

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Léčba závislostí v kontextu psychiatrické léčebny

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Juraj Tkáč

Vypracoval:

Karel Fejtl

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Léčba závislostí v kontextu psychiatrické léčebny“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je součástí práce.

Elektronická i tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 20. 4. 2011

.....

Karel Fejtl

Poděkování

Děkuji panu MUDr. Juraji Tkáčovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěl poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Karel Fejtl

Obsah

Úvod	3
1. Vymezení základních pojmů	5
1. 1 Patologické závislosti..	5
1. 2 Závislost a zneužívání alkoholu.....	9
1. 3 Závislost a zneužívání psychotropních látek.....	12
1. 4 Problematika gamblerství.....	19
2. Psychiatrická léčebna a možnosti léčby závislostí	22
2. 1 Obecné přístupy k léčbě	22
2. 2 Možné způsoby léčby	23
2. 3 Specifika ústavní léčby	23
2. 4 Přijetí k léčbě	23
2. 5 Charakteristika léčby	27
2. 6 Jednotlivé kroky v léčbě	34
2. 7 Problematika motivace	36
2. 8 Sociální pedagog a PL	38
2. 9 Dílčí závěr	39
3. Kazuistiky	40
3. 1 Kazuistika 1	40
3. 2 Kazuistika 2	42
3. 3 Dílčí závěr	44

Závěr	45
Resumé	46
Anotace	47
Seznam použité literatury	48
Seznam symbolů a zkratek	52

Úvod

Závislostní chování se v naší společnosti stává značným problémem. Kromě klasických závislostí na alkoholu, tabáku či drogách se stále častěji setkáváme s jejich intenzivním šířením do oblasti výherních automatů, sexuálního chování, internetu, televize. Zrychlené tempo dnešní doby si vybírá stále větší daň z našeho duševního zdraví a možných nástrah a úskalí přibývá. Při své práci zdravotníka se mimo jiné setkávám i s těmi nejtvrďšími dopady těchto patologických jevů na lidskou duši i tělo. Jejich rozvoj a dopad jejich následků je někdy pozvolný, jindy udeří mimořádně rychle a během krátké doby zcela obrátí život naruby. Náprava do původního stavu bývá velmi problematická, v některých případech téměř nemožná. Jakkoliv závislosti provází člověka již odnepaměti, prudký společenský a technologický rozvoj kromě nesporného přínosu v podobě vyšší kvality života přináší i nová nebezpečí pro tělo i duši. Ne každý zvládá vysoké nároky současné civilizace a možností spadnout do pastí závislosti je čím dál tím více. Je jedině dobře, že existuje funkční síť zařízení a organizací, které mají i v těchto, často mezních životních situacích, co nabídnout, ať už se jedná o předcházení dalším problémům, tak nápravě stávající situace. Do této široké sféry patří i psychiatrické léčebny, které mají nezastupitelnou úlohu právě při léčbě závislostí zmíněných v úvodu.

Rozhodl jsem se proto svou bakalářskou práci věnovat této ožehavé otázce léčby závislostí v kontextu psychiatrické léčebny. Zde léčené závislosti jsou bezesporu jedny ze společensky nejpalčivějších, ať už se jedná o alkohol, drogy či gambling. Cílem je uvedení do okruhu problémů závislostí a možnostmi psychiatrické léčebny při jejich léčení. Jedná se o rozsáhlou problematiku, pracující s řadou obecných, ale i specifických odborných termínů a pojmů. Proto je celá první část práce věnována seznámení se s jejich alespoň nezbytným minimem, nutným pro základní orientaci. Dále je pak podrobněji rozebrána závislost na alkoholu, s jejími důsledky na psychiku i tělo.

Další část práce je věnována seznámení se s ostatními běžně zneužívanými látkami, jako jsou opiáty, stimulancia, halucinogeny a konopné drogy. Samostatná kapitola je věnována závislosti na benzodiazepinech, se kterou se v psychiatrické praxi velice často setkáváme. Po seznámení se s výše zmiňovanými drogami je dále krátce pojednáno o

patologickém hráčství, fenoménu, který si rozhodně zaslouží pozornost nejen odborné, ale i laické veřejnosti.

Po nezbytném uvedení do problematiky závislostí, se pro naplnění cíle se práce následně věnuje samotné psychiatrické léčebně a jejím možnostem při léčbě závislostí. Úvod této části seznamuje s obecnými přístupy v léčbě závislostí, poté jsou stručně zmíněny i jiné než ústavní způsoby léčby. V dalších kapitole jsou pak zmíněna specifika psychiatrické léčebny. Zvláštní pozornost je věnována vstupu do psychiatrické léčebny, zejména pak vstupu nedobrovolnému, který bývá v některých případech se závislostí spojen. Poté je pojednáno o vlastním charakteru léčby, jednotlivých léčebných programech, konkrétních metodách terapie a jsou nastíněny jednotlivé kroky při samotné léčbě. Samostatná kapitola je pak věnována práci s motivací při léčbě závislostí. Je též zmíněno zatím nedostačující zapojení sociálních pedagogů v rámci léčby v psychiatrických zařízeních.

Práci pak uzavírají dvě kazuistiky léčených, přinášející praktickou ukázkou léčby závislostí. Ke zpracování bakalářské práce bylo užito metody obsahové analýzy studované literatury a dokumentace o klientech léčených pro závislost, mnohé konzultace s odborníky zabývajícími se touto vysoce specifickou problematikou a v neposlední řadě četné nestandardizované rozhovory s léčenými.

1. Vymezení základních pojmů

Pro začátek je vhodné ujasnit si základní pojmy, se kterými budeme pracovat. Jedním z nejdůležitějších je samotný pojem závislosti. Způsobů jejího vymezení je několik.

1.1 Patologické závislosti

Závislost je „negativní sociální fenomén vypovídající o ovládnutí člověka prostřednictvím různých chemikálií přírodních i syntetických, případně předmětů či situací a předmětů v nich.“ (Pokorný a kol. 2000)

Závislost můžeme také definovat jako „stav, ve kterém se člověk není schopen obejít bez určité látky, činnosti, osoby, skupiny atd. a je ochoten podřídit většinu jiných hodnot pouze získat ji. Závislý člověk již není schopen své chování kontrolovat a ovládat běžným způsobem“ (Höschl, 2002).

Předchozí vymezení zahrnuje tzv. **drogové závislosti**. MKN-10 stanovuje tyto nosologické jednotky závislosti - Závislost na alkoholu, závislost na opioidech (např. heroinu), závislost na kanabinoidech (marihuana), závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích), závislost na kokainu, závislost na jiných stimulantech, včetně kofeinu a pervitinu, závislost na halucinogenech, závislost na tabáku, závislost na organických rozpouštědlech, závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách. (MKN-10)

Samotný pojem **droga** můžeme definovat například jako „každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění – působí na psychiku.
2. může vyvolávat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. (Presl, 1994)

Závislost nemusí být podmíněna nutně látkou. Pod **nedrogovou závislost** patří závislost na informačních technologiích, jako je například internet, hraní online her, televize, mobilní telefon, nově i sociální sítě. Dále závislost na výherních automatech

(gambling), sázkařství, patologické nakupování, a též poruchy pudu příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie), závislost na nejrůznějších sektách workoholismus, závislost na sexu a podobně. Nedrogové závislosti sice primárně nepoškozují tělo člověka v důsledku intoxikace či způsobu aplikace drogy, nenesou riziko šíření infekčních chorob, ale často mají fatální dopady na psychiku, sociální vztahy, ekonomickou situaci či trestnou činnost závislého.

