

Marnie Engelder
Ernie Lang
Rob Lacy
Richard Cash



Efektivní regulace užívání marihuany

Jak pracovat s lidmi, aby omezili

nebo přestali užívat konopí





Efektivní regulace užívání marihuany

Jak pracovat s lidmi, aby omezili

nebo přestali užívat konopí

Autoři původního vydání/ Marnie Englander,
Ernie Lang, Rob Lacy, Richard Cash

Překlad/ Mgr. Jiří Bareš

Editoři českého vydání/ Mgr. Roman Pešek
a MUDr. Viktor Mravčík

Jazyková korektura českého překladu/
PhDr. Alena Palčová

© Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2002
ISBN původního vydání v angličtině 1 74001 078 7

© Vydal/ Úřad vlády České republiky, 2010
1. vydání v jazyce českém

ISBN 978-80-7440-041-4

Efektivní regulace užívání marihuany Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí

Tato publikace je do českého jazyka přeloženým vydáním publikace *Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians. No. 6: Effective Weed Control – Working with people to reduce or stop cannabis use*. Publikace byla původně vydána v Austrálii.

Shrnutí	9
Vítáme vás	10
Poděkování	11
O organizaci Turning Point	12
1 ÚVOD	14
Prevalence užívání konopí v Austrálii	15
Užívání konopí ve státě Victoria	16
Syndrom závislosti na konopí	16
Poptávka po léčbě u uživatelů konopí	16
Rozsah a závažnost negativních dopadů užívání konopí	17
Konopí a psychózy	18
Konopí a řízení motorových vozidel	18
Konopí jako lék	19
Účinnost strategií léčby užívání konopí	20
Vznik publikace Efektivní regulace užívání marihuany	22
Léčebné modely	22
2 APLIKAČNÍ ZÁSADY	24
Komu jsou dané modely léčby určeny	25
Integrovaná krátká intervence	25
Skupinová intervence	26
Fáze modelu změny	27
Prekontemplace	27
Kontemplace	27
Odhodlání	27
Akce	27
Udržování	27
Relaps	28
3 POKYNY PRO PRAXI	30
LÉČEBNÝ MODEL 1: INTEGROVANÁ KRÁTKÁ INTERVENCE	32
Jednotlivé kroky integrované krátké intervence	33
1. krok: Moment prvního kontaktu a screeningu	33
2. krok: Rozesílání informací	34
3. krok: Jednorázové sezení	35
Jednotlivé kroky skupinové intervence	40
LÉČEBNÝ MODEL 2: SKUPINOVÁ INTERVENCE	40
1. krok: Zhodnocení	41
2. krok: Orientační sezení	42

3: krok: Šest navazujících sezení v týdenních intervalech	43
4. krok: Doplnkové sezení (čtyři týdny po šestém sezení)	52
4 KLINICKÉ PROSTŘEDKY	54
PRACOVNÍ ARCHY	55
PRACOVNÍ ARCH A: EVIDENCE UŽÍVÁNÍ KONOPÍ	56
PRACOVNÍ ARCH B: ZVAŽOVÁNÍ PRO A PROTI	57
PRACOVNÍ ARCH C: REGULACE UŽÍVÁNÍ MARIHUANY	59
PRACOVNÍ ARCH D: ROZPOZNÁVÁNÍ A ZVLÁDÁNÍ RIZIKOVÝCH SITUACÍ	61
PRACOVNÍ ARCH E: ODKLAD, ODVEDENÍ POZORNOSTI, ODPOR	63
I HAVE A CHOICE (Mám na vybranou)	64
PRACOVNÍ ARCH F: BAŽENÍ A NUTKÁNÍ	65
INFORMAČNÍ ARCHY	66
1. VZOR ÚVODNÍHO DOPISU	67
2. JAK KONOPÍ PŮSOBÍ NA VAŠÍ PSYCHIKU A ORGANIZMUS?	68
3. JAK TO ZVLÁDNOUT BEZ KOUŘENÍ	72
4. DETOXIKACE Z KONOPÍ	74
5. KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ KONOPÍ	76
6. PREVENCE RELAPSU	78
7. MINIMALIZACE ŠKOD	79
8. TIPY JAK LÉPE SPÁT	82
9. FÁZE MODELU ZMĚNY	84
10. KONTAKTNÍ INFORMACE NA SLUŽBY POSKYTUJÍCÍ PORADENSTVÍ A PODPORU	85
BIBLIOGRAFIE	86

Shrnutí

Materiál *Efektivní regulace užívání marihuany: Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí* je součástí publikační řady *Metodické pokyny pro klinickou léčbu* připravené střediskem pro problematiku alkoholu a drog¹ *Turning Point* (Turning Point Alcohol and Drug Centre). Jedná se o jeden z prvních referenčních materiálů svého druhu, které byly doposud v Austrálii zpracovány. Reaguje na potřebu řešit nejednotný přístup v léčbě uživatelů konopí a na nedostatek náležitě uplatňovaných standardů.

Tato publikace seznamuje čtenáře se dvěma modely léčby vytvořenými organizací *Turning Point*, a sice integrovanou krátkou intervencí a skupinovým programem, které klinickým pracovníkům nabízejí jakýsi standardizovaný rámec pro jejich práci. K oběma modelům léčby je zpracována podrobná metodika. Oba terapeutické postupy jsou vhodné pro klienty vykazující závislostní užívání konopí bez dalších komplikací a mohou je provádět různí pracovníci ve zdravotnických nebo sociálních službách v nejrůznějších prostředích.

Publikace *Efektivní regulace užívání marihuany* má klinickým adiktologům a dalším pracovníkům ve zdravotní a sociální sféře pomoci vytvořit jednotnou koncepci, přispět ke zpracování evaluační metodiky sloužící k hodnocení léčby a zkvalitnit klinickou praxi při realizaci intervencí pro uživatele konopí. Tento metodický materiál je rovněž zdrojem relevantních informací pro zodpovědné činitele v oblasti státní správy a péče o veřejné zdraví, pedagogy a další osoby a subjekty, jichž se problematika léčby drogových závislostí týká.

Publikace *Efektivní regulace užívání marihuany* čerpá z tuzemské i zahraniční literatury, z údajů poskytnutých poskytovateli služeb pro osoby závislé na alkoholu a/nebo drogách působících ve státě Victoria, které disponují odpovídajícími zkušenostmi, z informací od klientů a dále ze dvou projektů realizovaných organizací *Turning Point*. Materiál poskytuje přehled nejnovějších poznatků o užívání konopí a jeho dopadech na zdraví, jakož i praktické informace a soubor uživatelsky přístupných pracovních a informačních archů.

Jako doplněk k této publikaci je rovněž možné si opatřit kapesní brožurku *Efektivní regulace užívání marihuany: Návod pro všechny, kdo chtějí omezit nebo přestat užívat konopí*. Jedná se o svépomocnou příručku, jež má posloužit všem, kdo se nacházejí ve fázi, kdy se snaží skoncovat s užíváním drog nebo je omezit. Dá se využít v kombinaci s klinickou intervencí nebo i samostatně jako referenční materiál a pomůcka pro každého, kdo se snaží přestat užívat konopí nebo toto užívání omezit.

I když je publikace *Efektivní regulace užívání marihuany* cenným zdrojem informací sama o sobě, současná praxe léčby drogových závislostí využívá celou škálu intervencí. Z toho důvodu, jakož i s ohledem na holistický přístup při práci s lidmi, kteří mají problémy s drogami,

1 Výraz „drogy“ se v této publikaci používá zaměnitelně se spojeními „alkohol a drogy“ a „alkohol a jiné drogy“. Tímto termínem se rozumí tabák, alkohol, farmaceutické přípravky na lékařský předpis, nezákonné drogy a jakékoli chemické látky, které vyvolávají změnu psychiky a mohou být opakovaně užívány k navození takových stavů.

by se tento materiál měl používat v návaznosti na další publikace, spadající do souboru *Metodické pokyny pro klinickou léčbu*. Doposud v této řadě vyšly následující tituly:

1. *Hlavní zásady a postupy*
2. *Motivační rozhovor*
3. *Prevence relapsu*
4. *Snižování rizik u klientů, kteří pokračují v užívání drog*
5. *Intervence založené na kontrolovaném užívání drog*
6. *Efektivní regulace užívání marihuany*
7. *Práce s polyvalentními uživateli*
8. *Aktivní udržování kontaktů s osobami, které předčasně ukončili léčbu*
9. *Farmakoterapie při odvykacích stavech*

Vítáme vás

Vítáme vás na stránkách *Metodických pokynů pro klinickou léčbu*. Pracovníci střediska pro problematiku alkoholu a drog *Turning Point* věří, že tento soubor publikací se stane důležitou pomůckou a zdrojem informací pro klinické adiktology.

V dnešní době se hodně mluví o „dobré praxi“. Podstatně složitější je však přijít na to, co tento výraz vlastně znamená. Výsledky klinického výzkumu jsou často publikovány v nejrůznějších periodikách. Tyto výstupy, které se mnohdy nedostanou dál než na stránky odborných časopisů, vypovídají o obtížích při šíření výzkumných poznatků a jejich následného uplatnění v každodenní praxi.

Kliničtí pracovníci někdy rozvíjejí svou vlastní praxi na základě kazuistik a zkušeností. Neustálé sledování výzkumných aktivit po celém světě a jejich následné začleňování do práce s klienty však často přesahuje možnosti mnohých klinických pracovníků a klinických organizací, jejichž zaměřením je praxe, nikoli výzkum.

V reakci na poptávku po zdrojích aktuálních informací o léčbě drogových závislostí pro klinické pracovníky vydává organizace *Turning Point* soubor publikací pod názvem *Metodické pokyny pro klinickou léčbu*.

Hlavní náplní činnosti organizace *Turning Point* je propojování výzkumu, klinické praxe a vzdělávání. Věnujeme zvýšenou pozornost intervencím, o jejichž efektivitě vypovídají výsledky výzkumných studií („dobré praxe“), a následně se snažíme určit, zda je možné a praktické, aby se tyto postupy uplatňovaly při každodenní klinické práci s klienty. Naším předsevzetím je hledat nové přístupy v léčbě. Dokud však nejsou k dispozici konkrétní důkazy o nějaké účinnější metodě, důsledně se držíme osvědčených a zavedených postupů.

Metodické pokyny pro klinickou léčbu jako produkt tohoto úsilí představuje kombinaci praktických a teoretických znalostí, které je možné podle potřeby přizpůsobit specifikům jednotlivých pracovních prostředí. Tento soubor publikací

- je určen odborným pracovníkům různého zařazení,
- poskytuje praktické informace a mapuje i nejnovější teoretické poznatky,
- je možné využít v mnoha různých prostředích.

Práce obsažené v tomto souboru pojednávají o příkladech „dobré praxe“, známých v době jejich publikování. Není ovšem možné opomenout nejnovější poznatky, které by měly být odpovídajícím způsobem zohledňovány.

Doufám, že soubor publikací *Metodické pokyny pro klinickou léčbu*, ať už jako celek, nebo jeho jednotlivé části, vám bude k užítku při vaší práci s lidmi, kteří mají problémy s drogami.

Prof. Margaret Hamilton
ředitelka *Turning Point Alcohol and Drug Centre*

Poděkování

Materiál *Efektivní regulace užívání marihuany* je součástí publikační řady *Metodické pokyny pro klinickou léčbu*, kterou připravilo středisko pro problematiku alkoholu a drog *Turning Point* za finanční podpory odboru pro léčbu drogových závislostí Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí australského státu Victoria.

Tento soubor publikací se podařilo zpracovat díky spolupráci mnoha lidí, kteří tomuto projektu ochotně věnovali svůj čas. Jejich přínosu, ať už ve formě odborných rad, námětů nebo kritických připomínek, si velmi vážíme.

Není možné se na tomto místě zmínit o všech spolupracovnících. Následující osoby a subjekty si nicméně zaslouží zvláštní poděkování autorů:

- kolegové z organizace *Turning Point*,
- odbor pro léčbu drogových závislostí Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí australského státu Victoria, který poskytl finanční prostředky a další podporu pro zpracování této publikace,
- Colleen Murphy a John Boyle za poskytnutí podrobných informací o programu skupinové léčby, realizovaném v komunitním zdravotním středisku v Monash (*Monash Community Health Centre*) v letech 1992–1996,
- profesor Roger Roffman z Washingtonské univerzity v USA za výstupy z workshopu, které vedl v organizaci *Turning Point* v roce 1997,
- středisko pro vzdělávání a poradenství v oblasti drog v Manly, Nový Jižní Wales, za možnost použít výňatky z jejich příručky *Mulling it over* (Bleeker a Malcolm, 1998),

- členové referenčních skupin, společně s klinickými adiktology ze státu Victoria, za jejich trpělivost a vytrvalost navzdory nárokům, které na ně byly kladeny,
- Janine Kirkbride, knihovnice australské nadace pro otázky drog (*Australian Drug Foundation*), a Di Piper, knihovnice australské rady pro alkohol a jiné drogy (*Alcohol and Other Drugs Council of Australia*), za jejich ochotu provádět rešerše a poskytovat informace a rady.

O organizaci *Turning Point*

Organizace *Turning Point* se specializuje na problematiku alkoholu a drog. Jejím cílem je vést a podporovat rozvoj komunitních koncepcí a programů zaměřených na prevenci a minimalizaci rizik užívání alkoholu a drog. Aktivity organizace *Turning Point* v sobě spojují léčbu a poskytování podpůrných služeb s výzkumem, osvětou a vzdáváním. Tento přístup k otázkám alkoholu a drog je koncipován tak, aby působil na tři hlavní oblasti:

- rozšiřování a zkvalitňování léčebných a podpůrných služeb určených pro osoby zasažené užíváním alkoholu a drog,
- zvyšování odborné připravenosti pracovníků působících ve službách pro uživatele alkoholu a drog,
- podporování postupného vytváření kvalitních koncepcí a programů vycházejících z vědecky podložených faktů.

Organizace *Turning Point* působí v rámci rozsáhlé sítě místních, celostátních i mezinárodních služeb a disponuje proto komplexními znalostmi o problematice alkoholu a drog, jakož i o dalších přidružených oblastech zdravotní a sociální péče. Organizace *Turning Point* provádí svou činnost ve spolupráci se státními orgány, sektorem služeb pro uživatele alkoholu a drog a dalšími příbuznými obory, odbornou veřejností, lidmi, jichž se užívání alkoholu a drog týká, jakož i ve spolupráci s širokou veřejností.

Autoři *Metodických pokynů pro klinickou léčbu* tak mají jedinečnou příležitost čerpat z nejnovějších klinických zkušeností, výzkumných poznatků a vzdělávacích a výcvikových materiálů. Jsou rovněž v výhodné pozici z hlediska možných konzultací s odbornými pracovníky, kteří se věnují poskytování klinické léčby.



ÚVOD

Užívání konopí je v australské společnosti na vzestupu. Tento jev s sebou nese řadu otázek pro klinické pracovníky, výzkumníky i zodpovědné činitele ve státní správě, přičemž v nemalé míře tyto problémy zasahují oblast léčby. Publikace *Efektivní regulace užívání marihuany* poskytuje východisko pro zvýšení systematickosti léčby prostřednictvím zavedení standardů a metodických pokynů.

Přes uplatňovaná opatření sloužící k rozpoznání problému existující závislosti nejsou zatím příliš rozšířené léčebné programy, které by se konkrétně zaměřovaly na užívání konopí. Informace o úspěšnosti takových programů se obtížně získávají. Nicméně spolehlivé informace o faktické i potenciální úspěšnosti intervencí zaměřených na léčbu užívání konopí, včetně její nákladové efektivity, mohou poskytnout důležitá vstupní data pro účely analýzy zdravotnické politiky a příspěvek k rozvoji účinnějších intervencí. *Efektivní regulace užívání marihuany* může poskytnout rámec pro provedení zevrubného zmapování léčby užívání konopí a posouzení jednotlivých intervenčních modelů. Povinností všech, kdo pracují s těmito pokyny a využívají navrhované modely léčby, je vyhodnotit jejich užitečnost a příspěvek těmito poznatky k případnému budoucímu přepracování tohoto materiálu.

Prevalence užívání konopí v Austrálii

Konopí je v Austrálii nadále nejužívanější nezákonnou psychoaktivní drogou. Za posledních dvacet let došlo v užívání konopí k výraznému nárůstu; podíl dospělých Australanů uvádějících, že užíli tuto drogu alespoň jednou za život, zaznamenal skokový nárůst z 12 % v roce 1973 na 28 % v roce 1985 a na 31 % v roce 1995 (Donnelly a Hall, 1994; Makkai a McAllister, 1998).

Nejméně jedno užití konopí za život uvedla třetina osob nad 14 let a 72 % osob z věkové skupiny od 20 do 24 let. Více než polovina těchto lidí však již buď s užíváním přestala, nebo pokračují v užívání, jehož frekvence je nižší než jednou týdně. Sedm procent žen a 15 % mužů uvedlo, že užívají nejméně jednou týdně, což je trend, který je běžnější spíše u mladších věkových skupin, zejména mezi 20–24letými (Donnelly a Hall, 1994). Při celostátním průzkumu prováděném v roce 1998 uvedlo 11 % lidí ve věku nad 20 let, že za předchozích 12 měsíců užíli konopí (Makkai a McAllister, 1998), což je číslo, které se od roku 1988 v celostátním měřítku v podstatě nemění.

Je třeba poznamenat, že mnoho lidí užije konopí jen při několika málo příležitostech. Může to být jednou nebo dvakrát, případně příležitostně po dobu několika měsíců, a pak už nikdy. Je pravda, že nedošlo k žádnému markantnímu nárůstu v podílu lidí, kteří pokračovali v užívání konopí v letech 1985–1995, jež byly předmětem výzkumu prováděného v australských domácnostech v rámci národní protidrogové strategie (National Drug Strategy Household Survey; Makkai a McAllister, 1998).

Prevalence celoživotního i současného užívání konopí (v rámci uplynulých 12 měsíců) je vyšší u mužů než u žen. Bowman a Sanson-Fisher (1994) zjistili celoživotní užívání konopí u 47 % mužů a u 31 % žen. Podíl mužů, kteří uváděli, že užíli konopí za posledních 12 měsíců, činil 21 % oproti 10 % žen.

Užívání konopí ve státě Victoria

Míra prevalence celoživotního i současného užívání konopí ve státě Victoria je srovnatelná s celostátními statistikami. Také profil uživatelů konopí z hlediska věku a pohlaví je podobný. Stejně jako v dalších státech, i uživatelé drog ve Victorii uvádějí, že konopí je snadno dostupné a má vysokou potenci.

Hlavní zdroj informací o prevalenci užívání konopí ve státě Victoria představují výsledky tří výzkumných studií: průzkum prováděný v domácnostech v rámci národní protidrogové strategie (National Drug Strategy Household Survey, 1996), průzkum zaměřený na užívání drog ve státě Victoria, prováděný v domácnostech (Victorian Drug Household Survey, 1995), a celostátní průzkum realizovaný v roce 1994 (Bowman a Sanson-Fisher, 1994). Určité údaje, týkající se léčby, je možné získat z databáze ADIS (Alcohol and Drug Information System). Například v letech 1996/1997 uvádělo 11 % všech klientů zařízení pro uživatele návykových látek ve státě Victoria, že konopí představovalo jejich primární problém s drogami (Victorian Department of Human Services (DHS), 1997).

Syndrom závislosti na konopí

V rámci posledních klinických a epidemiologických studií, realizovaných za použití standardizovaných diagnostických kritérií, byly shromážděny důkazy o existenci syndromu závislosti na konopí. Tento syndrom je charakterizován poruchou či ztrátou kontroly nad užíváním konopí, kognitivními a motivačními deficity narušujícími pracovní činnost, studium a sociální vztahy, jakož i dalšími problémy, mezi něž patří snížené sebevědomí a deprese (Budney, Kandel, Cherek et al., 1997; WHO, 1997).

Ukazuje se, že stejně jako u jiných psychoaktivních drog je riziko rozvoje závislosti největší u osob, které konopí užívají denně. Uvádí se, že přibližně polovina osob užívajících konopí každodenně si na této látce vypěstuje závislost (Anthony a Helzer, 1991, citováno v WHO, 1997). Je navíc zřejmé, že závislost souvisí s častým intenzivním užíváním po delší časové období (Budney et al., 1997).

Poptávka po léčbě u uživatelů konopí

V letech 1985–1995 došlo k významnému navýšení míry dlouhodobého užívání konopí (Makkai a McAllister, 1998). Objevují se názory, že rozpor mezi odhadovanou prevalencí v populaci a relativně nízkými počty uživatelů konopí vyhledávajících léčbu může vypovídat o vysoké míře vymizení negativních následků užívání i při absenci léčby. Nelze však vyloučit ani nedostatečnou motivaci vyhledat odbornou pomoc a s užíváním přestat (Roffman, Klepsch, Wertz et al., 1993; Stephens, Roffman a Simpson, 1993).

