

| | |
|--|------------|
| 4. ZÁKLADY DIAGNOSTIKY A ZHODNOCENÍ KLIENTA, PSYCHOLOGICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE | 212 |
| 4/1 Karel Nešpor: Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“ | 213 |
| 4/2 Karel Nešpor: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami | 217 |
| 4/3 Jakub Minařík, Jiřina Hobstová: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení | 223 |
| 4/4 Jiřina Hobstová, Jakub Minařík: Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS | 229 |
| 4/5 Karel Nešpor: Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“ | 233 |
| 4/6 Taťána Kostroňová: Psychologická diagnostika | 238 |
| 4/7 Karel Nešpor: Toxikologické vyšetření – laboratorní a screeningové testy | 243 |
| 4/8 Karel Nešpor: Diagnostický rozhovor a posilování motivace | 249 |
| 4/9 Kamil Kalina: Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí | 254 |
| 5. VČASNÉ A KRIZOVÉ INTERVENCE, PORADENSTVÍ, ZVLÁDÁNÍ SOMATICKÝCH KOMPLIKACÍ | 262 |
| 5/1 Petr Hrdina: Harm reduction – snižování poškození drogami | 263 |
| 5/2 Jiří Broža: Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci) | 269 |
| 5/3 Jiří Libra: Krizová intervence | 276 |
| 5/4 Dana Dobiášová, Jiří Broža: Motivační trénink | 283 |
| 5/5 Jiří Dvořáček: Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky | 290 |
| 5/6 Jiří Dvořáček: Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek | 297 |
| 5/7 Jiří Dvořáček: Detoxifikace | 304 |
| LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU | 310 |
| KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY | 314 |



VČASNÉ A KRIZOVÉ INTERVENCE, PORADENSTVÍ, ZVLÁDÁNÍ SOMATICKÝCH KOMPLIKACÍ

5/1 Petr Hrdina: Harm reduction – snižování poškození drogami

5/2 Jiří Broža: Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci)

5/3 Jiří Libra: Krizová intervence

5/4 Dana Dobiášová, Jiří Broža: Motivační trénink

5/5 Jiří Dvořáček: Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky

5/6 Jiří Dvořáček: Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek

5/7 Jiří Dvořáček: Detoxifikace

Klíčová slova: anamnéza – diagnostický rozhovor – motivace – posilování motivace – terapeutický vztah

Úvod

Přístup „Harm Reduction“ provází lidskou společností od jejich počátků, i když definován byl až v 80. letech 20. století v souvislosti s drogovou problematikou (konkrétněji – s novým přístupem k uživatelům drog). V historii najdeme tisíce příkladů toho, jak se lidé snažili snížit poškození a minimalizovat důsledky rizikového chování v různých oblastech lidského života. Když se začátkem 20. století na silnicích objevily první automobily, lidé před nimi v hrůze prchali a za nimi zůstávaly hromady přejetých slepic. Aby se napříště těmto problémům předešlo, musel před vozem běžet muž s červeným praporkem, aby varoval všechno živé, že se „dábelský stroj“ blíží. Během uplynulého století se situace na silnicích změnila, ale princip „Harm Reduction“ zůstává: ABS a airbag patří mezi obecně známé pojmy a nikdo se nepozastavuje nad používáním bezpečnostních pásů nebo cyklistických přileb. A tak bychom mohli pokračovat do nekonečna.

Jakmile se však filozofie snižování rizik, charakteristická pro lidskou společnost obecně, začala prosazovat ve spojení s drogami a závislostmi obecně, vyvolalo to značné emoce a nesouhlas laické i odborné veřejnosti, orientované v zásadě třemi základními směry pohledu na závislost:

1) *Model morální* – Myšlenkový proud, který vidí člověka užívajícího drogy jako morálně zkaženého a slabého. Za jediné řešení je v rámci tohoto modelu považována „převýchova“. V případě, že se závislý člověk nechce polepšit, je vyděněn ze společnosti nebo je pro svou závislost perzekuován prostřednictvím policie a justice.

2) *Model nemoci (tradiční medicínský model)*¹ – Tento model považuje závislost za nevléčitelnou nemoc, charakterizovanou ztrátou kontroly a neodvratně směřující ke chronicitě a fatálním důsledkům. Podle způsobu uvažování v rámci tohoto modelu postihuje nemoc-závislost jen určitý „druh“ lidí, kteří jsou k ní předem biologicky disponováni. Všechny sociální, zdravotní a další problémy vyplývající ze závislosti jsou tedy považovány za důsledky nemoci jedince. Z faktu, že je tato nemoc považována za nevléčitelnou (tj. že

je postižený člověk celoživotně disponován k závislostí), vyplývá i léčebná metoda. Jediným možným a akceptovatelným řešením je celoživotní abstinence.

3) *Adaptivní model* – Jedná se o psychologický model, který klade důraz na vývoj člověka v raném dětství, především na vývojové problémy v tomto období. Ty vedou ke specifickým adaptivním selháním a nezdarům v období dospívání. Užívání drog nebo alkoholu je vnímáno jako kompenzační mechanismus takových problémů, jako je například nesmělost, osobní krize a traumata. Závislost je tedy možné vyléčit, když jsou odhaleny a vyléčeny příčiny závislosti v minulosti.

V současné době je již jasné, že koncepty, které problematiku závislosti odvozovaly pouze z fyziologického (nebo pouze psychologického či socio-kulturního) základu, jsou příliš zjednodušující. Závislé nebo jiné rizikové chování je výsledkem složitého komplexu interakcí mezi bio-psycho-sociálními faktory s jedinečnými možnostmi a variacemi ve volbě chování, drogy, způsobu užití a důvodů užití. Uplatnění principu Harm Reduction v léčbě závislosti je jednou z reakcí na tento poznatek. Přístup ke klientovi totiž není určen předem danými schématy, ale jedinečnou životní situací a potřebami konkrétního klienta.

Model Harm Reduction²

Základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Svým působením se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta. Vychází přitom z klientových potřeb, dává klientům a dalším konzumentům služeb možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni. Přitom má na zřeteli zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody.

Model Harm Reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Upřednostňuje léčbu ve

¹ Někdy též nazývaný „biomedicínský“ – viz Kalina, kapitola 1/8, Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog.

² V české odborné terminologii se běžně užívá původní angloamerický termín. Překlad „snižování škod, snižování poškození“ se jako základní termín neujal a je používán jen jako termín vysvětlující.

všech jejích možnostech, a to i přístupy založené na totální abstinenci, před kriminalizací závislých. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem.

Model HR má rovněž na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví (*Public Health*), která je zaměřená spíše na celou populaci než na jedince³.

Zájmy klienta a zájmy společnosti se ovšem mohou lišit a je třeba neustále hledat mezi nimi rovnováhu a zdůrazňovat společný jmenovatel ochrany zdraví. Úsilí směřuje ke snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu je problém jednotlivce chápán jako problém celku. Intervence jsou plánovány na základě potřeb klientů i celé komunity. Potřeby jsou zjišťovány přímo v kontaktu s klienty a zároveň od lékařů, kteří znají jejich zdravotní problémy. Díky tomu je možné plánovat intervence na základě skutečných potřeb, a to tak, aby byly co neúčinnější, tj. aby oslovily co nejvíce klientů. Služby vycházející z principů *Public Health* nabízejí nejen bezprostřední zdravotnickou pomoc, ale také informace a vzdělávání. Vycházejí z předpokladu, že informovaní klienti mohou na základě svých znalostí sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší.

Strategie *Public Health* je uplatňována mimo jiné v boji proti šíření epidemie HIV/AIDS. S jejím nástupem musely služby zaměřené na uživatele drog pružně reagovat a přizpůsobit svou nabídku, například o bezplatné poskytování kondomů a vzdělávání v oblasti bezpečného sexu, nácvik bezpečnějšího užívání a nácvik čištění „nádobíčka“. Cílem bylo snížit riziko šíření HIV plynoucí z injekčního užívání drog a rizikového sexu. Tento cíl má daleko širší význam než jen ochranu problémových uživatelů drog: je to právě rizikový sex, který překračuje hranice mezi drogovou komunitou a širší společností a jeho prostřednictvím může docházet k šíření virových infekcí do nedrogové populace.

Dalším důležitým principem uplatňujícím se v HR je *nízkoprahový přístup* (Marlatt, 1993). Služba založená na principu snížení rizika je pro všechny snadno dostupná, je přístupná komukoli bez dalších požadavků a restrikcí s cílem oslovit svou nabídkou co nejvíce lidí: nejen klientů, ale i jejich rodinných příslušníků a ostatních lidí v komunitě.

Historie

Harm Reduction, tak jak je tento pojem chápán ve vztahu k užívání drog, je mezinárodní trend, který vznikl jako odpověď na vysoký nárůst HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století. Prvními evropskými zeměmi, které začaly model HR praktikovat, byly Nizozemí (výměnné programy) a Velká Británie⁴ (substituce a preskripce návykových látek lékaři). I v mnoha dalších zemích Evropy, například ve Švýcarsku a Německu, vznikly další programy vycházejících z této strategie: „injection room“ (aplikační místnosti), testování tanečních drog apod. Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze čtyř pilířů evropské drogové politiky (viz Národní strategie, 2000).

Nizozemí

Nizozemí přistoupilo k radikální změně své národní drogové politiky v 70. letech minulého století v odpovědi na rostoucí drogový problém na konci šedesátých let. V r.1972 byl vydán dokument, který v závěru uváděl novou tezi: drogová politika by měla obsahovat i hledisko rizik spojených s užíváním drog. V roce 1976 rozdělil zákon návykové látky na látky s „neakceptovatelným rizikem“ (například heroin, kokain, amfetaminy a LSD) a na látky s „akceptovatelným rizikem“, jako je konopí a jeho produkty. Tato klasifikace byla vytvořena na základě poznatků o škodlivosti vlivu jednotlivých typů drog na uživatele a koresponduje s filozofií HR. Nizozemský přístup, pohlízející na drogový problém optikou veřejného zdraví, se dá shrnout do následujících pragmatických východisek:

1. zneužívání drog není primárně chápáno jako problém policie a soudů,
2. základním a velmi důležitým je také hledisko tělesné a duševní pohody klienta,
3. užívání drog má vliv nejen na klienta, ale i na jeho okolí.

K přímým výsledkům vývoje drogové politiky směrem k humanitě a pragmatičnosti patří aktivizace uživatelů drog a drogově závislých“. V roce 1980 vzniká v Rotterdamu „Junkiebond“ (Liga uživatelů), o čtyři roky později je založen první výměnný program v Amsterdamu.

Velká Británie

Velká Británie byla již ve 20. letech průkopníkem v přístupu směřujícím k minimalizaci škod způsobených užíváním drog. Rollestonova komise v r. 1920 doporučila v určitých případech lékařskou preskripci heroinu a kokainu lidem na nich závislým s cílem snížit škody vzniklé užíváním těchto látek a pomoci jim vést užitečný život. Jako ilustraci „znovuoživení“ tohoto přístupu v 90.letech uvádíme model HR služeb v Merseyside (část Liverpoolu). Součástí tamního HR modelu je široká paleta služeb

³ Viz též Kalina, kapitola 1/8, Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog.

⁴ Ve Velké Británii byl tento přístup znám spíše jako „harm minimization“.

pro uživatele drog: výměna injekčních stříkaček, vzdělávání, poradenství, preskripce heroinu a kokainu, zprostředkování zaměstnání a asistenční služba. Všem uživatelům, kteří jsou registrováni v nízkoprahovém centru, je při prvním kontaktu nabízeno zprostředkování detoxifikace a léčby. Pouze 10 % z nich však má o nabízenou léčbu zájem a chce s užíváním drog skončit.

Významnou roli v rámci tohoto modelu hraje také policie. Všechny, kdo byli zadrženi pro nedovolené držení drog, rutinně odkazuje na léčebné programy a veřejně podporuje programy výměny injekčního náčiní. Klíčový aspekt by se dal označit jako „varující přístup“. Policie varuje uživatele, kteří byli zadrženi poprvé, že v případě opakovaného provinění skončí jejich případ trestním stíháním. Těmto osobám (většinou experimentátorům) není učiněn záznam do trestního rejstříku, nejsou dále stíháni a naopak dostanou informace o léčebných a výměnných programech. Jestliže je uživatel registrovaným klientem zařízení, může legálně držet drogy pro vlastní potřebu, jinak je držení drogy pro vlastní potřebu ve Velké Británii trestné.

Základní principy a strategie Harm Reduction

1. Harm Reduction je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti. Harm Reduction má své filozofické kořeny v pragmatismu veřejného zdraví a nabízí alternativu jak k morálnímu modelu užívání drog a ke tradičnímu modelu závislosti jako nemoci, tak k adaptivnímu modelu (viz výše). Vedle jejich zužujících přístupů (převýchova, důsledná abstinence, analýza a odstranění „příčin“) nabízí širokou paletu nástrojů a postupů, jak snížit škodlivé konsekvence závislého chování. Akceptuje fakt, že mnoho lidí užívá drogy a rizikově se chová i v jiných situacích. Uskutečnění idealistické vize společnosti bez drog pokládá za velmi nepravděpodobné.

2. Harm Reduction považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstijním klientem.

Tradiční zařízení požadují rozhodnutí k abstinenci jako podmínku nástupu do léčby a abstinenci jako podmínku jejího absolvování. Takové léčebné programy jsou označovány jako „vysokoprahové“. Vzhledem ke svému „vysokému prahu“ (velkým nárokům na klienta) jsou pro mnoho klientů prakticky nedosažitelné. HR není zaměřena na abstinujícího klienta, není to ale ani anti-abstinence. Abstinenci je možné z hlediska prin-

cipu snižování poškození považovat za ideální stav – člověk, který nebere drogy, není drogou ani životním stylem s ní spojeným ohrožen. Pragmatictost přístupu HR spočívá v tom, že nepočítá jen s touto ideální variantou⁵. Vzhledem k tomu, že u většiny klientů není možné zcela odstranit riziko poškození z užívání drog, pokouší se jej snížit, a to dvěma způsoby: jednak zachovává zdravotní stav, jednak předává informace a motivuje klienty k tomu, aby byli zodpovědní za své chování a postupně je měnili k méně rizikovému. Nabízí ochranu poškození zdraví drogou a ochranu před rozvojem závislosti.

Velkým zdravotním problémem ohrožujícím injekční uživatele drog jsou krví přenosné nemoci, například AIDS a žloutenky typu B a C. Snižování poškození v této konkrétní oblasti znamená jednak předávání informací o způsobech přenosu této infekce a jejich důsledcích, ale také podpora motivace k léčbě u těch, kteří už jsou nakaženi⁶.

3. Harm Reduction uplatňuje nízkoprahový přístup

Nízkoprahový přístup znamená, že na klienty nejsou kladeny předběžné a pro ně mnohdy nereálné požadavky, například aktuální abstinence nebo omezení frekvence či způsobu užívání. Vedle toho nechce klienty ani identifikovat, nezjišťuje jejich národnost. Nízkoprahové programy pravidelně vtaňují uživatele nelegálních drog do spolupráce na programech a aktivitách, které jsou zaměřeny na jejich pomoc. Harm Reduction počítá s prostředím, ve kterém se uživatel drog pohybuje. Jen tak mohou být zvolené intervence účinné. V praxi to znamená, že nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, v tom stavu, v jakém je, a za podmínek, na nichž se s ním dohodnou podle jeho potřeb. Proto jsou služby vybudované na těchto principech klienty pozitivně přijímány. Z výzkumů vyplývá, že služby řídicí se principy HR mohou oslovit 70 – 80 % problémových uživatelů drog.

Uplatnění a přínos Harm Reduction

Principy HR se uplatňují především ve službách poskytovaných uživatelům drog a podnítily vznik nízkoprahových zařízení, výměnných programů a substitučních programů. Velkou úlohu začal hrát princip HR s nástupem epidemie HIV/AIDS na počátku 80. let minulého

⁵ Viz např. Kalina (2000): HR si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá třeba ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možným zdravím v bio-psycho-sociálním smyslu. Podaří-li se to, bude se klient třeba později rozhodovat rozumněji.

⁶ O ostatních tělesných komplikacích při nitrožilním užívání viz Minařík a Hobstová, kapitola 4/3, Somatické komplikace a komorbidita. K dalším poškozením, jejichž riziko se snaží HR omezit, patří např. ztráty vody z organismu a přehřátí při užívání „tanečních drog“, poškození nežádoucími příměsími (zejm. u extáze), dlouhodobé působení vysokých dávek, předávkování způsobené např. neodhadnutelným množstvím účinné látky v produktech získávaných na nezákonném trhu, a v neposlední řadě i sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti (Kalina, 2000).

století. V postkomunistickém regionu střední a východní Evropy a zemích bývalého SSSR nastoupila tato epidemie zhruba o 10 let později, zato však rychle dosáhla obrovského rozšíření. Experti OSN odhadují, že počet HIV pozitivních v regionu východní Evropy a zemích bývalého SSSR raketově narostl z 30 000 v roce 1995 až na 700 000 lidí v minulém roce. Nárůst počtu nových případů infekce HIV je podle nich až z 80 % způsoben vysokým podílem injekčního užívání drog (viz např. WHO, 1999).

Hlavní příčinou rychlého šíření HIV/AIDS v postkomunistických zemích je především sdílení použitého, tedy kontaminovaného injekčního náčiní (Burrows, 2000) Stejným způsobem se virus HIV velmi rychle šíří i v takových zemích, jako je Španělsko, Itálie a USA. Je to důsledkem sociální podpory, kterou si klienti navzájem poskytují. Nejenže velmi často sdílejí bydlení, jídlo nebo oblečení, ale pomáhají si také s denními problémy spojenými s životním stylem intenzivního užívání (Grund a kol., 1992). V případě nedostatku jsou sdíleny i takové komodity jako drogy, stříkačky, lžičky atd.

Přímým důsledkem zjištění souvislosti mezi rizikovým chováním klientů a šířením epidemie HIV/AIDS byl rostoucí počet nízkoprahových zařízení a programů založených na principech HR. Mezi tyto programy patří výměnné programy, programy preskripce, substituční programy, programy prevence předávkování, programy testování „tanečních“ drog⁷ atd. Filozofií těchto programů je motivovat klienty ke změně rizikového chování a udržení této změny.

Mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci (tj. celkový počet HIV pozitivních osob v populaci), snížit více než jednorázové užití jehly a umožnit mnoha klientům přístup k zdravotním a dalším službám (Stimson, Alldritt a Dolan, 1998).

Patří mezi ně i studie, která v 81 městech celého světa srovnávala promořenost virem HIV mezi injekčními uživateli drog. V 52 městech, kde jsou sterilní injekční stříkačky nedostupné, narostl počet HIV pozitivních v průměru o 5,9 % za rok. Ve 29 městech, kde výměnné programy fungovaly, počet HIV pozitivních v průměru klesl o 5,8 % za rok (WHO International Collaborative Group, 1994).

Česká republika se prozatím ubránila obrovskému nárůstu HIV pozitivních uživatelů drog. Celkový počet HIV v České republice se pohybuje okolo 551 lidí, z toho asi 27 je HIV pozitivních v souvislosti s injekčním užíváním drog⁸. Významnou roli v tom jistě hrají rituály spojené s přípravou a užíváním drog⁹. Ani prodej podomácky vyrobených drog ze stříkačky není v naší zemi příliš rozšířen. Neméně významné je ale i včasné uplatnění myšlenek HR a založení výměnných programů (r.1990) – právě včasný začátek této strategie je pokládán za důležitý faktor relativně nízkého výskytu HIV v celé (tj. i nedrogové) populaci¹⁰. První oficiální substituční program vznikl až v roce 1997. V roce 2000 bylo HR uvedeno jako jeden z pilířů protidrogové politiky ČR (Národní strategie, 2000)¹¹. Nicméně se někteří domácí autoři snaží dokázat zbytečnost výměnných programů a HR vůbec a argumentují právě nízkou prevalencí HIV mezi uživateli i v ČR obecně.

⁷ Viz kapitola Minařík, kapitola 3/9, MDMA.

⁸ <http://www.aids-hiv.cz/> webové stránky Národního programu boje proti AIDS, Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2001

⁹ Například ve srovnání s Polskem, kde výroba drogy „kompot“ způsobila nárůst HIV pozitivních klientů. Hotový „kompot“ se nalije do velké zavařovací sklenice a z té si pak všichni nabírají.

¹⁰ Viz Hobstová a Minařík, kapitola 4/4, Somatické komplikace a komorbidita 2 – Hepatitidy a AIDS.

¹¹ Viz Bém, Kalina a Radimecký, kapitola 1/3, Vývoj drogové scény a drogové politiky v ČR.

Harm Reduction (HR) is a new approach to the management of drug use and other behaviour that may cause serious health and social problems. Rather than defining drug use as a moral failure or a disease, HR meets clients "where they are" to help them to understand the risk involved in their behaviour and to make appropriate decisions about their own treatment goals. HR believes that any positive change is a success

Key words: Harm Reduction – HIV/AIDS – intravenous using – low threshold approach – public health – risk behavior

and a step in the right direction. The chapter presents a general philosophy of HR and a brief historical overview (with examples from Great Britain and the Netherlands). Further, principles, strategies and methods of HR are explained with a particular emphasis on reducing the risks of HIV/AIDS and hepatitis infection in intravenous drug users and, consequently, in the population as a whole.

Literatura

- Burrows D.: Starting and Managing Needle and Syringe Programs. Open Society Institute/IHRD, New York, 2000
- Denning P.: Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions. The Guilford Press, New York, 1998
- Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Grund P. a kol.: Reaching the Unreached: Targeting Hidden IDU Populations with Clean Needles via Known User Groups. Journal of Psychoactive Drugs, vol. 24, January – March, 1992
- Hrdina P.: Harm Reduction. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové) č. 3, str. 29 – 30, 1999
- Kalina K.: Léčba drogově závislých. In: Nováková D. a spol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
- Marlatt G. A.: Harm Reduction: Reducing the Risks of Addictive Behaviors. Sage Publications, Newbury Park, California, 1993
- Marlatt G. A.: Harm Reduction Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. The Guilford Press, New York 1998.
- MPK: Národní strategie protidrogové politiky v ČR na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
- Národní program boje proti AIDS: Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2001. Internetové stránky: <http://www.aids-hiv.cz/>
- Syringe availability. Policy Paper. The Lindesmith Center, New York, October 1997
- Stimson G. V., Alldritt L. J., Dolan K. A.: Injecting Equipment Exchange Schemes: Final Report. University of London, 1998
- WHO International Collaborative Group: Multi-city Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. WHO, Geneva, 1994
- WHO: Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog. MZ ČR a Kancelář WHO v ČR, Praha, 1999

Mgr. Petr Hrdina

Absolvoval Pedagogickou fakultu UK, obor speciální pedagogika. Zúčastnil se mnoha výcviků, např. WHO – „Děti ulice“, A.N.O. – „Práce s HIV pozitivními“, OSI/IHRD Better vein care/safer use – Budapešť, PHARE – letní škola Harm Reduction v praxi, absolvuje psychotherapeutický výcvik SUR. V minulosti pracoval s mladistvými delikventy v občanském sdružení LATA, od roku 1995 do současnosti působí v o.s. SANANIM: nejprve jako terénní pracovník, od r. 1996 vedoucí terénních programů, od r. 2001 odborný ředitel pro ob-

last Harm Reduction. Člen výkonného výboru České Asociace Streetwork a sekce Harm Reduction A.N.O.. Publikoval několik časopiseckých článků o problematice HR, terénních programů a nízkoprahových zařízení. V letech 1995 a 1999 se podílel na výzkumu Rapid Assessment. V r. 1999 získal stipendium Open Society Institute New York (Sorosova nadace).