Důležitým pojmem je také tzv. **craving** neboli **bažení**. Dle MKN -10 je bažení popisováno jako silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky. „Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti jakou jsou zhoršené sebeovládání nebo to, že někdo v naruživém chování pokračuje navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známé. Bažení je v podstatě také součástí definice patologického hráčství podle mezinárodní klasifikace nemocí. Lékařský a psychologický výzkum prokázal souvislost mezi bažením a nekontrolovaným pitím a mezi silným bažením a recidivami závislosti na kokainu. Bažení je možno překonat, ale lze říci, že komplikuje léčbu prakticky všech návykových nemocí.“ (Nešpor, 1999).

1. 1. 1 Patologické hráčství

Definice podle MKN-10 - „Porucha spočívající v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků.“ (MKN-10)

Patologické hráčství se začíná stávat významným společenským problémem a bude v této práci později rozebráno podrobněji.

Dalším zajímavým pojmem v oblasti závislostí a návykových poruch jsou tzv.

1. 1. 2 Přechody mezi návykovými problémy.

Při nedostupnosti návykové látky, na které je pacient závislý, dochází často k jejímu nahrazení jinou, dostupnější i tehdy, jestliže se jedná o látku jiné skupiny (např. záměna heroinu za metylamfetamin čili pervitin nebo alkohol). Způsob, jakým je tato náhradní droga užívána, pak většinou naplňuje diagnostická kritéria závislosti (např. se objevuje bažení, zhoršená sebekontrola atd.) V této souvislosti je třeba zmínit pojem tzv. průchozí drogy. Označuje se tak látka nebo látky, které tvoří předstupeň užívání dalších,

ještě nebezpečnějších substancí. Průchozími látkami jsou v našich podmínkách nejčastěji alkohol, tabák a marihuana. Působení průchozích drog si lze představit tak, že zvyšují míru rizikových faktorů ve vztahu k dalším látkám, což se u některých dospívajících neprojeví, kdežto u jiných ano a podstatně. Závislost na různých návykových látkách může mít charakter nejen následný, ale i souběžný (například častá je souběžná závislost na opioidech a benzodiazepinech). Riziko vzniku závislosti (u nás nejčastěji na alkoholu a pervitinu) je také vyšší u osob trpící patologickým hráčstvím. (Höschl, 2002).

1. 1. 3 Škodlivé užívání (abuzus)

„Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být somatické např. poškození jater nebo duševní, např. depresivní poruchy.“ (Nešpor, Czémy, 1996) O škodlivém užívání hovoříme, pokud je následkem aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele. Často je škodlivé užívání kritizováno okolím a vyvolává nepříznivé sociální důsledky. (Höschl, 2002)

1. 1. 4 Odvykací stav a odvykací stav s deliriem (abstinenční syndrom)

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, k nimž dochází při úplném nebo relativním vysazení látky poté, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem. (Höschl, 2002)

1. 1. 5 Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je přechodný stav po požití alkoholu či jiné látky, který vede k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. O akutní intoxikaci hovoříme, pokud se vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů vyvolaných požíváním drogy. (Höschl, 2002)

1. 1. 6 Psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami

Typicky se zde objevují halucinace, pocity pronásledování a bludy. Začátek zmíněných psychotických příznaků se musí vyskytnout v průběhu užívání nebo do 2 týdnů po užívání látky a psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin. Psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami by měla při abstinenci odeznít nejpozději do 6 měsíců, většinou však odeznívá podstatně rychleji. Není snad třeba zdůrazňovat, že takový stav vyžaduje naléhavou lékařskou péči. (Nešpor, 2007) Psychotická porucha zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárlivost, alkoholickou paranoiu a tzv. toxické psychózy po metylamfetaminu, kokainu, konopí nebo halucinogenech. (Höschl, 2002)

1. 1. 7 Detoxikace – kompletní zbavení organismu toxické látky po intoxikaci. (Heller, 1996)

1. 1. 8 Detoxifikace – léčba odvykacího stavu, která může probíhat bez nebo s použitím farmak, trvá v průměru 1-3 týdny (Heller, 1996)

1. 2 Závislost a zneužívání alkoholu

V naší společnosti bezpochyby nejčastější, ale bezpochyby nejvíce tolerovanou, je závislost na alkoholu. Tato tolerance vychází z dlouholeté kulturní tradice. Obchodní jednání, setkání s přáteli, významné rodinné události a podobné společenské akce často končí přípitkem. Alkohol nás tímto způsobem provází od dětství až do smrti. Vzhledem k dominanci mezi ostatními látkami a počtu léčených osob, si tato problematika si zaslouží podrobnější náhled, a ačkoliv se jedná o drogu jako každou jinou, bude o ní pojednáno samostatně.

1. 2. 1 Charakteristika alkoholu a jeho působení na organismus

„Alkohol - etanol - C_2H_5OH - je jednoduchá a malá molekula, která vzniká kvašením cukrů. Podle současných poznatků patří mezi psychotropní látky. Vře při $77^\circ C$ a tuhne při $-117^\circ C$. Má řadu pozoruhodných vlastností, mimo jiné, že kvasinky, které umožnily jeho vznik, nechá žít asi jen do koncentrace 14% alkoholu. Vyšší koncentrací kvasinky hubí.“ (http://www.paveldanko.com/alkohol/index.htm#co_je_to_alkohol).

Za zmínku stojí, že vyšší koncentrace alkoholu v nápoji nelze kvašením dosáhnout, toto je možné pouze tzv. destilací, což je chemická metoda oddělování kapalných látek na základě různého složení kapalně a plynné fáze

Lidé objevili blahodárné účinky kvašených nápojů již před mnoha tisíci lety a o tom, jak k tomu došlo, si můžeme udělat představu podle některých dodnes používaných praktik. K používání alkoholu docházelo s největší pravděpodobností ještě dříve, než se lidé živící se sběrem plodin a lovem usadili a začali věnovat zemědělství. (Sournia, 1999) První zmínky o omamných nápojích lze vysledovat již v eposu o Gilgamešovi, který pochází z 3. – 4. tisíciletí př. n. l. Starověké národy Středního a Blízkého Východu vyráběly kvašené nápoje z různých surovin obsahujících cukr. Objev samotného alkoholu, lehké, prchavé a velmi hořlavé látky, je připisován Arnaudovi de Villeneuve, který žil ve 13. století. (Sournia, 1999) V arabských zemích je však znalost čistého alkoholu údajně ještě starší, již kolem desátého století byl znám proces destilace. Odtud také pochází název al kuhol – což je arabský výraz pro něco nejlepšího a od té doby máme k dispozici silnější vína a tvrdý alkohol. (<http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>)

Účinky alkoholu na lidský organismus - ke vstřebání alkoholu dochází žaludeční sliznicí cca. 15-90 minut po požití. Pomaleji se do tkání rozpouští po jídle, protože strava se chová jako savý papír. Když se alkohol rozpustí do krve, uvolňuje se částečně do vzduchu v plicích, což je základ alkoholového testu. Dávky alkoholu, při kterých není překročena koncentrace 0,6 - 0,8‰ alkoholu v krvi, vyvolávají v psychice většiny lidí příjemné účinky. Množství alkoholu nad 0,8‰ zpravidla způsobují pravý opak, tj. účinky negativní. Už při dávkách 0,3 – 0,5 promile mohou být pozorovány tyto příznaky: poruchy pohybové koordinace, mírné problémy s udržením rovnováhy. Velmi častá je i euforie a snížená soudnost. Při hladině alkoholu 0,5 – 0,7 promile je u některých lidí patrné zvýšení vzrušení, dále snížení sebekontroly a schopnosti hodnotit situaci. Další zvyšování hladiny alkoholu přináší též tachykardii, ataxii, poruchy percepce. Od 3 promile může docházet kromě inkontinence i k bezvědomí a přímému ohrožení života. 4,5 promile je už hranice smrtelné otravy alkoholem, pravidelný piják má obvykle tento limit zvýšen. (<http://www.paveldanko.com/alkohol>)