Problémy související s užíváním konopí se navíc mohou projevit až po delší době. Na základě nezávazných informací, pocházejících ze tří léčebných zařízení pro uživatele konopí, která v roce 1996 působila v Melbourne, bylo možné konstatovat, že většina klientů žádajících o léčbu užívala konopí dlouhodobě, často a ve velkých dávkách, načež se u těchto lidí začaly objevovat zdravotní a sociální problémy a své užívání přestávali zvládat (Engelander, Kellehear, Lang et al., 1997). Většina klientů, kteří se v poslední době zapojili do programu pro uživatele konopí, realizovaného organizací *Turning Point*, byla považována za dlouhodobé intenzivní uživatele s ohledem na skutečnost, že již užívali konopí nejméně 10 let.

Rozsah a závažnost negativních dopadů užívání konopí

Negativní dopady spojené s užíváním konopí jsou předmětem zájmu mnoha výzkumných aktivit. Užitečné výstupy nabízejí zejména souhrnné práce publikované Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 1997) a autorským kolektivem Hall, Solowij a Lemon (1995). Studie WHO hovoří o potřebě dalšího výzkumu v oblasti chronických nežádoucích účinků užívání konopí a relativní účinnosti kanabinoidů při lékařském využití.

Hall, Solowij a Lemon (1995) provedli zevrubnou analýzu studií zabývajících se zdravotními a psychickými následky užívání konopí. V tomto přehledu vymezili množství akutních a chronických účinků a zároveň nastíhli několik potenciálních terapeutických řešení. Následující tabulka uvádí přehled aktuálních poznatků týkajících se nežádoucích účinků užívání konopí a skupin osob, u nichž se předpokládá zvýšené riziko působení těchto účinků.

Tabulka 1: Přehled nežádoucích účinků užívání konopí a vymezení rizikových skupin

akutní účinky	poruchy pozornosti, paměti a psychomotorických funkcí při intoxikaci zvýšené riziko dopravní nehody, pokud osoba řídí pod vlivem konopí v kombinaci s alkoholem zvýšené riziko psychotických symptomů u osob, kteří jsou k nim náchylnější v důsledku výskytu psychózy v osobní nebo rodinné anamnéze
nejpravděpodobnější chronické účinky	chronická bronchitida a histopatologické změny, jež mohou být předchůdcem rozvoje zhoubných onemocnění syndrom závislosti na konopí charakterizovaný neschopností abstinovat od konopí nebo kontrolovat jeho užívání mírné poruchy pozornosti a paměti, které přetrvávají po dobu uživatelovy chronické intoxikace a mohou i nemusí vymizet po delším období abstinence
možné nežádoucí účinky	zvýšené riziko rakoviny ústní dutiny, hltanu a jícnu; leukemie u dětí vystavených konopí <i>in utero</i> horší studijní výsledky u dospívajících a nižší výkonnost u dospělých v profesích kladoucích vysoké nároky na kognitivní dovednosti

skupiny vystavené vyššímu riziku působení nežádoucích účinků	<ul style="list-style-type: none"> – u dospívajících s dlouhodobě špatným školním prospěchem, kteří zároveň začínají s užíváním konopí již před patnáctým rokem života, hrozí zvýšené riziko, že budou užívat i jiné nezákonné drogy a že si vytvoří na konopí závislost (závislostní užívání během dospívání může mít dopad na emoční vývoj a utváření vlastní identity, což jsou v tomto věku zásadní momenty) – ženy, které pokračují v kouření konopí i během těhotenství, zvyšují riziko nízké porodní váhy svého dítěte – lidé s astmatem, bronchitidou, rozedmou, schizofrenií nebo závislostí na jiných drogách si užíváním konopí mohou svůj stav zhoršit
--	---

ZDROJ: HALL a SOLOWIJ, 1998

Konopí a psychózy

Hall a Solowij (1998) uvádějí, že nejistota ohledně nežádoucích zdravotních účinků akutního a chronického užívání konopí, jakož i potřeba tuto skutečnost zdůrazňovat, neznamená, že by lékaři a kliničtí pracovníci neměli svým klientům také udělovat rady. Tyto rady by se měly týkat otázek, jako jsou rizika poškození dýchacího traktu v důsledku dlouhodobého kouření konopí, která se ještě výrazně zvyšují s kouřením tabákových výrobků, zvýšené riziko závislosti u každodenních uživatelů, možnost lehkých kognitivních poruch u klientů, kteří užívají konopí pravidelně po dobu několika let, a možnost dopravní nehody po užití konopí, kdy dané riziko ještě stoupá, pokud se na intoxikaci podílí alkohol i konopí současně.

Jednou z nejdiskutabilnějších oblastí v souvislosti se zdravotními aspekty užívání konopí je problematika psychóz. Na základě analýzy ověřených faktů týkajících se souvislostí mezi konopím a psychózou bylo konstatováno (Hall, 1998), že hypotéza o intenzivním užívání jako příčině psychózy má jisté opodstatnění. Takové případy jsou však vzácné a mohou obnášet již existující, byť dosud nespecifikované, predispozice. Více objektivních skutečností hovoří ve prospěch hypotézy, že konopí může exacerbovat schizofrenii. Není sice jisté, zda užívání konopí ve skutečnosti podněcuje rozvoj schizofrenie, nicméně považuje se to za pravděpodobné u osob, které mají k tomuto onemocnění dispozici s ohledem na pozitivní rodinnou anamnézu. V souvislosti s psychózou Hall (1998) doporučuje, aby se zdravotnická zařízení zaměřila na osoby se schizofrenií, které užívají konopí a jiné drogy, včetně alkoholu, a formou poradenství se je snažila přivést k abstinenci. Pokud to nebude možné, je třeba na klienty apelovat, aby užívání drog alespoň omezili.

Konopí a řízení motorových vozidel

Podrobný výzkum vlivu konopí na řízení motorových vozidel provedl Robbe (1994). Cílem tohoto výzkumu bylo určit vztah „dávka-odezva“ (dose-response relationship) pro konopí a objektivně a subjektivně poměřované aspekty „skutečného“ řízení za podmínek běžného silničního provozu.

Výsledky odpovídaly zjištěním z předchozím testů provedených na simulátorech řízení a uzavřených tratích, tj. že vysoká dávka konopí významně, byť nikoli dramaticky, snižuje schopnost řídit motorové vozidlo.

Tento negativní efekt ovšem nepředčil výsledek zjištěný u řidiče s obsahem 0,8 ‰ alkoholu v krvi. Malá dávka konopí pak nepoznamenala schopnost řídit vozidlo v městském provozu v takové míře jako 0,4 ‰ alkoholu v krvi. K podobným výsledkům se dospělo při porovnání schopnosti řídit vozidlo po užití běžně předepisovaných léků.

Robbeho studie potvrzuje zjištění předchozích výzkumů, z nichž vyplývá, že v porovnání s užitím jiných drog jsou lidé po vykouření konopí za volantem opatrnější a jsou schopni při řízení lépe kompenzovat jeho nepříznivé účinky. Většinou totiž nepříznivé účinky konopí přeceňují a podle možností se je tak snaží eliminovat. Mohou například věnovat větší úsilí jednotlivým úkonům a/nebo si nechávat větší odstup od dalších účastníků silničního provozu a/nebo jet pomaleji.

Přestože nežádoucí účinky konopí na schopnost řídit vozidlo jsou relativně malé, Robbe zdůrazňuje, že v řadě situací může být řízení pod vlivem konopí nebezpečné. Patří sem nepředvídané okolnosti, za nichž jsou kladeny zvýšené nároky na schopnost řidiče vyhodnotit situaci, dlouhé jednotvárné řízení, nebo je-li konopí užito v kombinaci s jinými drogami.

Konopí jako lék

Role konopí v moderní terapii je nejednoznačná. Podle názorů řady lidí je konopí účinné v těchto oblastech:

- tlumení bolesti a svalových křečí,
- zlepšení spánku,
- pomůcka při odvykacím stavu u opiátů,
- snižování úzkosti,
- potlačování zvracení, anorexie a deprese u poruch souvisejících s AIDS,
- působení jako antiemetikum při chemoterapii,
- léčba roztroušené sklerózy.

Tato tvrzení jsou vesměs hypotetická a nejsou podložena žádnými jednoznačnými vědeckými důkazy, případně vycházejí z výzkumu prováděného na zvířatech (British Medical Journal, 1998; Gowing, Ali, Christie a White, 1998; Matthews, 1998; Warden, 1998a a 1998b).

Určité skutečnosti také vypovídají o tom, že THC snižuje intraokulární tlak a navozuje bronchodilataci. Nejsou však k dispozici žádná ověřená fakta svědčící o jeho účinnosti při léčbě glaukomu nebo astmatu (British Medical Journal, 1998).

Zdá se, že studie prováděné se zvířaty a menší humánní studie poskytly doposud dostatek předběžných důkazů o potenciálním terapeutickém přínosu, které opodstatňují další výzkum

(Gowing et al., 1998). Britská lékařská společnost (British Medical Association) doporučila testování terapeutického využití kanabinoidů prostřednictvím realizace kontrolovaných klinických hodnocení (British Medical Journal, 1998; Warden, 1998a), přičemž vědecko-technický výbor britské Sněmovny lordů doporučil přistoupit k provádění těchto studií jako k „neodkladné záležitosti“ (Matthews, 1998).

Spojené státy nedávno potvrdily svůj obezřetný postoj vůči konopí, když nejvyšší soud rozhodl v neprospěch lékařského využití konopí v několika amerických státech (Reuters Health, New York, 15 May 2001).

Účinnost strategií léčby užívání konopí

Přestože v poslední době došlo k některým významným změnám v názorech na nevhodnější léčbu pro uživatele konopí, programů zaměřených na tento typ léčby není mnoho. Ve výsledku se často spoléhá na to, že tito klienti mají větší zázemí ve svém osobním životě a zároveň stabilnější sociální a ekonomické poměry, a méně tak u nich tudíž dochází k předčasnému ukončení léčby. Ti, kteří v léčbě setrvávají, vykazují nejvyšší úspěšnost (Roffman et al., 1993; Stephens, Wertz a Roffman, 1993).

Při léčbě závislosti na konopí se využívají různé strategie. Patří mezi ně psychoterapie, kognitivní restrukturalizace a prevence relapsu, poradenství, sociální podpora a nácvik dovedností, edukace a v některých případech pak abstinenčně orientované programy na bázi 12 kroků (Miller, Gold a Pottash, 1989; Zweben a O'Connell, 1988).

Pravděpodobně nejrozšířenější intervence, prevence relapsu, využívá kognitivně-behaviorální terapii, jejímž cílem je vybavit klienty dovednostmi, které jim pomohou vyhnout se relapsu (viz *Metodické pokyny pro klinickou léčbu – Prevence relapsu*). Mezi stoupence tohoto přístupu patří přední odborníci v oboru, ve Spojených státech např. Roffman a kol. (Roffman, Klepsch, Wertz et al., 1993). Uplatňuje jej také Národní středisko pro výzkum problematiky drog a alkoholu (National Drug and Alcohol Research Centre) v Sydney (Rees, Copeland, Swift a Hall, 1997).

Počet strategií využívaných k léčbě závislosti na konopí je sice vysoký, ale míra jejich efektivity je nejasná a mnoho věcí je ještě třeba dořešit.

Není možné provést přesné porovnání různých léčebných režimů. Opakovaně totiž dochází k používání rozdílných evaluačních metod (Heather a Tebbutt, 1989). Některá měřítka se například dají uplatnit jen u určitých typů konopí, např. s nízkým obsahem delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), nebo u kategorií jednotlivých uživatelů. Ještě častěji se stává, že se různé léčebné ukazatele užívají kombinovaně, což hodnocení výsledků léčby znesnadňuje. Problémy, s nimiž se skupiny i jednotlivci setkávají v psychické, fyziologické a sociální rovině, se totiž mohou značně lišit.

Na zasedání k problematice drogové závislosti, konaném v roce 1966, se Roffman a Stephens zmiňovali o nedostatečném výzkumu v oblasti léčby užívání konopí (Budney et al., 1997).

Konstatovali tehdy, že oni sami se podíleli na jediných dvou kontrolovaných klinických studiích zabývajících se tímto tématem (Stephens, Roffman a Simpson, 1993, 1994):

- Jedna studie ověřovala účinnost modelu prevence relapsu ve srovnání s modelem sociální podpory. Mezi těmito dvěma formami léčby nebyly zjištěny žádné významné rozdíly. Nicméně model prevence relapsu vykazoval určité slibné výsledky z hlediska abstinence a nižší míry užívání během dvanáctiměsíční katamnézy. Dospělo se mimo jiné k důležitému závěru, že osoby, které vyhledají pomoc ve snaze přestat s užíváním konopí, mohou tohoto cíle dosáhnout při minimální míře intervence (Stephens, Roffman a Simpson, 1993). Tento přístup byl zakomponován do jejich druhé studie.
- Druhý výzkumný projekt byl koncipován jako randomizovaná kontrolovaná studie pracující se třemi skupinami. Patřily sem (a) skupina zaměřená na podporu prevence relapsu (celkem 14 sezení v průběhu čtyř měsíců), (b) jednorázová intervence u problémových uživatelů alkoholu spočívající v individuálním zhodnocení na základě prohlídky a motivačního rozhovoru a (c) kontrolní skupina sestávající z lidí na čekací listině, u nichž došlo k odložení začátku léčby až o čtyři měsíce. Byla učiněna dvě zajímavá zjištění. Za prvé, v rámci katamnestickeho sledování různé délky nevykazovaly skupiny (a) a (b) žádné rozdíly v hodnotách týkajících se abstinence, počtu dnů, kdy užívali, nebo problémů s užíváním. Za druhé, u skupiny osob v pořadníku na léčbu bylo zaznamenáno významné omezení užívání konopí během čekací doby. Závěrem bylo konstatováno, že u osob, které jsou dostatečně motivovány ke změně, je minimální intervence nákladově efektivnější alternativou (Stephens, Roffman a Simpson, 1994).

Slibný výsledek zaznamenaný u koncepcie minimální intervence však nebyl potvrzen následnou studií realizovanou v Novém Jižním Walesu. Grenyer, Solowij a Peters (1997) v rámci této studie porovnávali výsledky léčby užívání konopí spočívající v intenzivní individuální psychoterapii (16 sezení) a jednorázových konzultacích, při nichž bylo klientovi poskytnuto motivační poradenství a svépomocná příručka.

Údaje získané při čtyřměsíční katamněze ukázaly, že dvěma třetinám osob ze skupiny, která absolvovala intenzivní terapii (16 sezení), se podařilo přestat s užíváním konopí, zatímco u skupiny osob, které prošly jednorázovými konzultacemi, to bylo pouze 10 %. Je zajímavé, že 50 % osob z druhé skupiny již před začátkem čtyřměsíční katamnézy konopí neužívalo, ale pouze několik z nich bylo schopno tento stav udržet.

Jako první vysvětlení těchto protikladných výsledků se nabízí skutečnost, že Stephens et al. (1994) měřili pokles v užívání, čehož lze poměrně snadno dosáhnout, zatímco Grenyer se svými kolegy (1997) měřili abstinencí.

Mezi další faktory, kterými je možné vysvětlit rozdílné výsledky, patří charakteristiky jednotlivých klientů a typ intervence. Stephens et al. (1994) například uplatňovali dvě krátká sezení zaměřená na motivační rozhovor a strategie zvládnání; na druhé sezení pak klienti měli přivést nějakou blízkou osobu. Grenyer et al. (1997) oproti tomu uplatňovali pouze jedno sezení postavené na motivačním rozhovoru a předání svépomocné příručky.

První program zaměřený na léčbu užívání konopí ve státě Victoria realizovalo v letech 1992–1997 komunitní zdravotní středisko v Monash. Jednalo se o skupinový program vycházející ze zásad minimalizace rizik. Byl založen na psychodynamickém a psychosociálním přístupu se zaměřením na kognitivně-behaviorální terapii spočívající v rozpoznávání „hlasu závislosti“. V rámci evaluace prováděné klinickými pracovníky před intervencí a po jejím skončení bylo zjištěno, že 75 % klientů dodrželo své léčebné cíle po dobu následujících šesti měsíců (Murphy a Boyle, 1997). Tyto výsledky však nikdy nebyly oficiálně publikovány a nemohly být proto zhodnoceny odbornou veřejností. S ohledem na úspěšnost monashského programu, co se týče délky dosaženého efektu a výsledků léčby, byly některé jeho prvky použity pro první studii léčby realizované v letech 1996–1997 organizací *Turning Point* (Englander, Kellehear, Lang et al., 1997). Konkrétně byly v rámci projektu organizace *Turning Point* zakomponovány do skupinového modelu (viz Léčebný model 2 ve druhé části).

Vznik publikace Efektivní regulace užívání marihuany

Mezi hlavní faktory, které přispěly ke zpracování publikace *Efektivní regulace užívání marihuany*, patřily:

- potřeba uplatnění přístupu minimalizace rizik, který není nutně orientován na abstinenci,
- možnost modelu relativně nákladově efektivní služby,
- snaha doporučit vhodné metody popsané v australské a zahraniční literatuře,
- potřeba předávat klinické zkušenosti klinických pracovníků v oblasti alkoholových a drogových závislostí,
- potřeba podělit se o zkušenosti a výsledky z výzkumu intervencí realizovaného organizací *Turning Point* – *Evaluace dvou typů léčebných intervencí u klientů, kteří sami sebe definovali jako problémové uživatele konopí (An Evaluation of Two Cannabis Treatment Interventions with Self-defined Problem Cannabis Users, 1997)* a *Zpráva o jednorázové intervenci u klientů, kteří sami sebe definovali jako problémové uživatele konopí (Report on a Single Session Intervention with Self-defined Problem Cannabis Users, 1998)*.

Léčebné modely

Na základě výše uvedených faktorů vytvořila organizace *Turning Point* dva léčebné modely – integrovanou krátkou intervencí a postup založený na práci se skupinou. Tyto intervence jsou vhodné pro klienty, jejichž užívání konopí není provázeno dalšími komplikacemi a mohou je realizovat odborníci různého zařazení v mnoha modalitách zdravotní a sociální péče.

Tyto dva doporučované modely reflektují současnou praxi, témata, jimiž se zabývá recenzovaná literatura, a zkušenosti získané z klinických hodnocení.

Metaanalýza randomizovaných kontrolovaných studií, tedy jakýsi „zlatý standard“, který se obvykle uplatňuje na metodiku lékařské péče, však zatím u léčby užívání konopí není možná. Uváděné dva modely je možné přijmout za příklad dobré praxe až poté, co budou zavedeny a vyhodnoceny specializovanými pracovišti, zabývajícími se problematikou užívání drog a praktickými lékaři.

Tyto modely nejsou jedinými nebo nezbytně optimálními intervencemi ve všech případech. Nelze pouštět ze zřetele ani další modely, např. využívání svépomocných skupin nebo dlouhodobější psychodynamické terapie. Účinnost dalších možných řešení, jakým je např. svépomocný přístup, je sice nutně dále zkoumat, než budou moci být s důvěrou doporučeny jako hlavní léčebné modely, ale každopádně je možné je považovat za doplněk integrované krátké intervence i postupu založeného na práci se skupinou.



APLIKAČNÍ ZÁSADY

Materiál *Efektivní regulace užívání marihuany* popisuje komplexní intervenci vycházející z řady stěžejních přístupů uplatňovaných při léčbě uživatelů drog. Patří sem vše od kognitivně-behaviorální terapie, zejména prevence relapsu, motivačního rozhovoru a fází a procesů změny, přes psychoedukační strategie až po kontrolované užívání drog a minimalizaci rizik (viz *Metodické pokyny pro klinickou léčbu – Prevence relapsu, Motivační rozhovor, Intervence založené na kontrolovaném užívání drog, Snižování rizik u klientů, kteří pokračují v užívání drog*).

Ověřování integrované krátké intervence provedené organizací *Turning Point* prokázalo, že strategická kombinace těchto prvků léčby může být zdrojem úspěšné intervence.

Mezi další faktory, které mohou kliničtí pracovníci rovněž využít, zejména při integrované krátké intervenci, patří:

- psychoterapie – k propojení různých prvků léčby,
- empatie – vytvoření konstruktivního terapeutického vztahu není možné bez toho, aby kliničtí pracovníci vstřícně a s porozuměním reagovali na klientovy postoje,
- podpora – s ohledem na výsledky evaluace integrované krátké intervence realizované ve Spojených státech (Roffman et al., 1993) se doporučuje, aby se na procesu léčby podílela nějaká osoba, která je průběžně schopna klienta povzbuzovat a být mu oporou.

