

UŽIVATELÉ KONOPNÝCH DROG V REGISTRU ŽÁDOSTÍ O LÉČBU

Lenka Šťastná, Michal Miovský

Úvod

V r. 2002 bylo v rámci sběrného systému indikátoru TD a FTD (Treatment Demand, First Treatment Demand) evidováno 9 237 všech žádostí o léčbu¹, v 56% (5 212 žádostí) se jednalo o hlášení z nízkoprahových center (Polanecký et al., 2003). Je nutné zmínit, že do těchto hlášení jsou započítávány i kontakty klienta např. za účelem výměny jehel, vyprání prádla, hygienického servisu, jídla apod., tj. kontakty v rámci nízkoprahových služeb, které jsou službami sociálními a nemají charakter léčebného programu. Léčbou rozumíme odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem (Kalina a kol., 2001), jejímž cílem je prostřednictvím celé škály intervencí dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu (APA, 1995, 13-14), zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti (NIDA, 1999) a zvýšit tedy kvalitu jejich života (WHO, 2003, NTA, 2002, EMCDDA, 2003: www.emcdda.eu.int).

V r. 2002 bylo evidováno 1 486 žádostí o léčbu z řad uživatelů konopných drog (Studničková, 2003). Z toho u 751 osob bylo vykázáno konopí jako jediná droga (z nich pak 71% bylo mladších 19 let; muži:ženy = 3:1). 48% těchto uživatelů užívá konopí nejvýše jeden rok. 735 osob uvedlo, že užívají i jinou drogu než konopí (pervitin: 20,9%, alkohol: 8,5%, heroin: 5%, těkavé látky: 4,3%). Třetina z těch, u kterých je uveden údaj o sekundární droze, uvedla tedy jako sekundární drogu látku **zdravotně nebezpečnější** než je konopí. Vystává zde tedy otázka, která z drog byla příčinou problémů vedoucích až k vyhledání kontaktu?

Dotazníkové šetření Uživatelé marihuany – žadatelé o léčbu

NMS (Mravčík et al., 2003) provedlo v období červen - červenec 2003 dotazníkový průzkum v těch zařízeních, která hlásila do registru uživatelů drog nejvyšší počty uživatelů konopí. Cílem tohoto šetření bylo získat detailnější informace o zdravotním a sociálním stavu těchto klientů, o důvodech jejich kontaktu se zařízením a o charakteru poskytovaných služeb.

Bylo osloveno celkem 40 poskytovatelů služeb, kteří za r. 2002 do registru HS uvedli 10 a více uživatelů konopí. Vrátilo se 15 dotazníků, což je 38% návratnost. Nejčastěji odpověděla na dotazníkovou akci K-centra (11 dotazníků), po jednom dotazníku bylo odesláno z AT ordinace, Střediska výchovné péče, Diagnostického ústavu a Preventivního/krizového centra.

Nejčastějšími důvody ke kontaktu v těchto zařízeních byly problémy s rodiči, dále kázeňské problémy a problémy s prospěchem. Minimálně byly zastoupeny psychické problémy a problémy s policií. Co se týká zdravotního a sociálního stavu klientů, většina oslovených poskytovatelů služeb uvedla převahu problémů spojených s jinými než zdravotními obtížemi v důsledku užívání konopné drogy (určitým omezením je fakt, že pouze dvě zařízení využívají diagnostický systém MKN-10). 10-15% klientely projevilo známky problémů, které lze příčinně spojit s užíváním konopné drogy (poruchy paměti, soustředění apod.). Problémy popisované u ostatních klientů se nejvíce jeví jako pravděpodobné přímé důsledky užívání konopné drogy, např. kázeňské problémy.

10 zařízení poskytuje převážně poradenské intervence, často kombinované se specifickými volnočasovými programy. 4 z 15 zařízení aplikuje převážně léčebné metody, zejména systematickou dlouhodobou psychoterapii, v odůvodněných případech pak farmakoterapii. Jedno zařízení udalo pouze klasický harm reduction přístup.