Při nadužívání alkoholu dochází ireverzibilním změnám organismu. Somatická poškození způsobená nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí lidského těla. Velmi často se objevují chronické potíže a známky poškození trávicího traktu, zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy, karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tlustého střeva, dále i poruchy sekrece inzulínu a následný vznik diabetu. Při chronickém abusu dochází k funkčnímu a následně i orgánovému poškození oběhového systému. Časté jsou avitaminózy, zejména vitamínu B1, vedoucí k až neurologickému syndromu – obrny svalů, stavů zmatenosti a podobně. Obvyklá je i komorbidita, tedy souběh více nemocí, nejčastěji anxiousně – depresivní stavy přetrvávající i po odeznění somatického odvykacího stavu. Velmi často je závislost na alkoholu kombinována jinou duševní poruchou, typicky depresí – tento souběh je nazýván duální diagnóza. Tento souběh je častý zejména u žen alkoholiček (40-60%, muži 20-40%). (Kalina, 2003) Je velmi důležité zmínit též odlišnost působení alkoholu na nedospělého jedince. Zde jsou následky často fatální. Působení na děti a mladistvé je mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Jejich játra nejsou schopna ho odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Již velmi malé množství alkoholu může vyvolat u dětí nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladých lidí vytváří velmi rychle. (Nešpor, 2001)

1. 2. 2 Sociální důsledky zneužívání alkoholu

Alkoholismus je možno chápat jako sociálně patologický jev, s neblahým vlivem jak na jedince, tak i na jeho nejbližší okolí, jeho rodinu a celou společnost. Problémy dopadající na rodinu způsobují fatální narušení vztahů v rodině. Ztráta zaměstnání sebou nese finanční problémy, posléze i problémy existenční. Násilné jednání i kriminalita, jsou v důsledku konzumace alkoholu častým jevem. Je pochopitelnou snahou společnosti eliminovat tyto problémy a proto vyčleňuje nemalé prostředky jak na prevenci, tak i na následné řešení důsledků zneužívání alkoholu. Je dobré znovu připomenout, že se jedná o drogu podobného charakteru jako ostatní, o kterých bude řeč dále. Pouze dlouhodobá kulturně společenská tradice ji v podvědomí veřejnosti částečně oddělila od ostatních psychotropních látek.

1. 3 Závislost a zneužívání psychotropních látek

Kromě alkoholu se ani naši společnosti nevyhýbá zneužívání i jiných psychotropních látek. Ve způsobu zneužívání a jeho následcích nacházíme mnohé odlišnosti, ale i společné body s již výše rozebíranou alkoholovou závislostí. Výčet látek v následujících kapitolách není rozhodně vyčerpávající, je sestaven s přihlédnutím tématu práce, tj. léčbě závislostí v psychiatrické léčebně, tedy připomíná látky (potažmo závislosti na nich), se kterými nejčastěji se v těchto zařízeních nejčastěji setkáváme. Zneužívání psychotropních látek má v dějinách lidstva bohatou tradici, zajímavým poznatkem při studiu historie může být zcela určitě fakt, že z většiny látek přírodního původu s omezeným vstřebáváním a nedestruktivními účinky na lidský organismus se moderní člověk – vědec racionalista vždy snažil vyrábět koncentráty, kterých užívání vede téměř vždy k neblahým důsledkům. (Hobhouse, 2004)

1. 3. 1 Rozdělení psychotropních látek

Je mnoho systémů rozdělení drog. Nejčastěji užívanějším způsobem je dělení na drogy tzv. **legální** a **nelegální**. Legální drogy – jsou to psychotropní látky společností tolerované. „V jejich legalizaci sehrál významnou úlohu kulturní a společenský úzus, historický vývoj, během něhož se tyto drogy staly tolerovanou součástí našeho životního stylu, naší tradice.“ (Nožina, 1997). Tímto je míněn zejména o alkohol, tabák, ale také káva i čaj. Nelegálními jsou označovány látky podobných či stejných účinků, jsou však naší společností zákonem zakázány, respektive jejich výroba a následná distribuce. Příkladem může být marihuana, pervitin, extáze, kokain a podobně.

Dalším způsobem dělení může být rozdělení na tzv. **tvrdé** a **měkké**. Jedním z hlavních rizik užívání drog je ztráta kontroly nad jejich konzumací a s tím související postupný vznik závislosti. Právě míra rizika vzniku závislosti je považována za jedno z dalších kritérií dělení drog na tzv. **měkké** (drogy s akceptovatelným rizikem) a **tvrdé** (drogy s neakceptovatelným rizikem). Mezi drogy lehké se řadí například tabákové výrobky všeho druhu, káva, produkty konopí (marihuana, hašiš) a alkohol. Ty druhy omamných látek, u kterých je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké, jsou řazeny mezi drogy tvrdé. Do této skupiny patří např. heroin, kokain a pervitin. (Presl, 1994). Je nutné poznamenat, že toto dělení je silně závislé na dané kultuře a společnosti.

Přesnějším dělením je dělení **podle stupně působení a chemického složení** –

- na látky tlumivé (opiáty)
- stimulující CNS (stimulancia)
- konopí a jeho produkty
- halucinogeny

1. 3. 2. 1 Opiáty

Tato skupina drog je takto nazývána proto, že se jedná o alkaloidy získávané z tzv. surového opia. Opium a využívání jeho psychotropních účinků je známo již po tisíciletí. Opium obsahuje celou řadu alkaloidů, mezi základní patří morfin a kodein. Oba byly postupně ze surového opia chemickou cestou izolovány a z obou byly později připraveny ještě silnější deriváty – z kodeinu dikodid a z morfinu diacetylmorfin neboli heroin. (Presl, 1994)

Klasickým projevem průběhu závislosti na opiátech je rychlý vzrůst tolerance. Organismus si na drogu rychle navyká a dosažení žádaného účinku je třeba stále vyšších dávek. Opiáty jsou drogy, u nichž prakticky neznáme toxickou psychózu, provázející závislost na stimulačních drogách. Nápadná je jejich chemická struktura obdobná hormonům CNS odpovídající za naše fyziologické prožívání pocitů štěstí – proto také nazývány endorfíny. Je nutno si uvědomit, že vzestup tolerance je skutečně markantní. Z původních dávek v desítkách miligramů dochází poměrně rychle ke zvyšování na stovky miligramů. Nejsou pak výjimkou situace, kdy se denní dávky pohybují v gramových množstvích. V literatuře jsou popsány i kuriózní případy denních dávek kolem 12 až 14 gramů opiátu. Po několika letech braní braunu jsou denní dávky kolem 2 gramů zcela běžné. (Presl, 1994)

Další významnou skupinu psychotropních látek tvoří skupina stimulačních drog.

1. 3. 2. 2 Stimulancia

Jde o látky ovlivňující CNS tak, že ji značně aktivují, povzbuzují nervovou činnost. Patří sem zejména amfetaminy, kokain, kofein, nikotin a některé syntetické látky snižující chuť k jídlu. Některé drogy mají stimulační účinky, které nepatří mezi jejich primární účinky, ale které se mohou projevit při užívání vysokých dávek nebo při chronickém užívání. Do této skupiny např. patří antidepresiva a anticholinergika.

Stimulancia mají řadu nežádoucích fyziologických účinků. Působí změnu srdečního frekvence, rozšíření cév, zvýšení krevního tlaku, pocení, třes, nevolnost a často i zvracení. Také zvyšují neklid a deformují vědomí. Chronické užívání způsobuje změny

chování a akcentaci některých povahových vlastností, zejména impulzivity, agresivity, podezřívavosti či popudlivosti. Při zneužívání se může dostavit také paranoidní syndrom – toxická psychóza. Odnětí stimulancia po dlouhém nebo silném užívání může způsobit odvykací příznaky – depresivní stavy, poruchy spánku, únavu, vyčerpanost.