Kliničtí pracovníci musí dát klientovi možnost, aby zvážil výhody a nevýhody přizvání nějaké další osoby, která by mu měla být zdrojem podpory, jakož i výhody a nevýhody osobních charakteristik takového člověka. Nemusí být například ideální přizvat osobu, jež má sama problémy s drogami. Osoba, jež má být klientovi oporou, musí umět naslouchat a být připravena klienta podporovat v dosahování cílů, které si stanovil. Kliničtí pracovníci by měli vymezit roli této osoby hned na počátku sezení. Pokud má být zdrojem podpory partner(ka) klienta, je důležité, aby se věnovala pozornost výhradně programu sezení a nedocházelo k jeho narušení vztahovými konflikty. Ke konci sezení je možné probrat uzavření konkrétní dohody o poskytování podpory, v jejímž rámci by bylo stanoveno, jakým způsobem může být daná osoba průběžně nápomocna.

Komu jsou dané modely léčby určeny

Tyto intervence nejsou vhodné pro osoby se silnou závislostí na konopí, které se zřejmě neobejdou bez odvykacího programu, nebo pro osoby, které se souběžně potýkají s psychiatrickými problémy.

Integrovaná krátká intervence

Jednorázová integrovaná krátká intervence, spočívající v jednom sezení, je nevhodnější pro osoby s následujícími charakteristikami:

- samy sebe označují za problémové uživatele konopí,
- mírné problémy související s užíváním konopí,

- nízká až střední míra závažnosti užívání,
- zvýšená míra kontroly,
- motivace ke změně,
- partner(ka) konopí nekouří, případně existence konkrétní blízké osoby, která funguje jako motivační faktor ke změně chování,
- žádná nebo minimální předchozí léčba.

Tato intervence nemusí být vhodná pro osoby, které vykazují:

- labilní duševní zdraví,
- chronickou depresi/úzkostnou poruchu,
- hluboce zakořeněnou dlouhodobou psychosociální dysfunkci,
- kognitivní poruchy,
- chronické, dlouhodobé, závislostní, silné užívání – těmto uživatelům zpravidla pomáhají intenzivnější, průběžné individuální nebo skupinové intervence. Integrovaná krátká intervence však může být pro tuto skupinu klientů užitečná v případě omezené dostupnosti specializovaných služeb, nebo pokud klient vykazuje rezistenci vůči účasti na dlouhodobější léčbě,
- omezenou gramotnost a nulovou dostupnost odpovídajících možností podpory – důležitou součástí intervence je využití pracovních archů pro klienta, jež jsou určeny k vypracování a zdokumentování osobních strategií k dosažení změny, a to jak při jednorázovém sezení, tak jako materiál, který si klienti mohou odnést s sebou domů. U klientů s omezenou gramotností bude zřejmě nutné operativně zareagovat a využít k prezentování příslušné problematiky například audio nebo video nahrávku, případně pomoc osoby, která má být danému klientovi zdrojem podpory,
- nízkou motivaci ke změně.

Skupinová intervence

Skupinová intervence může být užitečná pro klienty s následujícími charakteristikami:

- sami sebe označují za problémové uživatele konopí,
- mírné problémy související s užíváním konopí,
- nízká až střední míra závažnosti užívání,
- zvýšená míra kontroly,
- motivace ke změně,
- partner(ka) konopí nekouří, případně existence konkrétní blízké osoby, která funguje jako motivační faktor ke změně chování,
- žádná nebo minimální předchozí léčba.

Přínosem by nebyla pro osoby, které vykazují:

- silnou psychopatologii,
- chronickou depresi/úzkostnou poruchu,
- problémy s labilním duševním zdravím,

- kognitivní poruchy,
- malou nebo nulovou motivaci docílit změny v užívání konopí.

Je také třeba zvážit věk potenciálních členů skupiny. Tuto otázku je nutné řešit případ od případu, když chceme posoudit, zda je vhodné zařadit společně mladší a starší osoby do jedné skupiny. Skupinová intervence bude zřejmě přínosnější pro dlouhodobé intenzivní uživatele konopí, nicméně klinický pracovník musí nejprve posoudit, zda je užitečné smíchat osoby vykazující různou míru užívání.

Fáze modelu změny

Cenným nástrojem při práci s uživateli konopí je technika motivačního rozhovoru. Zaměřuje se na fáze a procesy změny na základě modelu, jehož autory jsou Prochaska a DiClemente (1982, 1984, 1986). Tato problematika je podrobně popsána v materiálu *Metodické pokyny pro klinickou léčbu - Hlavní zásady a postupy*. Je důležité, aby si uživatelé konopí určili, v jaké fázi se z hlediska svého užívání drog nacházejí. Informační arch 9. *Fáze změny* obsahuje diagram znázorňující 6 fází změny.

Prochaska a DiClemente definují jednotlivé fáze změny takto:

Prekontemplace

V tomto bodě nejsou osoby motivovány k uskutečnění změny ve svém užívání drog. Tyto osoby většinou nesdílejí obavy druhých lidí, že jejich užívání drog v každém případě představuje problém. Pozitivní přínos užívání drog pro ně převažuje nad jakýmkoli negativními důsledky. Neuvažují o změně.

Kontemplace

Osoby, které zvažují změnu, obvykle vnímají dvě stránky svého užívání drog. Užívání drog jim na jedné straně přináší vzrušení a požitek, na druhé straně má však své stinné stránky. Osoby nacházející se ve fázi kontemplace nedělají nic jiného, než že přemýšlejí o uskutečnění změny ve svém užívání drog, ale u těchto myšlenek také zůstává.

Odhodlání

Tato fáze je charakteristická pro osoby, které se rozhodly, že je čas na změnu a že tento čas právě nadešel. Je zjevné, že negativní stránky užívání drog převažují nad jeho pozitivy.

Akce

Osoby nacházející se v této fázi aktivně usilují o dosažení změny ve svém užívání drog.

Udržování

Osoby úspěšně dosáhly změny ve svém užívání drog a jsou schopny je po určitou dobu udržet. Předpokládá se, že pro dosažení této fáze je nutné udržet změnu v užívání drog po dobu od šesti do dvanácti měsíců. Aby mohli být bývalí uživatelé považováni za osoby, které již ne-

užívají a které se oprostily od svého předchozího životního stylu, musejí v této fázi setrvat až pět let.

Relaps

Jako relaps se označuje fáze, kdy se někteří lidé dostanou do problémů a vrátí se k předchozím vzorcům užívání drog. K relapsu může dojít v kterékoli fázi cyklu a člověk se zároveň může vrátit do kterékoli z ostatních fází.



POKYNY PRO PRAXI

Vzhledem k nárůstu užívání konopí, ke kterému ve státě Victoria (Austrálie) došlo za posledních 20 let, je pravděpodobné, že poroste i poptávka po léčbě užívání této látky. Pomoc nejčastěji vyhledávají dlouhodobí uživatelé.

Jednotlivým zařízením se bude na tuto poptávku dařit efektivně reagovat, pokud budou vyvířet modely léčby založené na následujících prvcích:

- krátká intervence spočívající ve zhodnocení, motivačním rozhovoru a poskytnutí svépomocných prostředků (viz například Léčebný model 1 v této části),
- model sociální podpory,
- metodika skupinové terapie uplatňující prevenci relapsu a kognitivně-behaviorální přístup (viz například Léčebný model 2 v této části),
- možnost doporučit klienty k intenzivní psychoterapii,
- zajištění podpory okolí a dostupnosti svépomocných skupin.

Alternativně je možné léčebný model pojmut jako kombinaci výše uvedeného, např. postup založený na práci se skupinou může zahrnovat prvek sociální podpory. V podmínkách většiny léčebných zařízení však bude mít léčba pravděpodobně formu intenzivního procesu, který řeší různé klientovy problémy a představuje základ pro hodnocení klientova pokroku a případné přenastavení léčebných priorit.

V následujících částech jsou podrobně popsány dva léčebné modely vypracované australskou organizací *Turning Point* – integrovaná krátká intervence a skupinová intervence.

LÉČEBNÝ MODEL 1 INTEGROVANÁ KRÁTKÁ INTERVENCE

Integrovaná krátká intervence pro uživatele konopí byla organizací *Turning Point* vypracována ve snaze o poskytnutí komplexního a standardizovaného souboru metodických pokynů pro léčbu uživatelů konopí. Tato léčba je nejvhodnější pro osoby, které si sami uvědomují, že jim jejich užívání konopí způsobuje mírné problémy, jsou motivovány ke změně, mají partnera/partnerku, kteří konopí nekouří, případně je nějaká jiná osoba podporuje v tom, aby dosáhly změny ve svém chování.

Jednorázové sezení je samostatná intervence, která má klientům poskytnout příležitost, aby si zformulovali cíle, jichž chtějí ve vztahu k užívání konopí dosáhnout, a stanovili si plán, jak změny ve svém chování dosáhnout. Pro některé klienty bude jednorázové sezení společně s poskytnutím individuálních pracovních listů a informací dostačující. U dalších bude nutná obsáhlejší léčba zahrnující další individuální a/nebo skupinové poradenství.

Integrovaná krátká intervence je založena na teoretickém výzkumu a praktických zkušenostech.

Její teoretický základ tvoří následující zdroje:

- Vývojová teorie, která klade důraz na zásady krátké psychoterapie (Zatzick a Johnson, 1997).
- Akcelerovaná empatická terapie (AET) (Alpert a Spillman, 1997), jejímž cílem je zvýšit účinnost intenzivní krátké psychoterapie na základě vytvoření silného terapeutického svazku mezi klinickým pracovníkem a klientem.
- Jednorázová terapie (Talmon, 1995, citováno v Green, 1998), jež akcentuje terapeutický potenciál od prvotního kontaktu po ukončení spolupráce, spočívající v klinické intervenci realizované v rámci jediného sezení.

Praktické základy modelu tvoří:

- pilotní ověřování integrované krátké intervence v organizaci *Turning Point* v letech 1997–1998 (Brooke, Englander, Gregg-Rowan et al., 1998),
- další léčebné procesy, jako např. kognitivně-behaviorální terapie, zejména prevence relapsu, motivační rozhovor, včetně fází a procesu změny, psychoedukační strategie apod.,
- základní zásady psychoterapie jako zdroje užitečného spojovacího prvku mezi těmito rozličnými strategiemi,
- prospěšnost budování terapeutického vztahu založeného na empatii,
- poznatek, že jednorázového sezení by se měla zúčastnit další osoba, která může být klientovi průběžným zdrojem povzbuzení a podpory, jak doporučují Roffman et al. (1993).

Jednotlivé kroky integrované krátké intervence

1. Moment prvního kontaktu/„třídění“ (obvykle telefonicky).
2. Zaslání informací poštou; fakultativní, nicméně efektivní prostředek k zajištění pokračování terapeutického procesu mezi prvním kontaktem/tříděním a integrovanou krátkou intervencí v podobě jednorázového sezení.
3. Jednorázové sezení, zahrnující zhodnocení v celkové délce přibližně dvou a půl hodiny NEBO přibližně dvouhodinové jednorázové sezení, jemuž bude předcházet přípravné sezení, v jehož rámci bude provedeno zhodnocení klientova stavu.

1. krok: Moment prvního kontaktu a screeningu

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
neaplikuje se	neaplikuje se

Terapeutické řešení problému s konopím je u konkrétního člověka složitým a dynamickým procesem, který může začít již před uskutečněním prvního osobního kontaktu. Jeho počátek lze spatřovat v prvním telefonickém kontaktu nebo v rozeslání informačních materiálů, např. návodů jak přestat s užíváním konopí nebo je omezit ještě před vlastní návštěvou léčebného zařízení. Prvotní kontakt bude v mnoha případech probíhat telefonicky. Bude zapotřebí, aby klinický pracovník službu představil a určil, zda je pro daného klienta integrovaná krátká intervence vhodná.

Představení služby

Při představování dané služby je zapotřebí:

- Maximálně využít příležitosti k zapojení klienta do procesu léčby, získat si jeho důvěru a snížit jeho obavy. V ideálním případě by měl veškerou komunikaci, kontakty, zhodnocení a vedení jednorázového sezení provádět tentýž klinický pracovník.
- Prezentovat léčebný proces jako něco zcela normálního. Důležité je to z toho důvodu, že většina klientů, kteří jednotlivé služby kontaktují s žádostí o pomoc se svým užíváním konopí, jsou většinou „nováčci“, co se týče léčby drogových závislostí. Je pravděpodobné, že ještě nikdy žádné léčebné zařízení nenavštívili a jen stěží budou sami sebe vnímat jako „závislé“ nebo jako „klienty“.

Určování vhodnosti

Při prvním kontaktu by se mělo stanovit, zda je daný klient vhodný pro integrovanou krátkou intervencí ve formě jednorázového sezení a případně doporučení další léčby. Je třeba:

- seznámit klienta s danou intervencí a strukturou jednorázového sezení,
- určit míru závažnosti problémů spojených s užíváním konopí, stupeň motivace ke změně a dostupnost sociální podpory,

- zjistit, co klient od intervence očekává, aby bylo možné kvalifikovaněji rozhodnout o užitečnosti jednorázového sezení,
- informovat klienta o dalších možných způsobech léčby.

Pokud je integrovaná krátká intervence ve formě jednorázového sezení pro klienta vhodná, a ten je ochoten ji absolvovat, pak je třeba co nejrychleji stanovit termín tohoto jednorázového sezení.

2. krok: Rozesílání informací

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí	1 – Vzor úvodního dopisu

Zaslání informací po navázání prvního kontaktu/třídění má posílit klientovo předsevzetí absolvovat léčbu.

Zásilky mohou obsahovat kombinaci následujících materiálů:

- informace o službě / brožurka o daném zařízení,
- stručná charakteristika programu a jeho podmínek,
- kartička s termínem osobního setkání,
- arch *Evidence užívání konopí*, mapující období odpovídající minimálně počtu dní mezi prvotním kontaktem a osobním setkání u příležitosti zhodnocení nebo vlastní intervence (viz pracovní arch A – *Evidence užívání konopí*),
- podrobnosti o možnostech prozatímní podpory, např. prostřednictvím nepřetržité telefonické poradenské služby DIRECT Line (viz informační arch 10 – *Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu*),
- svépomocné prostředky,
- seznam otázek, jež mají klienta přivést k zamyšlení nad tím, jaký dopad má konopí na jeho život, např.:
 - Co se ve vašem životě odehrávalo v době, kdy jste začal(a) užívat konopí pravidelně?*
 - Jaký dopad má konopí na váš život v současné době?*
 - Jakou roli, pokud vůbec nějakou, by podle vás mělo konopí hrát ve vašem životě do budoucna?*

Během následného formálního zhodnocení je možné *Evidenci užívání konopí* využít k získání podrobnějších informací o současném užívání a případných změnách, k nimž mohlo dojít od uskutečnění prvního telefonického kontaktu. Pomocí seznamu otázek je také možné přimět klienta k tomu, aby se ještě před provedením zhodnocení zamyslel nad svými cíli z hlediska stávajícího a budoucího užívání konopí. V průběhu formálního zhodnocení je pak možné tyto otázky uplatnit jako východisko pro individuálnější pojatou diskuzi o konopí a jako další zdroj informací potřebných pro vypracování individuálního plánu léčby.

3. krok: Jednorázové sezení

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí	1 – Vzor úvodního dopisu
B – Zvažování pro a proti	2 – Jak konopí působí na vaši psychiku a organizmus?
C – Regulace užívání marihuany	3 – Jak to zvládnout bez kouření
D – Rozpoznávání a zvládání rizikových situací	4 – Detoxikace od konopí
E – Odklad, odvedení pozornosti, odpor	5 – Kontrolované užívání konopí
F – Bažení a nutkání	6 – Prevence relapsu
	7 – Minimalizace škod
	8 – Tipy jak lépe spát
	9 – Fáze modelu změny
	10 – Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu

Realizace jednorázového sezení může být prvním a jediným klinickým kontaktem. Klinický pracovník i klient musí „chytit příležitost za pačesy“, soustředit se na nalezení řešení a docílit, aby sezení pokud možno tvořilo uzavřený celek. Klinický pracovník se rovněž musí zabývat případnými emocionálními problémy, které během sezení mohou vyvstat.

K vypracování plánu sezení, který bude odpovídat specifickým potřebám každého jednotlivce, je důležitá flexibilita. Volbu konkrétních pracovních archů by měl určovat výsledek vyhodnocení klientových potřeb. U jedněch bude nutné se zaměřit na motivační rozhovor, u druhých bude zapotřebí se soustředit na prevenci relapsu.

Mezi cíle sezení obvykle patří:

- navázat a udržet terapeutický vztah založený na vzájemné spolupráci,
- provést zhodnocení klienta z hlediska užívání drog a alkoholu, včetně dopadu užívání konopí,
- seznámit klienta s technikami motivačního rozhovoru,
- seznámit klienta s technikami prevence relapsu,
- seznámit klienta s přístupem minimalizace rizik a jeho strategiemi,
- seznámit klienta s informacemi o zvládání odvykacího stavu.

(Další informace viz *Metodické pokyny pro klinickou léčbu – Motivační rozhovor, Prevence relapsu, Snižování rizik u klientů, kteří pokračují v užívání drog, Intervence založené na kontrolovaném užívání drog.*)

Na rozdíl od poskytnutých faktických informací, strategie uplatňované za účelem dosažení změny v chování bude nutné vysvětlit o něco podrobněji a nechat zde prostor k diskusi. Ve

stručnější formě je možné poskytnout základní informace o strategiích minimalizace rizik, účinných konopí na zdraví a psychiku a o problematice zvládnání abstinčních příznaků. Klient si může s sebou domů odnést příslušné informační archy, jež jsou součástí publikace *Efektivní regulace užívání marihuany*, společně s dalšími pracovními archy vyplněnými během sezení.

Zhodnocení

Při hodnocení klienta je třeba určit:

- anamnézu z hlediska užívání drog, jak legálních, tak nelegálních, a podrobné zhodnocení stávajícího užívání,
- zdravotní stav a aktuálně užívané léky,
- psychosociální stav a dopad užívání konopí na oblasti, jako jsou např. zaměstnání, studium, vztahy nebo společenský život,
- předchozí léčbu užívání drog, včetně pozitivních a negativních zkušeností,
- aktuální situaci klienta ve vztahu k právnímu řádu a její případnou souvislost s užíváním drog, respektive abstinencí,
- cíle z hlediska omezení užívání drog nebo abstinence,
- potřebu doporučení dalších zařízení poskytujících služby v oblasti léčby a podpory.

Vzhledem k omezeným možnostem jednorázového sezení je nutné pragmaticky hospodařit s časem. V některých případech nebude krátké zhodnocení stačit k formulování klientových potřeb. V takových situacích je možné provést komplexnější zhodnocení s tím, že vlastní jednorázové sezení se může přesunout na jiný termín. O nástrojích komplexnějšího zhodnocení pojednává materiál *Metodické pokyny pro klinickou léčbu – Hlavní zásady a postupy*, jehož součástí je formulář, který mohou pracovníci zařízení poskytujících ve státě Victoria léčbu alkoholových a drogových závislostí použít k provádění specializovaného zhodnocení klientů, a nástroj pro účely zhodnocení a intervence určený pro zařízení, jež poskytují léčebné služby mladistvým, kteří mají problémy s alkoholem a drogami.

V rámci zhodnocení je také třeba určit klientova očekávání, stanovit priority a formulovat dohodnutý program. Důležité je:

- snažit se zjistit, jaký výsledek sezení klient očekává, kladením otázek typu „Co byste si z dnešního sezení rád(a) odnesl(a)?“,
- vysvětlit důvody pro danou intervenci, nastínit strukturu jednorázového sezení a rozsah témat, na která bude upřena pozornost,
- vyzvat klienta, aby v rámci dané struktury vymezil oblasti potřeb a zájmu a formuloval dohodnutý program sezení.

V rámci zhodnocení by se měla určit míra dopadu užívání konopí, jakož i klientovo mínění ohledně dopadu na jeho život. Na základě těchto informací může klinický pracovník připravit jednorázové sezení specifickým potřebám konkrétního jedince a seznámit ho s problematikou abstinence a kontrolovaného užívání drog.

Seznámení klienta s technikami motivačního rozhovoru

Motivační rozhovor podněcuje motivaci a podporuje klientův vlastní potenciál k uskutečnění změny.

Techniky motivačního rozhovoru jsou nedílnou součástí krátké intervence. Podporují vlastní potenciál klienta k uskutečnění změny bez toho, aby se mu předepisovalo, jaké kroky má podniknout. Prostřednictvím pracovních archů *B – Zvažování pro a proti* a *C – Regulace užívání konopí* můžete u klienta nekonfrontačním způsobem zjistit negativa a pozitiva užívání konopí.