*Kontakt: SANANIM, Novovysočanská 604a,
190 00 Praha 9 – Vysočany
E-mail: hrdina@sananim.cz*

Klíčová slova: blízcí uživatelé – kontaktní centrum – poradce – poradenství – terénní práce

1. Obecné vymezení poradenství

Poradenství obecně je činnost, při které na jedné straně vystupuje vyškolený odborník (poradce) nabízející a realizující specifické služby, na straně druhé uživatel (klient), který tyto služby dobrovolně využívá. Cílem poradenství je zlepšení životní situace klienta¹.

Poradenství, které se týká této kapitoly, můžeme obecně definovat jako proces, ve kterém vycvičený odborník (profesionál) poskytuje druhému člověku nebo skupině lidí podporu nebo vedení. Tento proces se odehrává především na sociální a psychologické úrovni, ale může mít také podobu úzce zaměřenou na právní, pracovní či jiné specifické oblasti. Cílem poradenství je pomoc k lepšímu vedení vlastního života, autonomie klienta. Je důležité mít na vědomí, že jde o formu sociální či psychologické pomoci, nikoli kontroly. Z toho plyne, že poradenství nemůže být nuceno, ale je nabízeno jako možnost, pro kterou se uživatel svobodně rozhoduje nebo ji odmítá. Stejně tak by poradce neměl klienta vést k řešení, které neodpovídá jeho zájmům. Poradci nejsou vybaveni pravomocemi, které by umožňovaly klienta přes jeho zájem nasměrovat k např. celospolečenským zájmům.

Podle oblastí můžeme poradenství rozlišit takto²:

- *poradenství psychologické* (orientované na vnitřní a interpersonální problémy)
- *poradenství právní* (poskytování informací o zákonných právech, nárocích a povinnostech a pomoc při jejich naplňování)
- *poradenství zdravotní* (zdravotní informace a rady týkající se specifických chorob a postižení)
- *praktické životní poradenství* (otázky bydlení, hospodaření, trávení volného času, užívání obecných zdrojů, vzdělávání, práce, bezpečí apod.)

Významným prvkem, který určuje kvalitu poskytované služby, je důraz na profesionální kvalitu práce poradce. Z toho důvodu by mělo být samozřejmostí, že každý poradce má speciální výcvik zaměřený na činnost, kterou vykonává.

2. Poradenství ve službách pro uživatele návykových látek

Poradenství patří vedle poskytování základního servisu, provázení, výchovy a psychoterapie, neodmyslitelně do rejstříku služeb poskytovaných uživatelům návykových látek.

Poradenství je intervencí, která se v péči o uživatele drog objevuje velmi často a je jednou z nejpoužívanějších intervencí především u uživatelů nemotivovaných k léčbě nebo s motivací spornou. Právě pro četnost využívání poradenských intervencí týkajících se široké škály uživatelů, kteří se mohou nacházet v různých stupních závislosti (od prvotního experimentu přes „rekreční užívání“, „problémové užívání“ až po závislost s rozsáhlým poškozením zdraví, kterou můžeme jednoznačně diagnostikovat), není možné používat jeden typ přístupu a aplikovat jej na různé typy uživatelů. I přes tuto různorodost situací můžeme hovořit o jednotném východisku pro poskytování poradenských služeb. Stejně jako u jiné činnosti zaměřené na pomoc člověku je základním předpokladem vycházet z reálného a aktuálního stavu věci (pokud jej známe), ze subjektivního prožívání klienta a především z jeho možností a jeho limitů, které mohou být dány zdravotním stavem, sociálním postavením, ale také vědomými i nevědomými složkami psychiky.

Abychom mohli poradenskou činnost správně vymezit, měli bychom si nejprve definovat cílovou skupinu, na kterou je poradenská intervence zaměřená, udělat přehled o možnostech kontaktu s uživateli a zároveň si ujasnit, jaké typy poradenství lze v které situaci využívat, případně které jsou nevhodné.

Cílové skupiny: Základní cílovou skupinu (klientelu) tvoří uživatelé návykových látek v různém stupni experimentování s návykovými látkami či závislosti na nich – a také v různém stupni motivace, očekávání a požadavků na poradenské služby.

Dále můžeme do cílové skupiny zahrnout rodinné příslušníky uživatelů nebo jejich blízké známé, kterých se

¹ Definice převzata a upravena z interního dokumentu Asociace poradenských pracovníků.

² Rozdělení převzata z interního dokumentu Asociace poradenských pracovníků.

užívání klienta osobně či společensky týká. Tito klienti mají většinou celkem jasnou představu toho, co by chtěli: změnit životní styl uživatele, a to často bez své aktivní účasti a bez ochoty přijmout alespoň částečný podíl na jeho jednání, nebo vyžadují jasný návod, co a jak mají udělat, aby se situace změnila. Přístup k těmto klientům je odlišný od přístupu k uživatelům samotným.

Kontakt s klientem: Ke kontaktu s klientem může docházet především v terénu, kdy je kontaktní aktivita více závislá na terénním pracovníkovi (streetworkerovi) a v kontaktním či poradenském centru, kde očekáváme základní aktivitu od klienta samotného. Další druh poradenské služby, kterou poradenská a léčebná centra nabízejí, bývá poradenství telefonické. Na závěr se zmíním ještě o jiných nestandardních možnostech poradenství.

V „terénu“ se ve většině případů jedná o poradenství jednorázové, které je zaměřené spíše ve smyslu „Harm Reduction“³, a jen výjimečně se osvědčuje působit na klienty motivačně ve smyslu léčby či abstinence⁴.

V kontaktním centru se kromě výše zmíněných klientů mnohem častěji setkáváme s klienty, kteří jsou vědomě či nevědomě se svým životním stylem spojeným s užíváním nespokojeni a mají potřebu osobní či společenské změny. U těchto klientů můžeme citlivě postoupit od podávání základních informací k rozhovorům motivujícím ke změně životního stylu a od jednorázové poradenské intervence k systematické, strukturované a dlouhodobější pracovní spolupráci s jasněji vymezenými cíli. V každém případě bychom se však měli řídit pravidlem udržení pracovního vztahu s klientem.

3. Principy poradenství u uživatelů návykových látek

Situace, ve kterých dochází k poradenství u uživatelů návykových látek, bývají často netypické, a to hned z několika pohledů: 1) prostředí, ve kterém k poradenství dochází – často ulice, klub, případně veřejná místnost kontaktního centra, 2) nejasná motivovanost uživatelů návykových látek k poradenským službám, 3) velké nadšení a nižší profesionalita u terénních a kontaktních pracovníků. – Z toho důvodu se zde musíme zaměřit – více než bývá obvyklé – na možná rizika, která jsou s poradenstvím jako profesí spojená.

Jakýkoliv typ poradenství je založený na vztahu mezi poskytovatelem služby (poradcem) a tím, který službu přijímá (klientem). Tento vztah je založený na vzájemné spolupráci, která může být iniciována ze strany poradce (práce v terénu) nebo ze strany klienta (kontaktní/poradenské centrum). Stejně jako iniciace kontaktu, tak i aktivita v kontaktu leží při terénní práci s většinou nemotivovanými klienty více na poradci, zatímco v kontaktním či poradenském centru se snažíme aktivitu přesunovat spíše na klienta.

Kvalita kontaktu a výsledný efekt poradenské intervence je závislý na mnoha faktorech, z nichž se jako podstatné jeví: 1) schopnosti pracovníka znát dobře problematiku, ve které se pohybuje, 2) vytvořit vhodné podmínky pro kontakt přijatelné pro obě strany, 3) být klientovi důvěryhodným partnerem, 4) být si vědom své role a dokázat udržet hranice vztahu, 5) odhadnout reálné možnosti klienta i svoje a respektovat je, 6) dokázat strukturovat rozhovor tak, aby napomohl klientovi vytvořit si představu svého očekávání⁵, 7) umět použít svou osobnost ve prospěch klienta.

Poslednímu bodu je ve všech pomáhajících profesích věnována zvláštní pozornost. Naše osobnost je nejmocnějším a mnohdy jediným nástrojem, který máme při práci s klienty v rukou. U angažovaných pracovníků můžeme sledovat dvě tendence, které vztah s klientem a tím i celý proces narušují. Jsou to na jedné straně přílišná potřeba kontroly nad chováním klienta, na straně druhé až sebeobětování pro klientovy potřeby – obě roviny jsou pro poradenskou činnost nevhodné a pro práci s uživateli drog zvláště, neboť tímto chováním většinou opakujeme společenské vzorce, proti kterým se původně měli mnozí klienti potřebovat bouřit („kontrolující a trestající rodič“, „obětující se rodič, který nedává prostor pro vlastní rozvoj“). Oběma postoji bereme velkou část odpovědnosti na sebe a klientovi vytváříme falešnou iluzi, že se léčí (více viz Kopřiva, 1997).

Důležitým předpokladem efektivního poradenství je oboustranně přijatelné vytyčení společných cílů. Ty jsou závislé na potřebách a motivaci klienta. Cíle jsou odlišné při práci v terénu, v kontaktním centru, v ambulanci péči apod. Jednotlivými cíli a jejich dosahování se budeme zabývat v následujících oddílech.

4. Poradenství v terénu a v kontaktním/poradenském centru

³ Cílem Harm Reduction je minimalizace zdravotních a sociálních rizik užívání drog – viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.

⁴ Úkolem terénních pracovníků nebývá primárně motivovat klienta ke změně od užívání k abstinenci, ale poskytnout mu základní servis a nabídku možností – viz Hrdina a Korčíšová, kapitola 8/12, Terénní programy.

⁵ V literatuře se můžeme setkat s termíny: tvorba kontraktu nebo zakázky.

V nízkoprahových programech obecně by měl klient získat srozumitelné informace o svém stavu, dalším vývoji a možnostech ovlivnění. Informace by měly přispět k „aha efektu“, tj. ke změně postoje a chování, a posílit jeho osobní rozhodnutí a vlastní aktivitu. Měl by obdržet nabídku dalších programů či služeb, neměl by však být do nich tlačěn (případný „tlak“ se může odvíjet pouze od vztahové úrovně).

Poradenství v terénu

Poradenství v terénu, tedy většinou na ulici či v klubech, má formu různých nabídek přinášejících klientovi určité výhody a bezpečí. Jde především o formu „Harm Reduction“ – aktivity snižující rizika spojená s užíváním návykových látek, případně může poradce nabídnout docházení do kontaktního centra.

V tomto případě většinou vyhledává pracovník klienta a jejich vzájemný kontakt nemívá velké ambice zaměřené na změnu chování. Klienti bývají pro případnou změnu nemotivovaní a vůči „druhému“ světu ostražití. Tato ostražitost se zvyšuje v okamžiku, kdy klienti cítí nepřiměřený nátlak či známky konfrontace se svým chováním.

Cílem této činnosti je především vytvořit pro klienta přijatelnou vazbu mezi světem drog, ve kterém žije a světem bezdrogovým, který do té doby obvykle vnímá jako ohrožující. Pokud je klient ochotný diskutovat o svém životě, případně o své nespokojenosti, pracovník by měl být především dobrým „naslouchačem“ a měl by umět přijatelnou formou nabídnout klientovi možnosti dalších aktivit.

Poradenství v kontaktním či poradenském centru

Pokud se klient obrátí na kontaktní centrum, můžeme předpokládat přinejmenším ambivalentní potřebu změny, a to i v případě, že do kontaktního centra dochází „pouze“ z důvodu „Harm Reduction“. Jedná se o klienta, který se nejen nevyhýbá kontaktu, ale je ochoten jej sám navazovat. Většinou klientovi nabízíme možnost posezení v kontaktní místnosti, pohovoření s kontaktním pracovníkem, docházení na programy, které kontaktní centrum realizuje apod. V každém případě je poradenská činnost s klientem docházejícím do kontaktního centra odlišná a dalo by se říci, že pro jeho budoucnost i nadějnější ve smyslu přijetí intenzivnější spolupráce s odborníkem na osobní či sociální změně.

V kontaktním centru se nejčastěji setkáváme se samotnými uživateli, ale nezdědká také s jejich příbuz-

nými, blízkými známými, ale občas i se spolužáky nebo jinými známými.

5. Poradenství s uživateli a jejich blízkými

Poradenství s uživatelem

Pokud je klient ochoten docházet do kontaktního centra, můžeme hovořit o jakési záruce jeho stability a přemýšlet o možnostech, které klient má vzhledem ke zmírnění následků užívání drog, k omezení nebo dokonce ukončení užívání drog nebo ke změně životního stylu. Zatímco v terénní práci klientovi především nabízíme, můžeme od klienta docházejícího do kontaktního centra mnohem více chtít.

Poradce se nejprve snaží navázat s klientem vztah, který by umožňoval vzájemné porozumění a důvěru. Cílem vzájemného kontaktu je postupně společně hledat možnosti, které by klientovi umožnily posun ke spokojenějšímu způsobu života. Poradce by měl mít neustále na mysli, že jedná s člověkem, jehož problém lze posuzovat na dvou základních rovinách: na rovině osobnosti s jejími přirozenými schopnostmi a na rovině závislosti, která je pod vlivem drogy.

Samotný kontakt s klientem probíhá vědomě nebo nevědomě na obou úrovních a poradce by měl mít na paměti, že je potřeba na obě úrovně brát ohled. Orientace pouze na jednu z obou úrovní je zjednodušením situace a komplikuje dosahování stanovených cílů.

Obecně lze říct, že osobnostní vývoj jedince, který je mnohdy složitý a bolestivý, se užíváním drog uspokojujících vnitřní, často nevědomé, potřeby komplikuje (lépe – brzdí). Pokud naplní užívání drog (stejně jako užívání léků) tyto potřeby, výrazně se omezuje motivace ke změně vedoucí k růstu osobnosti a jedinec regreduje do původní (dětské) závislostní polohy.

Rovinu osobní (osobnostní) lze v případě užívání návykových látek považovat za příčinnou. Pro zjednodušení zahrnujeme do této roviny všechny bio-psycho-sociální složky doplněné ještě spirituální úrovní⁶. Pracovat na této úrovni je nevhodnější, pokud dokáže klient žít bez drog, je tudíž schopen přirozeně vnímat své obtíže a zpracovávat je jinou než únikovou formou.

Rovina závislostní – postupně se vyvíjí (případně se do ní jedinec vrací) na základě nevhodného chování, nevhodného vlivu blízkých i vzdálenějších významných osob. V této úrovni je jedinec ovlivňován samotnou drogou a tomu se také musí přizpůsobit kontakt s ním.

⁶ Podrobněji viz Kudrle, kapitola 2/1, Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.

V případě, že klient nevidí v užívání drog problém, je na poradci, aby přistoupil na jeho variantu komplikace, ale měl by mít neustále na paměti, že droga hraje v klientově životě významnou roli. Vycházíme-li z předpokladu, že je klient ochotný svoje rozhodnutí užívat drogy a následně užívání sám zproblematizovat, hledáme možnosti jakým způsobem jej motivovat⁷ k aktivně této životní styl změnit.

Měli bychom si uvědomit, že klientova očekávání změny většinou nejsou realistická a od poradenství mohou dokonce očekávat i konečné řešení své situace. Klient (především při prvních kontaktech) má tendenci přenášet odpovědnost za řešení své situace na poradce. Proto by měl poradce především podporovat aktivitu klienta tím, že společně s klientem jasně vymezí cíle setkání a stanoví společná měřítká k posouzení dosažených změn. Důležité je, aby poradce jasně označil možnosti a limity setkání.

Cílem poradenství realizovaného v kontaktním centru nebývá dosažení abstinence. Klient by však měl vždy dostat informaci, že nejbezpečnější a nejúčinnější snížení rizik je drogy nebrat. Aktuální cíle je potřebné určovat individuálně v závislosti na reálných možnostech klienta, vycházejí ze vzájemné spolupráce, kde by měl aktivitu přebírat klient a měly by být splnitelné pokud možno v krátkém časovém horizontu.

Další častou charakteristikou klientů navštěvujících kontaktní centra, se kterou by měl poradce počítat, je podceňování reálné situace. Proto by měl být jedním z cílů poradenství pomoci přijatelným způsobem klientovi, aby si svou reálnou situaci uvědomil. Klienti mají tendenci vnímat svou situaci lépe, než ve skutečnosti je. Tuto charakteristiku můžeme obrazně vyjádřit termínem „krok pozadu“. Schématicky to znamená, že klient, který potřebuje poradenství, o žádnou pomoc ne žádá; klient, který by měl pravidelně docházet do ambulance, žádá o poradě; klient, který by měl být zařazen do intenzivního ambulantního programu, žádá o občasně ambulantní schůzky; klient, který by měl být intenzivně léčen ve specializovaném zařízení, žádá o intenzivní ambulantní péči.

Hlavní pravidla poradenství s uživatelem drog v kontaktním centru bychom mohli shrnout takto:

– vytvářet bezpečný a důvěryhodný prostor pro klientovu aktivitu a postupně na něj přenášet odpovědnost za svá rozhodnutí a jejich realizaci

– vytvářet společně s klientem jasně strukturované krátkodobé a skutečně dosažitelné cíle
– vyhodnocovat společně s klientem dosažení jeho pokroku
– posilovat klientovy reálné osobní možnosti
– nabízet další možnosti rozvoje a motivovat jej k případné intenzivní péči nebo dalším aktivitám a osobnímu růstu

Poradenství s příbuzným či blízkým

Na rozdíl od klientů, kteří mají tendenci svou situaci podceňovat, se u rodičů přicházejících do kontaktního centra často setkáváme s nadhodnocováním situace, a to především u rodičů, kteří právě zjistili, že jejich dítě kouří marihuanu. Tento postoj ale nelze zobecnit, protože stejně tak se setkáváme s rodiči, kteří sami sobě dlouho předstírají, že se nic neděje a přicházejí až v momentě, kdy je ohrožená celá rodina a droga se stala „dalším členem“ rodiny, který se vměšuje do rodinného života a silně ovlivňuje vztahy⁸.

Na poradci a jeho schopnostech je důležitá role – vyhodnotit skutečnou závažnost situace a snažit se ji ani nepodcenit ani nepřecenit.

Základní stav přicházejících rodičů bychom mohli charakterizovat bezmocí, zmatkem, strachem, úzkostí, snahou o nalezení rychlého řešení, které by jim měl naidiktovat poradce. Vzhledem k tomu, že situace, ve které se nacházejí se vytvářela dlouho a mechanismy jejího vzniku jsou složité, neměl by poradce na tyto požadavky přistupovat a tím přebírat odpovědnost řešení na sebe.

Dost často rodiče uklidní, když mohou o své situaci pravdivě v bezpečném prostředí vyprávět, jsou vyslyšeni, nevzbudí v poradci zmatek, který je zahlcuje, a dostanou nabídku možných řešení, která mohou vyhodnotit a případně se podle nich zařídit.

Dost často se v praxi setkáváme s radikálními postoji poradců, kteří bez skutečně odpovědného vyhodnocení celkové rodinné situace nabízejí: „musíte své dítě vyhodit z domu, jedině tak mu můžete pomoci a sebe zachránit“. Toto řešení je v některých případech na místě, ale rodina se k němu většinou dlouho odhodlává a efektivně jej může využít až v situaci, kdy sama pocituje skutečně ohrožení své existence. I v této situaci to není snadné a bez vnější podpory často neudržitelné. Proto je vhodné nabídnout rodičům možnost docházet do

⁷ Podrobněji viz Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

⁸ Viz též Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

ambulantní skupiny, kterou vede profesionál nebo do svépomocné skupiny (např. anonymních rodičů)⁹.

Jako hlavní cíle poradce v kontaktním centru můžeme označit:

- zklidnit rodiče a nabídnout jim bezpečný prostor, ve kterém mohou pravdivě vyprávět o své situaci a kde jim bude věnován skutečný zájem
- pokusit se jasně strukturovat jejich situaci
- vyhodnotit reálnou situaci
- nabídnout možnosti řešení jejich situace
- nabídnout jiné možnosti péče o sebe

6. Znalosti, dovednosti a osobnost poradce

Jaké jsou základní charakteristiky dobrého poradce?¹⁰ Poradce má být *empatický* – schopný vcítit se do pocitů a jednání klienta. Tato schopnost však s sebou nese také určitá rizika – nikdo není tak empatický, aby si mohl být jistý, že opravdu vnímá situaci stejně jako klient, že opravdu prožívá stejné emoce jako klient atd. Proto je i pro empatického poradce důležité si své vnímání neustále ověřovat. Dalším rizikem přílišné empaticnosti je následná omezená schopnost vidět situaci s patřičným nadhledem a tudíž omezená schopnost vymezit hranice mezi společenskými možnostmi a klientovými představami. Empatii v poradenství je dobré chápat spíše jako schopnost přijímat klientovy potřeby, přání, strachy atd. jako významné, pokoušet se společně porozumět jejich zdrojům a neodmítat je jednoznačně jako nepatřičné.

Poradce má být *autentický* – pravdivý/upřímný ve svém chování. I tato charakteristika není bez rizik, zvláště u pracovníků, kteří začínají. Autentičnost je zcela na místě, kdy se pracovník identifikuje s rolí poradce, a to jak vědomě, tak i nevědomě. U začínajících pracovníků se často setkáváme se stylizací do role poradce. Tento postoj není stabilní a vlivem manipulace či provokace uživatelem může pracovník lehce sklouznout do pozice autoritářské (přísný rodič) nebo se naopak pouze podřídí potřebám uživatele (obětující se rodič).

Poradce má být *akceptující* – schopný přijmout klienta takového, jaký je. Měl by přijmout jeho trápení, prožívání, pohled na svět atd. tak, jak je vnímá klient, a být mu nápomocný se v často složité a mnohdy až neřešitelné situaci orientovat a společně s ním hledat nedestruktivní východisko. Neznamená to však, že má souhlasit s jeho životním stylem, který je často nezodpovědný, sebedestruktivní či kriminální.

Při dodržení těchto charakteristik se poradce stává pro klienta člověkem *důvěryhodným*, na kterého se může s důvěrou obrátit se svými trápeními a od kterého je schopen přijmout případné nabídky další intenzivnější spolupráce.

Každý poradce v oblasti závislostí by měl mít nezbytné obecné znalosti o drogové problematice, o klientech, se kterými přichází do kontaktu, o sociálním prostředí, ve kterých se klienti pohybují, a specifické konkrétní znalosti týkající se jeho činnosti.

Stejně jako v každé pomáhající profesi, je i poradenství v terénní práci a kontaktním centru závislé především na kvalitě osobnosti poskytovatele (poradce). Proto by měl dbát vedle technických znalostí a dovedností o zlepšování své osobnosti. K tomu slouží řada výcviků, seminářů a kurzů.