(http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/stimulancia)

Jako nejčastěji zneužívanou látku patřící mezi ilegální stimulancia můžeme označit drogu specifickou pro české prostředí – metamfetamin, známější i mezi laickou veřejností jako pervitin. Vzhledem k tématu práce si tento stejně jako již výše zmíněný alkohol zaslouží podrobnější náhled.

1. 3. 2. 2. 1 Pervitin

Pervitin je bílý mikrokrytalický prášek bez zápachu, hořké chuti. Zbarvení méně kvalitních komerčních forem může být daleko pestřejší, podle obsahu nečistot může mít žlutou, červenou, fialovou až hnědou barvu. Kvalitu konečného produktu určuje jak výchozí látka, tak i způsob výroby. Na černém trhu se podle výchozí látky rozlišuje pervitin solutanový, modafenový a efedrinový. Nejvyšší bývá pervitin efedrinový, k jehož výrobě je použit čistý efedrin. (http://www.chemweb.estranky.cz/clanky/ksicht--serial/stimulanty_-pervitin)

Pervitin bývá často uváděn klasická česká droga, aplikuje se perorálně, šňupáním či nitrožilně, což je v ČR bohužel nejčastější způsob. Výrazně ovlivňuje motoriku, psychické funkce, vede k euforii, snižuje únavu a zvyšuje výkonnost celého organismu. Značně též zvyšuje tep i krevní tlak. Urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality, vytváří pocit sebejistoty. Při chronické intoxikaci či užití velmi vysoké dávky se rychle rozvíjí toxická psychóza. Odvykací syndrom pouze psychický. Závislý má ve většině případů falešný pocit zvládnání drogy. Možnost substituční léčby prakticky neexistuje. (Kalina a kol., 2003)

Pervitin dnes představuje příčinu více než poloviny z počtu všech léčení závislosti na nealkoholových drogách v ČR a předávkování pervitinem se nemalou měrou (cca 35%) podílejí na celkové drogové úmrtnosti. (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/illegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin)

V praxi psychiatrické léčebny je nebezpečnost pervitinu velmi zřejmá. Jak ještě bude zmíněno dále, bývá – li u **predisponovaných** osob možným spouštěčem psychózy či přímo schizofrenního onemocnění marihuana, případě pervitinu je toto téměř jistotou. Dlouholetí kuřáci marihuany se experimentováním s pervitinem dostávají na šikmou plochu a následky na sebe nenechávají dlouho čekat.

1. 3. 2. 2. 2 Kokain

Zázračná rostlina koka pozornost Evropanů až v roce 1531. Když Španělé dobývali říši Inků, povšimli si, jak domorodci dobře snášejí velké tělesné vypětí a hladovění díky žvýkání listů koky. Teprve v 19. století byly zprávy o kokových listech a jejich účincích konkrétnější. V roce 1860 byl objeven účinný alkaloid – kokain. První zprávy o kokainismu se začínají objevovat zanedlouho poté. Nebezpečné bylo i to, že kokain se začal používat při odvykací kúře u morfinistů. Jedna závislost se nahrazovala druhou, ve skutečnosti stejně závažnou. Zneužívání kokainu se začalo velmi rychle šířit od počátku 20. století. V současnosti se obchod s kokainem dostal na prvé místo a předčil obchod s opiem a heroinem. (Janík, Dušek, 1990)

Účinky kokainu závisí na způsobu užití. Při šňupání nastupuje účinek po 2 - 3 minutách a trvá zhruba 30 - 120 minut. Při injekčním užívání nebo kouření nastupuje účinek během několika sekund a trvá cca 15 - 60 minut. Předávkování může vést ke smrti nejčastěji následkem srdečního selhání (zástava srdce, infarkt myokardu) nebo

mozkové příhody. Při dlouhodobé konzumaci šňupáním dochází k poškození sliznice v nose a nosní přepážky. Dále z dlouhodobého hlediska kokain může vést k poškození jater, srdce, ledvin, plic, pokožky, cév, zubů, možná je i impotence. Mohou objevit stavy deprese, strachu, úzkosti až paranoia, mění se osobnost jedince, někdy se může rozvinout i toxická psychóza. Na kokain vzniká silná psychická závislost, z pohledu závislosti je kokain celosvětově druhou nejrozšířenější problémovou drogou hned po heroinu. Rozvoj závislosti je plíživý a o to nebezpečnější. Velmi častá je kombinace závislosti na kokainu a alkoholu současně. (<http://www.saferparty.cz/kokain-crack>)

1. 3. 2. 3 Konopí a jeho produkty - marihuana, hašiš

Konopí seté, Cannabis sativa je jednoletá, dvoudomá bylina. Existují její různé formy lišící se obsahem pryskyřice a množstvím účinné látky - THC (tetrahydrocannabinol). Jde o rostlinu pocházející původně z Indie. Jedná se o nejstarší rostlinu, která byla pěstována pro svoje psychotropní účinky. Marihuana i hašiš obsahují stejnou účinnou látku, jde v zásadě jen o rozdílnou formu úpravy výsledného produktu. Jako hašiš se označuje zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí, zatímco sušené a jinak upravené listy a květenství stejné rostliny jsou označovány jako marihuana, (bang, ganja, kif atd. u nás marjánka, tráva). (Presl, 1994). Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit sucho v ústech subjektivní pocit nenasycení. Častá je deformace vnímání času. Intoxikace také zvyšuje citlivost uživatele vůči vnějším stimulům, při vyšších dávkách dochází i k narušení motorických funkcí někdy i k bludným představám či halucinacím. Nejčastější je však stav lehké euforie a uvolnění. (Kalina, 2008) Zajímavostí je určitě prakticky neexistující somatická závislost na těchto drogách, odvykací stav je patrný pouze ve výjimečných případech. (Kalina, 2003)

U **predisponovaných** osob však může být marihuana zafungovat jako spouštěč psychotického onemocnění. U schizofreniků je pak toto riziko nesmírné, zde marihuana bývá důvodem relapsu – návratu akutní fáze onemocnění.

Starší literatura zabírající se mimo jiné kanabinoidy (např. Janík, Dušek, 1990), uvádí tento druh závislosti jako v ČR poměrně zřídka, v současné době se však v tomto případě jedná o masivně rozšířenou závislost.

1. 3. 2. 4 Halucinogeny

Do této skupiny drog patří několik stovek látek. Je možno je rozdělit do tří základních skupin: přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.), dále přírodní halucinogenní drogy živočišného původu, poloumělé a umělé halucinogenní drogy, například LSD. Halucinogeny vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření, přes prchavé iluze, synestezii, těžkou deformaci času až po těžké halucinace. Přírodní látky této skupiny mají velmi dlouhou tradici sakrálního užívání. (Kalina, 2008)

Psilocybin je psychicky aktivní látkou obsaženou v houbách rodu lysohlávek. V ČR má jejich sběr a užívání bohatou tradici. Relativní dostupnost přitahuje začínající drogové experimentátory. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požití látky, její čistotě a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nastupují pocity mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, někdy pocity závratě či nevolnosti. V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena pocity mírné euforie, dobrou náladou, někdy přecházející až v nabuzený extatický stav. Někdy ale také dochází k objevení nepohody, úzkosti, občas též k depresi.

Další skupinou závislostí, která zaslouží zmínku, jsou závislosti tzv. lékové. Jedná se o značně rozsáhlou a svým způsobem podceňovanou problematiku.