Pomocí pracovních archů klienti

- mají možnost snáze určit pozitivní a negativní stránky užívání konopí,
- budou schopni lépe posoudit, co jim změna v jejich návycích týkajících se konopí může přinést nebo vzít.

Seznámení klienta s technikami prevence relapsu

Prostřednictvím informačního archu *6 – Prevence relapsu* můžete klienta stručně seznámit s problematikou a terminologií týkající se lapsu, relapsu a prevence relapsu a následně otevřít téma fází modelu změny a stanovování cílů.

■ Určení fáze změny, v níž se klient nachází

Pomocí informačního archu *9 – Fáze modelu změny* by měl klinický pracovník:

- stručně charakterizovat jednotlivé fáze změny,
- vyzvat klienta, aby určil, v jaké fázi cyklu změny se nacházel před třemi měsíci, kde je nyní a kam by rád dospěl za šest a dvanáct měsíců,
- poukázat na možnost lapsu a relapsu v kterékoli fázi cyklu,
- zdůraznit, že změna není jednorázová událost, ale proces, který vyžaduje odhodlání a cílevědomé úsilí.

■ Určení rizikových situací a strategií jejich zvládnutí

Pomocí pracovního archu *D – Rozpoznávání a zvládnutí rizikových situací* by měl klinický pracovník:

- pomoci klientovi všimnout si potenciálně rizikových situací s ohledem na citové rozpoložení/náladu, bažení, denní dobu, místa a osoby,
- pohovořit s klientem o možných způsobech zvládnutí takových situací, např.:
 - předcházet určitým situacím nebo se jim vyhýbat,
 - změnit zvyklosti,
 - věnovat se příjemným činnostem,
 - vyhledávat společnost lidí, kteří budou klientovi oporou v jeho úsilí, např. přátel, kteří konopí neužívají,
 - hledat podporu u přátel, příbuzných, u poradce.

■ Zvládnání projevů bažení

S odkazem na informační arch 3 – *Jak to zvládnout bez kouření* a pracovní arch E – *Odklad, odvedení pozornosti, odpor*:

- řekněte klientovi, aby s odkazem na výčet pozitivních aspektů konopí sestavený v předchozí části sezení označil alternativní činnosti, kterými by se dalo kouření nahradit, případně činnosti, jež by rozptýlily jeho nutkání a bažení. Ještě více klienta motivovat a povzbudit jeho potenciál k uskutečnění změny můžete prostřednictvím pracovního sešitu B – *Zvažování pro a proti*,
- přijměte klienta, aby se zamyslel nad činnostmi, které představují bezprostřední/okamžité řešení, i nad aktivitami, které se mohou stát součástí jejich životního stylu až v rámci realizace určitého plánu,
- vybidněte klienta, aby považoval nad lidmi, kteří by ho v těchto nových činnostech mohli podporovat, povzbuzovat a případně je provozovat společně s ním.

■ Stanovení cílů a příslušných strategií k jejich dosažení

Podrobný rozbor a formulování osobních cílů týkajících se užívání konopí je důležitou součástí jednorázového sezení. Na základě stanovení cílů získá klient jasnou představu o svých dalších krocích; v případě integrované krátké intervence pak cíle působí jako konečný bod celého procesu.

Diskutujte společně o přínosu stanovování cílů; požádejte klienta, aby vám pověděl něco o svých předchozích zkušenostech se stanovováním cílů a nově formuloval své dlouhodobé cíle ve vztahu k užívání konopí, tj. buď užívat konopí v omezené míře, nebo abstinovat.

Pomocí pracovního archu C – *Regulace užívání konopí*

- pomozte klientovi stanovit nejrealističtější způsob dosažení formulovaného cíle,
- požádejte klienta, aby se zamyslel a označil:
 - míru užívání, množství a frekvenci, které jsou pro něj osobně přijatelné v krátkodobém, střednědobém a dlouhodobém horizontu, se speciálním zřetelem na první týden,
 - jak plánuje dosáhnout kontrolované míry užívání nebo abstinence, jak bude užívání postupně omezovat v průběhu vymezeného časového období, od kterého data začne,
 - jaké strategie je třeba realizovat, aby bylo možné splnit vytyčené cíle v dané časové lhůtě,
 - kdo nebo co by mohlo zkomplikovat dodržování plánu vedoucího ke stanovenému cíli,
 - kdo nebo co by mu mohlo pomoci vytrvat,
- upozorněte klienta, že cíle se mohou postupem času měnit, a doporučte mu, aby je s přihlédnutím k výše uvedeným bodům průběžně přehodnocoval,
- pomocí informačního archu pro klienty 5 – *Kontrolované užívání konopí* seznamte klienta se základními strategiemi kontrolovaného užívání drog, které je možné realizovat v rámci sezení nebo podle situace až později,
- doporučte klientovi, aby i nadále používal pracovní arch A – *Evidence užívání konopí*, a udržoval si tak lepší povědomí o svém chování a zůstával soustředěn na své cíle.

Seznámení klienta s přístupem minimalizace rizik a jeho strategiemi

Za využití informačního archu pro klienty 2 – *Jak konopí působí na vaši psychiku a organizmus* pohovořte s klientem o potenciálních negativních účincích dlouhotrvajícího intenzivního užívání konopí na fyzické a psychické zdraví a o skupinách osob, jež jsou v tomto ohledu vystaveny zvýšenému riziku.

Pokud klinický pracovník dospěje k závěru, že klient spadá do jedné z následujících rizikových skupin, je možné přistoupit k adresnému poučení o nežádoucích zdravotních a psychických následcích. Mezi jedince, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku, patří:

- dospívající,
- těhotné ženy, případně ženy, které těhotenství plánují,
- osoby s preexistujícími onemocněními, např. srdce nebo dýchacího traktu,
- osoby se schizofrenií,
- osoby vykazující psychotické symptomy,
- osoby s psychózou v osobní nebo rodinné anamnéze.

Pomocí informačního archu 7 – *Minimalizace škod* klientovi vyložte, jak je možné minimalizovat fyzickou a psychickou újmu související s užíváním konopí.

Seznámení klienta s informacemi o zvládnání odvykacího stavu

Upozorněte klienta na možnost abstinčních příznaků, pokud zcela vysadí nebo omezí užívání konopí.

Za využití informačních archů 4 – *Detoxikace z konopí* a 8 – *Tipy jak lépe spát*

- pohovořte s klientem o jeho předchozích zkušenostech s odvykacím stavem u konopí a stručně charakterizujte typické abstinční příznaky,
- pomozte klientovi písemně zformulovat jakékoli další nápady a strategie, jak překonat tyto příznaky,
- poskytněte klientovi informace o nejrůznějších dostupných možnostech léčby odvykacího stavu, mezi něž může patřit doplňková terapie, ambulantní léčba, odvykání v domácím prostředí nebo v rámci hospitalizace apod.,
- podle potřeby klienta odkažte na příslušné zařízení.

Závěr sezení

Na závěr sezení:

- zeptejte se klienta, zda by nechtěl probrat ještě nějaké další otázky nebo problémy,
- zrekapitulujte cíle a strategie,
- pro případ potřeby nabídněte klientovi možnost dalšího kontaktu v budoucnu; nezapomínejte, že u některých osob nebude jediné sezení stačit k naplnění cílů léčby; klientům by měla být dána možnost širšího kontaktu, jaký představuje např. individuální nebo skupinové poradenství,
- v případě potřeby zajistěte klientovi další odpovídající péči,
- poskytněte kontaktní informace na podpůrné služby (viz informační arch 10 – *Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu*).

LÉČEBNÝ MODEL 2 SKUPINOVÁ INTERVENCE

Organizace *Turning Point* vypracovala model skupinové intervence ve snaze o poskytnutí komplexního a standardizovaného souboru metodických pokynů pro léčbu uživatelů konopí. Skupinová intervence je nejvhodnější pro osoby, kterým podle jejich vlastního mínění užívání konopí působí mírné problémy.

Podle zkušeností organizace *Turning Point* mohou skupiny dobře fungovat, i když jejich členové sledují rozdílné cíle. Klíčovým faktorem je, že jednotliví členové se sami rozhodli docílit změny ve svém užívání drog.

Skupinová intervence může obnášet pouze čtyři nebo až šestnáct sezení; o neefektivnější délce intervence nepanuje jednoznačná shoda. V rámci níže popsané skupinové intervence se doporučuje šest sezení, jímž předchází jedno orientační sezení. Po intervenci se pak ještě koná jedno doplňkové sezení. Přestože jednotný názor nepanuje ani na optimální velikost skupiny, osm až dvanáct členů se obvykle považuje za maximální únosný počet. Jednotlivá sezení konaná v týdenních intervalech trvají obvykle 90 minut, orientačnímu i doplňkovému sezení je pak oběma vyměřena jedna hodina.

Cíle skupiny se mohou v každém zařízení lišit. Některá zařízení/facilitátoři mohou vést skupiny pro klienty s dohodnutým společným cílem, jakým je abstinence nebo omezené užívání drog. Ryder (1987) konstatuje, že kromě konkrétního cíle ve vztahu k užívání drog není mezi léčebnými procesy zaměřenými na abstinenci a na snížení míry užívání drog výrazný rozdíl.

Charakteristiky jednotlivých skupin se budou z řady důvodů lišit. V některých skupinách se může uplatňovat didaktičtější styl, kdy facilitátoři skupiny na sebe berou vůdčí roli. Jiné mohou být zcela v režii klientů a klinický pracovník se zde soustředí pouze na to, aby napomáhal interpersonálnímu procesu mezi členy skupiny. Ze zkušeností organizace *Turning Point* vyplývá, že optimální je kombinace obou stylů, kdy klienti mohou mít pocit, že do určité míry spolupracují na tvorbě obsahu tohoto adresného programu, a přijmout jej tak za svůj. Rozhodně doporučujeme, aby skupiny vedli dva kliničtí pracovníci.

Skupinová intervence organizace *Turning Point* vychází z principů behaviorální změny. Patří sem mimo jiné motivační rozhovor (Miller a Rollnick, 1991), prevence relapsu (Marlatt a Gordon, 1985) a kontrolované užívání drog (Mattick a Jarvis, 1993).

Vhodnější je pracovat s uzavřenou skupinou. Osoby, které přijdou později, je možné umístit do pořadníku na další cyklus skupinových sezení a mezitím jim zprostředkovat nějaký terapeutický kontakt, aby neztratili zájem svou situaci řešit. Orientační sezení k příštímu programu by se mohlo uskutečnit ke konci již probíhající skupiny, aby se tak předešlo tomu, že potenciální účastníci budou na léčbu čekat příliš dlouhou dobu.

Jednotlivé kroky skupinové intervence

1. Zhodnocení

2. Orientační sezení
3. Šest navazujících sezení v týdenních intervalech
4. Doplnkové sezení (čtyři týdny po posledním z pravidelných týdenních sezení)

1. krok: Zhodnocení

Před doporučením skupinové intervence je vhodné její potenciální účastníky podrobit komplexnímu klinickému zhodnocení. V rámci zhodnocení je třeba věnovat pozornost zejména otázkám, jako je duševní stav, tělesné zdraví a existence polymorfního užívání.

Zhodnocení slouží k tomu, aby:

- klinický pracovník mohl lépe určit, v jaké fázi modelu změny se klient nachází, a zvolil pro něj nejvhodnější léčbu,
- získal vhled do specifických problémů klienta,
- provedl další screening z hlediska kritérií pro zařazení/vyřazení,
- stanovil míru dopadu, jaký na klienta užívání konopí má,
- vzbudil u klienta důvěru,
- v případě potřeby doporučil jiné léčebné modalitty.

V rámci zhodnocení je třeba posuzovat:

- anamnézu z hlediska užívání drog, jak legálních, tak nelegálních, a podrobné zhodnocení stávajícího užívání,
- zdravotní stav a aktuálně užívané léky,
- aktuální duševní stav, včetně předchozí psychiatrické léčby a aktuálně užívaných léků,
- psychosociální stav a následky užívání konopí, např. dopad na zaměstnání, studium, vztahy nebo společenský život,
- předchozí léčbu užívání drog, včetně negativních a pozitivních zkušeností,
- aktuální situaci klienta ve vztahu k právnímu řádu a její případnou souvislost s užíváním drog a motivací k léčbě,
- klientovy cíle týkající se omezení užívání drog nebo abstinence.

O provádění komplexního klinického zhodnocení pojednává materiál *Metodické pokyny pro klinickou léčbu – Hlavní zásady a postupy*, jehož součástí je formulář sloužící pracovníkům zařízení poskytujících ve státě Victoria léčbu alkoholových a drogových závislostí k provádění specializovaného zhodnocení klientů a nástroj pro účely zhodnocení a intervence určený pro zařízení, jež poskytují léčebné služby mladistvým, kteří mají problémy s alkoholem a drogami.

Při rozhodování o nejvhodnějším léčebném přístupu je nutné posoudit, zda bude daný jedinec schopen zvládat sociální interakci v rámci skupiny a profitovat z tohoto procesu, jakož i stupeň kognitivního a psychického fungování této osoby. Kliničtí pracovníci musí brát v potaz specifické charakteristiky konkrétní skupiny. Za zvážení také stojí kritéria pro vyřazení klienta z dané intervence.

2. krok: Orientační sezení

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí	4 – Detoxikace z konopí
C – Regulace užívání marihuany	8 – Tipy jak lépe spát

Cílem orientačního sezení je:

- poskytnout členům skupiny a klinickým pracovníkům možnost, aby se vzájemně seznámili,
- seznámit zúčastněné s pravidly pro práci skupiny,
- představit předběžný program intervence,
- pohovořit o zvládnání odvykacího stavu,
- seznámit zúčastněné s pracovním archem *A – Evidence užívání konopí*.

Klinický pracovník by se měl skupině představit a poskytnout také členům skupiny příležitost, aby se vzájemně představili.

Stručně seznámení zúčastněných s pravidly skupinové práce

Vysvětlete, že je potřeba zachovávat mlčenlivost o skutečnostech sdělených v rámci skupiny, dochvilnost, respekt vůči ostatním, jak postupovat při vznášení případných stížností. Je vhodné, když se členové skupiny kolektivně zaváží, že nebudou skupinová sezení navštěvovat pod vlivem drog.

Seznámení zúčastněných s náplní skupinové intervence

Vyzvěte klienty, aby se vyjádřili k navrženému programu skupinových sezení a k pořadí, v jakém se jednotlivá sezení mají konat. Formulujte a představte skupině (pokud možno na flipchart apod.) konečnou verzi programu.

Diskuze o možných odvykacích symptomech

Snažte se mezi členy skupiny rozproudit diskuzi o jejich předchozích zkušenostech s odvykacím stavem u konopí a jeho typických příznacích. Rozdejte každému členu skupiny kopie informačních archů *4 – Detoxikace z konopí* a *8 – Tipy jak lépe spát*, které jsou obsahem čtvrté části těchto pokynů. Na flipchart vypište tipy a strategie užitečné při zvládnání abstinčních příznaků.

Seznamte zúčastněné s podstatou stanovování cílů a pracovním archem

A – Evidence užívání konopí

Vyzvěte klienty, aby si pomocí pracovních archů *C – Regulace užívání marihuany* a *A – Evidence užívání konopí* vedli osobní přehled a měli tak po celou dobu trvání intervence k dispozici písemné záznamy. *Evidence užívání konopí* by měla sloužit k vedení záznamů o každodenních cílech ve vztahu k užívání konopí, množství a frekvenci užívání konopí, okolnostech týkajících se doby a místa užívání konopí a zároveň osob, s nimiž klient konopí užíval, jakož

i klientovo duševní rozpoložení před užitím drogy. Vysvětlíte, že zaznamenávání těchto informací může být užitečným nástrojem v rámci jakékoli intervence zaměřené na změnu v chování. Jejich pomocí budou totiž klienti schopni lépe pochopit vzorce svého chování, vytvořit si povědomí o chování, které je třeba změnit, a rozpoznávat potenciální spouštěče a rizikové situace.

3. krok: Šest navazujících sezení v týdenních intervalech

PRVNÍ SEZENÍ: ZVAŽOVÁNÍ PRO A PROTI

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí	3 – Jak to zvládnout bez kouření
B – Zvažování pro a proti	6 – Prevence relapsu
	9 – Fáze modelu změny

Cílem prvního sezení je:

- pojmenovat pozitivní a negativní aspekty užívání konopí a určit, co může případná změna klientovi vzít a naopak přinést,
- prostřednictvím informačního archu 6 – *Prevence relapsu* klienty stručně seznámit s termíny „laps“ a „relaps“ a s problematikou prevence relapsu,
- představit klientům fáze modelu změny podle Prochasky a DiClementeho (1982, 1984, 1986),
- zdůraznit význam stanovování cílů.

V tomto bodě bude zřejmě vhodné provést v rámci skupiny nějaké „zahřívací“ cvičení, které pomůže rozptýlit počáteční napětí a přispěje v úvodu sezení k lepší vzájemné komunikaci mezi členy skupiny.

Diskuze o pozitivních a negativních aspektech užívání konopí

Vyzvěte klienty, aby do pracovního archu B – *Zvažování pro a proti* poznamenali jak pozitivní, tak negativní aspekty svého užívání konopí.

Požádejte několik dobrovolníků ze skupiny o jejich reakce a zapište je na flipchart. Vyzvěte skupinu, aby se k uvedeným odpovědím vyjádřila, a pokuste se mezi nimi určit společná témata. Alternativně je tuto činnost možné provádět v menších skupinkách, které se pak o své výstupy, zapisované na flipchart, podělí se zbytkem celé skupiny.

Vysvětlíte skupině proces behaviorální změny. Poukažte na skutečnost, že ke změně v chování obvykle dochází tehdy, když člověk usoudí, že negativní aspekty jeho chování převažují

nad aspekty pozitivními. Vysvětlíte, že udržení dosažené změny není možné bez trvalé motivace a odhodlání.

Navrhněte členům skupiny, aby si ponechali své osobní seznamy negativních aspektů a čas od času do nich nahlédli, aby si tak připomněli, proč usilují o dosažení změny.

Právě negativa jsou často těžištěm diskuzí o užívání drog. Nicméně pojmenování pozitivních aspektů užívání konopí může nabídnout bližší pohled na jednotlivé důvody jeho užívání. Ve výčtu pozitiv může například figurovat uvolnění, únik z nudy a úleva od stresu. Tyto pozitivní aspekty je třeba vnímat jako individuální potřeby, které nelze opomíjet, ale spíše je naplňovat způsobem, který s sebou nenese negativní důsledky.

Vyzvěte klienty, aby se zaměřili na svůj seznam pozitiv a zamysleli se nad tím, jak jinak mohou naplňovat své nejdůležitější potřeby. Za tímto účelem je možné využít informační arch 3 – *Jak to zvládnout bez kouření*. Na základě pozitiv a negativ vypsaných v předchozí části na flipchart diskutujte o zpracování nouzového plánu a uplatnění alternativních činností.

S odkazem na kolonky „přínos“ a „ztráty“ na pracovním archu B – *Zvažování pro a proti* otevřete diskuzi o potenciálních výhodách kontrolovaného užívání nebo abstinence od konopí a nevýhodách rezignace na případnou změnu. Klienti by si pak měli nejdůležitější důvody zaznamenat do svých pracovních archů.

Seznámení klienta s technikami prevence relapsu

Prostřednictvím informačního archu 6 – *Prevence relapsu* můžete klienta stručně seznámit s problematikou a terminologií týkající se lapsu, relapsu a prevence relapsu a následně otevřít téma fází modelu změny a stanovování cílů.

Určení fáze změny, v níž se klient nachází

Pomocí informačního archu 9 – *Fáze modelu změny* by měl klinický pracovník

- stručně charakterizovat jednotlivé fáze změny,
- vyzvat klienta, aby určil, v jaké fázi cyklu změny se nacházel před třemi měsíci, kde je nyní a kam by rád dospěl za šest a dvanáct měsíců,
- poukázat na možnost lapsu a relapsu v kterékoli fázi cyklu,
- zdůraznit, že změna není jednorázová událost, ale proces, který vyžaduje odhodlání a cíle- vědomé úsilí.

Diskuze o předběžném stanovení cílů

Vybídněte skupinu, aby svou pozornost zaměřila na formulování cílů z hlediska užívání konopí pouze na nadcházejících sedm dní. Seznamte je s pracovním archem A – *Evidence užívání konopí*, jimž si klienti mohou pomoci při stanovení prvotních cílů a při monitorování svého vzorce užívání v průběhu jednoho týdne. Klienti by měli zauvažovat, které strategie a osoby by jim mohly být nápomocny při dosahování těchto cílů, a zároveň si uvědomit, které osoby, pocity a situace by jim mohly stát v cestě. O stanovování cílů je podrobněji pojednáno v další části.