Významným nástrojem rozvoje a zkvalitňování osobnosti a dovedností poradce je pravidelná supervize.

⁹ Viz též Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého.

¹⁰ Viz např. Prochaska a Norcross, 1999.

Summary

Drug Counselling (with Particular Regards to Streetwork and Work in the Contact Centre)

The chapter first presents the general characteristics of counselling as a method, and the application of counselling in drug-related problems. Counselling in streetwork and counselling in low-threshold contact centres are described in more detail with regard to the aspects of harm reduction, motivation and change. Counselling in such settings requires also to apply particular approaches to drug users and their family

members. Finally, characteristics of a counsellor are given from professional and personal viewpoints (authenticity, empathy, acceptance, skills to work-through both drug- and person-related problems of the client, etc.).

Key words: counsellor – counselling – family members – low threshold contact centre – streetwork

Literatura

- Heller J., Pecinová O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
- Kopřiva K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha, 1997
- Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Schmidbauer W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha, 2000
- Votavová M.: Matky problémových uživatelů drog. Hradec Králové. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), ročník 12, č. 3, str. 120 – 122, 2001
- Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999

PhDr. Jiří Broža

Vystudoval sociální pedagogiku na Universitě Palackého v Olomouci. Specializační vzdělání (výcviky): 1983 – 1989 psychoterapeutický výcvik SUR, 1990 – 1993 výcvik v systemické psychoterapii, výcvik v neverbálních technikách, 1995 – 1999 Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP), 1997 – 2002 psychoterapeutický výcvik v analytické skupinové psychoterapii, 1999 – 2002 supervizní výcvik. Působí v oblasti terapie a výchovy mla-

distvých, zejména uživatelů drog. Další odborné aktivity: lektor výcviku SUR, lektor primární prevence, supervizor, člen odborných týmů v drogové oblasti. Publikace: „Koncepce a operační manuál pobytového oddělení pro dospívající problémové uživatele návykových látek“ (1999), odborné články v Konfrontaci, v periodiku Éthium, ve zpravodaji Výchovné poradenství. *Kontakt: J.B., Na Kopečku 100/3, Liberec 1. E-mail: jib@volny.cz*

Klíčová slova: emergentní stavy – krize – krizová intervence

Úvod

Latinské „crisis“ znamená rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek. Označení „krize“ se používá pro řadu životních situací, společnými znaky tohoto stavu bývají: těžká nerovnováha, hroucení dosavadních struktur zkušenosti, zvrát v dění, vyhrocení. Jako výstižná metafora krize bývá často uváděn příklad čínského znakového písma, kde pro zápis tohoto významu je užito dvou znaků: prvního s významem „nebezpečí“, druhého s významem „příležitost“ (Capra, 1969; viz *Obr. 1*).

Inspirativní a bohatou studnicí obrazů „topografie zkušenosti krize“ jsou texty filosofických a literárních autorů, reagujících v minulém století na traumatizující válečné a civilizační zážitky a navazujících na linii autorů proudů existenciálního myšlení. Ponechejme stranou filosofické (a už vůbec politické) licence pro tento jev a ohraničme si ho jako fenomén důležitý pro služby v oblasti duševního zdraví. Problematika krizové intervence patří do oblasti „emergentních“, tedy naléhavých, akutně požadovaných či potřebných postupů – intervencí. Brown, Pullen a Scott (1992) uvádějí, že termín „krizová intervence“ je obestřen zmatky, je užíván (někdy zneužíván) k označení široké škály služeb poskytovaných profesionály i dobrovolníky od linek důvěry až po pohotovostní psychiatrické služby. Sociální pracovníky ve Velké Británii je tento termín často užíván k označení urgentních návštěv v domácnostech klientů. Brown a spol. (op. cit.) doporučují užívat termínu „krizová intervence“ pro soubor technik, selektivně a strategicky užívaných pro okamžité a efektivní zacházení s lidmi, kteří akutně reagují na nadměrně náročné životní události („...jde o tahy, selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nemocní“). Krize je ovšem stavem, který může být vyvolán řadou činitelů (včetně nemocí) – podstatné je subjektivní prožívání neodkladnosti, naléhavosti, provázené úzkostí, strachem, pocity mimořádného omezení, bezvýchodnosti, zúžení života na předmět krize. Užijeme-li konceptu poruchy duševní a fyzické rovnováhy, pak jde o těžkou poruchu rovnováhy, nezvládnutelnou dosavadními regulačními mechanismy a časově ohraničenou. Krize je životním obdobím či mezní situací, která postihuje každého z nás.

Historie teorie krizové intervence je často spojována se jménem G. Caplana (1970). Ke vzniku teorie krizové in-

tervence přispělo několik katastrof, při kterých došlo k zabití či vážným zraněním lidí (zmiňován bývá požár v nočním klubu Kokosový ořech před 60. lety). Od počátku byla zaznamenána zkušenost, podle níž se věřilo, že prostředí ve kterém problém vznikl, je důležitou součástí „lěčby“.

Model krize

Pro pochopení vzniku krizového vzorce prožívání a chování je důležité popsat adaptační vzorec, kterým reagujeme obecně na traumatizující zážitky.

Reakce na ztrátu bývá klinicky popisována ve třech stadiích: v prvním dochází v rámci okamžité odpovědi k otupělosti a poklesu víry a naděje. Ve druhém se rozvíjí reakce na ztrátu v obraze úzkosti, zoufalství, vzteku, pocitů viny, dochází k přehrání regresivních programů chování, k netečnosti, k depresi. Ve třetím stadiu dochází k přijetí situace a tvorbě plánů do budoucnosti.

Spouštěčem adaptačních vzorců může být nejen ztráta (opuštění, osamění, ztroskotání vztahu, ztráta zaměstnání, rozplynutí se očekávaného, potrat, narození defektního dítěte), ale i změna. Změnu může přinést sám vývoj životní dráhy jedince (dospívání, rodičovství, stáří), změny ve vztazích (opouštění domova, separace dětí od rodičů), změny v kariéře (ukončení školy, nástup do zaměstnání, povýšení nebo změna postu). Rovněž žádoucí životní změny, které přináší nový systém odpovědnosti a vztahů, narušují dosavadní systém podpory. Ztráta či změna sama o sobě krizí není, ani reakce na ni nemusí vyústit do plného obrazu krize.

G. Caplan (podle Brown, Pullen, Scott, op. cit) uvádí, že stav emoční rovnováhy je neustále ohrožován. Malá zvýšení tenze nemusí být vůbec uvědomována, automaticky navodí normální adaptační vzorce, které trvají do obnovení emoční rovnováhy (1. stadium). Je-li hrozba příliš velká, přestávají automatické odpovědi fungovat, vzrůstá napětí a je třeba podniknout zcela vědomé pokusy, jak problém vyřešit, často je třeba očekávat postup pokus-omyl (2. stadium). Je-li ohrožení velké a tento program nestačí, dochází k růstu prožitku úzkosti a nepohody a jsou mobilizovány další scénáře: zpravidla dochází k redefinici problému, často bývá po-

pírán (na úrovni samotného podnětu, na úrovni významu důležitých skutečností relevantních pro situaci, na úrovni reakce na podnět). Dochází k pokusům o inovaci programu, jak problémem projít. Pokud nedochází k úlevě, hrozí další zvýšení napětí, provázené dezorganizací, mohou se objevit symptomy jako vnější projevy obranných mechanismů, dochází k rozsáhlé reakci až v obraze chaosu (Obr. 2).

Brown, Pullen, Scott (op. cit.) charakterizují krizi takto:

- Obvykle opouzdření a řešení během 1 až 6 týdnů.
- Postižený signalizuje během krize potřebu pomoci.
- Postižený je v krizi mnohem přístupnější pomoci zvenčí.
- Východiskem je aktivita postiženého a intervence druhých.

Nebezpečí a příležitost

Výše uvedená metafora čínského znakového písma upozorňuje na přítomnost nebezpečí i příležitosti. Zobrazuje tak podstatnou charakteristiku lidské existence: je provázena nebezpečím a příležitostí jako stále přítomnými kvalitami. Je pošetilé vytvářet obraz života jako bezpečné cesty beze ztrát a změn. Je pošetilé podceňovat nebezpečí. Jak si s tímto rozparem poradit při své cestě, jak si s ním poradit v roli pomáhajícího pracovníka? Máme dosud v živé paměti obraz rozporu, kdy proklamaci boje za světový mír docházelo k eskalaci pocitu nebezpečí z možného zásadního válečného konfliktu (a válka je pro mnoho lidí reálnou životní zkušeností). Při úvahách o mezích a možnostech pomoci tomu, kdo se pravděpodobně ocitl v krizi, se ocitáme v prostoru jisté válečné linie. A jako ve válce se lidé těší na brzký mír (pomijím skupiny lidí, kteří válku považují za pokračování obchodu jinými prostředky) i v krizi je součástí prožitku touha po brzkém „uzdravení“.

Tváří v tvář „nepříteli“ vyvstává otázka: kdo je silnější? Kdo jsou spojenci? Jsou střety nutné? Nestačí počkat? Jak dlouho to bude trvat? Co bude po tom?

Máme co dělat nejen s racionální analýzou situace, ale i s etickým rozhodnutím. Například v klinické praxi práce s psychotickými pacienty pozorujeme, že „psychotická krize“ (tedy relaps onemocnění) není shodná s reakcí téhož pacienta na situaci ztráty či změny. Znovuobjevení psychotických příznaků přináší příležitost projít tentokrát epizodou jinak – například bezpečněji, s menší ztrátou prestiže, s aktivnější a citlivější pomocí nejbližšího okolí. Budeme mít stále co činit s etickým rozhodováním, komu přináší rozvoj kritické situace více nebezpečí a komu více příležitosti.

Nebudeme na to sami, rozhodující síla je v klientovi a v jeho systémech podpory (rodina, přátelé, zkušenosti, hodnoty). Nezapomínejme na tělo, které je důležitým zdrojem síly přinášející obnovení rovnováhy na nové úrovni.

Budeme si vždy klást otázky: co je lepší, v jaké fázi, pro koho? Profesionální etické kodexy se shodují v tom, že je nutné klienta především nepoškodit. Dále v tom, že klient má právo na pomoc zachovávající v maximálně možné míře jeho důstojnost. Přisuzují klientovi právo na informovaný souhlas či odmítnutí pomoci. Zdá se ovšem, že i zde je „válečná linie“: výjimkou je diagnóza. Zde je míněna jako stupeň poškození klienta, které mu neumožňuje rozhodnout se současně svobodně a současně kompetentně (bez popření významných rizik, která vedou k vážným ohrožením jeho zdravotního stavu, kvality života, života samotného).

Kdo je nejvíce ohrožen krizí, u koho svítí znak nebezpečí podobně jako červená na semaforu? Za rizikové skupiny v případě suicidálního ohrožení jsou považovány (viz Kastová, 2000) následující skupiny v tomto pořadí: 1) závislí, 2) depresivní, 3) osamělí, 4) lidé, kteří se právě pokusili o sebevraždu, 5) příslušníci pomáhajících profesí.

Krizová intervence (crisis intervention)

Cile krizové intervence jsou jednak aktuální – uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, jednak perspektivní – pracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat v případě nutnosti další možnosti řešení. V průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc s cílem: a) usnadnit komunikaci (jak mezi klientem a pracovníkem, tak ale převážně mezi klientem a jeho okolím), b) umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, c) pomoci klientovi při vyjadřování emocí, d) pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, e) zmapovat možnosti podpory v okolí klienta (jak laické, tak profesionální). Má-li být krizová intervence účinná, je nutné využít intervalu zvýšené otevřenosti pro vnější pomoc a možnost změn. Jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost ke změnám se zmenšuje (viz Glosář, 2001).

Základními principy programů krizové intervence je pomoci efektivně, v co nejméně restriktivním prostředí (sociální kontext je součástí problému). *Základními prvky* programu služeb krizové intervence by pak měly být:

- Nízký práh či aktivní vyhledání ohrožených – tým programu je pohyblivý a mobilní, spíše pro-aktivní než re-aktivní (tj. jedná spíše v předstihu než následně).

– Spíše asistence a pomoc v průchodu problémem na místě, ustavení rovnováhy, využití krize jako příležitosti k učení novým dovednostem.

– Čas hraje důležitou roli – intervence musí být rychlá, nelze ji zajistit, když nemáte možnost rychle reagovat (Paul O'Halloran, 1996: Krizový tým by měl k pacientovi vyjet do 30 minut, nejhůře do hodiny).

– Mělo by být jasné, pro jaké cílové skupiny je program navrhován a pro jaké typy problémů jsou jeho pracovníci trénováni.

Dovednosti v krizové intervenci (co by pracovníci týmu měli znát a umět používat):

1. Posouzení situace

– Přijetí zprávy, zachycení signálu krize.

– Připojení se ke klientovi a zapojení klienta do spolupráce.

– Akce „zde a nyní“, činnost v poloze, kdy se hodnotí spíše současná situace a není čas na zvažování příliš detailních anamnéz.

– Získat názory těch, kteří hrají v krizi klienta nějakou roli.

– Proč ke krizi dochází nyní (proč ne minulý týden, měsíc).

– Posouzení přítomných symptomů (spolupráce s odborníky, kteří klienta znají).

– Je nějaká aktuální léčba, dělá již někdo nějakou intervenci (medikace, psychosociální intervence)?

Při posouzení je třeba věnovat se tomu, co přivádí klienta do krize, i chování klienta: jaká je úroveň stresu a vypětí, jaká je úroveň jeho schopnosti testování reality, stupeň dezorganizace v jeho chování (ale i v systému podpory v komunitě, v rodině), posouzení rizik (viz výše). Časování vyšetření je velmi důležité: nelze podlehnout sugesci klientova vnímání naléhavosti a nevyčlenit pro posouzení dostatečně dlouhý čas (vyšetření mobilních krizových týmů trvá 4 – 8 hodin). Je třeba posoudit klientovu schopnost postarat se o sebe v základních životních otázkách. Posuzuje se vztah klienta k týmu či pracovníkovi (je základním prostorem pro práci). Posuzují se sociální vazby – kdo pomáhá, kdo je klíčovým člověkem, kolik podpory je schopno okolí poskytnout, jak přispělo ke krizi klienta, kdo je do krize zapojen, kdo je účastníkem možného konfliktu. Posuzuje se přítomnost napětí, hostility, hyperprotektivity. Dále tendence k závislosti na pomáhajícím (lidé v krizi mají tendence k tomu se na někoho „pověsit“), stupeň izolace klienta, rodiny. Hodnotíme průběh předchozích krizí, mají-li vzorec, který se opakuje. Co se zkoušelo v minulosti. Hodnotíme praktické zdroje finanční i materiální (jsou důležitou součástí bezpečí i možnosti). Hodnotíme sílu vztahu – tedy ali-

ance s pomáhajícím pracovníkem či týmem, zda chce klient uzavřít kontrakt, zda je toho schopen, zda má být takový kontrakt vícestranný (souhlas rodiny). Je třeba konzultovat rozdělení odpovědnosti v rámci týmu, i externích spolupracujících (např. ošetřující lékař, psychiatr, členové rodiny).

2. Plánování intervence (volba přístupu) a intervence samotná

Proces dojednávání, kontraktování – pohled na žádoucí cíl intervence může být velice odlišný (co kdo vidí jako problém). Dovednost týmu znamená sladit cíle do koordinovaného plánu postupů, které jsou uznány jako přijatelné (součástí vyjednávání je i klient a neopominutelní nositelé důležitých prvků situace). Kontraktování je i procesem, kterým se vytváří nová kvalita vztahu mezi klientem a týmem. Je rovněž procesem, který vynáší na vědomou a zpracovatelnou úroveň dosud popírané aspekty situace. Často je vhodný psaný kontrakt (např. vítální kontrakt jasně obsahující pravidla nepřipustnosti poškození zdraví a života účastníků kontraktu, nepřipustnost manipulací, pravidla pro kontakt a dosažitelnost).

Pracovní strategie týmu – obsahuje to, co může tým nabídnout, co je možné dělat. Je podkladem pro klienta a jeho rodinu, aby se mohli kvalifikovaněji rozhodnout, tým ovšem drží svou stranu kontraktu: tedy nepřistoupí na „objednávku“, která popírá důležité momenty posouzení situace. Jakkoliv je dojednávání a plánování intervence kreativní záležitostí („art“), je důležité, aby byly přítomny i prvky „science“ (teorie, vyhodnocení praxe, manuál postupů – tedy „řemeslo“).

Při intervenci samotné je třeba průběžně hodnotit nutnost medikace. Dále je třeba klientovi povolit přijatelnou závislost (tedy vyšší, než je jinak nutná a přijatelná; zajišťuje během práce postupný přenos problému). Dále je vhodné volit postup, který modeluje klientovu okolí možnosti, jak „řešit problém“ jinak než doposud (tedy využít situace k psychoedukaci, podpořit růst kapacity přirozených zdrojů). Součástí intervence samotné je i průběžné obnovování smluv či rekontraktování dohodnutého, stále zvažování častosti monitoringu vývoje, rychlosti reakce, časování kontaktu (nemá-li tým dosažitelnost 24 hodin denně, je velice nebezpečné starat se o klienty se suicidiálními tendencemi).

3. Řešení situace, hodnocení výstupů, rozhodnutí o potřebné následné péči

Někdy je třeba vyjednávat o dalším sledování situace (je třeba opět posoudit rizika), někdy je vhodné, aby se

intervenující stáhl či změnil podobu kontaktu pružně podle situace. Vždy je nutné uvažovat o nastavení mechanismů „kotvení“ – tedy jak snížit pravděpodobnost nekontrolovaného zhoršení situace. Získané poznatky a zkušenosti z krize jsou zdrojem učení pro všechny přítomné – hodnocení průběhu a výsledků může být začátkem následné péče (např. terapie, soc. pomoci atd.). Jestliže pominulo akutní nebezpečí, neznamená to nepřítomnost scénáře s tendencí k opakování krize. Hodnocení je příležitostí rozhodnout se ke změně.

Je vhodné, aby ukončení intervence proběhlo v přítomnosti všech zúčastněných. Hodnocení je součástí intervence, je dobré odlišit citlivě hranici mezi „bláznivý“ a „špatný“, mezi „nemocný“ a „neodpovědný“, mezi „obět“ a „zranitelný“.

Tým by měl mít čas a prostor vyhodnotit svou roli a průběh svých akcí a intervencí, uchovat klinickou zkušenost pro budoucnost, rozhodnout se, zda intervenci považuje za úspěšnou či neúspěšnou.

Nejčastější případy krizové intervence u uživatelů drog

Následný seznam je spíše „festivalem“ možných obrazů a popisů situací, ve kterých se klienti služeb obracejí na služby a na místě je uvažovat o reakci v intencích přístupu krizové intervence:

– Akutní zoufalá úzkost, např. v situaci, kdy závislost či zneužívání návykových látek vyvolává obavy okolí (rodina, spolubydliči) z rizika závažného duševního onemocnění či sebepoškození.

– Bilanční úvahy o sebepoškození či sebevražedném jednání různé etiologie.

– Onemocnění závažnou infekční chorobou (hepatitida, HIV) provázené obavami o život a zdraví.

– Úzkost spojená s nepříjemnou zkušeností změněného stavu vědomí, se ztrátou orientace, obava z neodvratného „zbláznění“.

– Krize ve vztazích (milostných, rodinných) provázená pocity beznaděje a nenahraditelné ztráty, ohrožení citového zázemí, ohrožení základních sociálních jistot (bydlení), kumulace problémů v důsledku chaotického životního stylu.

– Vyvrcholení problémů ve škole či zaměstnání (mizerný prospěch, vyhazov ze školy, internátu, práce) – zde je zásadně ohroženo sebehodnocení klienta či hodnocení významnými osobami a vrcholí pocity neodvratného trestu a následných dalších ztrát (často je přítomna vina spojená s dlouhodobě popíraným či tajeným problémem).

– Úmrtí člena party (např. na předávkování), provázené smísenými popíranými pocity viny, bilančních obranných

manévrů a úzkostných pocitů vlastního ohrožení v partě i z vnějšího okolí.

– Odsouzení za přechovávání drog, podvody, krádeže – tj. situace, ve kterých se objevuje obraz neodvratnosti a neodklonitelnosti trestu provázeného společenským stigmatem.

– Pozice oběti násilí (fyzického, sexuálního, psychického – např. vydírání) v období bezprostředně po útoku či v situaci akutního ohrožení.

– Krize středního věku, spojená s bilancí dlouhodobého pijáckého scénáře či dlouhodobé preskripce uklidňujících léků. Vnitřní klientův obraz situace může zahrnovat i zesílení pocitů nudy do zoufalé beznaděje. Krize může být vyhocena ztrátou zaměstnání a partnera, nutností zajistit základní a rostoucí nároky dospívajících dětí, které neprojevují pro porážku osamělého rodiče dostatek pochopení.

Na závěr chci zdůraznit, že techniky krizové intervence byly a jsou rozvíjeny ruku v ruce s přesvědčením o rostoucích možnostech týmů, intervenujících v přirozeném prostředí nebo v programech, které mají nízký práh dostupnosti a nepoužívají azylové izolace a masivní medikaci. Nejsou návodem pro osamělé pěšáky v poli, kteří na sebe berou tíhu osudů svých bližních. Jsou výzvou všem, kteří se pokoušejí rozmanitost života (která má vždy i své tragické stránky) pouze vtěsnat do psychiatrických diagnostických manuálů. Jsou apelem na mobilizaci síly vztahů, síly klientových vlastních zdrojů, zdrojů přirozených sociálních sítí. Jde o profesionální postup, jehož neoddělitelnou součástí je permanentní posuzování možného rizika a zajišťování bezpečí pro všechny účastníky situace, v neposlední řadě pro pomáhající pracovníky. Ochrana bezpečí vlastních pracovníků organizacemi poskytujícími program (především dobrou organizací, pracovní strategii, podporou potřebnými zdroji, úrovní kvality přípravy pracovníků a uznáním včetně odpovídající odměny) je nezbytná.

Crisis intervention is a set of approaches applied in the case of acute response to extremely demanding life situation. It is a brief intervention belonging to emergent (urgent) approaches. Actual and perspective goals of crisis intervention are characterised. The author then describes principles of practical application (risk assessment, timing, joining the "here and now"). It is emphasised that crisis intervention should be team-

based. Finally, typical situations of the crisis intervention in drug users are overviewed.

Key words: emergent states – crisis – crisis intervention

Obr. 1: *Krize – nebezpečí a příležitost*

Krize je v čínštině složená ze dvou znaků a nemá pouze negativní konotaci jako je tomu v češtině. První znak WEJ znamená nebezpečí, druhý znak ŤI znamená příležitost. V čínštině totiž není nic výhradně negativní ani pozitivní, souvisí to s tradičním viděním světa jako JING-JANG.