1. 3. 3 Léková závislost

V psychiatrické praxi se běžně setkáváme i se závislostí na lécích. Jsou to nejčastěji analgetika, sedativa, hypnotika a anxiolytika. Rozsah práce nám nedovolí zaobírat se každou skupinou detailně, pro alespoň částečný náhled si přiblížme závislost na benzodiazepinových anxiolytikách - **benzodiazepinech** (BDZ), která se vyskytuje samostatně, nebo častěji v kombinaci s jinou drogou v PL velice často. Jedná se o nejpoužívanější farmaka v ČR, v jejich spotřebě jsme dokonce na prvním místě v EU. Jedná se o závislost dlouhodobě přehlíženou. Klienti se obvykle nerekrutují ze stejných sociálních skupin jako například abuséři opiátů či drog amfetaminového typu. Často je důvodem vzniku snaha potlačit úzkost či vnitřní tenzi. (Honzák a kol., 2005) Nebezpečnost tohoto typu závislosti spočívá zejména ve snadné dostupnosti BDZ, rychlému nástupu jejich účinků a poměrně krátké době potřebné k vytvoření fyzické i

psychické závislosti. Benzodiazepiny mají anxiolytický, sedativní, hypnotický, antiepileptický a protikřečový účinek. Jsou velmi často součástí domácích lékáren a používány bez zábran zejména k celkovému zklidnění, při poruchách spánku, při nervozitě a úzkostech. Jejich podávání se doporučuje pouze krátce, obvykle 2-6 týdnů, a pouze v dávkách dle potřeby. Mnoho pacientů však BDZ užívá mnohem déle, často celé roky. Závislost se posléze projeví při nedostatku. Odvykací stav je velmi nepříjemný, podobný jako u alkoholu, tj. třes, neklid, nespavost, pocení, slabost, křeče, typický je návrat symptomů, kvůli nimž byl benzodiazepin nasazen. U odvykacího stavu je též značným rizikem epileptický záchvat či delirium. BDZ mohou působit útlum dechového centra a srdeční činnosti, tento efekt je významně potencován jinými tlumivými látkami, například alkoholem. (Shapiro, 2005)

Závislou osobou je nejčastěji osoba středního věku, často depresivní, která původně začíná obvykle malou dávkou pro uklidnění, uvolnění napětí a třesu či snadnější usínání. Pro potřebný účinek je však třeba časem navýšit dávku a zde se vytváří prostor pro závislost. Tento postup bývá často nevhodně zvolený, namísto dodržování psychohygieny a odpovídající psychoterapie. Léčení závislosti je dlouhodobé, BDZ je nutno vysazovat velice pomalu.

1. 3. 4 Sociální důsledky zneužívání psychotropních látek

Zde je možno nalézt mnohé podobnosti se závislostí na alkoholu. Mezi nejčastější důsledky drogových závislostí patří problémy v rodině, problémy v zaměstnání a obvykle i následná a často dlouhodobá nezaměstnanost. Závislý postupně ztrácí schopnost zapojit se do jakékoliv smysluplné činnosti, vše se podřizuje jen a pouze droze samotné. Dochází ke kriminalizaci, protože výroba drog je trestná i pro vlastní spotřebu a distribuce je trestná vždy. Ztrácejí se poslední pevné vazby na nedrogový svět včetně nejbližších příbuzenských a partnerských vztahů a zvyšuje se vazba na výlučně toxikomanické prostředí. Závislý přejímá stereotypy a vzorce chování drogové subkultury. Zejména toto sociální vyloučení bývá velkou překážkou léčby, kde se pacient naučí od drogy abstinovat, ale pouze v chráněném prostředí. Po návratu z léčby a bez dostatečné následné péče opět dochází k recidivě. (Presl, 1994)

Po seznámení s nejnámějšími látkami působících závislost (jejich výčet rozhodně není úplný a vyčerpávající, byly voleny pouze ty nejvýznamnější z hlediska zaměření práce) je vhodné přejít k dalšímu významnému tématu a to k tzv. patologickému hráčství.

1. 4 Problematika gamblersství

Kromě klasických závislostí alkoholových a drogových se v praxi psychiatrické léčebny stále častěji setkáváme s patologickými hráči - gamblery. Patologické hráčství není klasickou závislostí a v rámci MKN-10 se řadí mezi „Návykové a impulzivní poruchy“. Patologické hráčství označit jako opakující se hráčské epizody, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Jasným diagnostickým vodítkem je především opakující se hráčství navzdory nepříznivým důsledkům ve výše uvedených oblastech (Nešpor, 2007).

Pro klasifikaci patologického hráčství je dle MKN-10 nutno splnit čtyři základní body:

1. Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
2. Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
3. Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
4. Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolnostmi, které tuto činnost doprovázejí. (MKN-10)

Patologické hráčství má i svá významná specifika. Značným rizikem je suicidální jednání a jeho prevenci je třeba věnovat pozornost. (Höschl, 2002).

1. 4. 1 Gambling - základní pojmy

Mezi základní pojmy v problematice gamblingu patří:

Hazardní chování - Způsob lidského chování, založené na uplatňování a preferenci rizikového rozhodování, se současným potlačováním zodpovědnosti. Motivem hazardního chování je možnost získání jednorázové odměny či výhody. Dále je zde přítomen emočně zesílený sklon k soutěživosti, potřeba uspokojení rizika, v extrémních případech (patologických) forma exhibicionismu.

Hazardní hra - „Peníze nebo jiné hmotné statky hrají u patologického hráčství významnou úlohu – spoluvytvářejí bludný kruh hry, rostoucích problémů, před kterými hráč uniká ke hře, dalších problémů, další hry atd. Pro hazardní hru je typické, že si hráč může koupit možnost výhry.“ (Nešpor, 2006)

Hazardní hráčství - „Jedná se o vyjádření nevladatelného životního stylu. Časté hraní pro vzrušení nebo jako pokus vyhrát peníze. Lidé z této kategorie budou svůj zvyk pravděpodobně držet na uzdě, když budou muset čelit těžkým ztrátám nebo jiným nepříznivým důsledkům.“ (Nešpor, 2007)

Patologické hráčství - „Patologické hráčství je charakterizováno jako časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení.“ (Nešpor, 2007)

Trestná činnost spojená s gamblerským – Je důsledkem neřešitelného rozporu mezi ztrátou dostupných finančních zdrojů na jedné straně a stále se zvyšujícími náklady na hru na straně druhé. Patří sem zpronevěra, krádeže, méně často násilná činnost. Výjimkou není ani zapojení gamblera do sítě překupníků drog, či organizovaných kriminálních skupin.

1. 4. 2 Sociální aspekty gamblingu

Rodina a blízcí gamblerů si často nepřipouští závažnost situace, stávající problémy i budoucí rizika bagatelizují nebo zastírají, například ze strachu z veřejné ostudy. Až několikeré selhání a častěji po úplném vyčerpání finančních rezerv či dokonce zadlužení je přinutí zaobírat se situací vážněji. (Kalina a kolektiv, 2003) Při porovnání s průběhem a následky alkoholových a drogových závislostí se u gamblingu jako zrádný faktor jeví relativně zanedbatelný vliv na fyzické zdraví jedince a setrvávání v běžných vztahových vzorcích. Gambling bývá také velmi často doplňkovým problémem pacientů s jinou diagnózou hospitalizovaných v PL, typicky u poruch přizpůsobení, depresí, demonstrativních sebevražd apod. Pro laika bývá velmi překvapivou i obvyklá výše zadlužení hospitalizovaných gamblerů, částky v řádech statisíců jsou běžnou normou, výjimkou nejsou ani několika milionové dluhy. Následky pro nejbližší rodinné příslušníky jsou pak pochopitelně často i fatální (ztráta vlastního bydlení, vymáhání dluhů specializovanými agenturami apod.)

Tuto kapitolu můžeme uzavřít konstatováním, že gambling se v posledních letech stává mimořádným problémem a zejména prevence se ve všech stupních jeví jako velmi nedostatečná.