DRUHÉ SEZENÍ: STANOVOVÁNÍ CÍLŮ

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí C – Regulace užívání marihuany	5 – Kontrolované užívání konopí

Cílem druhého sezení je:

- dále zdůraznit význam stanovování cílů,
- působit na klienty, aby si určovali další okamžité, střednědobé a dlouhodobé cíle vztahující se k užívání konopí a formulovali si individuální plány k dosažení těchto cílů,
- vést klienty k sebemonitorování.

Diskuze o stanovování cílů

Diskutujte o užitečnosti stanovování cílů. Vyzvěte klienty, aby vyprávěli o svých předchozích zkušenostech se stanovováním cílů. Poukažte na pracovní arch C – *Regulace užívání marihuany a* vyzvěte klienty, aby si ve vztahu k užívání konopí formulovali dlouhodobé cíle – snížení míry užívání nebo abstinenci.

Vysvětlete členům skupiny, že zvolené cíle nemusí vyjít tak, jak si původně naplánovali. Na-lezení realistického, dosažitelného cíle s udržitelným výsledkem se často neobejde bez postupu metodou zkoušky a omylu. Důležité je, aby si klienti byli schopni zvolit ty nejrealističtější způsoby, jak svých vytyčených cílů dosáhnout, a čas od času je přehodnotili.

Při stanovování cílů je třeba vést klienty k tomu, aby zvážili, zdokumentovali a prodiskutovali:

- jaké množství a frekvence užívání jsou pro ně přijatelné z krátkodobého, střednědobého a dlouhodobého hlediska,
- jak plánují dosáhnout svého dlouhodobého cíle, zda snížením užívání drog nebo abstinováním,
- zda budou užívání omezovat postupně po vymezené časové období nebo změnu uskuteční k nějakému určenému datu,
- jaké strategie musí uplatnit, aby se jim podařilo jejich vytyčené cíle splnit.

Klientům by mělo být jasné, co nebo kdo by mohl zkomplikovat dodržování plánu vedoucího ke stanovenému cíli a současně co nebo kdo by jim mohl pomoci vytrvat.

Členové skupiny by s sebou domů měli dostat kopii informačního archu 5 – *Kontrolované užívání konopí*.

Vedení klientů k sebemonitorování

Členové skupiny by měli dostat další výtisk pracovního archu *A – Evidence užívání konopí*, aby s ním mohli pracovat ve zbývajících částech programu. Vyzvěte klienty, aby jej průběžně aktualizovali a osili jej na každou skupinu.

Na závěr sezení by se měl každý člen rozhodnout pro nějaký cíl na nadcházející týden. Pohovořte o strategiích nutných k dosažení vytyčených cílů.

TŘETÍ SEZENÍ: RIZIKOVÉ SITUACE

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A. Evidence užívání konopí	3. Jak to zvládnout bez kouření
D. Rozpoznávání a zvládání rizikových situací	6. Prevence relapsu

Cílem třetího sezení je:

- zrekapitulovat průběh uplynulého týdne z hlediska dosažení určených týdenních cílů,
- zvýšit povědomí o individuálních rizikových situacích,
- stanovit strategie pro zvládání rizikových situací,
- formulovat plány na dosažení cílů pro následující týden.

Rekapitulace minulého týdne

Otevřete ve skupině diskuzi o užívání konopí v době od posledního sezení s odkazem na tehdy formulované plány k dosažení cílů a na pracovní arch *A – Evidence užívání konopí*.

Vyzvěte klienty, aby identifikovali psychické a sociální problémy, na něž při pokusu o změnu svého užívání konopí narazili. Byly splněny cíle? Byly tyto cíle realistické? Co a kdo pomohl? Co a kdo věci komplikoval?

Rozpoznání rizikových situací a zvýšení povědomí o těchto situacích

Poukažte na prospěšnost povědomí o individuálních rizikových situacích a spouštěcích, které mohou vést k nezamýšlenému užití konopí.

Požádejte členy skupiny, aby do pracovního archu *D – Rozpoznávání a zvládání rizikových situací* zapsali situace, které sami pro sebe považují za rizikové. Tyto informace by měly zahrnovat emoce, lidi, prostředí a časové periody. Za použití informačního archu *6 – Prevence relapsu* vybědňte členy skupiny, aby se o své výstupy podělili s ostatními a uvedli, jak se tyto skutečnosti promítají do jejich zkušeností s lapsem/relapsem.

Diskuze o zvládání rizikových situací

Jakmile skupina pojmenuje a prodiskutuje jednotlivé rizikové situace, poukažte na důležitost tvorby strategií k řešení určitých situací. Odkážete klienty na pracovní arch *D – Rozpoznávání a zvládání rizikových situací*, konkrétně na kolonky „Jak to zvládnout“.

Upozorněte, že různí lidé mohou se svými spouštěči bojovat různým způsobem. S odkazem na seznam rizikových situací vyzvěte klienty, aby přicházeli s návrhy, jak řešit jednotlivé scénáře, a označili jakékoli strategie, které by se daly využít. Běžnou rizikovou situací je například sociální kontakt s přáteli, kteří kouří konopí. Jedním z možných řešení této situace by mohlo být takové společnosti se vyhýbat, pokud je pravděpodobné, že zde konopí přijde na řadu, a to zejména během prvních dní, kdy se člověk snaží o změnu, neboť tato fáze představuje nejkritičtější momenty. Další možnost je stýkat se případně s přáteli v nekuřáckém prostředí, například v kavárnách, restauracích, kinech nebo na sportovních akcích.

Diskuze o plánech k dosažení cílů

Ještě dokud je problematika určování rizikových situací a strategií zvládnání v čerstvé paměti, uzavřete sezení tím, že členové skupiny si stanoví své individuální cíle z hlediska užívání konopí, a to v krátkodobém (příštích sedm dní) a střednědobém (příštích šest měsíců) horizontu. Diskutujte o tom, jak budou řešit jakékoli předvídané problémy a snažte se účastníky přimět, aby si vzájemně radili a podporovali se.

ČTVRTÉ SEZENÍ: ZDRAVOTNÍ A PSYCHICKÉ DOPADY

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí C – Regulace užívání marihuany	2 – Jak konopí působí na vaši psychiku a organizmus? 7 – Minimalizace škod

Cílem čtvrtého sezení je:

- zrekapitulovat průběh uplynulého týdne z hlediska dosažení určených týdenních cílů,
- poskytnout informace o zdravotních a psychických dopadech užívání konopí,
- představit strategie zaměřené na minimalizaci rizik.

Rekapitulace minulého týdne

Otevřete ve skupině diskuzi o užívání konopí v době od posledního sezení s odkazem na tehdy formulované plány k dosažení cílů a pracovní arch *A – Evidence užívání konopí*.

Vyzvěte klienty, aby identifikovali psychické a sociální problémy, na něž při pokusu o změnu svého užívání konopí narazili. Byly splněny cíle? Byly tyto cíle realistické? Co a kdo pomohl? Co a kdo věci komplikoval?

Představení přístupu minimalizace rizik a příslušných strategií

Za využití informační archy 2 – *Jak konopí působí na vaši psychiku a organizmus?* pohoďte o potenciálních negativních účincích dlouhotrvajícího intenzivního užívání konopí na fyzické a psychické zdraví.

Z hlediska tělesného zdraví může užívání konopí postihovat tyto oblasti:

- dýchací ústrojí,
- imunitní systém,
- kardiovaskulární systém,
- buněčné změny v organismu,
- reprodukce,
- těhotenství,
- kojení.

V psychické oblasti se mohou vyskytnout tyto problémy:

- poruchy soustředění a paměti,
- závislost,
- poruchy duševního zdraví,
- panika,
- úzkost,
- deprese,
- ztráta motivace.

Pohovořte o skupinách osob, které mohou být vystaveny zvýšenému riziku působení nežádoucích účinků (tabulka 1 na str. 17). Mezi tyto osoby patří:

- dospívající,
- těhotné ženy, případně ženy, které těhotenství plánují,
- osoby s preexistujícími onemocněními, např. srdce nebo dýchacího traktu,
- osoby se schizofrenií,
- osoby vykazující psychotické symptomy,
- osoby s psychózou v osobní nebo rodinné anamnéze.

Nabídka strategií zaměřených na minimalizaci rizik

Typy na eliminaci možné újmy související s kouřením konopí obsahují informační archy 7 – *Minimalizace škod a 8 – Tipy jak lépe spát*. Za pomoci těchto materiálů diskutujte o konkrétních způsobech, jimiž by klienti mohli snížit rizika spojená s jejich užíváním konopí.

Diskuze o plánech k dosažení cílů

Na závěr sezení řekněte členům skupiny, aby si stanovili své individuální cíle z hlediska užívání konopí na příštích sedm dní a příštích šest měsíců. Diskutujte o tom, jak budou členové skupiny řešit jakékoli předvídané problémy a snažte se je přimět, aby si vzájemně radili a podporovali se.

PÁTÉ SEZENÍ: ZVLÁDÁNÍ PROJEVŮ BAŽENÍ

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí E – Odklad, odvedení pozornosti, odpor F – Bažení a nutkání	3 – Jak to zvládnout bez kouření

Cílem čtvrtého sezení je:

- zrekapitulovat průběh uplynulého týdne z hlediska dosažení určených týdenních cílů,
- zmapovat zkušenosti s bažením a nutkáním,
- diskutovat o tipech a strategiích sloužících k překonání bažení a nutkání – „Tři O“,
- nacvičit si dovednosti odmítání.

Rekapitulace minulého týdne

Otevřete ve skupině diskusi o užívání konopí v době od posledního sezení s odkazem na tehdy formulované plány k dosažení cílů a na pracovní arch *A – Evidence užívání konopí*.

Vyzvěte klienty, aby identifikovali psychické a sociální problémy, na něž při pokusu o změnu svého užívání konopí narazili. Byly splněny cíle? Byly tyto cíle realistické? Co a kdo pomohl? Co a kdo věci komplikoval?

Diskuze o bažení a nutkání

Zdůrazněte skupině, že projevy bažení jsou běžným průvodním jevem snah o změnu v návykovém užívání drog a nevypovídají nutně o nedostatku motivace.

Vysvětlete, že projevy bažení jsou často přechodné, liší se svou intenzitou a časem většinou odezní nebo jsou mnohem lépe zvládnutelné. Naučí-li se klienti zvládat a potlačovat bažení, získají nad sebou větší kontrolu a sníží pravděpodobnost neplánovaného užití konopí v důsledku svého bažení po droze.

Vyzvěte dobrovolníky z řad členů skupiny, aby se s ostatními podělili o své osobní zkušenosti s bažením a okolnostmi, které mohou bažení nastartovat.

Vyzvěte klienty, aby prezentovali své zkušenosti a nápady týkající se možných způsobů, jak se ubránit bažení a nutkání užití konopí. Tyto postřehy značte na flipchart (je-li k dispozici).

Seznamte klienty s technikou „Tři O“ – odklad, odvedení pozornosti a odpor¹

Jakmile bude skupina hotova s výčtem strategií sloužících k zvládnutí bažení, seznamte je s podstatou techniky „Tři O“ – odklad, odvedení pozornosti a odpor – jako jednou z možných strategií k překonání projevů bažení. Vybidněte klienty, aby do příslušných oddílů v pracovním archu *G – Odklad, odvedení pozornosti a odpor* vypsalí návrhy možných postupů.

Odklad

Vysvětlete skupině, že je-li člověk vystaven vnitřnímu dilematu, zda drogu vzít či nevízt, je užitečné takové rozhodnutí odložit, třeba o hodinu. Zdůrazněte, že většina projevů nutkání a bažení dosáhne vrcholu a pak odezní. U některých klientů může při zvládnutí bažení pomoci představitost. Projevy bažení mohou být například jako vlny na moři. Na začátku je to jen drobné vzedmutí hladiny, které pak nabírá na síle, aby se následně rozbilo o překážku a vyšumělo do ztracena. Tato technika je známa jako „surfování na vlnách nutkání“ a je podrobně popsána v materiálu *Metodické pokyny pro klinickou praxi – Prevence relapsu*. Dalším příkladem je hladová toulavá kočka, která se bude vracet, když ji budete krmit, zatímco, když ji budete ignorovat, nakonec odejde.

Odvedení pozornosti

Diskutujte o možných aktivitách, pokud možno příjemných, které by odvedly pozornost od nutkání. Vysvětlete, že jakmile se klient, který pociťuje projevy bažení, zaměstná něčím jiným, toto bažení obvykle vymizí. Formou brainstormingu nechte členy skupiny uvádět příklady činností, které by mohly sloužit k odvedení pozornosti, např. turistika, jízda na kole, jóga, návštěva kina, četba, výtvarná činnost, psaní dopisů, vaření nebo konverzace s pozitivně naladěným přítelem.

Odpor

Apelujte na klienty, aby v první řadě nezapomínali na důvody, pro které se rozhodli s užíváním konopí přestat nebo je dostat pod větší kontrolu, a aby si uvědomovali, co mohou ztratit, když podlehnou své nutkové touze drogu užít. Jako referenční materiál lze v této souvislosti využít seznam pozitiv a negativ pořízený v rámci prvního sezení.

Nácvik dovedností odmítání

Pro členy skupiny může být rovněž prospěšné, když se na základě informací z pracovních archů *E – Odklad, odvedení pozornosti, odpor* a *F – Bažení a nutkání* a dále informačního archu *3 – Jak to zvládnout bez kouření* probere problematika dovedností odmítání a bude se diskutovat o asertivních způsobech odmítání možných nabídek konopí.

Diskuze o plánech k dosažení cílů

Na závěr sezení řekněte členům skupiny, aby si stanovili své individuální cíle z hlediska užívání konopí, a to v krátkodobém (příštích sedm dní) a střednědobém (jeden až tři měsíce) horizontu. Diskutujte o tom, jak budou řešit jakékoli předvídané problémy a snažte se účastníky přimět, aby si vzájemně radili a podporovali se.

1 V originále jsou to „Tři D“ – Delay, Distract and Detest (pozn. překl.)

ŠESTÉ SEZENÍ: REKAPITULACE/MOŽNOSTI PRŮBĚŽNÉ LÉČBY

Klinické prostředky

Pracovní archy	Informační archy
A – Evidence užívání konopí	10 – Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu

Cílem šestého sezení je:

- zrekapitulovat průběh uplynulého týdne z hlediska dosažení určených týdenních cílů,
- zrekapitulovat a provést shrnutí náplně předchozích sezení,
- diskutovat o plánech k dosažení cílů,
- požádat členy skupiny, aby vyjádřili své postřehy a dojmy z práce ve skupině a z celé intervence,
- stanovit, zda bude případně nutné nadále pokračovat v léčbě či v poskytování podpory,
- rozloučit se s členy skupiny a pozvat je na doplňkové sezení.

Rekapitulace minulého týdne

Otevřete ve skupině diskuzi o užívání konopí v době od posledního sezení s odkazem na tehdy formulované plány k dosažení cílů a na pracovní arch *A – Evidence užívání konopí*.

S odkazem na pracovní arch *A – Evidence užívání konopí* vyzvěte klienty, aby identifikovali psychické a sociální problémy, na něž při pokusu o změnu svého užívání konopí narazili. Byly splněny cíle? Byly tyto cíle realistické? Co a kdo pomohl? Co a kdo věci komplikoval?

Rekapitulace a shrnutí jednotlivých sezení

Proveďte rekapitulaci jednotlivých témat a otázek probíraných na předchozích sezeních. Vypište je na flipchart. Vyzvěte klienty, aby určili, které aspekty této intervence a práce ve skupině jim byly k užtku, jakož i ty, které podle nich byly méně prospěšné.

Vybídněte členy skupiny, aby se s ostatními podělili o své názory a pocity ohledně ukončení programu.

Diskuze o plánech k dosažení cílů

Vybídněte členy skupiny, aby si stanovili své individuální cíle z hlediska užívání konopí na příštích sedm dní a na příští čtyři týdny. Diskutujte o tom, jak budou řešit jakékoli předvídané problémy. Snažte se účastníky přimět, aby si vzájemně radili a podporovali se.

Diskuze o potřebě léčby a podpory v budoucnu

Dejte členům skupiny prostor, aby se každý za sebe mohl vyjádřit, zda nebude i nadále potřebovat podporu v rámci fungování nějaké sociální sítě nebo odbornou pomoc. Pohovořte o spektru možných léčebných modalit, které lze využít pro účely průběžné léčby. Vyzvěte klienty, aby se na vás obraceli individuálně, budou-li chtít v případě zájmu probrat eventuální potřebu další léčby. Poskytněte jim seznam odborných pracovišť působících v dosahu jejich

bydliště, na něž se lze v případě potřeby obrátit. Informujte účastníky skupiny o možnosti kontaktovat některou z non-stop služeb poskytujících poradenství a podporu, ve Victorii např. DIRECT Line, a sdělte jim příslušné kontaktní údaje. Kontaktní čísla na služby zajišťující léčbu a podporu obsahuje informační arch *10 – Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu*.

Rozloučení se skupinou

Připomeňte členům skupiny naplánované doplňkové sezení. Doporučte klientům účast na tomto sezení bez ohledu na pokroky, kterých dosáhli.

4. krok: Doplňkové sezení (čtyři týdny po šestém sezení)

Cílem doplňkového sezení je:

- poskytnout příležitost pro kontrolu dosažených pokroků a případné přehodnocení cílů,
- zdokonalit a dopracovat průběžné plány na dosažení změny.

Kontrola dosažených pokroků a případné přehodnocení cílů

Vyzvěte jednotlivé účastníky, aby pohovořili o změnách ve svém užívání konopí od posledního sezení, jakož i o jakýchkoli vnímaných psychických a psychosociálních změnách. Je důležité mít na paměti, že, co se týče plnění cílů z hlediska užívání konopí a dopadu změny na životní styl, výsledky udávané jednotlivými účastníky se budou lišit.

Otevřete diskuzi o dosažených pokrocích a o případných obtížích, s nimiž se klienti od posledního sezení setkali. Byly splněny cíle? Byly tyto cíle realistické? Co a kdo pomohl? Co a kdo věci komplikoval?

Vyzvěte klienty, aby znovu formulovali své krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle

Diskutujte o tom, zda se od doby konání dřívějších sezení nějak nezměnily stanovené cíle a zda tyto cíle jsou či nejsou realistické a obhajitelné. Pokud ne, přehodnoťte je a stanovte si splnitelnější cíle.

Připomeňte klientům, že změna je proces, nikoli jednorázová událost, a že vyžaduje odhodlání a vytrvalost.

Snažte se zjistit, jakým způsobem si členové skupiny pomáhali udržet motivaci – co si sami pro sebe říkali, jak se povzbuzovali a co si připomínali.

Není na škodu, když si klienti vytvoří nějaký nouzový plán, jehož součástí může být realizace konkrétních kroků v případě, že užívání konopí překročí meze, které si sami pro sebe stanovili. Užitečné indicie je v tomto ohledu možné získat na základě ústních odpovědí členů skupiny na následující otázky: Jak poznám, že u mě došlo k relapsu? Co bych s tím mohl dělat?

Opětovně klienty upozorněte na možnost kontaktování dalších léčebných a podpůrných služeb.



KLINICKÉ PROSTŘEDKY

PRACOVNÍ ARCHY

- A – Evidence užívání konopí
- B – Zvažování pro a proti
- C – Regulace užívání marihuany
- D – Rozpoznávání a zvládání rizikových situací
- E – Odklad, odvedení pozornosti, odpor a karta „Mám na vybranou“
- F – Bažení a nutkání

PRACOVNÍ ARCH A

EVIDENCE UŽÍVÁNÍ KONOPI

EVIDENCE UŽÍVÁNÍ KONOPI								
Během příštích sedmi dní mám z hlediska svého užívání konopí tento cíl (sledujte množství, frekvenci a denní dobu)								
Den	Co jsem užil(a)?	Kolik? bongy/jointy	V kterou denní dobu to bylo?	Kde jsem byl(a)? S kým jsem byl(a)?	Kolik jsem utratil(a)?	Držel(a) jsem se svého cíle nebo ne?	Pokud ano, co mi v tom pomohlo?	Pokud ne, proč jsem překročil(a) svůj limit?
Po								
Út								
St								
Čt								
Pá								
So								
Ne								

PRACOVNÍ ARCH B

ZVAŽOVÁNÍ PRO A PROTI

Pozitiva

V době, kdy jste s kouřením konopí začínali, se vám pravděpodobně zdálo, že tato droga má mnoho pozitivních stránek. Postupem času však možná zjišťujete, že již neskytá tolik pozitiv a že postupně získávají navrch její negativní stránky. Zpočátku například kouření konopí pomáhá potlačovat pocity úzkosti či blokovat depresivní myšlenky, ale časem může úzkost a depresi ještě zhoršovat.