WEJ

危

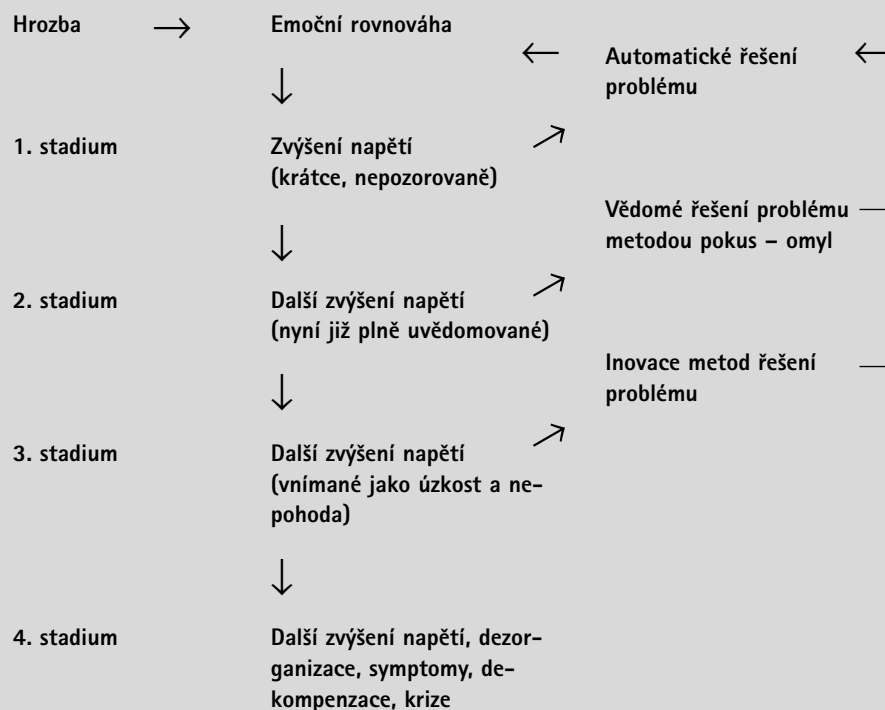
ŤI

機 (zkrác. forma 机)

WEJ-ŤI

危機

Obr. 2: Caplanův model krize (podle Browna, Pullena a Scotta)



Literatura

- Brown T. M., Pullen I. M., Scott A. I. F.: Emergentní psychiatrie. Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, Praha, 1992
- Caplan G.: Duševné zdravie v rodině a vo spoločnosti. Nakladatelství SAV, Bratislava, 1970
- Capra F.: The Tao of Physics. Penguin, Harmondsworth (UK), 1969
- Eis Z.: Psychoterapeutická krizová intervence. Psychoterapeutické sešity č. 33. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1989
- Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Kalina K., Vančura M.: Negentropický přístup k řešení psychotické krize. Psychoterapeutické sešity č. 25. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1988
- Kalous J.: Krize jako cíl. Psychoterapeutické sešity č. 33. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1989
- Kastová V.: Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha, 2000
- O'Halloran P.: Poznámky z pražských přednášek a seminářů pořádaných Denním stacionářem Ondřejov, Praha, 1996
- Šebek M.: O krizi a příbuzných stavech. Psychoterapeutické sešity č. 25. Editor J. Skála. Kabinet psychoterapie PK FVL UK, Praha, 1988

PhDr. Jiří Libra

Absolvoval jako psycholog na Filozofické fakultě největší Masarykovy univerzity v Brně. Od roku 1981 se zabývá praxí, od r.1983 klinickou praxí v oblasti duševního zdraví (PL Jihlava, PL Havlíčkův Brod), nyní částečný úvazek na Denním stacionáři PL Havlíčkův Brod. V letech 1991 – 2001 se podílel na práci občanského sdružení Fokus, které zřizuje mimonemocniční služby pro dlouhodobě duševně nemocné. Od roku 1997 se věnuje jako realizátor projektů službám pro problémové uživatele a závislé na návykových látkách.

Absolvoval výcviky v psychoterapii (SUR, Prague TA Project), supervizi (Čs. psychoterapeutická společnost – J. Hewson, supervize soc. služeb, supervize služeb psychiatrické komunitní péče), je certifikovaným supervizorem EAS. Od roku 2001 pracuje ve funkci ředitele sekce prevence a harm reduction Sdružení Podané Ruce. Žije v Brně.

*Kontakt: Sdružení Podané Ruce, Francouzská 36, 602 00 Brno
E-mail: j.libra@volny.cz*

Klíčová slova: kontrakt – motivační trénink – poradenství – zakázka klienta – změna

Vývoj pohledu na „motivaci ke změně“

Předléčebné poradenství zaměřené na klienty, kteří mají problémy s užíváním psychoaktivních látek, se jednoznačně vztahuje k práci s motivací. *Motivace* je v *Glosáři* (2001) uvedena jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o okolí jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby“.

Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna (Rotgers, 1999; Kalina, 2000). Když pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost. Odpor k terapii a špatná spolupráce se považovaly za popření. Současnost však nabízí i jiná hlediska: například popření můžeme považovat za odraz rozdílů mezi terapeutovou a pacientovou definicí problému. Popření lze také chápat jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, neboť poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny se během času mění. Miller a Rollnick (1991) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v *přesunu odpovědnosti za změnu*. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně¹.

Vývoj motivace k minimalizaci rizik („harm reduction“) a případně k léčbě, i udržování motivace ke změně životního stylu a k vytrvání v ní tedy nepovažujeme výlučně za věc klienta. Terapeuti musí chápat počáteční i průběžné intervence posilující motivaci jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu. „Jsme to my, kdo odpovídá za proces – za výsledek pak odpovídá klient“ (Kalina 2000, 2001).

Rotgers (1999) označuje také *terapeutův styl* jako významný faktor v interakci klient – terapeut, který se může rozhodujícím způsobem podílet na tom, zda klient zvolí status quo, odpor a nebo se rozhodne pro změnu. Stejně jako klient, tak i terapeut může být motivován napomáhat klientovi uskutečňovat změny a nebo je blokovat. Na více či méně vědomé úrovni je také terapeut napojen na vlastní motivaci (Dobiášová, 2001).

Reakcí na trendy v léčbě závislosti, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování, je vznik metody *motivačního tréninku*. Metoda je příkladem strukturovaného poradenství². Staví na základní dovednosti věst motivační rozhovor a předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivovaní, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a vnějších podmínek.

Cíle motivačního tréninku

Základním cílem motivačního tréninku je *dosahování změn* ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukcii užívání drog (viz „harm reduction“ model), anebo při cílené trvalé abstinenci. Abstinence nemusí být přítomna v klientově zázkaze, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. V kontaktu s klientem bychom měli odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém a na základě toho si společně stanovit cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti celkového zdraví (tělesného i mentálního), sociálních kontaktů, situace s bydlením a prací, ve vztahu k policii, soudům a jiným institucím. Motivační trénink úzce souvisí s orientací na řešení problému. Hledání cílů a označování problémů by měl určovat klient, přičemž terapeut (poradce, konzultant, kontaktní pracovník) by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení.

Terapeut se při motivačním tréninku podílí na vytvoření kognitivního rámce pro klientovo akceptování

¹ Případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější (ze strany rodiny, zaměstnání, úřadů, soudů apod.) – viz Kalina, kapitola 7/3, Rozšiřování léčebných možností.

² Posilování motivace, jak uvádí Nešpor (2000), lze pochopitelně včlenit do nejrůznějších forem terapie. Dá se s ním pracovat v malé i ve velké skupině, při individuální konzultaci, při práci s rodinou atd.

problému, podporuje jeho rozhodování, posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a sebevědomí, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout.

Cíle motivačního tréninku jsou vyjádřeny v kontraktu mezi terapeutem a klientem. Mají být především realistické (dosažitelné) a klient s nimi musí souhlasit (Pates, 2000)³. Stejně jako motivační rozhovor má svoje pravidla a strategii, měl by se terapeut určitou strategií řídit i při vytváření cílů, ke kterým klienta motivuje.

- Cíl akce by měl být určitý, jasný a konkrétní.
- Měl by být měřitelný – měli bychom vědět, jak budeme zjišťovat jeho úspěšné splnění.
- Měl by být dosažitelný časově a klientovými schopnostmi.
- Měl by být reálný – skutečně proveditelný.
- Měl by být jasně časově omezený.

Teoretická východiska motivačního tréninku

Prochaska a Di Clemente (in Prochaska a Norcross, 1999; Rotgers, 1999) popsali v 90. letech model pěti stadií, kterými jedinec prochází při zahájení a udržování změny.

První stádium – precontemplation (předchází uvažování o změně) – Klienti, se kterými se setkáváme v předléčebném poradenství, se nejčastěji nacházejí právě v této etapě. Nevnímají užívání drog jako svůj problém, který by měli řešit. Pokud o nějakém problému hovoří, často je umístěn v okolním světě, který je zlý, nespravedlivý, nerozumí jim apod. Je to fáze, která předchází jakémukoliv uvažování o možné změně. V této fázi se jedinci cítí dobře, drogy si vychutnávají a jejich užívání považují za prospěšné. Jsou přesvědčeni, že vše mají pod kontrolou nebo dokážou své chování sami sobě dobře zracionalizovat. Jakákoliv změna se jim jeví příliš obtížná a navíc zbytečná. – V této fázi je zbytečné motivovat klienty k abstinenci nebo jakékoli změně. Klientům nabízíme své služby minimalizující rizika jejich užívání a pokud je to možné, tak udržujeme kontakt.

Druhé stádium – contemplation (uvažování o možnosti změny) – V tomto stádiu vidí klienti zisky a ztráty pramenící z užívání drog zhruba vyrovnaně. Hlavní a nejpoužitelnější změnou oproti předchozímu stádiu je výskyt problémů, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Užívání drog stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat po-

chybnosti o správnosti pokračování a obavy o budoucím vývoji jejich užívání. – V této fázi se můžeme pokoušet o zdůrazňování rozporu a motivovat klienty k drobným změnám, které pozitivně působí na klientovo sebevědomí, pokud se zdaří je realizovat a udržet.

Třetí stádium – determination (rozhodování, připravenost k akci) – Toto stádium přináší další zhoršení situace klienta, takže ztráty z užívání drog nabývají vrchu nad zisky. Klienti jsou ochotni je dávat do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlejí o potřebě změnit situaci.

V této fázi je motivace ze strany terapeuta nejméně potřebná. Klienti jsou odhodlaní svoji situaci změnit, ale v běžném okolí nevidí příliš podpory a jejich užíváním drog zdecimovaná osobnost je mnohdy příliš slabá na realizaci rozhodnutí. Tomuto stádiu také říkáme „stádium odhodlání“. Z celé předléčebné etapy právě v této fázi klienti nejvíce spolupracují. Aktivně se podílejí na vytváření následných cílů a strategií, jsou plni odhodlání a bývají pozitivně naladěni. V této etapě jsou ochotni přistoupit na léčbu. V optimálním případě zde tedy končí předléčebná péče a klient vstupuje do fáze léčby. Tím ovšem nekončí potřeba klienty motivovat.

Čtvrté stádium – action (akce, pokus o změnu) – K tomuto kroku dochází pokud klientův rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude vrchu. K tomuto rozhodnutí a realizaci potřebné aktivity vedoucí k léčbě může velkou měrou přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a jeho motivace v předchozích stádiích.

Páté stádium – maintenance (udržení plánu) – Toto stádium přináší pro klienta schopnost žít bez drogy a začátek návratu do běžného života. Většinou nebývá bez těžkostí, neboť klient, který byl dosud podporován mnoha terapeuty, chráněn před tvrdou realitou, se musí vrátit do prostředí, které většinou neprestal vnímat jako ohrožující.

Relaps (selhání, návrat k předchozímu, původnímu) – K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu.

Terapeut musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu. Vždy vychází z možností klienta, navrhuje, podporuje a motivuje klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, ve které se nachází nebo etapě následující.

³ Cíle by měly být přijatelné i pro terapeuta a být v souladu s jeho hodnotami, jinak je povinen klienta předat, aby se vyhnul indoktrinaci a obtížím s akceptováním klientovy zakázky – při různosti názorů a přístupů to nemusí být pouze teoretický problém.

Jiný model změny chování podle *Buismana a Koka*, staví změny do série v následující posloupnosti (in Počarovský, 1999):

Kontakt – představuje konfrontaci (také odpor) se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností, stigmatizací, vývojovým konfliktem. Našimi nástroji se mohou stát nabízené služby, respekt k osobnosti klienta, poskytnutí bezpečí, prostoru pro rozhodování, hranice, osobnost pracovníka, přenesení odpovědnosti – kompetence na klienta, ocenění, podpora, atd.

Pozornost – je často zaměřena na abstinenční syndrom, zdravotní problémy, bydlení, rodinu, policii, zákon, kvalitu drog, nedostatek peněz. Účinným nástrojem může být naslouchání, trpělivost, čas, respektování klienta, hranice, kontrakt, plán, mapování hodnot a postojů, rozhovor, atd.

Pochopení – klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou a nebo rodiči. Našimi nástroji se mohou stát konfrontace, nastavení zrcadla, srozumitelnost, pochopení podmínek pro realizaci zakázky, jazyk, informační materiály, nácvik dovedností, profesionalita, reflektování problému, zkušenosti vrstevníků, odborníků, ex-userů, používání reality, atd.

Změna postoje – uvědomění si „Já chci“ (nechci) s ohledem na krátkodobé a dlouhodobé investice, výhodné a nevýhodné volby. Např.: špinavá jehla versus čistá jehla, nahodilý kontakt versus intenzivní ambulantní terapie, intenzivní ambulantní terapie versus terapeutická komunita. Nástrojem se může stát sociální služba, zpětná vazba, nabídka servisu, názorná demonstrace, opakování informací přístupnou formou apod.

Změna záměru – může zapůsobit sociální tlak, rituál – „nechci sdílet jehlu“. Nástrojem změny může být z naší strany uznání, potvrzení, podpora postoje klienta, porovnání výhod a nevýhod, obrana (stranění) postoje „chci“, zintenzivnění kontaktu, mapování situace, zdůraznění rizik, naděje, ocenění, zhodnocení, zvýšení prestiže klienta ve skupině, nabídka prostředků apod.

Změna chování – v optimálním případě je otázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo residenčních léčebných zařízení. Mezi nástroje počítáme podporu, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání, alternativu.

Udržení změny – patří do programů následné péče a prevence relapsu. Jako nástroje můžeme využít reflexe, ocenění, podporu, opakování, udržení pozornosti, možnost asistence pracovníka, držení pravidel atd.

Uvedená široká škála změn zakládá spíše sérii drobných změn, kterými klient prochází, než radikální změny chování a životního stylu. Ty jsou spíše příznakem latentního (skrytého) vývoje, někdy i varovnými signály pseudo-úzdavy nebo rozvoje psychotického onemocnění.

Základní metody motivačního tréninku (principy – strategie – dovednosti)

Miller a Rollnick (in Rotgers, 1999) popisují aktivní složky motivačního rozhovoru zkratkou *FRAMES*, přičemž *F* znamená poskytování zpětné vazby (feedback), *R* představuje odpovědnost (responsibility) klienta za rozhodnutí o změně, *A* je poskytování jasných a objektivních rad (advice), *M* znamená nabídku (menu) možností změn a různých strategií, *E* zastupuje s empatií poskytované informace a *S* znamená podporu klientovy naděje a sebedůvěry (self-efficacy).

Zásady praktického vedení motivačního tréninku

Uvedení autoři uvádějí také *pět klíčových principů* pro praktické vedení motivačního tréninku:

Vyjádření empatie – značí schopnost dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co dělá a říká, též souhlasit. Ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta.

Vytváření rozporu – terapeut pracuje se zesilováním rozporu, který klient pociťuje mezi svým chováním a osobními cíli nebo představami o sobě. Zneklidňující rozpor vzniká při mapování následků chování, které klient v konfrontaci se s terapeutem rozebírá a uvědomuje si svoje důvody ke změně.

Vyhýbání se sporu – spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace a proto je dobré se jim vyhnout. Spor s klientem může mít řadu podob (patří k nim i snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazů o zdravotním poškození). Také „nálepkování“ se může stát zdrojem odporu nebo konfliktu mezi terapeutem a klientem. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku („alkoholik“, „problém“, „feták“).

Práce s odporem – snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivačních intervencí. Odpor může vzniknout na základě vnucené léčby anebo například

pod dojmem předchozích zkušeností s terapií. Namísto konfrontace se využívá dovednosti vedení konstruktivního rozhovoru (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování toho, co bylo řečeno, potvrzení, rekapitulace a přeinterpretování). Odpor má i pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm uložena, a je efektivnější ho prozkoumat, než s ním jít do konfrontace. Odpor může být také vyjádřením nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny, a zaměřením terapie.

Podpora sebedůvěry – abychom pomohli člověku, který očekává změnu chování spojeného s užíváním drog a cítí tíhu odpovědnosti za rozhodnutí změnu uskutečnit, je naším úkolem dodat klientovi vědomí vlastních schopností a důvěry v sebe sama při dosažení výsledku. Vždy je důležité věnovat hodně pozornosti drobným krokům a detailům (význam drobných dovedností), ze kterých se skládá výsledek.

Strategie

Aplikací motivačního tréninku jsou následující strategie, které je možné používat podle stadia, ve kterém se klient nachází.

„*Probírání typického dne nebo sezení*“ – může poskytnout informace o míře klientovy motivace a poskytuje podklad pro diagnostické posouzení užívání drog a umožňuje odhadnout možnosti reálné změny v ambulantních podmínkách.

„*Dobré a méně dobré při užívání drog*“ – při klientově zhodnocení pro a proti užívání získáme představu o stadiu změny klienta a stupni jeho ambivalence. Terapeut by označení problematických a méně dobrých věcí měl nechat na klientovi. Jeho úkolem je pomoci rozpoznávat, zesilovat moment rozhodování, poskytovat nástroje pro hodnocení (aby mohl nejen sám sebe slyšet, ale i určité věci vidět, dělat).

„*Poskytování informací*“ – zpětná vazba (feedback), vyžádaná anebo vhodně načasovaná informace či rada se může stát těžištěm poradenství. Je věcí tréninku a dovedností, stejně jako zkušeností, jestli způsob poskytování informací bude vhodně volenou intervencí anebo konfrontační formou vyvolá odpor. Jednou z pastí v rámci výkonu pomáhajících profesí je udílení rad z pozice experta, což klienta staví do pasivního či obranného postoje. Důležité je zajímat se o dopad poskytnuté informace (k čemu je klientovi dobrá a jak s ní

může naložit). Je na klientovi, zda využije to, co jsme mu nabídli.

„*Probírání problémů*“ – účelem této strategie je posunout klienta k cíli motivačního tréninku tak, že s ním probereme příčiny jeho problémů, pokud je ve stádiu, že vidí ve spojitostech s užíváním drog nějaký problém. Důležité je nechat klientovi čas a prostor, aby mohl projít rozhodovacím procesem.

Dovednosti

K dovednostem a technikám, které terapeut při motivační práci s klientem využívá, patří:

– *používání otázek s otevřeným koncem*, kterými motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech,

– *reflektující naslouchání*, které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává,

– *potvrzování kladných postojů*, ve kterém terapeut projevuje ocenění a uznání – nemělo by se však stát jediným způsobem komunikace, zároveň by měl být terapeut ve vyslovování ocenění pravdivý, aby nevzbudil v klientovi dojem falešnosti, na kterou klienti bývají citliví,

– *sumarizování*, což je dovednost podobná reflektivnímu naslouchání – jde o schopnost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co dosud klient popisoval, – *vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta*, která je vždy výhodnější a trvalejší než motivace, která přichází pouze ze strany terapeuta – terapeut by si měl všimát všech sebemotivujících projevů a na konci sezení by je měl zveřejnit nebo pro ně dát klientovi prostor (např. „myslím, že chci znovu přijít, protože je ještě stále o čem hovořit“).

Rotgers (1991) radí vedení motivačního rozhovoru mezi drobné *terapeutické dovednosti*⁴. Terapeut by je měl umět zvládat jak v kontaktu s klientem „face to face“, tak telefonicky (telefonická intervence se řadí mezi speciální dovednosti, ve kterých je třeba se také vycvičit).

V odstavci o práci s odporem jsme již jmenovali dovednosti jako: kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování, potvrzení, rekapitulace, přeinterpretování (přeznačkování) a shrnutí.

Rámeček – kontrakt a zakázka

Kontrakt je smlouva mezi klientem a poradcem či te-

⁴ Jedná se o nástroj, který leží na pomezí poradenství a terapie a v obou přístupech má svoje místo. Na rozdíl od psychoterapie si poradenství neklade za cíl změnu psychologických vlastností nebo osobnosti klienta a také jeho výkon není podmíněn psychotherapeutickým vzděláním a výcvikem.

rapeutem, případně týmem. Obsahem je stanovení cílů, strukturování procesu, práce s hranicemi, odpovědností a transparentním uspořádáním vztahů.

Kontrakt má mít písemnou podobu, zejména při ambulantní práci s klienty. Centrální postavení v něm zaujímá *zakázka* klienta. Domluvená a jednoznačně formulovaná *zakázka* definuje systém pomoci jako poradenství, terapii nebo třeba doprovázení. *Zakázka* tedy určuje formulaci kontraktu a jeho obsah: cíle, kritéria provedení a kontroly průběhu, pomůcky k rozhodování, kdy skončit, kritéria úspěšnosti, možnosti změn v kontraktu. *Zakázka* tedy v terapii zakládá „smluvní“ vztah – kontrakt mezi poradcem/terapeutem a klientem (Ludewig, 1994). Vypracování kontraktu je začátkem i rámcem určitého terapeutického či poradenského procesu.

Závěr

Motivační trénink je v užším slova smyslu metodou strukturovaného předléčebného či léčebného poradenství. V širším smyslu je práce s motivací dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám v chování, prožívání a myšlení. Je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Motivační trénink je užitečný nejen při individuální práci s klientem, ale je také efektivní součástí práce s rodinami.

Metoda motivačního tréninku je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Indikací k volbě metody motivačního tréninku jsou stavy a problémy, které se objevují u klientů ze skupiny závislých, problémových uživatelů a ex-userů.

Předléčebné a léčebné poradenství, jehož součástí je motivační trénink, zvyšuje efektivitu zejména v časných stadiích léčebného procesu a při doléčování. Jedná se o nejkritičtější fáze vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. Ukazuje se, že při strukturovaném poradenství je možné ovlivnit i nižší úroveň motivace. Starší léčebný přístup, který odkládal nástup do léčby na základě mýtu o nedostačité motivaci klienta, je třeba přehodnotit a mít na zřeteli výhody včasného zahájení léčby.

Working with motivation in the broader sense is a firm basis for changes in perception, thinking and behaviour of clients with drug problems. In the narrow sense, motivation training belongs to the methods of structured counselling. The chapter presents the goals of motivation training, its theoretical background (e.g. the model of stages of change by Prochaska and DiClementi, the model of successive behavioural changes by Buisman and Kok), the principles of practical

application (the FRAME scheme by Miller and Rollnick) and strategies and skills of the professional working with motivation. Attention is also paid to the matters of contract and client's demand. It has been proven that structured counselling can work even at the lower level of motivation. The traditional approach (which postponed entering the treatment with regard to the client's insufficient motivation) should be replaced by activities targeted to an early entry to the treatment.

