tak učinit?

### Příloha 3

Pane kapitáne, mohl byste se pro potřeby mé bakalářské práce s názvem „Sociální práce a substituční léčba drogově závislých“ (UK HTF v Praze, obor „sociální a charitativní práce“) stručně profesně představit? Co přesně obnáší Vaše práce? Děkuji Vám.

1. V jakém stavu, obecně, je toho času, česká drogová scéna? Prochází drogová scéna nějakými proměnami? Mohl byste mi, prosím, etapizovat vývoj novodobé české scény např. od 70./80. let 20. století do současnosti?
2. V jakých souvislostech se Vy jako policista na protidrogovém oddělení s bohatou policejní zkušeností dostáváte do kontaktu s tématem substituční léčby?
3. Jaký je Váš profesní názor na substituční léčbu?
4. A pokud to nebude troufalé, mohla bych se zeptat i na Váš osobní názor na ni?
5. Spolupracujete v rámci své práce se sociálními pracovníky, pracovníky adiktologických center či streetworkery? Pokud ano, tak v jakých souvislostech? A jak byste hodnotil tuto spolupráci?
6. Jaké jsou dle Vašeho názoru klady a zápory současné legislativy týkající se drogové závislosti a drogové kriminality?
7. Jaké jsou dle Vašich zkušeností příčiny drogové závislosti dětí a mladistvých? Mohl byste třeba uvést typické případy a paragrafy, které řešíte?
8. Co toho času činí – z pohledu Policie ČR – asi největší profesní problémy v boji s drogovou kriminalitou? Odpověď by bylo správné vztáhnout k dealerům a k uživatelům drog samostatně.
9. Jaká je podle Vás v ČR úroveň drogové prevence (primární, sekundární i terciální)?
10. Napadá Vás, prosím, ještě něco důležitého a zajímavého, na co jsem se v souvislosti s tématem substituční léčby a drogovou závislostí nezeptala a měla tak učinit?