Závěry dotazníkového šetření

Ve více než 50% se jednalo o paralelní užívání vysoce rizikových drog (pervitin, heroin), často v kombinaci s vysoce rizikovými způsoby užívání (injekční aplikace). **Jedná se tedy**

¹ Termín „všechny žádosti o léčbu“ podle HS (2002) zahrnuje každého klienta léčebných/kontaktních center pouze jednou ve sledovaném roce, podle EMCDDA (2000) se jedná o každou léčebnou epizodu v průběhu roku, pokud mezi nimi uplyne minimálně 6 měsíců.

spíše o nejednotnost definic při vykazování, případně důsledek nedostatečné informovanosti. V odpovědích jednotlivých zařízení byl také patrný značný rozptyl a nehomogenita, čísla se jeví výrazně nadhodnocená. Proto je pro relevantní vyhodnocení a popsání situace nutné provést kasuistické zhodnocení v náhodně vybraných zařízeních.

Ohniskové skupiny na téma Uživatelé marihuany – žadatelé o léčbu

V roce 2003 proběhly v rámci navazující studie dvě ohniskové skupiny, v Praze (4 zástupci nízkoprahových služeb, 1 zástupce AT ordinací) a v Brně (5 zástupců nízkoprahových služeb, 1 zástupce PL). Celkem se těchto ohniskových skupin zúčastnili zástupci 11 poskytovatelů služeb. Cílem bylo upřesnit a validizovat výsledky dotazníkového šetření, tzn. zaměřit se na způsob vykazování klientů žádajících o léčbu v souvislosti s užíváním konopí. K jednotlivým výsledkům uvádíme charakteristické výroky poskytovatelů služeb. Krátce zde uvádíme části výsledků analýz dle jednotlivých tematických okruhů.

1. Uživatelé marihuany

Jedná se o skupinu uživatelů marihuany ve věku 15 – 19 let experimentující i s jinými drogami. Jak udávají výroky poskytovatelů služeb, jedná se většinou o polymorfní užívání, kdy marihuana je droga, o které se rodiče dozvěděli a přivádí svoje dítě s jasnou zakázkou: „*tady ho máte a spravte ho*“ (P). Ale „*samotných uživatelů, kteří užívají jenom marihuanu je dost málo, takže tam dochází velmi často ke kombinaci pervitinu, heroinu ani tak ne, ale toho pervitinu, tam třeba nedochází k injekční aplikaci, ale k tomu šňupání*“....“*samotná marihuana bývá málo, máme snad jen jednoho klienta, který je snad i specifický pro nás, protože tam je u něj nějaká celková porucha už od dětství*“ (C). Údaje z jiného zařízení ukazují, že přibližně 60% uživatelů marihuany užívá ještě další návykové látky, zejména pervitin: „*my tam nemáme skupinu trávařů, jenom trávařů, oni samozřejmě trávu hulí všichni, ale užívají do toho prostě jiný látky, který jsou primární*“ (P). Podle odhadů těchto poskytovatelů služeb má přibližně 80% studentů středních škol zkušenost s marihuanou, alkoholem a cigaretami.

2. Důvody kontaktu

Většinou tedy dítě přivádí rodiče, kteří doma najdou marihuanu, nebo se jim syn nebo dcera s kouřením marihuany svěří. Častým iniciátorem kontaktu je také škola, která upozorní na záškoláctví, neomluvené vyučovací hodiny, zhoršení školního prospěchu a hrozí vyloučením. Děti sami by pomoc pravděpodobně nikdy nevyhledaly: „*je to skupina rodičů, co přivádí své dítě, je spíš výjimkou, že děti přijdou sami*“ (S), „*v 99% je někdo přivede, většinou rodiče, škola, sami by nikdy naši pomoc nevyhledali*“ (P). Nejedná se tedy o dobrovolnou návštěvu, klienti dávají najevo odpor, nezájem a nechut do jakékoli terapeutické práce, jsou naštvaní, což „*se většinou podaří zvládnout a oni pravidelně docházejí na konzultace*“ (P). Zástupce jednoho zařízení vysvětluje, že právě v období rozdávání vysvědčení je nejvíce kontaktů ze strany rodičů, kteří přicházejí kvůli špatnému prospěchu svých dětí, jehož příčinou je podle nich kouření marihuany.