2. Psychiatrická léčebna a možnosti léčby závislosti

2.1 Obecné přístupy k léčbě

Před vlastním seznámením se s možnostmi psychiatrické léčebny bude vhodné zmínit se, alespoň zhruba o nejčastěji užívaných obecných přístupech k léčbě závislosti. **Biomedicínský model** v této oblasti dominoval po dlouhá desetiletí. Jeho základním východiskem je pojmání závislosti jako chronické, obtížně léčitelné choroby. Tento redukcionistický model je v dnešní době částečně překrýván přístupem **bio – psycho - sociálním**. Zde se k prve zmíněnému přidává rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a interakcí. Přesto zůstává pevně ukotven jako systém v zásadě zdravotnický, pracující s odpovídajícími medicínskými pojmy. Jinak je postaven přístup **ochrany veřejného zdraví**, kde není primárně sledován zájem konkrétního klienta, ale populace jako celku, zejména pak před přenosem nakažlivých chorob s drogovou scénou spojených. Jako další můžeme uvést přístup **minimalizace poškození** (harm reduction), který si za cíl neklade abstinenci, ale spíše se snaží klienta udržet při životě při minimalizaci zdravotních poškození. Významným směrem je tzv. **sociálně - pedagogický model**, kdy se zdůrazňuje vliv vnějších činitelů, jakými jsou neuspokojivá výchova, nevhodné prostředí či nedostatek sociálních schopností. Sociálně – pedagogický přístup může být vhodným řešením pro široké spektrum závislých jak samostatně, tak i jako součást např. bio – psycho - sociálního přístupu. Tento fakt rozhodně stojí za povšimnutí, funkčnost přístupu jak samostatně tak i ve spojení s jinými je jeho nespornou výhodou. V části věnované samotným metodám léčby bude jeho význam ještě připomenut. Dalším pojetím může být přístup **morální a spirituální**, což je pojetí závislosti jako trvale neléčitelné, s pouhou možností trvalé abstinence za pomoci víry, často až s nádechem sektářství. Jako poslední významnější můžeme zmínit **model holistický**, s využitím možnosti alternativních terapií. (Kalina a kol., 2003)

2. 2 Možné způsoby léčby

V současné době je závislosti možno léčit několika způsoby. Jsou jimi: **Ambulantní léčba** - Ambulantní léčbou se rozumí spektrum odborných služeb, které není spojeno s lůžkovým oddělením, dále nejrůznější poradny a soukromé praxe. Příkladem mohou být psychiatrické ambulance, ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí, substituční centra atd. Výhodou tohoto způsobu je bezesporu to, že léčený jedinec souběžně pracuje, není mu vystavován průkaz práce neschopného. Není však vhodný pro pokročilejší stádia závislosti, kdy závislý nedokáže bez stálého dohledu abstinovat. V počátečních stádiích však má svůj nesporný význam.

Ústavní léčba - Jedná se o komplexní léčebný proces, na pacienta působí více léčebných faktorů současně. Její délka je obvykle 3 - 6 měsíců.

Denní stacionáře - Jde o kombinaci předchozích způsobů, léčený jedinec dochází do léčebny na několik hodin denně, ale bez omezení kontaktu s okolím, jak je běžné při ústavním léčení. Dalším příkladem jsou např. krizová centra – zařízení prvního kontaktu volně přístupné často bez objednacích lhůt.

2. 3 Specifika ústavní léčby – psychiatrická léčebna

Ústavní léčení je při léčení závislostí nejúčinnější metodou. Je to dáno zejména komplexním zapojením všech dostupných způsobů terapie. Je třeba si uvědomit, že ústavní psychiatrická léčba nebyla primárně zřízena pro léčení závislostí.

Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami., jak jsou vymezeny podle kritérií současné MKN – 10, platné v ČR od roku 1994 a rovněž výzkumem etiologie a terapie těchto duševních poruch a rehabilitace osob s těmito poruchami. Psychiatrie spolupracuje se zdravotnickými zařízeními mimo svoji oblast, např. ordinacemi primární péče, ordinacemi specialistů, klinických psychologů, zařízeními psychoterapeutickými, psychosomatickými, s centry pro léčbu bolesti, agenturami domácí péče, sdruženími pro chráněné bydlení a chráněné zaměstnávání. Problémy psychiatrie (diagnostika, léčení, posuzování) často úzce souvisí s celospolečenskými problémy doby (závislosti, sebevražednost, extrémní názory, stigmatizace, trestná činnost), které přesahují

kompetence i možnosti psychiatrie a zdravotnictví vůbec. Za ty musí nést odpovědnost a určovat řešení celospolečenské orgány za konzultativní pomoci psychiatrie. (Tkáč, 2008)

Z výše uvedeného je patrný široký záběr psychiatrické praxe a její provázanost s ostatními a to i nezdravotnickými institucemi a zařízeními. Pro laickou veřejnost je psychiatrická léčebna (PL) homogenním celkem, obestřeným jistým tajemstvím. Hojně šířené vtipy o duševně nemocných tuto pověst jen přiživují. Ve skutečnosti se obvykle jedná o zařízení poskytující akutní, následnou, specializovanou lůžkovou psychiatrickou péči v oborech psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčby návykových nemocí a sexuologie. Psychiatrická léčebna je většinou státním zdravotnickým zařízením, kde se uplatňuje klasický hierarchický model lékař primář – sekundář - vrchní sestra – sestra – ostatní zdravotní personál. Důležitým faktorem je zde zásadní odpovědnost lékaře jako vedoucího pracovníka. Nakolik tento fakt může být při některých přístupech k terapii částečně kolizním, je třeba jej bezvýhradně respektovat. Terapeutická komunita, o níž bude řeč dále, se zde používá v užším smyslu jako psychoterapeutická metoda, nikoliv v širším, jako systém organizační struktury. Toto je značný rozdíl oproti obvykle nestátním organizacím sociálních služeb.

2. 4 Přijetí k léčbě

Bylo by více než naivní se domnívat, že se pokaždé jedná o racionální rozhodnutí daného jedince. Tedy ne vždy nastupuje závislá osoba léčení **dobrovolně**, ze své vlastní vůle, byť je to pochopitelně pro obě zúčastněné strany mnohem lepší a tento dobrovolný vstup je naštěstí mnohem častější. V souvislosti s tématy probíranými v této práci se nabízí uvést typické příklady z praxe. Při zneužívání drog může dojít jak k akutní intoxikaci, tak i tzv. psychotické poruše, která svými projevy může často připomínat psychotické onemocnění. Obecně návyková nemoc (včetně odvykacích stavů) může napodobovat jakoukoliv jinou nemoc, včetně schizofrenie nebo deprese. (Höschl, 2002). Abusér se pod vlivem zneužívané látky začne chovat natolik mimo běžný rámec, že se dostává do výrazného konfliktu s okolím, často i se zákonem. Následně je za pomoci rodiny či častěji zásahem PČR dopraven do PL. (V souvislosti s PL jako tématem práce je možno dodat, že k podobným situacím dochází často i při relapsu psychotického

onemocnění) Podobně u odvykacího stavu, kdy náhlý úraz a následné léčení odstaví dotyčného od obvyklé dávky např. alkoholu, chování pod vlivem psychotické poruchy vede k akutnímu překladu do PL. Podobně **nedobrovolně** vstupuje do PL osoba se soudně nařízenou ústavní léčbou. Zde je ovšem vhodné zmínit problematiku **detenčního řízení**, tedy právní úpravě nedobrovolného zadržení ve zdravotnickém zařízení. V posledních letech se v západní Evropě počet nedobrovolně zadržených dokonce podstatně zvýšil. (Raboch, 2010) Jedná se o mimořádně citlivou etickou i společenskou otázku. Mezi laickou veřejností vládne bohužel v této oblasti hluboká neznalost.