Jedním z důvodů, proč je pro některé lidi obtížné omezit nebo zcela eliminovat užívání konopí, případně jakékoli jiné drogy, je, že i přesto postrádají to dobré, co jim droga přinášela. Tyto pozitivní aspekty nelze přehlížet už jen proto, že často představují důvody, pro které jste s kouřením začali.

Negativa

Negativa mohou být často důvodem, proč chcete s užíváním přestat nebo je dostat pod kontrolu. Když si budete tato negativa připomínat, zejména když pociťujete nutkání/bažení si zakouřit, své rozhodnutí, zda kouřit či nikoli, tím můžete ovlivnit.

Zvažování pozitiv a negativ

Do příslušných sloupců v tabulce vyplňte, co se vám na kouření konopí zdá příjemné, a zároveň uvedte i negativní stránky kouření. Když si budete tyto skutečnosti připomínat a zvažovat obě strany mince, můžete tím ovlivnit své rozhodnutí přestat s užíváním nebo je omezit a tohoto předsevzetí se držet.

POZITIVA Pozitiva ohledně kouření konopí Vyplňte vše, co se vám na užívání konopí líbí.	NEGATIVA Negativa ohledně kouření konopí Vyplňte vše, co se vám na užívání konopí nelíbí.

Přínos a ztráty

Co vám podle vašeho názoru může přinést uskutečnění změny ve vašem užívání konopí? Do sloupce „Přínos“ vypište vše, co můžete získat.

Co můžete ztratit, když na svém užívání konopí nic nezměníte? Do sloupce „Ztráty“ vypište vše, o co můžete přijít.

PŘÍNOS	ZTRÁTY

PRACOVNÍ ARCH C

REGULACE UŽÍVÁNÍ MARIHUANY

Na začátku

Proces stanovování cílů si můžeme představit jako schodiště. Odpočívadlo na jeho horním konci představuje vaše dlouhodobé cíle, přičemž jednotlivé stupně představují krátkodobé cíle, které vám pomohou dosáhnout vaše dlouhodobé cíle. Prozatímní cíle mohou představovat problémy, které je nutné vyřešit, anebo věci, které je třeba změnit, abyste své dlouhodobé cíle splnili a dosažený stav udrželi.

Zamyslete se nad svými dlouhodobými cíli z hlediska užívání konopí. Jde vám o jeho omezení nebo chcete s konopím přestat úplně?

Můj dlouhodobý cíl je:

Plán na dosažení cíle

Důležitým krokem na cestě k „efektivní regulaci užívání marihuany“ je plán, jehož součástí budou vaše cíle týkající se kouření.

- Ujasněte si, zda-li chcete užívání omezit nebo úplně přestat.
- Stanovte si realistické a konkrétní cíle, napište si je.

Nebojte se své cíle vyjadřovat v číslech a datech, např. že svou týdenní spotřebu snížíte z 15 na 10 g nebo že týdně za konopí utratíte jen určitý obnos.

Pouvažujte, co (nebo kdo) by mohlo zkomplikovat dodržování vašeho plánu a současně co (nebo kdo) by vám mohlo pomoci vytrvat.

Je-li vaším cílem omezení užívání, na jaké množství a frekvenci byste se chtěli dostat?

Budete své užívání omezovat postupně po vymezené časové období, nebo uskutečníte náhlou změnu k nějakému určenému datu? Jaký bude váš plán? Buďte konkrétní!

REGULACE UŽÍVÁNÍ MARIHUANY (pokračování)

Jaké kroky budete muset podniknout k dosažení cílů, které jste si stanovili?

Zvažte, jaké kroky bude zapotřebí podniknout ve vztahu k vašemu chování a situacím, v nichž se ocitáte, abyste dosáhli změny v užívání konopí. Můžete si například sepsat situace, kdy je vám konopí k dispozici, a způsoby, jak tuto dostupnost omezit.

Co (nebo kdo) by vám mohlo ztížit dodržování vašeho plánu, jak dosáhnout stanoveného cíle?

Jak tyto překážky překonáte?

Co (nebo kdo) by vám mohlo pomoci vytrvat ve vašem úsilí?

Nalezení realistického, dosažitelného a udržitelného cíle se často neobejde bez postupu metodou zkoušky a omylu. V pravidelných intervalech své cíle přehodnoťte a podle potřeby je přeformulujte.

PRACOVNÍ ARCH D

ROZPOZNÁVÁNÍ A ZVLÁDÁNÍ RIZIKOVÝCH SITUACÍ

Konzumace konopí se často pojí s konkrétními situacemi, náladami a lidmi. Užití konopí vám například může pomoci v nějaké konkrétní situaci nebo když zažíváte nepříjemné pocity. Tento pracovní arch vám má být pomůckou při rozpoznávání těchto náročných situací, abyste se při jejich zvládnutí nemuseli spoléhat na konopí nebo jiné drogy.

Snaha o úplnou eliminaci nebo omezení užívání konopí je trochu jako jízda po silnici plné nebezpečných zatáček, které musíte projet. Rozpoznávání situací, v nichž byste mohli užít konopí, a dopadu, jaký by to na vás mohlo mít, směřuje vaši pozornost na varovné značky po délce cesty, a vy se tak můžete odpovídajícím způsobem připravit.

Prostřednictvím tohoto cvičení se budete schopni lépe připravit na situace, v nichž máte chuť užít konopí. Nejlepší zřejmě bude, když toto cvičení provedete společně s poradcem nebo klinickým pracovníkem za pomoci informačního archu 4 – *Jak to zvládnout bez kouření*. Váš klinický terapeut vám může pomoci tak, že spolu proberete povahu situací, které pro vás představují riziko, a pomůže vám považovat o možných strategiích, jejichž prostřednictvím byste mohli z těchto krizových situací vyvázat.

Až přijдете na to, které strategie zvládnutí zátěžových situací jsou pro vás nejlepší, bude důležité, abyste si je nacvičili nebo vyzkoušeli, a byli tak schopni je snadno uplatnit v nějaké rizikové situaci.

1. Negativní emocionální stavy (špatné citové rozpoložení, např. pocit sklíčenosti)

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

2. Sociální tlak (tlaky ze strany vrstevníků a rodinných příslušníků fungující jako stimuly ke kouření)

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

3. Interpersonální konflikt (neshody s druhými lidmi, stres)

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

4. Pozitivní emocionální stavy (dobrá nálada, oslavy)

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

5. Zkouška sebekontroly

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

6. Přístup k penězům/drogám

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

7. Negativní fyzické stavy (únava, fyzická bolest)

Váš vlastní příklad _____

Jak to zvládnout _____

PRACOVNÍ ARCH E

ODKLAD, ODVEDENÍ POZORNOSTI, ODPOR

Úsilí o změnu v návykovém užívání konopí často provázejí projevy bažení, které však nevyplývají z nedostatku motivace.

Bažení mnohdy trvá jen krátce, má různou intenzitu a časem zpravidla odezní nebo se stane snáze zvládnutelným. Naučí-li se klienti zvládat a potlačovat bažení, získají nad sebou větší kontrolu a sníží pravděpodobnost neplánovaného užití konopí v důsledku svého bažení po droze.

Jednu z možností, která může pomoci při zvládnání projevů bažení, představuje strategie „Tři O“.

Odklad – odkládat rozhodnutí, jak nejdéle to bude možné.

Odvedení pozornosti – díky nějaké jiné činnosti odvedete své myšlenky od bažení po droze.

Odpor – připomínání si důvodů, pro které chcete přestat s užíváním konopí, případně je dostat pod kontrolu.

Na další straně tohoto pracovního archu najdete kartu „Mám na vybranou“ (I have a choice), která slouží jako pomůcka při zvládnání rizikových situací. Vystříhněte si ji a noste ji s sebou v peněžence nebo kabelce.

„Tři O“ – tipy pro rizikové situace		
Své rozhodnutí, že drogu užijete, odkládejte, jak nejdéle to bude možné. Mé bažení obvykle odezní během _____ minut.		
původní cíl	rychlá řešení	plánované činnosti
rozptýlit se nějakou jinou oblíbenou činností	1) 2) 3)	1) 2) 3)
lidé, kteří by se ke mně mohli přidat, případně mě v těchto činnostech podpořit	1) 2) 3)	1) 2) 3)
odpor – nezapomínat na hlavní důvody, pro které jsem chtěl(a) přestat užívat nebo své užívání dostat pod kontrolu	1) 2) 3)	1) 2) 3)
nezapomínat na své dosavadní úspěchy, konfrontovat své myšlenky na užívání konopí s pozitivními myšlenkami	1) 2) 3)	1) 2) 3)

I HAVE A CHOICE (Mám na vybranou)

Tato karta vám může pomoci v situacích, kdy máte pocit, že ztrácíte kontrolu nad svým rozhodnutím, že nebudete užívat konopí. Vyplňte ji a noste ji s sebou.

MÁM NA VYBRANOU

Tipy pro rizikové situace:

Vyhnout se dané situaci nebo ji změnit. Bezpečná místa, kam bych mohl(a) jít:

Odložit své rozhodnutí užít drogu o 15 minut. Mé bažení obvykle odezní během ___ minut.

Rozptýlit se nějakou oblíbenou činností.

1) _____

2) _____

3) _____

Zavolat někomu ze seznamu osob, které jsou mi oporou v mém úsilí.

Jména a čísla:

1) _____

2) _____

3) _____

Nezapomínat na své dosavadní úspěchy.

Konfrontovat své myšlenky na užívání konopí s důvody, pro které jsem se rozhodl(a) abstinovat/omezit užívání.

PRACOVNÍ ARCH F

BAŽENÍ A NUTKÁNÍ

Bažení je silná fyzická a psychická touha užít konopí. Bažení se může projevat jako směs objektivních i subjektivních příznaků, např. zrychlený tep a sucho v ústech, netrpělivé přecházení z místa na místo, vyvolávání konfliktů s druhými lidmi, náladovost, podrážděnost a napětí, případně potřeba být na určitém místě spojeném s užíváním.

Bažení můžete pociťovat i poté, co již nějakou dobu konopí neužíváte. Budete-li schopni rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky bažení, získáte nad nimi větší kontrolu.

Je důležité mít na paměti, že projevy bažení a nutkání:

- jsou normální a očekávanou součástí abstinence od drog,
- mají proměnlivou povahu, neboť jsou různě silné a většinou přicházejí ve vlnách,
- jsou úporné,
- mohou se objevit „zčistajasna“,
- přicházejí automaticky,
- neznačí slabost, malou motivaci ani nedostatek vůle.

Ved'te si záznamy o svém bažení a nutkání ve vztahu k užití konopí, o intenzitě těchto nutkání a strategiích, které uplatňujete za účelem jejich zvládnutí. Toto cvičení slouží k lepší identifikaci příležitostí, při nichž existuje vyšší pravděpodobnost pociťování bažení a nutkání, rozpoznávání objektivních a subjektivních příznaků vašeho bažení a stanovování strategií k jejich zvládnutí, které jsou ve vašem případě nejučinnější.

	objektivní a subjektivní příznaky bažení nebo nutkání ve vztahu k užívání konopí	strategie zvládnutí projevů bažení a nutkání
tělesné vjemy		
pocity		
myšlenky		
pozorovatelné chování		
situace (okolní prostředí)		

INFORMAČNÍ ARCHY

- 1 – Vzor úvodního dopisu
- 2 – Jak konopí působí na vaši psychiku a organismus?
- 3 – Jak to zvládnout bez kouření
- 4 – Detoxikace z konopí
- 5 – Kontrolované užívání konopí
- 6 – Prevence relapsu
- 7 – Minimalizace škod
- 8 – Tipy jak lépe spát
- 9 – Fáze změny
- 10 – Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu

INFORMAČNÍ ARCH 1

VZOR ÚVODNÍHO DOPISU

Datum

Vážený/vážená,

děkujeme za váš zájem o *Efektivní regulaci užívání marihuany*, léčebný program určený lidem, kteří chtějí omezit své užívání konopí nebo s ním úplně přestat.

Pokud jste rozhodl(a) pro účast v programu *Efektivní regulace užívání marihuany* a ještě si nesjednal(a) schůzku, spojte se s námi a domluvte si termín s některým z našich pracovníků.

Součástí tohoto dopisu je několik informací o našem pracovišti a o archu *Evidence užívání konopí*. *Evidenci užívání konopí* přikládáme proto, abyste si mohl(a) vést přehled o tom, kolik užíváte a jaký z toho máte pocit. Tento arch vyplňujte od této chvíle až po termín schůzky s naším pracovníkem. Tyto údaje vám mohou být dobrým východiskem pro diskusi o vašich cílech, o tom, kolik užíváte, a zda došlo ve vámi užívaném množství k nějaké změně od chvíle, kdy jste nás poprvé kontaktoval(a).

Budete-li mít k programu *Efektivní regulace užívání marihuany* jakékoli dotazy, neváhejte nám prosím zavolat.

S pozdravem

Detaily schůzky

Datum: _____ Čas: _____

Jméno pracovníka: _____

Adresa: _____

INFORMAČNÍ ARCH 2

JAK KONOPÍ PŮSOBÍ NA VAŠI PSYCHIKU A ORGANIZMUS?

Co je konopí

Marihuana, maruška, tráva, gandža, skunk, brko, špek, zeli, kouření, hulení, haš, bahno ... říká se mu ledajak! Pochází z různých odrůd rostliny konopí, z nichž nejznámější je *sativa* a *indica*. Konopí se rovněž pěstuje pro svá silná vlákna používaná při výrobě oděvů, provazů a papírnických výrobků. V této souvislosti se obvykle hovoří o průmyslovém konopí. Konopí pěstované pro své psychoaktivní účinky pak bude většina lidí znát jako marihuanu, což je mexický výraz pro konopí.

Jak působí

Konopí obsahuje více než 400 účinných látek. Hlavní psychoaktivní složka je známa jako delta-9-tetrahydrokanabinol (THC). Kouřením nebo požitím se THC vstřebá do krevního oběhu a dostává se do mozku, kde se váže na specifické receptory, známé jako kanabinooidové receptory, v důsledku čehož dochází k ovlivnění mozkových funkcí. Ne že by tyto receptory byly v mozku jen kvůli kouření konopí a následnému rauši. Reagují také na dvě chemické látky podobné THC, označované jako anandamid a 2-AG, které tělo samo produkuje. Proč však tělo tyto chemické látky vytváří a jakou mají přesně další funkci, je stále předmětem výzkumu.

Jak se jej tělo zbaví

THC a jeho metabolity jsou rozpustné v tucích a mohou v tělesných tukových tkáních zůstat po dlouhou dobu, během níž se postupně uvolňují zpět do krevního oběhu a vylučují v moči. V důsledku jeho pomalého uvolňování je možné stopy THC detekovat až několik týdnů po užití konopí.

Jak je silné

Síla konopí závisí na tom, v jakých podmínkách se pěstuje a která část rostliny se konzumuje. Koncentrace v jednotlivých částech se liší, což také platí pro různé konopné produkty, jako je hašiš nebo hašišový olej. Obecně platí, že hašiš nebo hašišový olej mají vyšší koncentraci THC než rostlinná surovina. Koncentrace THC se může pohybovat od 0,5 % v listech až po 20 % u palic a květů. Od šedesátých let 20. století síla neboli potence konopí průběžně narůstá v důsledku dokonalejších způsobů pěstování, využití hydrotechniky a selektivního křížení semen vyšší kvality, výsledkem čehož je větší množství rostlinných hybridů. Mnoho kuřáků tvrdí, že v posledních letech došlo k prudkému nárůstu síly konopí.

Pravděpodobné účinky

Užívání konopí, zejména intenzivní a dlouhodobé, může mít dopad na mnoho různých stránek života daného jedince. Na tomto místě pojednáváme o pravděpodobnějších a běžnějších dopadech.

Respirační systém (dýchací ústrojí)

Kouření konopí působí škodlivě zejména na respirační systém. Dlouhodobé užívání může mít za následek dušnost, chronický kašel a sípot a zároveň u dané osoby zvyšovat náchylnost k rozvoji rakoviny jazyku, ústní dutiny, hrtanu a plic v pozdějším životě. Riziko těchto kom-

plikací se zvyšuje, pokud daná osoba současně kouří tabákové výrobky. Předpokládá se, že většímu těchto poškození způsobuje vdechování kouře a dehtu a jejich příčinou může být také kouření spalitelných produktů (například tabáku, bylinných cigaret a bylinných čajů používaných ve směsích), nejen konopí. Chemické složení tabákového kouře a konopného kouře je velmi podobné, nicméně ve srovnání s průmyslově vyráběnými cigaretami je množství dehtu vdechovaného při kouření konopí čtyřikrát větší.

Imunitní systém

Několik studií se zaměřilo na negativní účinky konopí na lidskou imunitu. Ze studií provedených na zvířatech vyplývá, že konopí oslabuje některé části imunitního systému zodpovědné za zajišťování odolnosti vůči infekci způsobované bakteriemi a viry.

Kardiovaskulární systém

K závěru, že užívání konopí má škodlivý efekt na kardiovaskulární systém, není dostatek důkazů. Avšak vzhledem k tomu, že bezpochyby působí změny srdeční frekvence (mezi 20 a 50 %) a krevního tlaku, je lidem s vysokým krevním tlakem a s onemocněním srdce doporučováno, aby užívání konopí omezili nebo s ním úplně přestali.

Reprodukce

Dlouhodobé účinky konopí na reprodukci nebyly prozatím v širší míře zkoumány, ale dosavadní poznatky naznačují, že konopí snižuje sexuální touhu a počet spermií a zvyšuje podíl defektních spermií. Může rovněž vést k menstruačním problémům a nepravidelnosti period, což komplikuje plánování rodičovství a užívání antikoncepce.

Těhotenství

Ženy, které užívají konopí v těhotenství, riskují, že se jejich dítě narodí předčasně nebo s nízkou porodní váhou. Důvod je stejný jako v případě žen, které kouří tabákové výrobky – plod je nedostatečně zásoben kyslíkem. Toto riziko se zvyšuje, je-li konopí kombinováno s tabákem.

Výsledky některých studií naznačují, že užívání konopí během těhotenství může souviset se zvýšenou možností výskytu vrozených vad a dětskou leukémií. Jiné práce tato zjištění nepotvrdily, ale jelikož se ví, že THC prochází placentární bariérou, je rozumné se užívání konopí v těhotenství vyhnout, dokud nebudou jeho účinky detailně zmapovány.

Kojení

THC se rovněž vyskytuje v mateřském mléku. Jeho účinky na kojence však zatím nejsou dostatečně známy. Kojícím matkám se doporučuje, aby konopí nekouřily, případně jeho kouření omezily.

Soustředění a paměť

Dlouhodobě intenzivní užívání konopí sice nevede k vážným poškozením mozku, které je spojováno s dlouhodobým užíváním alkoholu, bezpochyby však poznamenává krátkodobou paměť, pozornost a soustředění. Zdá se, že tyto účinky nejsou nijak výrazné a projevují se většinou u náročnějších duševních činností a dovedností. O vlivu na každodenní fungování toho zatím není dost známo. Neví se také, zda se tyto deficity spraví, když daná osoba přestane konopí užívat. Tyto účinky většinou souvisí s tím, jak dlouho daná osoba již kouří,

a častěji přetrvávají i poté, co daná osoba s kouřením přestala, pokud předtím kouřila po mnoho let.

Tolerance a závislost

Z vědeckých poznatků vyplývá, že osoby, které konopí užívají pravidelně a intenzivně, si mohou vytvořit toleranci vůči jeho účinkům. Stejně jako u jiných drog, tolerance vůči konopí znamená, že k dosažení stejného účinku je zapotřebí užít větší množství. V minulosti bylo konopí zpravidla považováno za drogu bez rizika závislosti, a proto byla problematika existence závislosti na konopí zanedbávána. Závislost na konopí je obvykle charakterizována neschopností kontrolovat jeho užívání bez ohledu na pociťování negativních důsledků v každodenním životě a výskytem množství odvykacích symptomů, pokud člověk přestane konopí užívat.

Možné účinky

Na základě výsledků řady studií, které se zabývaly konopím a jeho dopady, byly zjištěny následující možné nežádoucí účinky na jeho uživatele:

Buněčné změny v organismu

Ze studií vyplývá, že kouř z konopí může způsobovat změny v buňkách (buněčné mutace), jež mohou vést k nádorovým onemocněním dýchacího traktu. Konopný kouř pravděpodobně způsobuje rakovinu z těchto důvodů jako cigaretový kouř – obsah kanabinooidů zde nehraje až takovou roli. Je-li dlouhodobé kouření konopí příčinou vzniku rakoviny, onemocnění se s největší pravděpodobností rozvine v nejexponovanějších oblastech, jako jsou plíce, hrtan, ústní dutina a jazyk.