Key words: change – contract – counselling – motivation training – offer of the client

Literatura

- Dobiášová D.: Motivační aliance při léčbě závislosti. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 12, č. 3, str. 120 – 122, 2001
- Glosář: K. Kalina a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník. Portál, Praha, 2000
- Kalina K.: Jaká péče je kvalitní? Adiktologie (Scan Tišnov), ročník 1, č. 1, str. 34 – 42, 2001
- Kalina K.: Léčba drogově závislých. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
- Ludewig K.: Systemická terapie. Palata, Praha, 1994
- Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000
- Miller W. R., Rollnick S.: Motivational interviewing: Preparing People to change addiction behavior. Guilford Press, New York, 1991
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
- Pates R.: Pražské přednášky. O. s. LAXUS, Hradec Králové, 2000
- Počarovský O.: Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové) roč. 19, č. 3, str. 42 – 46, 1999
- Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999

PhDr. Dana Dobiášová

Absolventka psychologie na FFUK Praha, rigorosum 1987 (PhDr.), 1999 atestace v klinické psychologii. Psychoterapeutický výcvik SUR, výcvik v systemické terapii, absolvovala International European Drug Abuse Treatment Training Project, supervizorka ČAPLD, frekvantanka jungiánského analytického výcviku a výcviku s J. Hewson pro supervizory akreditovaného European Association of Supervision, vedoucí skupin ve výcvikových komunitách. Praxe na psychiatrických

odděleních v Hradci Králové a v Praze – Bohnicích, ředitelka o.s. LAXUS do roku 2001. V současné době se věnuje ambulantní terapii a poradenství u nealkoholových závislostí, práci s rodinami a supervizi pracovních týmů. Publikace v českém odborném tisku.

Kontakt: Ambulantní centrum O.S.LAXUS, Okružní 699, 500 03 Hradec Králové

E-mail: laxus@volny.cz

PhDr. Jiří Broža – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 5/2.

Klíčová slova: akutní intoxikace – antidota – dekontaminace – první pomoc – zajištění životních funkcí

Úvod

Každoročně se vyskytuje mnoho případů úmrtí z akutního předávkování návykovou látkou. Většina těchto případů je způsobena bez zvláštního plánu, vesměs podceněním rizik, k části však dochází záměrně v sebevražedném úmyslu.

Při užívání návykových látek dochází v principu k negativním důsledkům dvojího typu. Některé důsledky jsou dlouhodobé, chronické (např. syndrom závislosti), jiné důsledky jsou náhlé – akutní. Mezi důsledky a poruchy akutní lze řadit na prvním místě akutní intoxikaci a časné fáze odnětí návykové látky – akutní odvykací stav, ale také některé typy psychotických poruch, které se mohou vyskytovat v souvislosti s užíváním návykových látek, a obecně jakoukoli dramatickou komplikaci v důsledku drogou způsobeného poškození jiných tělesných orgánů. V této a další kapitole¹ se budeme věnovat akutním intoxikacím a základním přístupům pro jejich zvládnutí.

Tato skupina poruch má několik zvláštností. Jednou zvláštností může být to, že zvládnutí těžších akutních intoxikací má charakter zvládnutí jakéhokoli jiného života ohrožujícího stavu a vyžaduje mnohdy rychlou akci všech právě přítomných osob ještě předtím, než na místo dorazí lékař. Dalším důležitým momentem je skutečnost, že k závažným akutním intoxikacím může dojít již při prvním experimentu s návykovou látkou (domysleme, že v takovém případě v dané situaci, například při nalezení člověka v bezvědomí, nemusíme mít při posuzování vážnosti situace k dispozici žádné jiné znaky toho, že jde o intoxikaci návykovou látkou, a v případě, že nejsme profesně na tuto tematiku soustředěni, nemusí nás správná příčina vůbec napadnout).

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je přechodným, v principu reverzibilním syndromem, který následuje v krátké době po užití návykové látky a ústí v nápadné změny chování, psychických funkcí a funkcí různých tělesných orgánů, včetně změn základních životních funkcí (dýchacího a srdečně-cévního systému). Příznaky a znaky akutní

intoxikace odpovídají typickým účinkům užití návykové látky. Na jejich podobu má ale vliv i velikost dávky, cesta aplikace, premorbidní osobnost, případně další přítomné tělesné či duševní onemocnění, tělesná konstituce atd.

Intoxikace bývá často komplikována souběžně se vyskytujícími zraněními, v podstatě jakýmkoli tělesným onemocněním, které s užíváním návykové látky vůbec nemusí souviset, nebo hloubkou a závažností některých příznaků – například křečemi nebo kvantitativními poruchami vědomí různého stupně až po kóma či delirium.

Vlastní akutní intoxikace se vyvíjí po užití návykové látky od nenápadných příznaků v úvodu (o intoxikaci lze mluvit již při jakýchkoli hlubších efektech látky, než na jaké je uživatel zvyklý) až k útlumu životně důležitých funkcí u některých skupin návykových látek. Ve srovnání s tímto typicky kvantitativním vývojem dochází někdy i ke změnám kvality vlastního efektu (příkladem je tzv. patologická intoxikace alkoholem).

Nejzávažnějším důsledkem intoxikace je smrt. Obecně lze říci, že většina návykových látek je schopna při předávkování smrt způsobit. Pro efektivní terapeutický přístup k intoxikacím s cílem předejít právě této nejzávažnější komplikaci je potřeba v základních rysech porozumět mechanismům, které smrt intoxikovaného způsobují. Nejčastější mechanismy úmrtí jsou následující:

1. Některé CNS tlumící látky mohou způsobit smrt v důsledku neprůchodnosti horních cest dýchacích (zapadlý jazyk či aspirovaný obsah žaludku) při ochablých obranných reflexech dýchacích cest.
2. CNS tlumící látky působí také depresi dechového centra (zástavu dýchání).
3. Některé látky působí poruchy srdečního rytmu – smrt je pak způsobena nejčastěji fibrilací komor nebo srdeční zástavou.
4. Dalším mechanismem může být snížení kontraktility srdečního svalu (např. v důsledku poškození srdečních svalových buněk).
5. Křeče při některých intoxikacích mohou vést k aspi-

¹ Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládnutí akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek.

raci do plic, k hypoxii, k hypertermii, acidóze a ve svých důsledcích k poškození ledvin a mozku.

6. Smrt může nastat i různými nehodami (včetně dopravních), ke kterým dochází v důsledku intoxikace.

První pomoc při akutních intoxikacích lze rozdělit na:
– předlékařskou – poskytnutou většinou nezdravotníkem před příchodem lékaře (základní postupy předlékařské první pomoci znázorňuje zjednodušeně *Schéma 1*),
– lékařskou – rozšířenou a náročnější na postupy (základní postupy lékařské pomoci viz *Schéma 2*).

Předlékařská první pomoc

Obecné posouzení ohrožení života

Při setkání s člověkem pravděpodobně intoxikovaným je i v předlékařské péči důležité rychle stanovit priority dalšího postupu. Každou intoxikaci je nutno považovat za naléhavý, život ohrožující stav. Současně je třeba mít na paměti, že zhoršování klinického stavu může mít velmi rychlou dynamiku. Prvním úkolem je proto bez ohledu na příčinu intoxikace udržet základní vitální funkce – oběh a dýchání. O stavu dýchání se lze přesvědčit prostým pozorováním pohybů hrudníku a břicha, o stavu oběhu vyhledáním pulsu na periferních tepnách.

Posouzení stavu vědomí

Při intoxikacích dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám vědomí, pro zvládnutí život ohrožujícího neodkladného stavu je na počátku důležité posoudit hloubku porušeného vědomí. Hloubka porušeného vědomí se pohybuje od celkové utlumenosti, přes ospalost, bezvědomí, které je možné přerušit, až po kóma. Pro stanovení hloubky kvantitativního poškození vědomí existují různé stupnice. V rámci základní předlékařské první pomoci bohatě postačí orientačně posoudit stav vědomí zhodnocením, zda pacient reaguje na oslovení, bolestivý podnět (pohybem, očním kontaktem či slovy), anebo nereaguje vůbec. Posouzení stavu vědomí je důležitým krokem pro rozhodnutí o dalším postupu – v první řadě o uložení pacienta do správné polohy. Diferenciální diagnostika je komplikovaná – porušené vědomí může mít samozřejmě mnoho různých příčin.

Důležitou částí první pomoci při intoxikaci je pokus udržet vědomí, respektive zpomalit jeho zhoršování. Nejjednodušší je mobilizovat vědomí intoxikovaného nucením k aktivnímu rozhovoru a kontaktu.

Zabezpečení životních funkcí

Uložení do správné polohy – zvolená poloha se řídí

podle stavu vědomí a stavu základních životních funkcí. Bezvědomý, spontánně dýchající, se uloží do stabilizované polohy na boku. Pacient při plném vědomí, s poruchami srdce a oběhu, se uloží na záda s horní částí těla lehce zvýšenou. Pacient s poklesem tlaku (intoxikace MDMA, dlouhé zvracení) se uloží na záda se zvýšenou polohou dolních končetin. Při zástavě životních funkcí se uloží na záda na pevnou podložku pro zahájení umělého dýchání.

První pomoc při ztrátě životních funkcí není pro intoxikace nijak specifická:

- 1) uložení do vodorovné polohy,
- 2) vyčištění prostoru úst a hltanu,
- 3) umělé dýchání,
- 4) masáž srdce,
- 5) kontrola výsledku.

Pro udržení průchodných dýchacích cest musí po základní první pomoci postačit vhodná poloha a dobrý dohled.

Zklidnění a zajištění lékařské pomoci

Uložení na klidné místo a zklidnění patří ke standardním postupům první pomoci, u intoxikovaných je tento bod o to důležitější, že mezi příznaky intoxikace patří i různé psychotické stavy (často s paranoidním myšlením) nebo impulsivní a agresivní reakce. K jejich mírnění je třeba navozovat klidnou atmosféru a raději eliminovat dráždivé stimuly z okolí. Úzkostné reakce lze tišit i klidným a podpůrným rozhovorem s ujištěním, že se intoxikovaný právě nezbláznil.

Předlékařská první pomoc končí přivoláním lékaře nebo převezněním do zdravotnického zařízení.

Lékařská první pomoc

Stabilizace, udržování a kontrola základních životních funkcí

Lékařská první pomoc navazuje tam, kde skončila první pomoc předlékařská.

V prvním kroku pokračujeme v dalším zabezpečení základních životních funkcí (udržení volných dýchacích cest intubací, zajištění žilního přístupu), případně provádíme oživování rozšířenými formami (medikamentózní a elektrické oživování, umělé dýchání s pomůckami atd.). Zavádíme monitoring základních funkcí a provádíme posouzení dalších neodkladných ohrožení.

Při alteraci vědomí se doporučuje rutinně nárazová dávka glukózy, protože při kómatu v důsledku hypoglykémie dochází rychle ke ztrátě mozkových buněk.

Zklidnění pacienta provádíme uklidňujícím a podpůrným rozhovorem, eventuálně farmakologicky – diazepam 5 – 10 mg. Ke zvládnutí případných křečí je vhodný například diazepam 5 – 10 mg.

Rozpoznání intoxikace a detailnější diferenciální diagnóza

Někdy lze diagnózu intoxikace učinit hned na počátku první pomoci. Zajištění vitálních funkcí pak může být kombinováno se specifickým postupem u intoxikací (např. podání naloxonu u opioidové intoxikace). Většinou ale rozpoznání intoxikace není jednoduché a ani zcela nezbytné pro základní zajištění životních funkcí.

Pro vlastní rozpoznání intoxikace můžeme využít několik nástrojů:

- získání anamnézy od okolí
- prohledání okolí a nalezení vlastní látky či pomůcek k jejímu užití
- klinické vyšetření – např. zápach dechu (alkohol a rozpouštědla), kůže (vpichy, záněty žil, teplota, barva), tělesná teplota, zornice (zúžení zornic – opioidy, rozšíření zornic – stimulancia, LSD, horizontální nystagmus – alkohol, barbituráty, horizontální a vertikální nystagmus – PCP), svalový tonus (např. rigidita u PCP, stimulancí), tlak a puls (hypertenze, tachykardie – stimulancia, PCP; hypotenze, bradykardie – opioidy, hypnotika, sedativa)
- stanovení hladiny alkoholu v krvi (z dechu většinou neproveditelné pro malou spolupráci), toxikologický screening (v praxi při základním zvládnutí akutní intoxikace málo uplatnitelné – časově náročné, většinou nedostupné, řada drog není v testech zahrnuta, pro zavedení neodkladné léčby postačí posoudit klinický stav)

Ve fázi rozpoznání intoxikace je důležité nejen vyloučit jiná onemocnění (epilepsie, diabetes, hypertenze, úrazy hlavy, akutní infekce), ale zvážení dalších komplikací, které se mohou vyskytovat současně s intoxikací – zejména úraz hlavy (častými znaky jsou např. porucha vědomí, zevní zranění na hlavě, krvácení z nosu a uší, zvracení, výpad paměti, nestejně zornice, nepravidelné dýchání, ochrnuté končetiny), přítomnost infekce, kombinace s dalšími látkami (kombinace významně může měnit podobu i hloubku příznaků).

Dekontaminace

Dekontaminace zde znamená zabránění dalšímu vstřebávání látky a urychlení její eliminace z organismu. Z eliminačních metod jenom uvedeme výčet nejčastějších:

- provokované zvracení
- výplach žaludku
- forsírovaná diuréza
- hemodialýza, hemoperfúze u těžkých otrav

Podání antidot

V několika případech (naloxon v případě opioidové intoxikace a flumazenil v případě intoxikace benzodiazepiny) lze u intoxikací podat antidota – látky, které ruší nebo antagonizují účinek návykových látek. Podmínkou je přesná toxikologická diagnóza.

K důležitým a dlouhodobým terapeutickým opatřením patří i prevence opakování intoxikací v budoucnosti.

Stručně popsané postupy jsou jen obecné, konkrétní zákroky v praxi vyžadují postupy speciální, které jsou dány typem látky, stavem komplikujícím kontakt s intoxikovaným a současnými somatickými či psychickými komplikacemi. Některé speciální postupy jsou uvedeny v následující kapitole.

Summary

Pre-medical and Medical First Aid in Acute Intoxication – General Issues

Acute intoxication by addictive substances is an urgent state, which – without appropriate first aid and medical treatment – may be dangerous to life. Basic first aid does not differ from first aid in other cases threatening vital functions. The chapter deals at first with the pre-medical (lay) first aid, the purpose of which is to assess danger to life and state of consciousness, to assure elementary vital functions, to calm down the intoxicated person and to call the doctor or arrange the transport to the hospital. Medical first aid

then continues in the care for elementary vital function. Decontamination (which prevents further absorption of the substance and provides its elimination from the organism) is a consequent measure. In the case of intoxication by opioids and benzodiazepines, antidota are indicated. Differential diagnosis is very important for decision making about further treatment. – Symptoms and treatment of acute intoxication by particular groups of addictive substances are presented in the following chapter, 5/6.

Key words: acute intoxication – antidota – decontamination – first aid – vital function

Schéma 1: Předlékařská první pomoc při akutní intoxikaci návykovou látkou

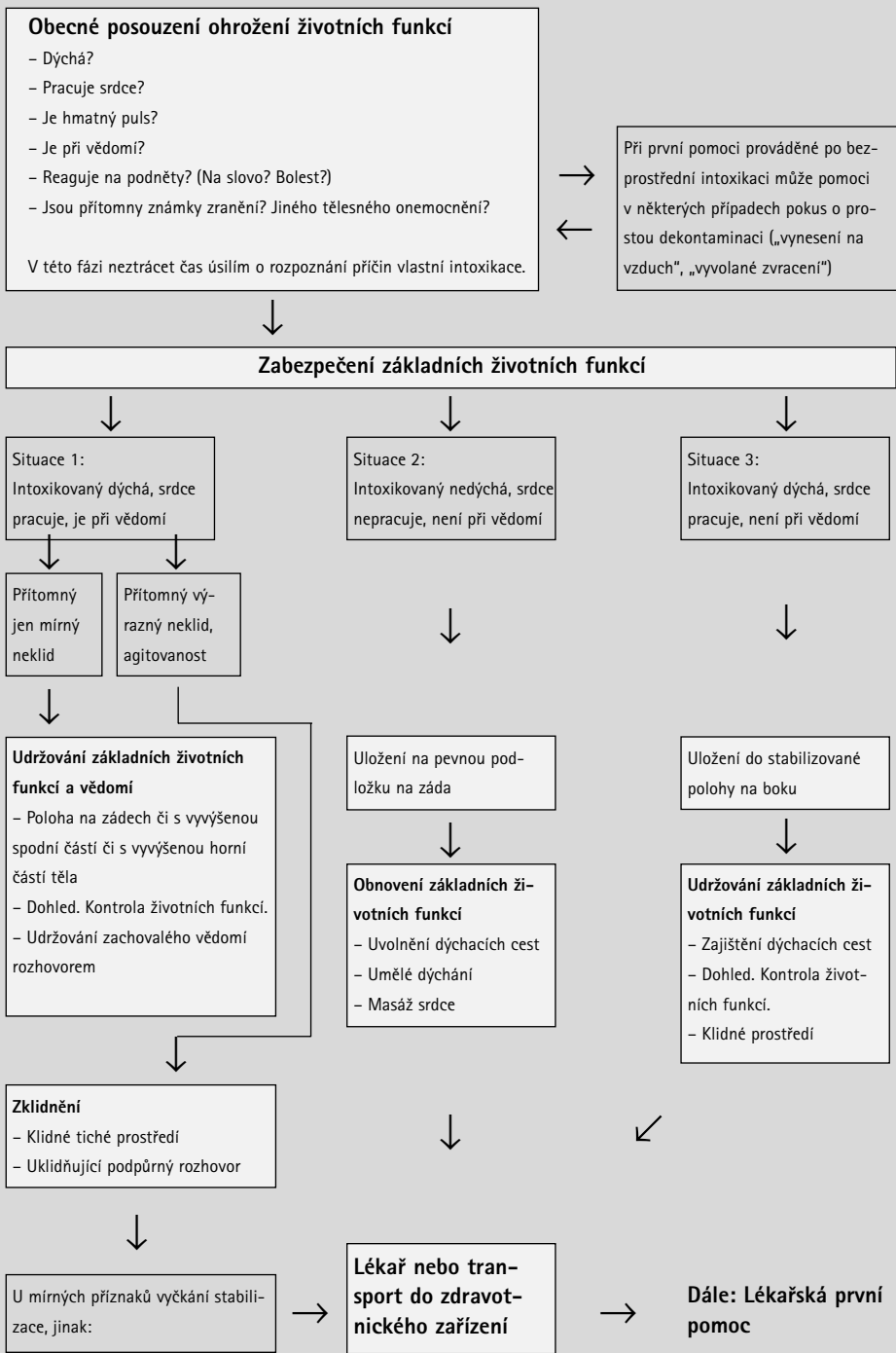
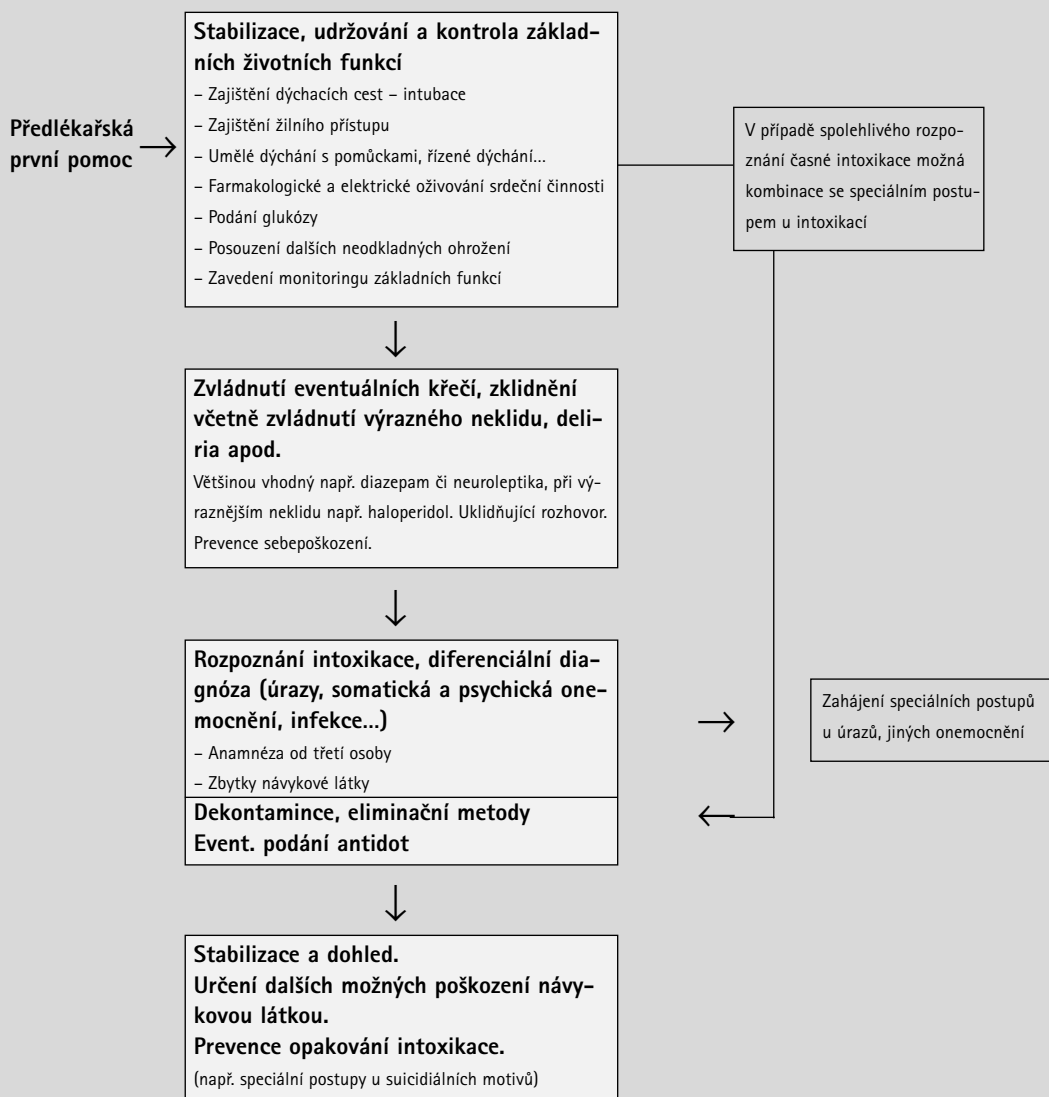


Schéma 2: Lékařská první pomoc při akutní intoxikaci návykovou látkou (v obecné podobě)



Literatura

viz seznam u kapitoly 5/6

MUDr. Jiří Dvořáček

Absolvoval I. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze v roce 1994, atestaci z psychiatrie I. stupně v roce 1997 a II. stupně v roce 2001. V letech 1994 – 1997 pracoval v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, která je zaměřena výhradně na léčbu návykových nemocí. V letech 1997–1998 jako psychiatr v Terapeutické komunitě SANANIM v Němčicích. Od roku 1998 opět pracuje v PL Červený Dvůr, od roku

1999 do současnosti jako primář. Od roku 2000 vyučuje základy psychopatologie a psychologie v Ateliéru arteterapie na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Mezi jeho odborné zájmy patří kromě závislosti neurobiologie duševních poruch.