3. Zdravotní a sociální stav klientů

Lze rozlišit několik skupin uživatelů marihuany. Jednou skupinou mohou být klienti, kteří začali nadměrně užívat marihuanu např. v nějaké krizové situaci, nejčastěji se jedná o rozvod rodičů, problémy v rodině, úmrtí v rodině apod.: „*ten kluk to nemohl unést, takže šel do té trávy...to měl všechno z domova, říkal, přijdu domů, tam to na mě padá, naši se pořád hádají a tak a byl to premiant třídy, odmaturoval, denně hulil, bylo vidět jak upadá, jak byl bledej, zhubnul, nechut úplně a ta tráva ho úplně jakoby držela*“ (B). Přestože je zde přímo řečeno, že užívání nastalo až po této stresující události, autor tohoto výroku nepřipouští, že příčinou problémů není užívání marihuany. Jako další zdroj problémů bylo označeno mnoho volného času a nuda: „*problémem je volný čas, nejdřív je to o volným čase, pak se do toho přidá tráva a ta to postaví někam jinam, většinou jsou to i problémový rodiny a samozřejmě vliv party....ta tráva, není nejdřív ta tráva a pak nějaký problémy, něco už tam je, většinou*

ten volný čas a ta tráva se k tomu přidá“ (P), „ti, co přijdou sami, tam je to o tom, že se opravdu nudí, že neví co by, tak přijdou, řeknou si káčko, tak přijdem pokecat s toxíkama“. Nesmíme také opomenout často zmiňovanou zvědavost a vliv party. Důležitá role je tedy přičítána prostředí, zejména vlivu rodiny, školy a party: *„u nás máme třeba klienty, kteří nejsou spokojený ve škole, doma, a proto si s partou zahulí a pak se cítí dobře“ (B).* Samozřejmě byl zmíněn také vliv kouření marihuany na krátkodobou paměť: *„bylo období sklizně, takže ten měsíc, dva, opravdu kouřili, to bylo ve větším množství, tak říkali, že opravdu vypadávali z konceptu, že se třeba večer naučili, nabíflovali si tu látku a ráno, aniž by si to uvědomili, tak nevěděli nic“ (H).*

4. Charakter poskytovaných služeb

Jak už bylo zmíněno výše, klienti nejčastěji přicházejí s rodiči, což sebou přináší obtíže v komunikaci: *„většinou, když ten klient přijde, tak přijde s rodičem, oni před rodičem moc nemluví, dají se informace tomu rodiči, řekne se něco k tomu a pak už se tam třeba ty lidi vůbec neukáží“ (C).*

Na problém je většinou nahlíženo v jeho komplexnosti. Nejčastěji je poskytováno poradenství, konzultace, informování, méně často krátkodobá terapie.

5. Závěry kvalitativní studie se zástupci poskytovatelů služeb

Výsledky potvrdily závěry dotazníkového šetření. Pravděpodobně dochází k chybnému určení kauzality problémů, které se staly důvodem k vyhledání kontaktu (např. drobná majetková trestná činnost). Dále existují nedostatky v klinickém zhodnocení stavu klienta (např. výrazně podceněné se ukázalo téma duálních diagnóz). Klinici s překvapivě vysokou pohotovostí označují konopí jako zdroj problémů, v jejichž etiologii však konopí pravděpodobně sehrálo jen nevýznamnou roli (tj. s konopnými drogami jsou kauzálně spojovány problémy, jejichž příčinný vztah právě s užíváním konopných drog lze s jistotou vyloučit). To podporuje také další závažné zjištění, totiž že většině takto identifikovaných klientů nebyla poskytnuta léčebná intervence a že jednotlivé znaky nenasvědčují tomu, že by tito klienti léčebnou intervenci (systematického a dlouhodobého charakteru) skutečně potřebovali (mnozí byli zařazeni do různých strukturovaných aktivit pro volný čas, do podpůrných nebo poradenských programů atd.).

Literatura

APA (1995). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. Washington: APA.

EMCDDA (2003). Classifications of Drug Treatment and Social Reintegration and Their Availability in EU Member States Plus Norway. Final Report. Lisbon. www.emcdda.eu.int.

EMCDDA (2000). Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. Lisbon.

Hygienická stanice hl.m. Prahy (2002). Hlášení o uživatelích drog žádajících o léčbu. Metodická instrukce k vyplňování formuláře „Registr uživatelů drog – žadatelů o léčbu“. Praha: HS.

Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M., Nešpor, K. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: FILIA NOVA.

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády ČR.

NIDA (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide.

NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2002). Models of care for treatment of adult drug misusers. Framework for developing local systems of effective drug misuse treatment in England. Part 2. London: NTA.

Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J., Bártů, I. (2003). Výroční zpráva ČR 2002, incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: HS hl. m. Prahy.

Studničková, B. (2003). Uživatelé konopí a žádosti o léčbu v r. 2002. Analýza zpracovaná pro účely Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002, nepublikováno. Praha: HS hl. m. Prahy.

WHO (2003). Values and Principles of health for all. www.who.dk.