2. 4. 1 Detenční řízení

Detenční řízení (detence – zadržení) je právně ošetřeno v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

„Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- d)jde-li o nosiče.“

http://portal.gov.cz/wps/portal/ s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/ s.155/701?PC_8411_number1=20/1966&PC_8411_p=23&PC_8411_l=20/1966&PC_8411_ps=10#10821)

„Řízení má za cíl ochránit práva osoby umístěné do zdravotnického zařízení bez svého souhlasu (právo na osobní svobodu). Předmětem řízení je přezkoumání existence zákonného důvodu pro přijetí do zdravotnického zařízení bez souhlasu pacienta (při delším pobytu i následně důvodnosti dalšího pobytu). Soud zahájí řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče. V praxi je pacient následně (nejpozději však do 7 dnů od svého přijetí do nemocnice)

navštíven pracovníky příslušného soudu. Pokud je dle ošetřujícího lékaře pacientův stav i nadále závažný a neumožňuje mu komunikovat s pracovníky soudu, ustanoví mu soud zástupce – opatrovníka - z řad advokátů (ustanovit pacientovi advokáta soudu přikazuje v takovém případě zákon). Stejně postupuje soud i v případě pacientů, kteří si při „rozhovoru“ s pracovníkem soudu zástupce nezvolili. Do 7 dnů od okamžiku, kdy se pacient dostal do ústavu zdravotnické péče bez svého souhlasu, musí soud vydat rozhodnutí, zdali shledal za splněný některý ze zákonných důvodů (uvedeny jsou výše v bodě 3). Rozhodnutí může být buď takové, že pacient byl převzat do ústavu zdravotnické péče z některého z důvodů uvedených výše v bodě 3 (většina rozhodnutí) nebo naopak takové, že zde zákonný důvod nebyl a pacient má být okamžitě z ústavu zdravotnické péče propuštěn. Rozhodnutí doručuje soud buď zástupci, kterého si pacient určil, nebo advokátu – opatrovníkovi. Ode dne doručení rozhodnutí jedné z těchto osob, běží 15 - ti denní lhůta pro podání odvolání. I v případě, že bylo rozhodnuto, že pacient byl převzat do ústavu zdravotnické péče v souladu se zákonem, neznamená to, že v tomto ústavu může být držen neomezeně dlouho. Pomine-li tento zákonný důvod (tj. zdravotní stav pacienta se zlepší nebo pacient změní svůj postoj k pobytu ve zdravotnickém zařízení), může jej zdravotnické zařízení kdykoli propustit“ (<http://ismlouvy.cz/vice/detence.html>). Z výše zmíněného je patrná značná osobní odpovědnost lékaře při rozhodování o nedobrovolném pobytu pacienta (často i na delší časové období) ve zdravotnickém zařízení.

Snad jen pro připomenutí, detenční řízení nemá co dočinění s tzv. detenčními ústavu, které jsou určeny pro osoby v dlouhodobé ústavní ochranné léčbě, nespolupracující při léčení anebo sabotují léčbu a jsou společensky nebezpečné.

Je třeba si uvědomit, že pacient ve stavu psychózy či podobného stavu, nevnímá okolí tak jako zdravý člověk a zdravotníky rozhodně nechápe jako někoho, kdo by mu pomáhal. Mimořádná brachiální agresivita není při přijetí na uzavřené oddělení PL výjimkou, spíše naopak. Akutní zaléčení pacienta např. antipsychotiky klade na ošetřující personál extrémní nároky. Neutěšená finanční situace ve zdravotnictví stavu věci rozhodně nepřispívá. Stálý nedostatek personálu je v tomto případě potenciálně

nebezpečný jak pro zdravotníky, tak pro samotné pacienty. Přeloženo do konkrétnější mluvy, pacifikace agresivního, HIV a HVC pozitivního narkomana pouze třemi zdravotníky, není jistě nijak záviděníhodná situace, nicméně realita je bohužel taková. Zda je tento stav věci ideální či nikoliv, není sice tématem této práce, ale rozhodně stojí za úvahu.

Doposud jsme se zabývali pouze nedobrovolným vstupem do PL. Dobrovolný vstup, který bývá mnohem častější, je pochopitelně z hlediska motivace vhodnější, úspěšnost v těchto případech bývá mnohem vyšší. V souvislosti s předchozí kapitolou je vhodné podotknout, že vhodným psychologickým působením na nedobrovolně umístěného závislého je možno jej s úspěchem motivovat k následné protialkoholní (PAL), protitoxikomanické léčbě, či léčbě patologického hráčství. Alkoholik si často závažnost své závislosti uvědomí až při pohledu na probíhající delirium tremens jiného pacienta.

2. 5 Charakteristika léčby

2. 5. 1 Léčebné programy

Léčba závislostí v PL probíhá obvykle ve třech programech –

Detoxifikace - Detoxifikace znamená léčení odvykacího syndromu neboli abstinčních příznaků spojených s přerušением užívání návykové látky. Hlavním cílem detoxifikace je stabilizace pacienta po stránce tělesné a psychické a příprava na nástup na ústavní odvykací léčbu nebo do terapeutické komunity. Pro detoxifikaci nealkoholových drog se obvykle užívá symptomatická léčba (léčba průvodních příznaků odvykacího stavu bez užití substituce), v případě odvykacího stavu na alkoholu je možno podávat benzodiazepiny. Už během detoxifikace je snaha pacienty zapojit do programu oddělení, pacienti se účastní psychoterapeutických skupin, mají možnost přímé podpory od terapeuta, jsou motivováni k následné léčbě. Během detoxifikace obvykle nemají pacienti možnost návštěv, jsou omezeni v návštěvách a komunikaci s okolím vůbec. Je nutno si uvědomit, že samotná detoxifikace rozhodně nepředstavuje konec závislosti

jako takové a je třeba ji chápat jen jako počátek léčebného procesu. Kromě fyzické závislosti existuje i závislost psychická, která bez léčby zpravidla vede k recidivě návykového chování.

Stabilizační pobyt – Navazuje na detoxifikaci. Je vhodný pro pacienty, kteří nemají zájem o nástup na střednědobou ústavní odvykací léčbu (viz dále) nebo je pro ně z časového hlediska příliš dlouhá, ať již z pracovních či rodinných důvodů, ale rádi by alespoň krátkodobý program absolvovali. Stabilizační pobyt není protialkoholní léčbou v pravém slova smyslu ani ji nenahrazuje, délka pobytu je zpravidla příliš krátká na to, aby mohlo být dosaženo trvalejších změn v chování závislého člověka. Proto, pokud má být cílem pobytu trvalá abstinence, doporučuje se absolvovat střednědobou léčbu. Cílem stabilizačního pobytu je především zprostředkování informací o závislosti a o možnostech léčby, vytváření náhledu na návykový problém, podpora motivace ke změně, přijetí zodpovědnosti za své chování. (interní materiály PLHB)

Střednědobá léčba - Navazuje na detoxifikaci. Léčba je komplexní, obsahuje části zaměřené na tělesný i duševní stav, řešení sociální situace, na vztahové problémy i na další oblasti. Minimální doba léčby je 3 měsíce. (interní materiály PLHB). Typicky formulovaným cílem středně a dlouhodobé ústavní léčby je trvalá abstinence. Má - li být tohoto stavu dosaženo, bývá vhodné nejprve strukturovat léčbu postupnými cíli. Mezi ně obvykle patří stabilizace sekundárních problémů, vybudování náhledu na závislost a její důsledky, stanovení reálných plánů do budoucna, řešení důsledků drogové či hráčské kariéry, přebudování motivace z původně vnějšího tlaku na vnitřní pozitivní puzení, přijetí abstinence norem a identifikaci možných rizik relapsu, přiměřené zlepšení sebehodnocení i prožívání. (bývá možnost prodloužení až na 6 měsíců). (Kalina a kol, 2003)

2. 5. 2 Metody léčení

Po seznámení s možnými léčebnými programy se zaměříme na samotné způsoby léčby.