*Kontakt: PL Červený Dvůr, Červený Dvůr 1, 381 01 Č. Krumlov, tel. 0337 / 739131
E-mail: cervenydvur@iol.cz*

Klíčová slova: akutní intoxikace – alkohol – halucinogeny – kanabinoidy – opioidy – PCP – sedativa a hypnotika – stimulancia – těkavé látky – terapie

Alkohol

Bezpochyby nejrozšířenější intoxikací návykovou látkou je prostá opilost¹ (termín „prostý“ má odlišovat běžně známou opilost od stavů komplikovaných a neobvyklých – viz dále patologická opilost). Intoxikace alkoholem je stavem, ve kterém se kombinují vesměs dobře známé znaky narušeného chování se znaky zejména neurologickými. Byť je alkoholová intoxikace porůznu popularizována, nejde o neškodný stav – může končit kómatem, depresí dechového centra, aspirací zvratků a mnoha dalšími komplikacemi.

Klinický obraz se mění s rostoucí dávkou alkoholu. Tento vývoj lze rozdělit do několika stadií, jejichž názvy již napovídají o podobě klinického obrazu:

1. Excitační, euforické stadium (odpovídá hladině přibližně 0,5 – 1,0 promile) – euforie, zvýšené sebevědomí, odstranění zábran, mnohmluvnost, zhoršení kognitivních funkcí, zhoršená sebekritičnost.
2. Hypnotické stadium (přibližně 1 – 2 promile) – prodloužení reakcí, ztráta sebekontroly, poruchy koordinace a rovnováhy, zhoršení kognitivních funkcí, podrážděnost.
3. Narkotické stadium (přibližně 2 – 3 promile) – těžká porucha koordinace, zmatenost, počínající znaky poruchy dechového a oběhového centra, studená kůže, hypotenze, hypotermie, tachykardie, povrchní a zpomalené dýchání, přechází do hlubokého spánku.
4. Asfyktické stadium (při hladině přibližně 3,5 – 5 promile) – hluboké bezvědomí až kóma, vyhasínání reflexů, cyanóza, smrt následkem centrálního selhání dýchání a oběhu.

Předcházející stadia odpovídají určitým přibližným hladinám alkoholu v krvi, nicméně na stupeň intoxikace má velký vliv stupeň tolerance, proto stanovení hladiny alkoholu nemá příliš velký praktický význam pro přístup k intoxikaci. Vlastní přístup k intoxikaci se řídí klinickým obrazem.

Tab. 1 detailněji popisuje znaky intoxikace alkoholem tak, jak je definuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10).

Dodejme tři poznámky:

– Zvláště nebezpečná a při běžném kontaktu s intoxikovaným často opomíjená je kombinace alkoholu s dalšími centrálně tlumivými látkami, zejména s benzodiazepiny či barbituráty.

– Zvláštností je v literatuře hojně popisovaná, ale relativně vzácná tzv. patologická intoxikace alkoholem. Nazývá se tak intoxikace velmi rychle se dostavující po vypití takového množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci způsobit nemělo, a s projevy netypickými pro daného jedince ve střízlivosti (vesměs nápadně vzrušenými a agresivními). Stav trvá hodiny a končí usnutím s následnou amnézií.

– Je třeba mít na paměti, že k alkoholové intoxikaci dochází také při současném jiném onemocnění – příkladem může být diabetik, který současně s uváděním se do stavu alkoholové intoxikace (někdy i více dní trvající), přestal dbát na svůj režim, dietu, eventuálně užívání léků, a závažné diabetické komplikace mohou vrcholit současně s alkoholovou intoxikací.

První pomoc: viz schéma obecné první pomoci v předcházející kapitole. Zvláštností by mohl být důraz na kontrolu volných dýchacích cest (riziko zvracení či zapadnutí jazyka). Vhodnější je provádět dohled ve více lidech – pro vyšší riziko agresivních výbojů.

Terapie: Terapie spočívá v zajištění životních funkcí, v udržování volných dýchacích cest (riziko vdechnutí zvratků), v doplnění tekutin, ve zvýšeném dohledu pro nebezpečí eventuálních komplikací (vnitřní zranění, rozvoj kómatu, neklidné chování vedoucí k úrazu či agresivitě). Větší neklid je někdy nutno tlumit např. haloperidolem či chlórdiazepoxidem. Léčba těžších intoxikací vyžaduje podpurné nebo řízené dýchání, sledování acidobazické rovnováhy, elektrolytů, tělesné teploty, infúze glukózy bez inzulínu, při křečích aplikaci benzodiazepinů i.v.

Pravidlem by mělo být stanovení glykémie a důkladné hledání stop po eventuálně přítomných zraněních.

¹ Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol. Ostatní zde uváděné drogy viz též příslušné kapitoly části 3.

Opioidy

Akutní intoxikace opioidy je jednou z mediálně nejznámějších (od zpráv o úmrtích na záchodku v metru k životopisům předčasně život končících rockových hvězd). Tyto dvě mediální polohy mohou být současně modelem dvou příčin fatálních intoxikací opioidy:

1. Část intoxikací bývá většinou náhodná – uživatel obvykle špatně odhadne svou dávku nebo užije dávku heroinu jinak koncentrovanou (uliční koncentrace může představovat 5, ale i 60 %) nebo podcení nepravdivost užívání v poslední době, během které mohlo dojít ke změně tolerance. Náhodná intoxikace může být také způsobena kombinací heroinu s jinými látkami s tlumivým efektem na CNS (mnohá psychofarmaka, antihistaminika, alkohol).

2. Někdy je ovšem intoxikace bilanční sebevraždou či sebevražedným pokusem (tzv. zlatá dávka).

Klinický obraz a stupeň intoxikace se liší podle cesty aplikace, rychlosti podání a míře tolerance při dlouhodobém užívání.

Vedoucími znaky jsou zprvu euforie následovaná apatií a obecným útlumem duševních funkcí, společně s prohlubující se poruchou vědomí, setřelou řečí, zhoršením kognitivních funkcí a zúžením zornic (miózu). S prohlubující se intoxikací se rozvíjí zrychlené, povrchnější nebo nepravdivé dýchání, postupně útlum dýchání až jeho zástava. Pro těžkou intoxikaci je typická triáda znaků: kóma, zúžené zornice, deprese dýchání (dále ale například hypotenze, hypotermie, někdy křeče apod.). Zúžení zornic bývá považováno za typický znak opioidové intoxikace, je třeba ale vědět, že u hypoxie při těžkém předávkování dochází naopak k rozšíření zornic (k mydriáze). Po podání heroinu může také dojít k těžké anafylaktické reakci, často se popisuje také plicní edém.

Detailnější znaky intoxikace podle MKN-10 uvádí Tab.2.

První pomoc: viz schéma obecné první pomoci v předcházející kapitole. Zvláštností by mohl být důraz na mobilizování vědomí intoxikovaného rozhovorem (nikoli monologem) před příchodem lékaře.

Terapie: Převoz na jednotku intenzivní péče a kontrola životních funkcí

– V případech těžké deprese dýchacího centra a oběhu aplikace opioidového antagonisty naloxonu (NARCAN, INTRENON, NALOXONE, NARCANTI) – u heroinu iniciálně 0,01 mg) kg i.v. (resp. 0,4 – 0,8 mg) ve stoupajících dávkách po 5 – 15 minutách až do vymizení pří-

znaků, dále dávka 0,4 mg/hod i.v. až do celkových 10 mg. Některé jiné opioidy (např. buprenorfin) vyžadují vyšší dávky naloxonu. Efekt by měl být rychlý, maximálně do několika minut. Aplikace naloxonu musí být prováděna opatrně, naloxon obvykle vyvolá u závislých odvykací příznaky. Cílem terapie naloxonem je obnovit dýchací funkce.

– Je třeba mít na paměti, že naloxon má kratší poločas, jeho efekt trvá do 4 hodin, takže při předávkování opioidem s dlouhým biologickým poločasem či při současném předávkování jinou látkou s delším biologickým poločasem (př. benzodiazepinem), může člověk po naloxonu krátce procitnout z předávkování opioidem a poté znovu upadnout do kómatu. Z těchto důvodů by měl být pacient hospitalizován a minimálně 1 – 2 dny zvýšeně kontrolován.

– Eliminační metody se nepoužívají pro velký distribuční objem opioidů.

Kanabinoidy

Vážnost intoxikace kanabinoidy bývá většinou podceňována a mírné stupně intoxikace naopak uživatelé vyhledávají (stejně jako např. u halucinogenů). Závažnost příznaků z hlediska ohrožení života je skutečně menší než u jiných skupin návykových látek a intoxikace většinou nevyžadují speciální lékařské postupy. Účinky kanabinoidů mohou být však nestabilní a intoxikace může nabývat nepříjemných klinických obrazů.

Klinický obraz: v závislosti na dávce dominují v klinickém obrazu intoxikace účinky THC stimulační, sedativní nebo halucinogenní. Vedoucím znakem jsou různé typy poruch vnímání. Kanabisová intoxikace zvyšuje senzitivitu uživatele k vnějším stimulům. Právě tyto percepční změny bývají uživatelé pozitivně oceňovány. Ve vyšších dávkách dochází k depersonalizaci a derealizaci a k narušení motorických dovedností, k poruchám vnímání typu halucinací, někdy k paranoidnímu myšlení, může vzniknout mírné delirium či dojít k úzkostným až panickým reakcím (bad trips).

Tab. 3 ukazuje základní znaky intoxikace kanabinoidy podle MKN-10.

První pomoc: Ve většině případů postačí uklidnění prostředím a podpurným rozhovorem (včetně ujištění, že se intoxikovaný právě nezbláznil, ale že příznaky přejdou s vyloučením drogy z těla), umožnění „vypovídání se“. Dohled, prevence před poškozením sebe nebo jiných v důsledku změněného chování.

Terapie: Terapie je symptomatická, farmakologická léčba většinou není potřeba. Eliminační metody nejsou

většinou nutné, ani vhodné (pro velký distribuční objem THC).

Sedativa a hypnotika

Intoxikace sedativy a hypnotiky se vyskytují nejčastěji u sebevražedných pokusů. Vedoucím příznakem jsou poruchy vědomí různé hloubky, intoxikace mohou končit fatálně, smrt může nastat selháním periferní cirkulace, útlumem dechu a u krátkodobě působících barbiturátů plicním edémem.

Klinický obraz: Skupina sdružuje různé látky, známky intoxikace jsou u jednotlivých látek skupiny podobné (viz Tab. 4), nicméně u nižších dávek jsou zaznamatelné drobné rozdíly. Benzodiazepiny v nižších dávkách vyvolávají méně euforii než barbituráty, vyvolávají odbrzdění zábran (dezinhibici), někdy s hostilním a agresivním chováním, zvláště v kombinaci s alkoholem. Intoxikace nižšími dávkami barbiturátů se více podobá intoxikaci alkoholové (s důležitým znakem nepřítomnosti alkoholu v dechu). Čisté intoxikace benzodiazepiny probíhají málokdy fatálně, benzodiazepiny relativně méně tlumí dechové centrum, jejich předávkování je méně nebezpečné než například barbituráty. Ovšem v kombinaci s jinými CNS tlumícími látkami (např. alkoholem) mohou i relativně malé dávky způsobit smrt. Nebezpečnější jsou barbituráty právě pro silnou depresi dýchacího centra. Pro předávkování benzodiazepiny je typická ospalost, letargie, zmatenost a mírný útlum vitálních funkcí. Pro předávkování barbituráty je charakteristická kóma, zástava dýchání, kardiovaskulární selhání a smrt. V posledních letech význam barbiturátů mezi intoxikacemi klesá.

První pomoc: viz obecné schéma v předcházející kapitole.

Terapie: Zajištění dýchacích cest, eventuálně podpůrné či řízené dýchání. Péče o základní životní funkce. Monitorování životních funkcí a vnitřního prostředí. Kontrola diurézy. Mohou být efektivní eliminační metody: vyvolání zvracení, výplach žaludku, užití projímadla, v lehčích případech forsírovaná diuréza s alkalizací moče, v těžších hemodialýza či hemoperfúze.

U pacientů v kómatu je možné podat antidotum flumazenil (ANEXATE, ROMAZICON) – intravenózně od úvodní dávky 0,1 – 0,2 mg až po maximum 3 mg. U závislých na benzodiazepinech může vyvolat odvykací stav s křečemi, proto by měl být podáván velmi opatrně. K prevenci bronchopneumonie u dlouhodobého bezvědomí antibiotika.

Kokain, pervitin a další stimulanty

Klinický obraz: Příznaky intoxikace kokainem a pervitinem jsou podobné. Podle stupně intoxikace v klinickém obraze nejprve dominuje stimulační efekt, s vyšším stupněm přibývají poruchy vnímání typu iluzí a halucinací (zejména vizuální a taktilní), paranoidně laděné myšlení až bludy, někdy ústící v epizody násilného chování. Intoxikace vysokými dávkami (pravděpodobněji u chronických uživatelů) může probíhat pod obrazem deliria. Znaky intoxikace stimulanty (včetně kokainu) podle MKN 10 ukazuje Tab. 5. Příznaky intoxikace většinou přecházejí do 2 dnů, psychotické komplikace trvají déle.

Nápadné jsou tělesné znaky intoxikace, zejména srdečně cévní a neurologické. V kritické fázi intoxikace může dojít k hyperpyrexii, šoku a křečím. Ke smrti dochází často poškozením srdečního svalu (infarkty, arytmie) v důsledku přímého toxického efektu stimulantů.

První pomoc: viz obecné schéma první pomoci. Zvláštností mohou být komplikace při poskytování první pomoci způsobené výrazným neklidem a paranoidně zaměřeným myšlením intoxikovaného. Navázání kontaktu může být velmi obtížné a možnosti předlékařské první pomoci se tak snižují.

Terapie: Léčba je symptomatická, zaměřená zejména na ztišení zvýšené dráždivosti a hyperaktivity nervového systému. Neklid a agitovanost vyžadují omezení, utlumení benzodiazepiny či nízkými dávkami neuroleptik (jsou však riziková pro kardiotoxicitu). Některé somatické příznaky (tachykardie, hypertenze) mohou být léčeny betablokatory nebo blokatory kalciových kanálů. Acidifikace (okyselení) moči eliminaci stimulantů z těla urychluje. Křeče mohou probíhat pod obrazem status epilepticus a stejně tak léčeny. Mezi další možná opatření patří: ochlazení, monitorování srdeční činnosti, někdy je nutná korekce arytmií. Laboratorní vyšetření se doplňují o stanovení sérové kreatininkinázy a myoglobinu v moči.

Halucinogeny

Klinický obraz: Intoxikace halucinogeny jsou barvitě popisovány v beletrii a pro příznaky mírného a středního stupně jsou vyhledávány. Jako nežádoucí jsou pak vnímány až těžší stupně intoxikací nebo některé klinické obrazy (panické ataky – bad trips). Intoxikace halucinogeny je charakterizovaná kombinací maladaptivního chování, poruch vnímání různé úrovně (iluze, halucinace – na rozdíl od typické schizofrenní ataky zde dominují spíše poruchy vizuální percepce), značné emoční lability a některých somatických znaků (tachy-

kardie, zvýšený krevní tlak, zvýšená teplota, rozšířené zornice aj.). Ve vyšších dávkách se mohou vyskytovat pestré a různě ucelené akutní psychotické syndromy (např. delirantní stav s agitovaností, halucinacemi, desorientací, někdy s bludy. *Tab. 6* ukazuje znaky intoxikace halucinogeny podle MKN-10.

Odlišení intoxikace halucinogeny, některými amfetaminy, PCP a odvykacího stavu po odnětí alkoholu či benzodiazepinů může být komplikované.

První pomoc: většinou vystačíme s uklidňujícím kontaktem a rozhovorem s intoxikovaným, s umožněním „vypovídání se“, s ujištěním, že se nezbláznil, ale že příznaky odezní s eliminací drogy z těla. Uklidňující a méně dráždivé prostředí. Dohled, prevence druhotných poškození při neklidném průběhu. Základní znaky většinou odezní u většiny halucinogenů do 1 dne.

Terapie: spočívá v observaci, uklidňujícím a podpůrném kontaktu s pacientem. I „bad trip“ při prevenci druhotných poškození směřuje ke stabilizaci většinou bez speciální terapie. Při velké úzkosti možné podat benzodiazepiny, v případě těžší psychotické symptomatiky aplikovat incizivní neuroleptika (haloperidol).

Fencyklidin, PCP

Klinický obraz: PCP se někdy vyděluje od halucinogenů pro četné zvláštnosti, jednou z nich je klinický obraz intoxikace. Nápadným znakem předávkování PCP je hostilita. Může vyvolat paranoidní syndrom a nepředvídatelné poruchy chování spojené s útočností. Někdy se příznaky mohou podobat akutní schizofrenii atace (podání PCP proto také bylo považováno za model schizofrenie) – pomocným znakem pro odlišení může být přítomnost horizontálního a vertikálního nystagmu u intoxikace PCP. Většina pacientů se kompenzuje do 2 dní, u některých však přetrvává psychotická porucha i několik týdnů. Psychotické epizodě nejčastěji pod obrazem deliria může předcházet kóma nebo na něj nasedat. Smrt může nastat pro hypertermii, status epilepticus nebo hypertenzní krizi. Viz dále *Tab. 7* ukazující znaky intoxikace PCP podle americké klasifikace DSM-IV.

Komplikací může být, že PCP bývá často samotnými dealery vydáváno za jinou psychoaktivní látku a samotný intoxikovaný či jeho okolí mohou tak poskytovat zavádějící informaci o příčině intoxikace. Často zaměňováno bývá zejména s LSD. (V literatuře se někdy doporučuje jednoduchý test – vyšetřující nastaví dlaň a požaduje vyjmenovat všechny na dlani viditelné barvy. Intoxikovaný LSD typicky začne popisovat různé

i nepravděpodobné barvy, intoxikovaný PCP bude mlčet či na ruku zaútočí. LSD také působí mydriázu, PCP miózu.)

První pomoc: viz obecná schéma v předcházející kapitole. Zvláštností je důraz na možnost hostilních a agresivních výbuchů.

Terapie: Průběh a prognóza jsou komplikovanější než u jiných halucinogenů. Terapie je symptomatická, zejména udržování vitálních funkcí. Důležitá je prevence škod v důsledku hostility a porušeného úsudku pacienta. Vyřazení okolních stimulů. Acidifikace moče a výplach žaludku mohou zkrátit trvání intoxikace ze 3 dnů na 1. K mírnění chování v intoxikaci lze použít haloperidol, u neklidu diazepam.

Těkavé látky

Intoxikace způsobená těkavými látkami se liší podle způsobu aplikace (perorální požití, aspirace, inhalace). V kontextu návykových nemocí nás nejvíce zajímá inhalace. Vysoká rozpustnost v tucích a rychlý přechod přes hematoencefalickou bariéru vytváří rychlý nástup efektu. Podobá se intoxikaci alkoholem, ale je kratší euforická fáze, rychlejší upadání do bezvědomí. Smrt může nastat útlumem dýchacího centra nebo maligní srdeční arytmií. Vedoucími příznaky jsou apatie, obecný útlum duševních funkcí, ovšem s možností impulzivního a agresivního jednání. Diagnózu může usnadnit znalost anamnézy, neobvyklý pach dechu, zarudnutí kolem úst a nosu nebo podráždění očí a dýchacích cest. Při vysokých dávkách může dojít k deliriu (příčinou může ovšem být i hypoxie způsobená vlastní metodou inhalace). Těkavé látky působí poměrně rozsáhlá orgánová poškození.

První pomoc: viz obecné schéma v předcházející kapitole. Prospěje čerstvý vzduch.

Terapie: Nekomplikovaná středně těžká intoxikace většinou nevyžaduje lékařskou pomoc. Kóma, bronchospasmus, laryngospasmus, arytmie, traumata a poleptání speciální pomoc samozřejmě vyžadují. Základem je symptomatická terapie s podporou vitálních funkcí, dohled, přísun tekutin. V úvahu může přicházet i forsirovaná diuréza. Při zvládnutí deliria neuroleptika. Benzodiazepiny ke zklidnění se nedoporučují pro možnost dalšího útlumu dýchacího centra.

Acute intoxication by addictive substances is an urgent state, which – without appropriate first aid and medical treatment – may be dangerous to life. The same author presents the general issues of the pre-medical (lay) first aid and medical first aid in the previous chapter, 5/5. Intoxication by addictive substances of different groups, however, shows different symptoms that require special therapeutic approaches.

This chapter deals with clinical symptoms and treatment of acute intoxication in the categories of addictive substances according to ICN-10: alcohol, opioids, cannabis drugs, analgesics, hypnotics and tranquillisers, stimulants, hallucinogens and volatile substances; separately, special attention is paid to Phencyclidine (PCP).