Psychické zdraví

Dopad užívání konopí na duševní zdraví je předmětem mnoha studií. Vzhledem k tomu, že tato látka bezpochyby navozuje změnu nálady a duševního rozpoložení, její dlouhodobé intenzivní užívání by eventuálně mohlo mít negativní dopad na duševní zdraví, a to zejména u osob, které nebyly duševně zcela v pořádku již předtím, než s užíváním konopí začaly, a které následně konopí užívají jako prostředek, kterým regulují a mění své nálady a emoce.

Motivace

Někteří uživatelé konopí (a lidé, kteří uživatele konopí mají možnost pozorovat) hovoří o snížené míře motivace a zhoršení sociálních dovedností a koncentrace. Někteří výzkumníci tento jev označují termínem „amotivační syndrom“. Obvykle se charakterizuje jako úbytek energie/motivace k fyzické činnosti a zhoršení schopnosti soustředit se na náročnější úkoly. Zatím se jednoznačně neprokázalo, zda takový syndrom skutečně existuje, byť vy sami o tom možná víte své. Při diskuzích s lidmi, kteří přestali konopí užívat, je to každopádně časté téma.

Rizikové skupiny

Některé skupiny osob jsou vystaveny většímu riziku výskytu nežádoucích účinků v důsledku jejich užívání konopí. Patří mezi ně:

- dospívající, u nichž konzumace konopí dosahuje výrazné míry – u této skupiny může dojít k opoždění v emočním vývoji a snížení studijních a pracovních výkonů, což může mít nepříznivý dopad na jejich možnosti v dalším životě,

- těhotné ženy, případně ženy, které těhotenství plánují,
- osoby s preexistujícími onemocněními, např. srdce nebo dýchacího traktu,
- osoby s psychotickými poruchami; některé výzkumy naznačují, že užívání konopí zvyšuje riziko výskytu psychotických symptomů – člověk například vidí nebo slyší neexistující věci, věří něčemu, co není pravda, a má neuspořádané a rozptýlené myšlenky; větší náchylnost mohou v tomto ohledu vykazovat osoby, u nichž psychotické poruchy figurují v osobní nebo rodinné anamnéze,
- osoby se schizofrenií.

INFORMAČNÍ ARCH 3

JAK TO ZVLÁDNOUT BEZ KOUŘENÍ

Kouření konopí může neočekávaně začít hrát ve vašem životě významnou roli. Když nějak změňte důležitou součást svého života, může se vám stát, že budete něco postrádat, může se dostavit pocit, že vám něco chybí. Pro některé lidi, kteří přestali kouřit nebo své užívání konopí omezili, to znamená méně času stráveného s určitým okruhem přátel nebo účast na činnostech majících souvislost s kouřením, například poslouchání hudby nebo dívání se na video. Jiní lidé zase mohou mít pocit, že přišli o berličku, která jim přechodně pomáhala zvládat životní těžkosti.

Vyplnění těchto mezer dá zabrat! Tento informační arch pojednává o rozvíjení strategií zvládnání zátěžových situací a činnostech, kterými je možné tyto mezery vyplnit.

Nouzový plán

Zkuste si vybavit situace, v nichž by vám někdo mohl nabídnout konopí, a osoby, které by v takových situacích figurovaly. Naplánujte si možné způsoby odmítání takových nabídek.

Možné tipy, jak reagovat na nabídku konopí:

- nejprve řekněte „Ne, díky“,
- vaše odpověď by měla znít jasně, rozhodně a bez známky váhání,
- neuhýbejte očima,
- požádejte danou osobu, aby vám přestala konopí nabízet,
- nebojte se si stanovit meze,
- nenechávejte „dveře otevřené“ dalším nabídkám v budoucnu (vyhněte se například odpovědím typu „Dnes ne“),
- nezapomínejte na rozdíl mezi asertivní, pasivní a agresivní reakcí,
- nevyčítejte si, že jste konopí odmítli.

Alternativní činnosti

Od silného nutkání kouřit vás také mohou odvést různé alternativní činnosti, které vám zároveň mohou pomoci zvládnout rizikové situace. Zamyslete se nad tím, které věci vám umožní prožívat pozitivní stránky abstinence bez negativních důsledků. Mějte na paměti, že když člověk začne s něčím novým a zanechá zaběhaných návyků, může se cítit nepříjemně a nespůj. Hledání těchto náhradních aktivit a změny chování vyžadují čas, odhodlání a vynalézavost. Změna je proces, nikoli jednorázová událost.

Některé z těchto činností budou představovat bezprostřední okamžitá řešení. Pokud vám například kouření konopí přináší uvolnění a pomáhá vám na konci dne „vypnout“, jako alternativní činnosti se nabízejí vycházky se psem, plavání, jóga nebo meditace, kondiční běhání, návštěva fitness centra nebo vaření. Také byste si mohli nějakou dobu číst, poslouchat hudbu nebo si dopřát koupel s aromaterapeutickými oleji. Jiné činnosti bude zřejmě zapotřebí předem plánovat, než se stanou součástí vašeho životního stylu a pomohou vám dopracovat se

k vašim cílům. Mohli byste se například stát členem nějakého klubu, hrát za nějaké mužstvo, začít trénovat nějaký sport, učit se hrát na hudební nástroj, studovat, věnovat se výtvarné činnosti a řemeslům, jezdit chytat ryby nebo cestovat.

S ohledem na svůj individuální seznam pozitiv a za využití pracovního archu *G – Odklad, odvedení pozornosti, odpors* si poznačte alternativní činnosti, které by vás bavily a kterým byste se mohli věnovat, a osoby, které by vás v těchto nových činnostech mohly podporovat, povzbuzovat a případně je provozovat společně s vámi.

INFORMAČNÍ ARCH 4

DETOXIKACE Z KONOPÍ

Při absenci jakékoli drogy ve vašem organismu po jejím předchozím dlouhodobém užívání může vaše tělo procházet obdobím návratu do stavu „normálního“ fungování bez drog. Toto období opětovného přizpůsobení se původním podmínkám se označuje jako odvykací stav. Příznaky a intenzita odvykacího stavu při vysazení konopí mohou být u každého člověka jiné. Někteří lidé odvykací stav nepocítí vůbec, zatímco jiní vykazují mimořádně silné abstinenční příznaky. Během odvykacího stavu se v důsledku eliminace užívání konopí mohou objevit problémy duševní povahy, například úzkost, panika a náladovost.

Mezi běžné abstinenční příznaky u konopí patří:

- Poruchy spánku
- Zvýšený výskyt snů, respektive nočních můr
- Pocení
- Podrážděnost
- Zvýšené bažení (craving)
- Návaly úzkosti/paniky
- Náladovost
- Nevolnost
- Třes

Tyto symptomy se většinou vyskytují po dobu čtyř až sedmi dní, ale mohou přetrvávat až 28 dní. Podle některých lidí mohou poruchy spánku a náladovost přetrvávat i déle.

Zvládnání odvykacího stavu

Jedním z důležitých faktorů, který vám umožní zvládnout odvykací stav, je vědět, co můžete očekávat. Užitečnou pomůckou vám může být následující výčet strategií zvládnání odvykacího stavu:

- snažte se stále něčím zaměstnávat – plánujte různé činnosti a rozptýlení,
- jezte zdravě v zájmu dosažení optimální tělesné pohody,
- zvyšte přísun tekutin, aby vaše tělo mohlo lépe vyplavovat toxiny a rehydratovat buňky,
- dbejte na vydatný spánek – viz informační arch 8 – *Tipy jak lépe spát*,
- hledejte oporu u lidí, kteří vás podpoří v těžkých chvílích, a vyhýbejte se naopak těm lidem, kteří vám vaše odvykání mohou ztížit,
- využijte poradenství – obraťte se na nějaké zařízení, které nabízí podporu a kontakty na dostupné léčebné služby (viz informační arch 10 – *Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu*),
- cvičte/sportujte – vydáte energii, zlepšíte si spánkové vzorce, zaženete nudu a zrychlíte svůj metabolismus, čímž se vám toxiny rychleji uvolní z těla; tělesná aktivita může mít také pozitivní vliv na vaše duševní rozpoložení a odvést vás od pocitů bažení,
- zkuste doplňkové terapie, které mohou zlepšit váš celkový pocit pohody a jejichž prostřednictvím se můžete být schopni uvolnit a lépe zvládat svůj neklid, úzkost, podrážděnost a náladovost; za úvahu stojí masáže, jóga, meditace, akupunktura, využití lázeňských procedur/saunování/koupele, aromaterapie, tkáňové soli, bylinné čaje, např. heřmánek, kozlík lékařský a jiné čaje pro lepší spánek, jakož i Bachova květová terapie,

- na základě porady s naturopatem, homeopatem nebo bylinářem se vám může podařit najít přírodní léčivé produkty, které mohou nejlépe zabírat na vaše specifické symptomy; pokud zjistíte, že výše uvedená doporučení vám při zvládnání abstinenčních příznaků nepomáhají, je zřejmě načas navštívit svého lékaře nebo pouvažovat a dalších možnostech, jaké například představují služby zabývající se léčbou alkoholových a drogových závislostí, které nabízejí osobám v odvykacím stavu ambulantní a/nebo hospitalizační péči, jakož i následné poradenství a podporu.

Budete-li chtít získat údaje o zařízení, které by vám mohlo nejlépe pomoci vyřešit vaše problémy, kontaktujte telefonicky některou ze služeb poskytujících podporu a informace (viz informační arch 10 – *Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu*).

INFORMAČNÍ ARCH 5

KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ KONOPÍ

Stanovte si nějaká pravidla

Vymyslete si nějaká svá osobní pravidla, která vám mohou pomoci v dosažení vašich cílů. Například:

- Nebudu kouřit před 20. hodinou.
- Nekoupím si žádné konopí, dokud nezaplatím všechny své účty.

Užívání konopí lze účinně regulovat prostřednictvím kombinace pravidel a regulí, které si sami pro sebe stanovíte. Je důležité, abyste si stanovili pravidla, která budou realistická a dodržitelná, ale zároveň dostatečně tvrdá, aby měla nějaký efekt.

Tipy, které se mohou hodit

- Nemíchejte si velké dávky, je velmi pravděpodobné, že to pak všechno vykouříte.
- Nepoužívejte „party“ kotlíky (větší násadka na vodní dýmku pro více lidí pojme více kuřiva), dávejte přednost malým.
- Vyhýbejte se seancím se silnými kuřáky.

Příděly

Limity na jeden večer se mohou zdát jako utopie krátce poté, co jste si zrovna drogu opatřili, ale právě to je ta nejlepší chvíle pro zavedení pravidel. Připravte si obálky s odměřeným množstvím svého konopí na každý večer, kdy jste se rozhodli, že budete kouřit. Pokud přeci jen sáhnete do přídělu na další večer, budete mít o to méně co kouřit. Neuškodí také, pokud si na obálky s odměřenými dávkami konopí napíšete některé z důvodů, proč jste se rozhodli užívání omezit, a budete si je tak neustále připomínat.

Hlídejte si své „tempo“

Budete-li si hlídat své tempo, vaše příděly vám vydrží!

- Rozhodněte se, kolik bongů/jointů si ten který večer dáte.

NEBO

- Rozhodněte se pro určité tempo a držte se ho – například jeden bong/joint za hodinu během určitého časového období (např. 20.00 – půlnoc).

Mějte přehled o množství užitého konopí. Dělejte si poznámky na krabičku od zápalek nebo příslušné údaje značte do své *Evidence užívání konopí*.

Snažte se najít si nějakou činnost

Pobývání v prostředí, které je pro vás spojeno s kouřením konopí, může být mocným spouštěčem kouření a bažení po kouření. V době, kdy se rozhodnete nekouřit, je důležité, abyste se

nějak zaměstnali. Když vyrazíte za nějakou oblíbenou činností spolu s lidmi, kteří jsou vám oporou, vaše „vysazovací“ večery pro vás budou mnohem víc než jen večery, kdy jste si nezačkouřili. Pomůže také, pokud své aktivity budete plánovat s předstihem.

Získejte si podporu druhých

Často je k užítku věci, když se svým počínáním seznámíte nějakou vstřícnou osobu a budete u ní hledat oporu, povzbuzení a pochopení pro problémy, s nimiž se můžete potýkat. Situace, kdy jste vystaveni pokušení, můžete také eliminovat tím, že o svém úmyslu omezit užívání konopí řeknete svým „spolukuřákům“. Někteří vás ve vaší snaze mohou podpořit, ale buďte připraveni na to, že jiní se zase nemusí pro vaše plány nadchnout stejně jako vy. Buďte pozitivně naladěni! Držte se svého plánu! Pokud to raději ostatním nechcete říkat, přirozenou oporou se vám může stát vyhledávání společnosti lidí, kteří konopí nekouří. Podporu a poradenství také nabízí množství zařízení. Zavolejte si např. na linku DIRECT Line nebo jinou podobnou službu poskytující informace a podporu, kde vám poradí, případně vám doporučí služby některého z vhodných zařízení (viz informační arch 10 – *Kontaktní informace na služby poskytující poradenství a podporu*).

Pamatujte na pozitiva

Když své užívání budete regulovat, zjistíte, že:

- se vám snižuje tolerance,
- drogy vám déle vydrží,
- neutratíte tolik peněz,
- máte čistší hlavu a více toho zvládnete.

Odměňujte se

Je důležité, abyste se za „dobře odvedenou práci“ odměňovali. Zjistíte zřejmě, že si můžete něco dopřát za část peněz, které se vám podařilo ušetřit v důsledku snížení konzumace konopí. Aby vám tyto odměny skýtaly bezprostřední povzbuzení a dobrý pocit, bude pravděpodobně nejlepší, když se odměníte v podstatě neprodleně. Anebo můžete chvíli počkat, až se vám na účtu nastřádá víc peněz, a koupit si něco dražšího. Taky můžete zjistit, že když neutratíte tolik peněz za konopí, budete schopni zaplatit případné neuhrazené účty.

INFORMAČNÍ ARCH 6

PREVENCE RELAPSU

Relaps

Relapsem se rozumí návrat k užívání konopí po určitém období změny.

Co je to laps?

Laps se definuje jako „uklouznutí“ (slip) – jednorázové užití konopí poté, co jste již s drogou přestali, případně častější užívání, než jste si vytyčili ve svém plánu na dosažení změny. Laps nemusí nutně vyústit v relaps, nicméně je to signál k tomu, aby člověk „přibrzdil“. Zda laps přejde v relaps či nikoli, bude záviset na jednání daného jedince poté, co u něj dojde k lapsu. Ze svého jednoho či více uklouznutí se můžete poučit a rozhodnout se, že nedovolíte, abyste se vrátili k předchozím vzorcům užívání. Důležité je, aby na sebe člověk nebyl příliš tvrdý, protože k uklouznutí čas od času dochází.

Poučení z lapsu

Z jednorázového uklouznutí v podobě užití konopí po předchozím období abstinence se můžeme poučit, když si položíme následující otázky:

- 1) Proč jsem zase začal užívat konopí? Čím byla tato situace riziková?
- 2) Co jsem měl v dané situaci raději udělat?
- 3) Není nutné, abych změnil své strategie zvládnání zátěžových situací nebo plán k dosažení svých cílů?

Bude zřejmě dobré, když se vrátíte k pracovnímu archu *E – Zvládnání rizikových situací*, znovu si jej projdete a zamyslíte se nad faktory, které k lapsu přispěly.

Je snadné hledat příčiny lapsu (respektive relapsu) ve věcech, které se vám zdají nekontrolovatelné. K lapsům však dochází v důsledku faktorů, které bylo možné kontrolovat prostřednictvím větší ostražitosti a plánování. Nezapomínejte, že nakonec bude vždy záležet na vás, zda konopí užijete či nikoli.

Prevence relapsu

Prevenčí relapsu se rozumějí strategie uplatňované za účelem dosažení změny v chování, jež mají předcházet návratu k původní míře užívání konopí.

INFORMAČNÍ ARCH 7

MINIMALIZACE ŠKOD

Upozornění vydavatele českého vydání

Celá publikace včetně informačního archu 7 je určena odborníkům, kteří terapeuticky pracují s intenzivními uživateli konopných drog. Cílem poradenství a léčby je toto užívání v ideálním případě zastavit. U některých k abstinenci dosud méně motivovaných uživatelů je však adekvátním cílem poradenství jejich užívání omezit či alespoň snížit negativní zdravotní a sociální dopady, které mohou z konzumace konopí vyplývat. To je také jediným účelem Informačního archu 7, který slouží jako metodický podklad terapeutům při práci s klientem. Účelem informací uvedených v Informačním archu 7 rozhodně není navádět nebo nabádat k užívání omamných a psychotropních látek, v tomto případě konopných drog. Snížování rizik spojených s užíváním drog je jedním ze základních pilířů protidrogové politiky České republiky.

Tento informační arch pojednává o tom, jak si klient může v maximální míře zachovat zdraví, i pokud kouří. Je důležité si uvědomit, že konopí může mít potenciální vliv na duševní i tělesné zdraví. Návaly paranoi, úzkosti a paniky mohou postihnout jednorázově i dlouhodobě uživatele, byť častější jsou méně výrazné dopady, např. problémy s pamětí a soustředěním. Pokud se u klienta vyskytnou závažné problémy, je třeba s užíváním konopí přestat, a pokud příznaky přetrvávají, je třeba navštívit lékaře nebo kontaktovat nejbližší zařízení zabývající se léčbou alkoholových a drogových závislostí. Následující informace slouží k minimalizaci některých běžnějších negativních dopadů.

Myslete

Při přípravě „matroše“ odstraňte semena a stonky. Neobsahují žádné THC, dráždí krk a mohou způsobovat bolesti hlavy. Listy obsahují méně THC než palice, což znamená, že musíte vykouřit víc, abyste si navodili stav „zhulenosti“, čímž zvyšujete pravděpodobnost poškození dýchacích cest.

Mějte přehled o obsahu svého „matroše“

Tabák je silně návyková droga sama o sobě a, i když může vaší směsi dodat stimulující účinek, zvyšuje množství dehtu a karcinogenů obsažených v kouři. U osob, které nekouří tabák, mohou být nepříjemné pocity na druhý den ráno ještě násobeny odvykacím stavem po nikotinu. Pokud už musíte užívat tabák, použijte lehký tabák/cigarety s nízkým obsahem nikotinu. Je rovněž dobré si hlídat podíl konopí na jednu cigaretu – množství konopí by nemělo přesáhnout jeden gram na cigaretu.

Míchání konopí s něčím jiným než tabákem (bylinné čaje/bylinné cigarety) není o nic lepší. Nezapomínejte, že jakákoli spalovaná látka, kterou vdechnete, vám může poškodit dýchací cesty.

Brko, špek, joint, smotek, raketa

Marihuanové cigarety umožňují lepší kontrolu konzumovaného množství. Čím méně papírků se na přípravu jointu spotřebuje, tím lépe; snižuje se tím podíl spalitelných produktů. V ob-

chodech s vodními dýmky (bongy) jsou rovněž k dostání konopné papírky nebo papírky se sníženým obsahem chemikálií.

Na základě výzkumu provedeného v USA bylo zjištěno, že užívání cigaretových filtrů (tj. filtrů k balení cigaret) u jointů snižuje množství THC přibližně o 60 %, což znamená, že byste museli vykouřit dva a půlkrát víc konopí, abyste dosáhli stejného účinku jako v případě marihuanové cigarety bez filtru. Cigaretové filtry rovněž zvyšují poměr dehtu k THC.

Improvizované filtry z tvrdého papíru („roachés“) ve skutečnosti kouř nefiltrují, jen o něco prodlužují vzdálenost mezi hořícím koncem marihuanové cigarety a vašimi rty. Používáním těchto náustků se minimalizuje odpad, neboť odhazovaný nedopalek je už jen kouskem tvrdého papíru. Na tyto „filtry“ by se měl používat jen obyčejný tvrdý papír, jelikož z lesklých nebo potištěných kartónů se při hoření uvolňují škodlivé chemikálie.

Bongy, dýmky apod.

Bongy (vodní dýmky) jsou oblíbeným způsobem kouření a zároveň umožňují snadno odměřovat dávky. Z výzkumů ovšem vyplývá, že bongy člověku škodí nejvíc. Potažením z bongu dochází k intenzivnímu návalu kouře hluboko do plic, čímž se zvětší plocha pro působení karcinogenů a dehtu.

Při potahování z kotlíků (i jointů) se nesnažte zdržovat kouř dlouho v plicích. Většina přítomného THC se do krevního oběhu vstřebává během několika sekund, takže zdržením dechu pouze navýšíte množství dehtu, které vám pronikne do těla.