Key words: acute intoxication – alcohol – analgesics, hypnotics and tranquillisers – cannabis drugs – hallucinogens – phencyclidine – opioids – therapy

Tab. 1: *Znaky intoxikace alkoholem*

| Znaky intoxikace alkoholem (podle MKN 10) | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – dezinhibice chování – hádavost – agrese – labilita nálady – zhoršená pozornost – zhoršený úsudek – narušení osobních činností | <ul style="list-style-type: none"> – kolísavá chůze – špatná rovnováha – setřelá řeč – nystagmus – porucha vědomí – zarudlý obličej – zarudlé spojivky |

Tab. 2: *Znaky intoxikace opioidy*

| Znaky intoxikace opioidy (podle MKN 10) | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – dezinhibice chování – apatie – psychomotorický útlum – zhoršená pozornost – zhoršený úsudek – narušení osobních činností | <ul style="list-style-type: none"> – setřelá řeč – ospalost – porucha vědomí (somnia, sopor, kóma) – zúžené zornice (výjimku představuje anoxie při těžkém předávkování) |

Tab. 3: *Znaky intoxikace kanabinoidy*

| Znaky intoxikace kanabinoidy (podle MKN 10) | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Dezinhibice chování a euforie – úzkost nebo agitovanost – podezíravost nebo paranoidní představy – pocit zpomalení času – zhoršená pozornost – zhoršený úsudek – prodloužený reakční čas – sluchové, zrakové nebo hmatové iluze | <ul style="list-style-type: none"> – halucinace se zachovanou orientací – depersonalizace – derealizace – narušení osobních činností – zvýšená chuť k jídlu – suchost v ústech – zarudlé spojivky – tachykardie |

Tab. 4: *Znaky intoxikace sedativy a hypnotiky*

| Znaky intoxikace sedativy a hypnotiky (podle MKN 10) | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - dezinhibice chování a euforie - apatie a útlum - agrese nebo hrubost - labilita nálady - zhoršená pozornost - anterográdní amnézie - zhoršení psychomotorického výkonu | <ul style="list-style-type: none"> - narušení osobních činností - nejistý krok - špatná rovnováha - setřelá řeč - nystagmus - porucha vědomí - erytematózní kožní záněty nebo puchýře |

Tab. 5: *Znaky intoxikace kokainem a jinými stimulanty*

| Znaky intoxikace kokainem (stimulanty) (podle MKN 10) | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - euforie a pocit zvýšené energie - zvýšená bdělost - velikášské přesvědčení nebo jednání - hrubost nebo agrese - labilita nálady - hádavost - opakované stereotypní chování - sluchové, zrakové nebo hmatové iluze - halucinace, obvykle se zachovanou orientací - paranoidní představy - narušení osobních činností | <ul style="list-style-type: none"> - tachykardie (někdy bradykardie) - srdeční arytmie - hypertenze (někdy hypotenze) - pocení a zimomřivost - nauzea nebo zvracení - prokázaný úbytek na váze - rozšíření zornic - psychomotorická agitovanost (někdy útlum) - svalová slabost - bolest na hrudi - křeče |

Tab. 6: *Znaky intoxikace halucinogeny*

| Znaky intoxikace halucinogeny (podle MKN 10) | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - úzkost a obavy - sluchové, zrakové nebo hmatové iluze nebo halucinace při plném vědomí a bdělosti - depersonalizace - derealizace - paranoidní představy - vztahovačnost - labilita nálady - hyperaktivita | <ul style="list-style-type: none"> - impulzivní jednání - zhoršená pozornost - narušení osobních činností - tachykardie - palpitace - pocení a zimomřivost - třes - rozmazané vidění - rozšíření zornic - poruchy koordinace |

Tab. 7: *Znaky intoxikace PCP*

| Znaky intoxikace PCP (podle DSM IV) | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - útočnost a impulzivita - nepředvídatelné reakce - podezřívavost nebo paranoidní představy - psychomotorická agitovanost - zhoršený úsudek - narušení osobních činností | <ul style="list-style-type: none"> - vertikální nebo horizontální nystagmus - snížení citlivosti na bolest - ataxie - dysartrie - svalová ztuhlost - křeče nebo kóma - hyperakuzis |

Tab. 8: *Znaky intoxikace těkavými látkami*

| Znaky intoxikace těkavými látkami (podle MKN 10) | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - apatie a letargie - hádavost - hrubost a agrese - labilita nálady - zhoršená pozornost a paměť - zhoršený úsudek - psychomotorická retardace | <ul style="list-style-type: none"> - narušení osobních činností - nejistý krok - špatná rovnováha - setřelá řeč - nystagmus - porucha vědomí - svalová slabost - rozmazané nebo dvojité vidění |

Literatura ke kapitolám 5/5 a 5/6

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
- Becker C. E., Olson K. R.: Léčba intoxikací. In: Katzung B. G. et al.: Základní a klinická farmakologie, Český překlad str. 895 – 907. Nakladatelství H&H, Jenišovice, 1994
- Cikrt M.: Akutní otravy. In: Klener P. et al.: Vnitřní lékařství, str. 863 – 880. Galén, Praha, 1999
- Greenfield S. F.: Psychoactive substance use disorders. In: Gelenberg A. J., Bassuk E. L.: The practitioner's guide to psychoactive drugs. 4th ed., str. 291 – 367. Plenum Publishing Corporation, New York, 1997
- Haddad L. M.: Acute poisoning. In: Bennet J. C., Plum F. et al.: Cecil textbook of medicine. 20th ed., str. 503 – 511. W. B. Saunders company, Philadelphia, 1996
- Hykeš P.: Akutní a chronické otravy. In: Kordač V. et al.: Vnitřní lékařství III. díl, str. 485 – 521. 2. vydání. Avicenum, Praha, 1989
- Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed., str. 375 – 455. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1998
- Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1994
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum, Praha, 1996
- Müller S.: Memorix – neodkladné stavy v medicíně (český překlad). Scientia medica, Praha, 1992
- Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha, 1996
- Winger G., Hofmann F. G., Woods J. H.: A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects. 3rd ed. Oxford University Press, New York, 1992

Klíčová slova: detoxifikace – farmakoterapie – kategorie návykových látek – odvykací syndrom

Úvod

Jedním ze základních znaků závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky¹. Do značné míry uměle a vesměs z edukativních důvodů se znaky odvykacího stavu dělí na tělesné a duševní. Odvykací stav tělesný je pak nepřesně chápán jako stav závažnější (toto pojetí vychází ze stále přetrvávající představy o oddělenosti „těla“ a „duše“). U různých skupin návykových látek bývá odvykací stav vyjádřen podle míry závažnosti². U některých látek (například u kanabinoidů, viz dále) se většinou nevyskytuje v zaznamatelné formě, nicméně je nutno připustit, že se jednotliví uživatelé mohou individuálně lišit a látka běžně odvykací stav nevyvolávající může u daného jedince tento stav vyvolat.

Odvykací stav není jen projevem či důsledkem závislosti, ale současně je jedním z momentů uplatňujícím se v genezi závislosti – návyková látka se neužívá jen pro její euforické, stimulační či zklidňující účinky (pozitivní posilování), ale i proto, aby se uživatel naopak vyhnul nepříjemným stavům, kterými odvykací stavy jsou (negativní posilování).

Zvládnání odvykacích stavů věnujeme pozornost zejména ze dvou důvodů:

1. odvykací stav bývá první potíží, se kterou se při zahájení delšího terapeutického programu setkáme, a jeho zvládnutí se současným udržením pacienta v terapii je nezbytným prvním krokem další terapie,
2. odvykací stav může být životu nebezpečný, může být komplikován nejčastěji křečemi nebo deliriem.

Proces zvládnání odvykacího stavu se nazývá detoxifikace³. Probíhá buď během hospitalizace pacienta⁴ nebo ambulantní formou – při pravidelném denním docházení pacienta do ambulance podle dohodnutého plánu. Zvládnáním odvykacího stavu se většinou myslí zvládnání jeho akutní fáze s nejnápadnějšími znaky, během dalších týdnů či měsíců lze však zaznamenat

znaky chronické (většinou speciální léčbu nevyžadující) jako je úzkost, nespavost, nechutenství, touha užít látku a vegetativní dysfunkce různého typu.

Přístupy a metody používané při detoxifikaci

Základní uspořádání detoxifikačních programů se v jednotlivých zařízeních může lišit, v každém se však v různé míře kombinují následující přístupy:

1. Zdravotnický přístup (ošetřovatelská péče, farmakoterapie, laboratorní vyšetření apod.) – jsou zaměřeny zejména na zmírnění odvykacích znaků a příznaků, na zabránění rozvoje dalších komplikací, na provedení základního vyšetření a v neposlední řadě na případné zahájení terapie jiných souběžných zdravotních potíží.
2. Psychoterapeutický přístup – je zaměřen na navázání terapeutického vztahu a současně na podporu motivace k pokračování terapeutického programu i po odeznění nejtěžších odvykacích příznaků.
3. Přístup sociální práce – tyto postupy jsou zaměřeny jednak na řešení nejnaléhavějších sociálních potíží v důsledku destabilizace situace pacienta těsně před nástupem terapie a jednak na dojednání pokračující léčebné péče po detoxifikaci.

Jako součást psychoterapeutických postupů lze chápat i některé režimové prvky zařazené do detoxifikačního programu. Mohou pomoci strukturovat průběh dne a současně mobilizovat pacienta k nějaké aktivitě. Oba momenty mohou odvracet pozornost od soustředění se na míru vlastních potíží, na drogovou tematiku („toxické řeči“) a v konečném důsledku tak snižovat potřebu medikace či délku detoxifikace.

Metody užívané u jednotlivých skupin návykových látek budou probrány v následujících oddílech.

Alkohol

Odvykací stav po odnětí alkoholu může být velmi vážný a život ohrožující⁵.

¹ Viz Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

² Viz též Fišerová, kapitola 2/4, Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty; Nešpor, kapitola 2/5, Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty.

³ Podle Glosáře (2001) detoxifikace je „léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození.“ Oproti tomu detoxikace je postup, jehož smyslem je pouze zbavit organismus návykové látky nebo jiné toxické látky. Obecnými a speciálními postupy detoxikace se zabývají kapitoly 5/5 a 5/6.

⁴ Viz Nešpor, kapitola 8/6, Detoxifikační jednotky.

⁵ Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol. Ostatní zde uváděné drogy viz též příslušné kapitoly části 3. Farmakoterapie viz též Bayer, kapitola 6/1, Farmakoterapie návykových poruch.

Začíná obvykle několik hodin po ukončení pití, obvykle vrcholí druhý den abstinence a odeznívá do 5 dní. Prvními známkami je třes (zaznamenatelný nejlépe na jazyku, očních víčkách a roztažených prstech ruky), pocení, zrychlená činnost srdce, svalové napětí a úzkost. Horší průběh bývá při vyčerpání, předcházející nedostatečné výživě či tělesném onemocnění (tedy u stavů, které se u závislých na alkoholu vyskytují velmi často). Většina pacientů zakouší pouze mírné či středně těžké odvykací stavy. Asi u 3 – 5 % pacientů se rozvinou křeče nebo delirium. Křeče jsou generalizované a tonicko-klonické (kombinace svalového napětí a ztuhlosti se záškuby). Je třeba mít na paměti, že příčin křečí může být u závislých na alkoholu více (např. úraz hlavy, infekce CNS, hypoglykémie aj.) Přehled znaků viz *Tab. 1, sloupec 1.*

Nejvážnější formou odvykacího stavu po odnětí alkoholu je delirium, v tomto případě speciálně nazývané delirium tremens pro charakteristický výskyt nápadného třesu.

Základními znaky jsou narušené vědomí ve své kvalitě, s projevy zmatenosti a dezorientace, dále agitovanost a poruchy vnímání (vizuální, hmatové, sluchové nebo čichové halucinace, typické jsou halucinace hmyzu nebo drobných živočichů – mikrozoopsie). Objevují se bludy a některé tělesné znaky jako je horečka, zvýšené pocení, zrychlená činnost srdce – tachykardie, hypertenze, zrychlené dýchání. Delirium může probíhat s epizodami výrazného neklidu, pacienti mohou být nebezpeční sobě i ostatním. Úmrtnost na neléčené delirium se uvádí mezi 1 a 20 %. Typicky se vyskytuje kolem 3. dne abstinence, u pacientů kolem 35 a 40 let (po 5. až 15. letech kariéry těžkého pití).

Současně s deliriem se vyskytují poruchy jater, poranění hlavy, hypoglykémie, poruchy vnitřního prostředí.

Mírné nekomplikované odvykací příznaky i bez léčby většinou přejdou do 3. – 4. dnů. Významnější příznaky anebo příznaky u lidí, u kterých lze předpokládat rozvoj komplikací v podobě např. deliria či křečí, a příznaky u lidí v horším zdravotním stavu, vyžadují důkladnější přístup. Na místě je uklidnění pacienta, klid, zvýšený dohled, podávání tekutin a monitorování vitálních funkcí, dále léčba poruch vnitřního prostředí a somatických nemocí. Doporučují se vitaminy. U křečí jsou vhodné benzodiazepiny.

Nejkomplikovanější je terapie deliria, vyžadující komplexnější péči psychiatra a internisty. Nejlepším způsobem zvládnutí deliria je jeho prevence – u lidí s dlouho-

letou kariérou závislosti a zvláště po větším tahu (např. s pitím 1 l tvrdého alkoholu denně po dobu např. 2 týdnů) či u lidí s deliriem v anamnéze lze riziko rozvoje deliria očekávat a raději dříve zahájit terapii např. clo-methiazolem (Heminevrin). Častou chybou při léčení Heminevrinem je jeho poddávkování – nízké dávky jsou v prevenci deliria neúčinné. Předávkování může být však nebezpečné. Jakmile se rozvine vlastní delirium, léky jeho průběh už příliš neovlivní. Při vlastním deliriu je lépe se vyhnout neuroleptikům pro snížení prahu pro vznik křečí (při některých dramatických psychotických znacích ovšem mohou být jednorázově nezbytné). Někdy je nutná imobilizace. Uklidňující podpůrný rozhovor je samozřejmostí.

Opiáty a opioidy

Odykací stav po odnětí opiátů a opioidů vypadá často dramaticky, částečně právě proto představuje u veřejnosti pravděpodobně nejznámější projev závislosti. Vzhledem k tomu, že při odvykacím stavu po odnětí opioidů pacient silně touží po užití své drogy, znaky a příznaky jsou často pacientem přehrávány ve snaze získat silnější dávky léčiv. Přes možnou dramatickou podobu a někdy výrazné subjektivní stesky by odvykací stav neměl představovat akutní ohrožení života.

Klinické příznaky jsou často přirovnávány podobou i závažností k chřipce. Vedle účelových příznaků (závislých samozřejmě na přítomnosti pozorovatele – zdravotní sestry či lékaře), se u odvykacího stavu vyskytují znaky nepředstíratelné jako je například rozšíření zornic či husí kůže. Opiáty a opioidy s delším biologickým poločasem vyvolávají delší a mírnější odvykací stav, opioidy s kratším poločasem krátký odvykací stav, ale se silnějšími příznaky. Odykací stav po odnětí heroínu a morfinu začíná přibližně po 6. – 8. hodinách po poslední dávce, vrcholu dosahuje 2. a 3. den a trvá přibližně 7 – 10 dní. Metadonový začíná 1 – 3 dny od poslední dávky a trvá 1 – 3 týdny. Někdy se popisují chronické odvykací symptomy přetrvávající několik týdnů. Znaky a příznaky odvykacího stavu po odnětí opiátů a opioidů ukazuje *Tab. 1, sloupec 2.*

Důležitá poznámka: uživatelé heroínu často kombinují heroin s benzodiazepiny, které ovšem nepovažují za skutečnou drogu, a jejich užití opomíjejí sami zmínit – při detoxifikaci soustředěně pouze na heroin může pak dojít ke zbytečným komplikacím, neboť odvykací stav po odnětí benzodiazepinů je z hlediska ohrožení životních funkcí nebezpečnější.

Smyslem detoxifikace je učinit odvykací stav lépe zvládnutelný (nikoli nutně potlačit všechny jeho při-

znaky) a zahájit posilování motivace k dlouhodobější léčbě. Existuje mnoho způsobů a schémat detoxifikace, od dlouhodobých (např. některá vícetýdenní schémata metadonové detoxifikace), přes střednědobé až po ultrakrátké detoxifikace (např. detoxifikace kombinací klonidinu a naltrexonu). Zde se omezíme jen na výčet několika způsobů nejstandardnějších (populární kulturní zvláštnosti, jejichž příkladem mohou být některé asijské klášterní metody, pomineme).

1) Detoxifikace metadonem

Dávky metadonu kolem 10 – 40 mg denně jsou schopny zabránit rozvoji odvykacího stavu po odnětí jiných opioidů. Užívání metadonu má několik výhod: metadon se podává ústy, je možné se tak vyhnout některým komplikacím spojeným s intravenózní aplikací. Metadon má delší biologický poločas, postačí ho podávat jednou denně. Neprodukuje tak silnou euforii jako např. heroin. Existuje několik schémat metadonové detoxifikace, nejběžnější trvá během hospitalizace přibližně 10 dní a spočívá v následujícím postupu: po zaznamenání objektivních známek odvykacího stavu se během prvního dne v opakovaných dávkách podává takové množství metadonu, které už zastaví odvykací stav (jedno ze schémat: začít 15 až 20 mg a každých 6 hodin opakovat až do vymizení odvykacích symptomů), druhý den se podá stejné množství metadonu rozdělené do dvou dávek, od dalšího dne se snižuje rychlostí 5 mg na den. Ambulantní detoxifikace trvá přibližně 3 týdny a je zatížena větším procentem nedokončení programu.

2) Detoxifikace clonidinem

Clonidin je neopioidová látka, původně zavedená na léčbu vysokého tlaku, která odstraňuje některé příznaky z odnětí drogy. Detoxifikace se zahajuje dávkou 0,1 – 0,3 mg na den každých 6 – 8 hodin do maximální dávky 2 mg) den. Nevýhodou jsou zejména některé vedlejší účinky jako je silná hypotenze a útlum. Příbuznou látkou (také agonista alfa-2 adrenergních receptorů), která se v některých zemích používá k mírnění odvykacího stavu je lofexidin (má menší hypotenzivní efekt a způsobuje menší útlum). Clonidin umožňuje rychlejší průběh detoxifikace.

Detoxifikace kombinací clonidinu s *naltrexonem* reprezentuje jednu z podob ultrarychlé detoxifikace.

3) Detoxifikace buprenorfinem

Představuje u nás nejčastější současnou podobu detoxifikace opioidového odvykacího stavu. Buprenorfin (Subutex, Temgesic) je dostupný v sublinguálních tabletách nebo v intramuskulárních injekcích. Existuje ně-

kolik v podstatě podobných postupů: podávání 3 – 4 dny ve 2. – 3. denních dávkách v průměrné denní dávce 2 – 4 mg, s náhlým ukončením či se sestupnými dávkami, někdy s pokračováním symptomatické léčby (např. diazepam, spasmolytikum, jejich kombinace aj.)

4) Symptomatická detoxifikace

Detoxifikace kombinací diazepam + betablokátor + spasmolytikum (např. algifen) představuje další u nás častý způsob detoxifikace v případech, kdy z různých důvodů nechceme dále užívat opioidy, zřídka tento způsob detoxifikace pacient sám upřednostňuje. Jde o detoxifikaci symptomatickou, každá z trojice látek mírní jeden okruh odvykacích symptomů. Vlastní schémata dávkování se liší podle jednotlivých zařízení a vesměs se nastavují podle konkrétního případu.

5) Detoxifikace bez medikace – tzv. „suchá cesta“

V současnosti vcelku málo častý způsob detoxifikace, který vychází z přesvědčení (pravděpodobně neopodstatněného), že vzpomínka na prožitek nepřijemného odvykacího stavu bez medikace zabrání relapsu. Rizikem tohoto způsobu je zejména menší pravděpodobnost dokončení detoxifikace a horší výchozí pozice pro navázání terapeutického vztahu. Tento způsob detoxifikace lze také nazývat podle nápadného znaku zjevení chloupků na těle – „cold turkey“ (husí kůže) .

Sedativa a hypnotika

Odvykací stav po odnětí benzodiazepinů a barbiturátů je velmi podobný a připomíná také alkoholový odvykací stav.

Benzodiazepiny

Odvykací stav po odnětí benzodiazepinů se může vyskytovat již po relativně kratším užívání menších, často terapeutických dávek. Odlišení odvykacího stavu po terapeutických dávkách od stavu po odnětí dávek vyšších má praktický význam pro způsob detoxifikace. V případě odvykacího stavu po odnětí terapeutických dávek je někdy komplikované rozlišit:

- 1) které příznaky jsou návratem původních symptomů, pro které byla léčba započata (řadí se sem nejčastěji úzkostné symptomy, které se znovuobjevily ve stejné nebo menší tíži než před vlastní terapií),
- 2) které příznaky patří k tzv. rebound fenoménu (přechodné zhoršení původních symptomů, pro které léčba započala),
- 3) které příznaky jsou nové v rámci odvykacího stavu.

Odvykací stav začíná typicky 2. a 3. den po odnětí střednědobých benzodiazepinů, u dlouhodobě působících benzodiazepinů může nastupovat až 5. – 6. dne.

Jednotlivé příznaky ukazuje *Tab. 1* ve sloupci 3. Většinou má odvykací stav podobu úzkosti, dráždivosti, rozlady, nespavosti, denní únavy a tělesných znaků podobných odvykacímu stavu po odnětí alkoholu. Vcelku vzácně se vyskytnou příznaky závažnější – křeče, psychotické příznaky, hyperpyrexie a smrt. Na závažnost odvykacího stavu má vliv délka užívání, velikost dávek, náhlost odnětí a některé osobnostní rysy.

Základním principem detoxifikace benzodiazepinů i barbiturátů je jejich postupné vysazování.

Odvykací stav po odnětí malých dávek (terapeutických) se zvládá jednodušeji, neboť užívaná dávka by měla být dobře známa. Existuje několik doporučených schémat.

1. úvodní snížení 10 – 25 %, poté postupovat týdenní redukcí o 10 – 25 %.
2. 50 % vysadit rychle, 25 % pomaleji, 25 % ještě pomaleji).

Konkrétní detoxifikace se samozřejmě řídí klinickým stavem pacienta.

Detoxifikace vyšších dávek by měla probíhat během hospitalizace. Doporučuje se buď snižovat dávky původní látky nebo ji nahradit benzodiazepinem s dlouhým poločasem (např. diazepam) . Nejčastější postup: stabilizace pacienta na původní dávce 1 – 3 dny, poté nárazová redukce dávky o 30 % a dále rychlostí 5 – 10 % denně. Klinický stav si někdy ovšem vyžádá postup mnohem pomalejší. V případě křečí možno doplnit karbamazepin či valproát.

Barbituráty

Odvykací stav po odnětí barbiturátů, v základních rysech jinak podobný stavu po odnětí benzodiazepinů – viz též *Tab. 1*, sloupec 3, dosahuje častěji těžkých stavů – křečí, deliria, hypotermie a smrti. Většina znaků se vyskytuje v prvních třech dnech, začíná po 12. hodinách od poslední dávky a většinou přechází do 1. – 2. týdnů. Delirium se podobá deliriu po odnětí alkoholu.

Detoxifikace probíhá většinou nahrazením užívaného barbiturátu za barbiturát s dlouhým poločasem (fenobarbital). Úvodní dávka se stanoví buď přepočtem – 30 mg fenobarbitalu odpovídá 100 mg krátkodobě působícího barbiturátu (např. amobarbital, pentobarbital), nebo se nastaví postupným zvyšováním dávky fenobarbitalu po 1. – 2. hodinách o 60 mg do prvních známek barbiturátové intoxikace (únavy, nystagmus, setřelá řeč, ataxie). 1 – 2 dny se na této dávce stabilizuje, pak se začne s postupným snižováním, průměrně o 30 mg denně. Rizikem prvního způsobu je to, že jde jen o odhad nerespektující konkrétní fyziologické podmínky konkrétního pacienta. Rizikovost druhého způsobu

spočívá v úvodním jemném vyvážení hranice mezi intoxikací a odvykacím stavem.

Stimulancia

Odvykací stavy po odnětí stimulancií jsou obecně méně výrazné a méně subjektivně nepříjemné než například stavy po odnětí opioidů. Literatura, která rozlišuje závislost psychickou a somatickou, označuje tyto odvykací stavy jako psychické. Mezi hlavní příznaky (bližší viz *Tab. 1*, sloupec 4) patří úzkost, rozlady, únava, dráždivost, bolest hlavy, noční můry, poruchy spánku, hlad, někdy křeče. Typicky vrcholí za 2 – 4 dny, přecházejí do 1 týdne. Nejzávažnějším stavem je deprese, která může být komplikována sebevražděnými tendencemi.

Uživatelé stimulancií (typicky pervitinu a kokainu) často užívají benzodiazepiny ke konci tahu – „jízdy“. V těchto případech jsou většinou užívány takové dávky a v takové frekvenci, že nevyžadují speciální detoxifikaci, nicméně možnost potřeby speciální detoxifikace u vyšších dávek se může vyskytnout.