Dávejte pozor, abyste do plic nenasáli vodu z bongu. Dbejte na dostatečnou vzdálenost mezi náustkem bongu a hladinou vody (20 cm a více). Tahejte z bongu pomalu. Při rychlém vytáhnutí směsi z kotle se uvolní méně THC než při pomalém kouření.

Zásadní je konstrukční provedení bongu. Z bongů vyráběných z plastových lahví, pryže, PVC a plastových hadic a za využití hliníkových nebo staniolových kotlíků se při zahřátí uvolňují škodlivé výpary. Narychlo doma vyrobený bong může posloužit při mimořádných situacích, ale jestli vám záleží na vašich plicích, používejte skleněné, keramické, nerezové nebo mosazné bongy a dýmky. Bongy s dvojitou nebo trojitou baňkou eliminují více ve vodě rozpustných karcinogenů a dehtu a dále ochlazují kouř.

Důležitá je také pravidelná údržba bongů, a to jak z hlediska odstranění choroboplodných zárodků, tak zajištění vdechování co možná nejčistšího kouře. Když voda ve vašem bongu dosáhne čajového zabarvení, je čas ji vyměnit. Voda ponechaná v bongu přes noc je obzvláště nevhodná. Při čištění bongů nepoužívejte agresivní chemické přípravky. Nejlepší je horká voda, tekutý přípravek na mytí nádobí a kartáč na čištění lahví.

„Bongdomy“

Dávejte si pozor na choroboplodné zárodky přenášené ústy při společném užívání bongů a jointů. Vytvořte si svůj vlastní „bongdom“ pomocí kousku tkaniny přiloženého k náustku bongu anebo čistýma rukama zamezte přímému kontaktu svých úst s bongem nebo jointem.

Vaporizéry

Dá se říci, že vaporizéry jsou jakýmsi zlatým grálem mezi kuřáckým náčiním. Tráva se v nich nespaluje, ale spíše zahřívá, a škodlivé toxiny a dehty se zachycují ve vaporizéru a nedostanou se tak do dýchacích cest. Není jasné, k jaké ztrátě THC v rámci tohoto procesu dochází. V Austrálii nejsou vaporizéry běžně k mání, i když některé obchody s bongy je prodávají. Jednou z možností je objednat si je přes internet.

Kombinování s jinými látkami

Neužívejte konopí v kombinaci s jinými drogami nebo alkoholem. Užití více látek současně může značně zvýšit intoxikaci, což může vést k nežádoucím účinkům, např. zvracení, dezorientaci a výpadkům paměti.

Řízení motorových vozidel a obsluha strojů

Účinky konopí mohou negativně ovlivnit vaše soustředění, způsobovat dezorientaci a poznamenat koordinaci pohybů. Změněné vnímání se také může projevit nesprávným odhadem vzdálenosti nebo rychlosti. Řídit motorové vozidlo nebo obsluhovat stroje pod vlivem konopí je riskantní (a zároveň nezákonné).

Snížení tolerance

Toleranci se rozumí, že vaše tělo si zvyká na přítomnost THC. Tolerance vůči konopí znamená, že musíte postupně kouřit stále víc, abyste pocítili požadované účinky „zkouření“. Toleranci si můžete snižovat tím, že mezi kouřením si budete dávat jednodenní nebo vícedenní přestávky. Snižíte tak riziko, že se stanete na konopí závislí, jakož i riziko výskytu vážných zdravotních a psychických problémů. Snižování tolerance vám přinese tu výhodu, že až se rozhodnete zase si zakouřit, budete potřebovat méně konopí, abyste se „zuhlilil“.

Vaření a po jídání

Při požívání konopí v jídle se eliminuje újma způsobovaná dýchacím cestám při kouření konopí. Jedná se pravděpodobně o nejbezpečnější způsob jeho konzumace. Mějte na paměti, že při požívání konopí se požadovaný opojný účinek může dostavit až po nějaké době (1–3 hodiny) a obvykle postupně narůstá na intenzitě. Na rozdíl od rychlého nástupu, který se dostaví při kouření, je v tomto případě zapotřebí trpělivosti!

Opojný účinek je obvykle intenzivnější a přetrvává mnohem déle, 4–12 hodin, takže určité plánování není na škodu. Není také od věci konopím upravené potraviny nějak označit, aby si na nich omylem „nepochutnala“ vaše babička.

POZOR: Hotové pochoutky, které vařením vzniknou, mohou být mimořádně silné, i pokud se použijí listy.

Poznámka vydavatele českého vydání

Na tomto místě byl v původní publikaci uveden recept na přípravu marihuanového másla. Vzhledem k tomu, že by jeho publikace v ČR mohla být orgány činnými v trestním řízení posuzována jako trestný čin šíření toxikomanie podle § 287 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákona, a s přihlédnutím k tomu, že se nejedná o informaci klíčovou vzhledem k účelu této publikace, byla pasáž obsahující recept na přípravu marihuanového másla z českého vydání vypuštěna.

INFORMAČNÍ ARCH 8

TIPY JAK LÉPE SPÁT

Mnozí kuřáci konopí uvádějí, že, pokud si na dobrou noc nezakouří, mají problémy se spaním a nejsou schopni na konci dne „vypnout“ a uvolnit se. Nekvalitní či přerušovaný spánek je v případě konopí častým příznakem odvykacího stavu. Následuje několik doporučení, jak postupovat, abyste lépe spali.

Neukládejte se k nočnímu spánku, dokud nebudete opravdu ospalí

Pro některé lidi to znamená chodit spát mnohem později než obvykle.

Svou postel užívejte jen ke spánku

V posteli nečtěte, nedívejte se na televizi, nejzte ani nepřemýšlejte o nepříjemných věcech. Jedinou výjimkou z těchto pravidel je sex. Pokud zjistíte, že vám četba pomáhá usnout, můžete toto pravidlo klidně porušit a v posteli si číst, ale nemělo by to trvat déle než 20 minut.

Dodržujte 30minutové pravidlo

Pokud neusnete do přibližně 30 minut poté, co zhasnete, vstaňte, běžte do jiné místnosti a dělejte něco, co vás příliš nerozbeře, např. si čtete nebo si pusťte televizi. Zůstaňte vzhůru, jak dlouho se vám bude chtít, a pak se vraťte do ložnice a snažte se usnout. Jde o to, aby ve vás vaše postel vyvolávala představu rychlého usnutí. Pokud ani pak nemůžete usnout, znovu vstaňte. Tento postup opakujte tak často, jak to bude nutné, dokud neusnete během 30 minut od ulehnutí do postele.

Vytvořte si pravidelné návyky

Každé ráno sedm dní v týdnu vstávejte v tutéž dobu bez ohledu na to, jak dlouho jste spali. Vaše tělo si tím lépe vytvoří pravidelný spánkový rytmus.

Vyvarujte se krátkých zdřímnutí během dne

I pětiminutové zdřímnutí u televize může „obrousit hrany“ vaší únavy a způsobit tak, že budete v noci hůře spát.

Zkuste nějakou formu relaxace

Určitě neusnete během nějaké odpočinkové činnosti během dne, např. při józe, četbě nebo meditaci. Avšak večer, když už je čas spát, klidně můžete při relaxaci v posteli usnout. Různé relaxační metody mohou být obzvláště užitečné pro osoby, které se probouzí uprostřed noci a nemohou pak znovu usnout, nebo pro osoby, které mají lehké spaní. Pokud se vám nebude dařit držet se nějaké konkrétní metody, můžete si vypomoci relaxačními nahrávkami.

Tělesné aktivity během dne

Cvičením/sportováním zvýšíte svou fyzickou únavu a budete tak lépe spát.

Nepřemýšlejte v posteli o nepříjemných věcech

Většinou myšlenek a starostí, které nás napadají v posteli, se dříve nebo později budeme muset zabývat, ale proč bychom jim museli věnovat pozornost zrovna v posteli? O problémech

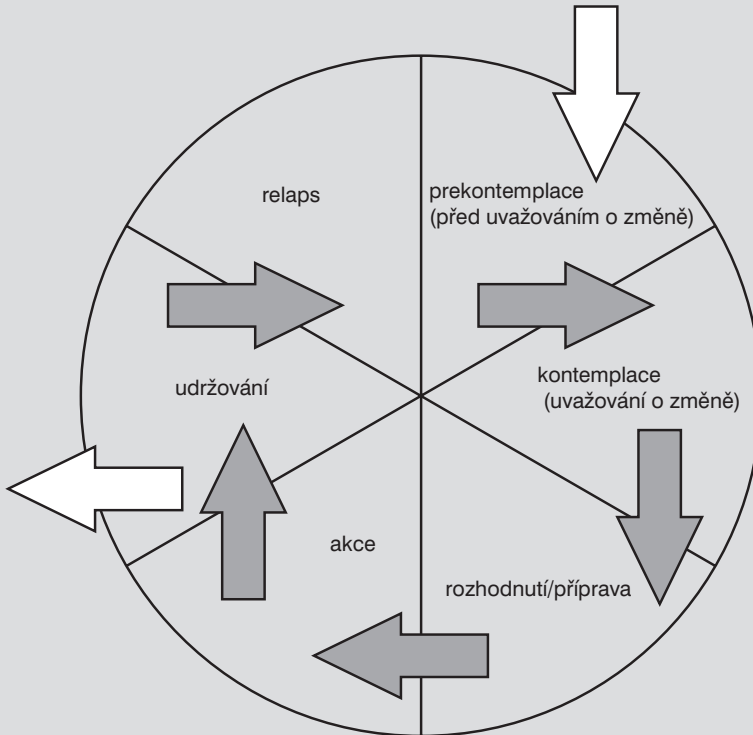
se snažte přemýšlet spíše přes den. A pokud na něco musíte myslet, když už jste v posteli, řekněte si: „Už jsem o tom dneska přemýšlel(a) dost. A dneska už s tím stejně nic nenadělám. Nechám to na zítra. Teď je čas jít spát!“ Některým lidem pomáhá, když vstanou a své myšlenky si zapíší. Podaří se jim tak pustit tyto myšlenky z hlavy. Vždycky to nefunguje, ale pokud to zabere alespoň v polovině případů, je to lepší než nic.

Neužívejte povzbuzující látky

Vyvarujte se užívání povzbuzujících látek, jako je kofein nebo cigarety, pozdě večer a omezte spotřebu kofeinu během dne. Po alkoholu můžete být sice ospalí, ale po několika hodinách se můžete probudit s pocitem bdělosti, což často zhoršuje kvalitu nočního spánku. Čaje z heřmánku nebo kozlíku lékařského, teplé mléko a další teplé nápoje vám v noci mohou pomoci usnout.

INFORMAČNÍ ARCH 9

FÁZE MODELU ZMĚNY



Zdroj: Prochaska, J., DiClemente, C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W. Miller a N. Heather (eds). *Treating Addictive Behaviours: Process of Change*. New York: Plenum Press.

INFORMAČNÍ ARCH 10

KONTAKTNÍ INFORMACE NA SLUŽBY POSKYTUJÍCÍ PORADENSTVÍ A PODPORU

Poznámka editora českého vydání

V originálním textu byly v této kapitole uvedeny kontakty na poradenská pracoviště v Austrálii (viz http://www.turningpoint.org.au/library/lib_ctgs.html). Českého čtenáře, který má zájem získat kontakty na podobná zařízení v ČR, odkazujeme na aplikaci „Mapa pomoci“ dostupnou na <http://www.drogy-info.cz>.

BIBLIOGRAFIE

Adams, I., Martin B.R. (1996). Cannabis: Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 91(11): 1585–1614.

AGB McNair, Victorian Drug Strategy Unit (1995). *1993 Victorian Drug Household Survey*. Melbourne: Public Health Branch, Department of Health and Community Services.

Alpert, J.E., Spillman, M.K. (1997). Psychotherapeutic approaches to aggressive or violent patients. *Journal of Clinical Psychiatry North America*, 20(2): 453–472.

Anthony, J.C., Helzer J.E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In L.N. Robins, D.A. Regier (eds). *Psychiatric Disorders in America*. New York: McMillan.

Arif, A., Westermeyer, J. (eds) (1988). *Manual of Drug and Alcohol Abuse: Guidelines for Teaching in Medical and Health Institutions*. New York: Plenum Medical Book Co.

Bleeker, A., Malcolm, A. (1998). *Mulling it over. Health Information for People who use Cannabis*. Sydney: Manly Drug Education and Counselling Centre.

Bowman, J., Sanson-Fisher, R. (1994). *Public Perceptions of Cannabis Legislation*. National Drug Strategy Monograph Series No. 28. Canberra: AGPS.

British Medical Journal (1998). Cannabis as a medicine: *Time for the phoenix to rise?* [Editorial], 316 (April 4): 1034–1035.

Brooke, T., Englander, M., Greg-Rowan, K., Lacy, R., Lang, E., O'Reilly, S. (1998). *Report on a Single Session Intervention with Self-defined Problem Cannabis Users*. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre.

Budney, A.J., Kandel, D.B., Cherek, D.R., Martin, B.R., Stephens, R.S., Roffman, R. (1997). College of Problems of Drug Dependence meeting, Puerto Rico (June 1996). Marijuana use and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 45: 1–11.

Commonwealth Department of Health and Family Services (1996). *National Drug Strategy Household Survey: Survey Report 1995*. Canberra: AGPS.

Department of Human Services (1997). *Alcohol and Drug Treatment Services in Victoria 1995 to 1997*. Drug Treatment Services, Aged, Community and Mental Health Division.

Donnelly, N., Hall, W. (1994). *Patterns of Cannabis use in Australia*. National Drug Strategy. Monograph Series No. 27. Canberra: AGPS.

Englander, M., Kellehear, A., Lang, E., Lacy, R. (1997). *An Evaluation of Two Cannabis Treatment Interventions with Self-defined Problem Cannabis Users*. Turning Point Alcohol and Drug Centre.

Englander, M., Lang, E., Lacy, R., Rowan-Gregg K. (2002). *Effective Weed Control: A Guide for People Trying to Cut Down or Stop Cannabis Use*. Turning Point Alcohol and Drug Centre.

Green, L. (1998). Single session therapy: An interview with Moshe Talmon. *Psychotherapy in Australia*, 4(2): 26–30.

Grenyer, B., Solowij, N., Peters, R. (1997). *Brief versus intensive psychotherapy for cannabis dependence*. Příspěvek přednesený na konferenci APSAD, Adelaide 1–3 října 1997.

Gowing, L.R., Ali, R.L., Christie, P., White, J.M. (1998). Therapeutic use of cannabis: Clarifying the debate. *Drug and Alcohol Review*, 17: 445–452.

Hall, W. (1998). Cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 17(4): 433–444.

Hall, W., Nelson, J. (1996). Correlates of the perceived health risks of marijuana use among Australian adults. *Drug and Alcohol Review*, 15: 137–143.

Hall, W., Solowij, N., Lemon, J. (1995). *The Health and Psychological Consequences of Cannabis Use*. National Drug Strategy Monograph Series No. 25. Canberra: AGPS.

Hall, W., Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *The Lancet*, 352 (9140): 1611–1616.

Heather, N., Tebbutt, J. (1989). *The Effectiveness of Treatment for Drug and Alcohol Problems*. NCADA Monograph No. 11. Canberra: AGPS.

Kandel, D.B. (1993). The social demography of drug use. In R. Bayer, G. Oppenheimer (eds). *Confronting Drug Policy: Illicit Drugs in a Free Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

Makkai, T., McAllister, I. (1998). *Patterns of Drug Use in Australia, 1985–1995*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services.

Marlatt, G.A., Gordon, G.R. (1985). *Relaps Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: Guildford Press.

Matthews, H. (1998). UK report recommends medical trials of cannabis. *British Medical Journal*, 317(1337).

Mattick, R.P., Jarvis, T. (1993). *An Outline for the Management of Alcohol Problems: Quality Assurance in the Treatment of Drug Dependence Project*. National Campaign Against Drug Abuse Monograph Series, Canberra: AGPS.

Miller, N.S., Gold, M.S., Pottash, A.C. (1989). A 12-step treatment approach for marijuana (cannabis) dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6: 241–250.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Pergamon Press.

Murphy, C., Boyle J. (1997). *Cannabis treatment program – a clinical experience*. Příspěvek přednesený na celostátní konferenci APSAD, Adelaide, 1.–3. říjen 1997.

Musty, R.E., Consroe, P., Makriyannis A. (1991). Pharmacological, chemical, biochemical and behavioural research on cannabis and the cannabinoids. *Pharmacology, Biochemistry a Behaviour*, 40: 457–708.

Prochaska, J., DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller, N. Heather (eds). *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum Press.

Rees, V., Copeland, J., Swift, W., Hall, W. (1997). *Brief cognitive behavioural interventions for cannabis dependence*. Příspěvek přednesený na celostátní konferenci APSAD, Adelaide, 1.–3. říjen 1997.

Reuters (1999). US government issues guidelines on marijuana for medical research. Reuters Health, <http://www.reutershealth.com/archive/1999/05/24/professional/links/19990524plcy003.html>.

Robbe, H.W.J. (1994). *Influence of Marijuana on Driving*. Maastricht: Institute for Human Psychopharmacology, University of Limburg.

Roffman, R.A. (1997). *The Assessment and Treatment of Marijuana Dependence*. Workshop realizovaný ve středisku Turning Point Alcohol and Drug Centre.

Roffman, R.A., Klepsch, R., Wertz, J.S., Simpson, E.E., Stephens, R.S. (1993). Predictors of attrition from an outpatient marijuana-dependence counselling programme. *Addictive Behaviours*, 18(5): 553–566.

Ryder, D. (1987). Surviving a controlled drinking therapist. *Australian Drug and Alcohol Review*, 6: 153–156.

Stephens, R.S., Roffman, R.A., Simpson, E.E. (1993). Adult marijuana users seeking treatment dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 1100–1104.

Stephens, R.S., Roffman, R.A., Simpson, E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relaps prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 92–99.

Stephens, R.S., Wertz, J.S., Roffman, R.A. (1993). Predictors of marijuana treatment outcomes: The role of self-efficacy. *Journal of Substance Abuse*, 5: 341–353.

Warden, J. (1998a). UK experts will speed up work on cannabis. *British Medical Journal*, 316(1333).

Warden, J. (1998b). Some encouragement given for research into cannabis. *British Medical Journal*, 317(302).

Warden, J. (1998c). UK government backs research on cannabis. *British Medical Journal*, 316(1477).

World Health Organization (1997). *Cannabis: A Health Perspective and Research Agenda*. Geneva: WHO.

Zatzick, D. F., Johnson, F. A., (1997). Alternative psychotherapeutic practice among middle class Americans: Conceptual and practical comparisons. *Journal of Cultural Medical Psychiatry*, 21(2): 213–246.

Zweben, J.E., O'Connell, K. (1988). Strategies for breaking marijuana dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20: 121–127.

Marnie Engelder, Ernie Lang, Rob Lacy, Richard Cash

Efektivní regulace užívání marihuany

Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí

© Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2002

ISBN původního vydání v angličtině 1 74001 078 7

© Vydal Úřad vlády České republiky, 2010

1. vydání v jazyce českém

Redakčně uzavřeno 5. 11. 2010

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-041-4

EFEKTIVNÍ REGULACE UŽÍVÁNÍ MARIHUANY JAK PRACOVAT S LIDMI, ABY OMEZILI NEBO PŘESTALI UŽÍVAT KONOPÍ

■ Česká republika patří mezi evropské země s vyšší prevalencí užívání konopných drog, a to zejména mezi mladými lidmi. Tuto nepříznivou situaci by mohl zlepšit soubor komplexních opatření, jejichž součástí je také efektivní poradenská a terapeutická práce s uživateli konopných látek. Tato publikace představuje metodiku pro provádění integrované krátké intervence a skupinového programu pro léčbu klientů, kteří intenzivně užívají konopné drogy, popřípadě jsou na nich závislí. Uvedené postupy založené na moderních, empiricky ověřených poznatcích vycházejících ze zahraniční poradenské praxe, jsou velmi srozumitelným, podrobným a erudovaným způsobem popsány. Materiál také poskytuje přehled poznatků o užívání konopí a jeho dopadech na zdraví.

Publikace je určena lékařům, terapeutům a dalším pracovníkům v pomáhajících profesích, kteří se ve své praxi setkávají s uživateli konopných drog. Jejím účelem je zaplnit mezeru v odborné literatuře, která je věnována léčbě drogových závislostí – jedná se totiž o první léčebnou metodiku určenou pro práci s uživateli konopných drog.

■ Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace a informace o dalších připravovaných publikacích najdete na webových stránkách www.drogy-info.cz v sekci Publikace. Distribuci zajišťuje vydavatel.



Neprodejné