Příznaky odvykacího stavu po odnětí stimulancií odezní i bez farmakoterapie. Při delší depresi je indikovaná antidepressivní terapie.

Kanabinoidy a halucinogeny

Odvykací stav po odnětí kanabinoidů je málokdy zmínován, jeho popis chybí i v obou hlavních klasifikačních systémech psychopatologie (americké DSM-IV i evropské MKN-10). Některé uváděné znaky (úzkost, podrážděnost, pocení a bolesti svalů) nepředstavují potíže, kvůli které by uživatel vyhledával speciální pomoc.

Odvykací stav po odnětí halucinogenů není znám, rizika užívání této skupiny látek spočívají jinde.

Současné další terapeutické postupy prováděné během detoxifikace

V úvodní části již bylo zmíněno, že detoxifikace není izolovaným léčebným procesem, ale většinou je součástí komplexnějšího programu s více terapeutickými cíli. Na tomto místě některé jen vyjmenujeme:

- provedení komplexního psychiatrického vyšetření s doporučením další péče a určením priorit této péče
- provedení základního vyšetření somatického stavu
- ošetření aktuálních zdravotních komplikací (např. zánehy podkoží v místě vpichu, úrazy aj.)
- zahájení terapie dlouhodobých somatických důsledků návykové látky na orgánové systémy
- provedení základního laboratorního vyšetření
- eventuelní základní hygienická opatření, stabilizace

stravovacího a pitného režimu

- navazování terapeutického vztahu jako podmínky další péče
- posílení motivace k další terapii
- řešení neodkladných sociálních problémů
- naplánování další péče

Summary

Detoxification, Treatment of the Withdrawal

Syndrome

The withdrawal syndrome is one of the essential characteristics of the syndrome of dependence. The clinical picture of the withdrawal syndrome differs in individual categories of addictive substances. In some substances, withdrawal syndrome usually is not described, in the another it has a moderate character or it may lead to vitally dangerous complications. Detoxification includes medical, psychotherapeutic and social approaches and methods of managing the withdrawal syndrome. Special pharmacotherapeutic

methods of detoxification are applied particularly in opioid withdrawal states and in the cases with a higher risk of severe complications, e.g. after withdrawal of alcohol, barbiturates and benzodiazepines. Detoxification is a comprehensive process, besides relieving withdrawal syndrome there are other methods targeted on the longer term horizon, e.g. on the continuation of abstinence-oriented treatment or solving the problems of health and social complications.

Key words: detoxification – categories of addictive substances – pharmacotherapy – withdrawal syndrome

Tab. 1: Znamky odvykacího stavu u nejčastějších návykových látek (podle MKN 10)

| 1. Alkohol | 2. Opiáty, opioidy | 3. Sedativa, hypnotika | 4. Stimulancia |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">– třes jazyka, očních víček nebo rukou,– pocení,– nauzea či zvracení,– tachykardie nebo hypertenze,– psychomotorický neklid,– bolesti hlavy,– nespavost,– malátnost nebo slabost,– přechodné zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace či iluze,– křeče typu grand mal | <ul style="list-style-type: none">– neodolatelná touha po příslušné droze,– sekrece z nosu nebo kýchání,– slzení,– bolesti svalů nebo křeče,– nauzea nebo zvracení,– břišní křeče,– průjem,– rozšíření zornic,– husí kůže nebo zimomřivost,– tachykardie nebo hypertenze,– zívání,– neklidný spánek | <ul style="list-style-type: none">– třes jazyka, očních víček nebo rukou,– nauzea či zvracení,– tachykardie,– posturální hypotenze,– psychomotorický neklid,– bolesti hlavy,– nespavost,– malátnost nebo slabost,– přechodné zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace či iluze,– paranoidní představy,– křeče typu grand mal | <ul style="list-style-type: none">– neodolatelná touha po příslušné droze,– letargie a únava,– psychomotorický neklid nebo agitovanost,– zvýšená chuť k jídlu,– nespavost nebo hypersomnie,– bizarní nebo nepřijemné sny |

Literatura

- Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management. Department of Health, London, 1999
- Greenfield S. F.: Psychoactive substance use disorders. In: Gelenberg A. J., Bassuk E. L.: The practitioner's guide to psychoactive drugs. 4th ed., str. 291 – 367. Plenum Publishing Corporation, New York, 1997
- Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry:behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed., str. 375 – 455. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1998
- Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1994
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum, Praha, 1996
- Nešpor K., Csemy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum, Praha, 1996
- Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha, 1996, str.112 – 146
- Winger G., Hofmann F. G., Woods J. H.: A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects. 3rd ed. Oxford University Press, New York, 1992

LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU¹

¹ Vybráno dle doporučení autorů této publikace.

1. AA: Anonymní alkoholici. Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu. Česká verze. Alcoholic Anonymous World Service Inc., New York, 1989
2. Bartošíková I., Voříšek R.: Příručka pro nizkoprahové terapeutky. Nakladatelství Albert, Boskovice, 1998
3. Beatie M.: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999
4. Čírtková L., Červinka F.: Forenzní psychologie. Support, Praha, 1994
5. Dorner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
6. Fišerová M.: Drogové závislosti. Postgraduální medicína roč. 2, č. 3, str. 288 – 298, 2000
7. Gardner J. W.: Budování komunity. Nadace VIA, Praha, 1999
8. Hartl P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1997
9. Hajný M., Klouček E., Stuchlík R.: Akta Y – Drogový problém vs rodina. Votobia, Olomouc, 1999
10. Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada, Praha 2001
11. Haškovcová H.: Práva pacientů. Nakladatelství Aleny Krtilové, Havířov, 1996
12. Heller J., Pecinová O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
13. Höschl C. a spol.: Psychiatrie. Multimediální učebnice. Tigis, Praha, 2002
14. Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
15. Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. Edice Filia, sv. 2. Nadace Filia, Praha, 1996 (2. vyd. Institut Filia, Praha, 1999)
16. Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
17. Kastová V.: Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha, 2000
18. Kopřiva K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál, Praha, 1997
19. Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997
20. Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995
21. Langmeier J., Balcar K., Špitz J.: Dětská psychoterapie. Portál, Praha 2000.
22. Macek P.: Adolescence. Portál, Praha, 1999
23. Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000
24. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992
25. Mikota V.: Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Psychoanalytické nakl. Jiří Kocourek, Praha, 1995
26. Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek, Praha, 1995
27. Miovský M.: LSD a jiné halucinogeny. Albert, Boskovice, 1996
28. Miovský M., Zábranský T.: Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a s pracovníky zdravotnických zařízení a poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Overview of PAD Qualitative Substudy Results – Drug Users and Care & Treatment Providers). Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, Supplementum 1, 2002
29. MPK: Národní strategie protidrogové politiky v ČR na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
30. Müller S.: Memorix – neodkladné stavy v medicíně (český překlad). Scientia medica, Praha, 1992.
31. Nešpor K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. Sportpropag, Praha 1996
32. Nešpor K.: Návykové látky – prevence a časná intervence. FIT IN, Praha, 1996
33. Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
34. Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. Alkoholizmus a drogové závislosti/Protialkoholný obzor, roč. 33, č. 1, str. 31 – 38, 1998
35. Nešpor K. a kol.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag, Praha 1999
36. Nešpor K.: Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Galén, Praha, 1999
37. Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
38. Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
39. Nožina M.: Svět drog v Čechách. KLP – Koniasch Latin Press & Livingstone, Praha & Orlík nad Vltavou, 1997
40. Pedagogové proti drogám. Program preventivních aktivit uplatňovaných na školách a školských zařízeních. MŠMT, Praha, 1999
41. Peseschkian N.: Partnerské vztahy. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1995.
42. Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
43. Presl J.: Drogová závislost. Maxdorf, Praha, 1994

41. Prochaska J., Norcross J.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
42. Prokeš J.: Základy toxikologie, díl I a II. Universita Karlova, vydavatelství Karolinum. Praha, 1997, s. 160 (1. díl) a 94 (2. díl).
43. Rauchfleisch U.: Doprovázení a terapie delikventů. Scan, Brno (Boskovice, Tišnov), 2000
- Rotgers F. a spol.: Léčba drogových závislostí. Grada, Praha, 1999, s. 262.
44. Röhr H.: Narcismus – vnitřní žalář. Portál, Praha, 2001
45. von Schlippe A., Schweitzer J.: Systemická terapie a poradenství. Cesta, Brno, 2001
46. Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999
47. Schmidbauer W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha, 2000
48. Sotolář A., Půry F., Šámal P., Kalina K., Kudrle S. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha 2001;
49. Skála J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum, Praha, 1987
50. Tyler A.: Drog v ulicích. Nakladatelství Ivo Železný, Praha, 1998
51. Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999
52. Vinař O.: Psychofarmakologie drogových závislostí. Forum Medicinæ 2, 22 – 29, 1999
53. WHO: Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog. MZ ČR a Kancelář WHO v ČR, Praha, 1999
54. Yalom I. D.: Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe. Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1999
55. Zábranský T., Langer I., Gronský L., Mravčík V.: Racionální protidrogová politika. Votobia, Olomouc, 1997
56. Zábranský T., Mravčík V., Gajdošíková H., Miovský M.: PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR. Souhrnná závěrečná zpráva. ResAd a Scan, Praha/Tišnov, 2001

KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY

A

abscesy 4/3
abstinence 3/1
abusus 2/3
acamprosat 3/1
adolescence, adolescent 2/8, 9/2, 10/5
adaptační mechanismy 2/2
administrativní a kontrolní mechanismy 1/5
AIDS 4/4
akceptování 6/4
akutní intoxikace 4/2, 5/5, 5/6, 6/2, 8/6
alkohol 3/1, 5/6
alkoholizmus 3/1
Alnagon 3/7
alternativa k potrestání 2/6, 9/5
alternativní trest 2/6, 9/5
alternativní způsob trestního řízení 2/6, 9/5
ambulantní péče 8/4
amfetamin 3/3
analgetika 3/6, 3/7
anamnéza 4/6, 4/7
Anonymní alkoholici (AA) 2/6, 2/10, 6/11
Antabus 3/1
antidota 5/5
anxiolytika 3/6, 3/7
Apolinář 7/1
AT ordinace 7/1, 8/4

B

„bad trip“ 3/4
behaviorální terapie 6/5
benzodiazepiny 3/6, 3/7, 5/6
besedy 10/4
bezdrogové zóny 9/6
biologické faktory 2/1
biomedicinský model 1/8
bio-psycho-sociální model 1/8, 6/1
bio-psycho-sociálně-spirituální model 2/1, 2/10
blízcí uživatele/závistého 5/2, 6/10
braun 3/2
buprenorfin 8/11

C

cannabis 3/5
cile
– cíle a prostředky primární prevence 10/1
– cíle léčby 8/8
cílové skupiny primární prevence 10/1
craving (bažení) 2/4, 2/5, 6/2, 7/5
čichání 3/8

D

dekontaminace 5/5

delirium tremens 3/1
denní program 8/5
denní stacionář 8/5
deprese 4/5
design drogových služeb 9/3
děti 6/10, 9/2
dětství 2/8
detoxifikace 5/7, 8/6
detoxifikační jednotka (detox) 8/6
diagnóza 4/1
diagnostický rozhovor 4/8
diagnostika 4/1, 4/2, 4/7, 4/9
diferencovaný přístup k pachatelům 1/6
doléčování 8/9, 8/10
dovednosti v primární prevenci 10/9
drogy ve vězení 9/6
duální diagnózy 4/5, 6/2, 7/3
duševní poruchy 4/5
12 kroků 6/11

E

ebrieta 3/1
efektivita 7/2, 7/8, 8/1
ekonomické analýzy 1/7, 7/8
ekonomické hodnocení 1/7, 7/8
emergentní stavy 5/3
empatie 6/4
epidemiologie 1/4
etika 7/9
etnické minority 9/7
extáze (Ecstasy) 3/9
ex-useři 6/11, 7/8, 8/8, 8/9

F

facilitace programu 12 kroků 6/11
faktory účinné léčby 7/2
farmakologie závislostí 2/4
farmakoterapie 2/4, 5/7, 6/2, 8/4
fáze gamblingu 9/8
feministické hnutí 9/3
flashback 2/2
flegmóny 4/3
formy primární prevence 10/2

G

gambling 4/2, 9/1, 9/8

H

halucinogeny 3/4, 3/9, 5/6
hašiš 3/5
Harm Reduction 1/1, 1/8, 4/9, 5/1, 8/2, 8/3
heroin 1/9, 3/2
historie

– historie užívání návykových látek 1/9
– historie léčby závislých v ČR 7/1
HIV 4/4
hodnocení primární prevence 10/2, 10/4, 10/6
holistický (celostní) přístup 1/8
homeostáza 6/6
hydrocodon 3/2
hypnotika 3/6, 3/7, 5/6

Ch

chráněné bydlení 8/9
chráněná práce 8/9

I

identita 9/2
incidence 1/4
indikátory (epidemiologické) 1/4
indikátory (účinnosti) 7/8
indikace k léčbě 4/9
indikace k psychoterapii 6/3
individualizovaný přístup 7/3
individuální terapie 6/5
infekční hepatitidy 4/4
inhalační drogy 3/8
intenzivní ambulantní péče 8/5
interaktivní programy 10/4
intermediátoři 10/1, 10/6
Internet 9/1
inovace v léčbě 7/3

K

KAB model 10/2
kanabinoidy 5/6
kardinální pravidla 8/8
kategorie návykových látek 5/7
ketamin 3/9
kodependence 2/3, 2/9, 6/6, 6/10
kokain 1/9, 3/3
komplex „drop-out/relaps“ 7/4
komplexita péče 8/1
kompulsivní poruchy 4/2, 9/1
komunita 10/8
komunitní přístup 10/8
komunitní setkání 6/7
Koncepce 1993 1/3
Koncepce 1998 1/3
konfrontace 6/7
konopné drogy 3/5
konstelace rodiny 2/9
kontaktní centrum 5/2, 8/3
kontext 6/6
kontrakt 5/4
kouření tabáku 3/10

krize 5/3
krizová intervence 5/3
kvalita služeb 7/8

L

léčba
– léčba ambulantní 8/4
– léčba gamblingu 9/8
– léčba denní 8/5
– léčba matek s dětmi 9/4
– léčba rezidenční 8/8
– léčba ústavní 8/6, 8/7
– léčba vedoucí k abstinenci 4/9, 8/7
– léčba závislosti 2/10, 6/1
léčebné kontinuum 7/3
legislativa ČR 1/6
lékařská péče 8/4
léková závislost 3/6, 3/7
LSD 3/4
lysohlávky 3/4

M

marihuana 3/5
matching 4/1, 4/9
MDMA 3/9
metadon 3/2, 8/11
metodologie 1/4
mezigenerační hranice 2/9
mezioborový přístup 6/1
migranti 9/7
místní zapojení 10/8
mlčenlivost 7/9
modely závislosti 2/1
 morální a spirituální modely 1/8
motivace 4/8, 5/4, 7/2
motivace k psychoterapii 6/3
motivační trénink 5/4
MPK 1/3
multidisciplinární tým 7/6

N

náklady nemoci 1/7
Národní strategie 2001 – 2004 1/3
následná péče 8/9, 8/10
nedobrovolná léčba 7/3
nespecifická a specifická primární prevence 10/2
neurobiologie 2/2, 2/4
neuromediátory 2/2
nezneužívání klienta 7/9
nikotin 3/10
nitrožilní užívání 3/2, 3/3, 4/4, 5/1
nízkoprahový přístup 5/1, 5/2, 8/2, 8/3

O

obor léčby návykových nemocí 7/1
obranné mechanismy 2/3, 2/7
odvykací stav (syndrom) 2/4, 2/5, 4/2, 5/7, 6/2
odvykání kouření 3/10
opioidní receptory 2/2, 3/2
opiáty 3/2, 5/6
opioidy 3/2, 5/6
ordinace AT 7/1, 8/4
orgánová postižení 4/3
organická rozpustidla 3/8
osobnostní předpoklady v primární prevenci 10/9
ověřování abstinence 4/7

P

PAD 1/2, 1/7
paradigmata sociální práce 6/9
paranoidní psychóza 3/3
parties 3/9
partneři 6/10
pedagogické zásady 10/3
peer programy 10/2, 10/4, 10/5
pervitin 3/3
phenylcyklidin (PCP) 3/9, 5/6
plánování intervencí 4/1, 4/9
poradce 5/2
poradenství 5/2, 5/4, 7/3, 8/3, 10/7
poruchy osobnosti 4/5
poruchy příjmu potravy 4/5
posilování motivace 4/8
posttraumatická stresová porucha 4/5
potřeby klienta 6/1
pozitivní přístup 6/4
práva klienta 7/9
prevence ve výuce 10/3
prevence relapsu 7/5, 8/9
prevence v komunitě 10/8
prevence vypadnutí 7/4
probační pracovník 9/5
programy ve vězení 9/6
protidrogová politika 1/1, 1/3
protidrogová politika ČR 1/2
prevalence 1/4
prevence primární, sekundární, terciární 1/1, 2/10
primární prevence 1/2, 10/1, 10/3 – 10/9
– cíle a prostředky primární prevence 10/1
– cílové skupiny primární prevence 10/1
– dovednosti v primární prevenci 10/9
– formy primární prevence 10/2
– hodnocení primární prevence 10/2, 10/4, 10/6
– nespecifická a specifická primární prevence 10/2
– osobnostní předpoklady v primární prevenci 10/9
– techniky v primární prevenci 10/9

– účinné faktory primární prevence 10/1, 10/2
problémové užívání 1/4
profese se zvýšeným rizikem 4/7
prohibice 1/9
provázanost 8/1
první pomoc 5/5
předčasné ukončení léčby 6/5, 7/4, 8/7
předjednání trestu 9/5
přednášky 10/4
přenos a protipřenos 6/4
případová práce 7/7
přípravné skupiny 8/5
psilocybin 3/4
psychedelika 1/9
psychická závislost 3/3
psychické komplikace 6/2
psychodiagnostika 4/6
psycholog 4/6
psychologické faktory 2/1, 2/6
psychologický vývoj 2/8
psychopatie 2/3, 4/5
psychosociální trénink 10/6
psychosociální závislost 3/10
psychostimulancia 3/3, 3/9
psychoterapeutický přístup 6/3
psychoterapie 6/2, 6/3, 5/5
psychotické poruchy 4/2
Public Health 1/8, 5/1

Q

QALY 1/7

R

rekvalifikace 8/9
relaps 2/5, 7/4, 7/5
retraumatizace 2/7
represe 1/1, 1/5
rezidenční léčba 8/8
režim 8/7, 8/8
rituály 1/9
rizika v těhotenství 9/4
rizikové chování 5/1
rizikové situace 7/5
rodina 6/10, 9/2
rodinná terapie 6/6, 9/2
rodinné faktory 2/9
rodinní příslušníci 9/8
rodinný systém 6/6
role v rodině 2/9
role v týmu 7/6
Romové 9/7
rozhovor 4/6

S

screening 4/7
sedativa 3/6, 3/7, 5/6
selektivní prevence 10/3
senzitivace 2/2, 3/1
separace/individuace 2/8
skrytá populace 8/2
skupinová terapie 6/5
skupiny s rodiči 6/10
složení týmu 7/6
složky systému péče 8/1
služby 1/2
sniffing 3/3, 3/8
snižování nabídky 1/1
snižování poptávky 1/1
sociální aspekty 2/1
sociální dovednosti 6/8, 8/9
specifická klientela 9/1
společensko-kulturní kontext 9/3
strukturovaný program 8/5, 8/7, 8/8
střednědobá léčba 8/7
substituce 8/4, 8/11
systém péče 8/1
sociální fungování 6/9
sociální integrace 6/8, 8/9, 8/10
sociální práce 2/10, 6/9
sociální prostředí 2/6
sociální rehabilitace 6/8
sociální učení 6/7, 6/8
somatické komplikace 4/3, 4/4
spiritualita 2/1
statistika 2001 1/2
standardy 7/7, 7/8
stimulační drogy 3/3, 3/9, 5/6
stimulancia 3/9, 5/6
strategie zvládnání 2/5
streetwork 8/2
supervize 7/7
svépomocné programy 6/11
symptomové chování 6/6
syndrom porušení abstinence 7/5
syndrom vyhoření 7/6, 7/9
syndrom závislosti 4/2
systematická psychoterapie 4/4

Š

šamanismus 1/9
škodlivé užívání 4/2
škodlivé užívání léků 3/6, 3/7
škola 10/3, 10/4, 10/6, 10/7

T

tabák 3/10

techniky v primární prevenci 10/9
těžké (prchavé) látky 3/8, 5/6
terapeutická komunita (TK) 6/7, 8/8
– TK demokratické a hierarchické 6/7
terapeutické přístupy 2/6
terapeutický vztah 4/8, 6/4
terapie 5/6
terénní práce 5/2, 8/2
terénní programy 5/2, 8/2
testy
– testy psychologické 4/6
– testy toxikologické 4/7
toluen 3/8
toxická psychóza 3/3
toxikologické vyšetření 4/7
trankvilizéry 3/6, 3/7, 5/6
trauma 2/7
traumatizace primární/sekundární 2/7
tolerance 2/2
trestná činnost 1/2
trestní postih 1/5, 1/6
trestní zákon 1/6
tromboflebitidy 4/3
týmová práce 7/6, 7/7

U

účinnost
– účinnost intervencí 1/7, 8/1
– účinnost léčby 7/2, 7/8, 8/1
– účinnost primární prevence 10/1, 10/2
učitel 10/7
udržovací léčba 8/11
úmluvy OSN 1/5, 1/9
uprchlíci 9/7
ústavní léčba 8/6, 8/7

V

vazba 9/6
včasná intervence 8/3, 10/7
většinová společnost
vrstevnické skupiny 10/5
vrstevnické vztahy 10/5
vulnerabilita 2/3
výcvik pedagogů 10/6
vyhoření 7/6, 7/9
výkon trestu 9/6
výměna (injekčního náčiní) 8/2
vypadnutí z léčby 6/5, 7/4, 8/7
vyvážený přístup 1/1, 1/3, 1/5
vývojové úkoly 7/2, 9/2
vzdělávání 7/7
vztah matka-dítě 9/4

Z

zákon o návykových látkách 1/6

zajištění životních funkcí 5/5

zakázka klienta 5/4

závislé matky 9/4

závislost 2/3

– závislost na lécích 3/6, 3/7

zhodnocení pacienta/klienta 4/9

změna 2/6, 5/4, 6/8, 7/2

zvládnání 7/5

Ž

ženy-uživatelky 9/3

ženské programy 9/3

životní situace 6/9

žloutenka typu A, B, C 4/4

Kamil Kalina a kolektiv
DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 1
mezioborový přístup

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2003
Národní monitorovací středisko pro drogy
a drogové závislosti

1. vydání

Redakčně uzavřeno 15. 10. 2002

Obálka a grafická úprava: Missing-Element

Tisk: PBtisk

Náklad: 1000 výtisků

ISBN 80 – 86734 – 05 – 6