2. 5. 2. 1 Režimová léčba

Co činí ústavní léčení specifickým a zároveň se velkou měrou podílí na úspěchu léčby, je zejména tzv. **režimová léčba**. Její podstata tkví v předem daných pravidlech, která musí léčený pacient bez výjimek dodržovat. Při jejich porušení je pacient obvykle propuštěn z léčení. Mezi základní pravidla patří přísný zákaz drog na oddělení, agresivity a psychického nátlaku a navazování výlučných, zejména sexuálních vztahů. Dodržování těchto a mnoha dalších pravidel je ošetřeno tzv. **bodovacím systémem**. Tento má několik cílů. Posiluje žádoucí chování (např. zodpovědnost v přístupu ke svým povinnostem). Posilování žádoucího chování se děje symbolicky kladnými body, ze kterých vyplývají praktické výhody. Opačně oslabování nežádoucího chování se děje symbolicky udělením záporných bodů. Při jejich nahromadění pak nastupují konkrétní sankce. Z hlediska sociální pedagogiky jsou zde patrná východiska pedagogické psychologie, konkrétně behavioristická teorie operantního podmiňování amerického psychologa B. F. Skinnera. (Vágnerová, 2007)

Pro upřesnění uveďme několik příkladů hodnocení chování kladnými i zápornými body. Nejedná se o striktně předepsaný způsob, každé zařízení si pravidla specifikuje podle vlastních vnitřních předpisů.

Kladné body je možno získat například za:

- napsání testu ze zdravotní přednášky
- úklid navíc
- účast na dobrovolném programu
- organizaci dobrovolného programu
- patientskou přednášku
- zaškolení nového pacienta

- výkon funkce na skupině a podobně

Záporné body pak hrozí například za:

- nežádoucí činnost, lhaní, podvod, drobná krádež

- neúčast na programu

- nedůsledné plnění aktivit

- nedůsledný úklid

- nedůslednou hygienu

- nevhodné chování k druhým a podobně

Při ztrátě předem určeného množství bodů je pacient sankcionován například ztrátou možnosti sledovat televizi po večerce, zastavením postupu v léčbě (viz dále), nemožnost dovolenky a podobně. Pro účelnost tohoto systému je nutná vyváženost a především konkrétnost kladného i záporného hodnocení, nejsou – li pravidla stanoveny dosti jasně, pak se motivace je dodržovat obvykle vytrácí.

Toto působení na závislého je umocněno jeho izolací na uzavřeném oddělení, stranou od rizikového prostředí i osob. Pro udržení tohoto příznivého vlivu je nezbytné striktní dodržení bezpečného bezdrogového prostředí. Toho je docíleno pravidelnými namátkovými kontrolami dechu na přítomnost alkoholu v dechu, odběry moči na přítomnost nealkoholových drog, kontrolou obsahu dopisu (nikoliv však textu) a zásilek a kontrolou osobních věcí léčených. Nakolik se tato režimová opatření zdají být přísná, pro někoho až nedůstojná, jejich dodržování je nezbytným předpokladem úspěšné léčby. Sami pacienti často zpočátku popisují popisovaná omezení jako návrat do školního zařízení. S postupující léčbou však obvykle získávají náhled na jejich potřebnost. Psychiatrická léčebna není pro pacienta přirozeným životním prostředím. Jeho dobrovolný nástup na oddělení pro něj znamená závazek ke spolupráci a angažování se při procesu léčby. (Skála, 1987)

2. 5. 2. 2 Skupinová a individuální psychoterapie

Spolu se specifickým režimem je v ústavní léčbě dalším významným faktorem tzv. **skupinová terapie** (skupina). Jedná se o propracovaný psychotherapeutický systém využívající tzv. skupinovou dynamiku, tj. vzájemnou interakci mezi jejími jednotlivými členy. Na skupině se pacient představuje, řeší své aktuální problémy na oddělení či problémy spojené se svým dřívějším způsobem života atd. Skupinu vede obvykle psychotherapeut spolu s koterapeutem. Role terapeuta se může výrazně lišit podle formy použité psychotherapie. Může být jak vůdcem, komentátorem, tak i analytikem a expertem. Skupina se pod vlivem zkušeného terapeuta stává ideálním místem, kde se léčený může bez obav svěřit a nalézt podporu a pochopení. (Kratochvíl, 2005) Vhodná je silná soudržnost skupiny, ale rozhodně není namístě podporovat její jednotlivé členy ve ztotožňování s drogovou či hráčskou subkulturou. Je třeba zvládat tendenci tvorby podskupin pacientů s podobnou diagnózou, či dokonce vytváření pseudoelitářských skupin, například gambleři vs. ostatní závislosti. Obvyklá je větší strukturovanost skupin. Terapeut bývá zejména zpočátku aktivnější, přináší podněty a měl by práci skupiny častěji podněcovat. Terapeut se například po kruhu ptá jednotlivých členů na názor, volí určitá vhodná témata a přináší náměty. Pacienti léčení pro alkoholovou závislost bývají obvykle pasivnější, než například ostatní skupiny pacientů. Terapeut může krátce pracovat s individuálními problémy, pak se obrací na skupinu s dotazem, kdo zažil něco podobného apod. Teprve později, když skupina začne dobře pracovat, se terapeut stahuje do pozadí. Terapeut tedy nedělá práci, kterou mohou zvládat pacienti, je pravděpodobné by to léčené zbytečně pasivizovalo. Skupina by měla být bezpečným místem, kde je možné sdělovat důvěrné pocity i prožitky bez rizika odmítnutí. Zkušený terapeut dokáže vhodně chránit členy skupiny a vnášet do vzájemné interakce prvek respektu. Konfrontace nebývá vhodná a nese s sebou riziko recidiv a předčasného odchodu z léčby. Pokud už ke konfrontaci dojde, měla by být vyvážena emoční podporou a empatií. Terapeut by měl podporovat soudržnost a vzájemnou emoční podporu ve skupině. Rozhodně ale není namístě identifikace členů skupiny s alkoholovou nebo drogovou subkulturou. U terapeutické ho vztahu je důležitá jeho dlouhodobost. Postupem času se z déle abstinujících pacientů mohou v některých případech stát laičtí terapeuté. Psychotherapie závislostí má dlouhodobý charakter, velmi zhruba lze říci, že prochází třemi stadii, z nichž každé může trvat jeden rok i déle. Proto

je vhodné, aby závislý i po ukončení středně či dlouhodobé léčby spolupracoval dále ambulantně či ve stacionářích. V prvním stadiu je vhodné klást důraz na udržení abstinence, což bývá často nutným předpokladem pro pokroky v jiných oblastech. Ve druhém stadiu pracuje pacient především se svými psychologickými i jinými problémy. Ve třetím stadiu pak využívá své nadání, rozvíjí svoji osobnost a realizuje svůj potenciál. Trvání jednotlivých stadií je ovšem individuální a hranice mezi nimi jsou neostře. (www.drnespor.eu/modlec.doc) Doplnkem pak bývá tzv. **individuální psychoterapie**. Zde se pak řeší individuální problémy jednotlivce ve dvojici s terapeutem.

2. 5. 2. 3 Komunita

Pacient je členem **komunity** - určité skupiny lidí, která má za cíl léčbu, změnu svého životního stylu, svých návyků a zejména přístupu k závislosti a navzájem si v potřebných změnách pomáhá. Komunita je obvykle zastoupena patientskou spolumprávou, která spolu s personálem řeší běžné denní problémy a také se podílí na organizaci léčby. Vstupem do komunity se léčený zavazuje dodržovat její pravidla. Kritickým obdobím je zejména počátek léčby, kdy také nejčastěji dochází k odchodům. V dobře vedené komunitě je snaha toto nebezpečí eliminovat vhodným výběrem doplňkových terapií (viz dále) a přidělením léčenému důvěrníka z řad pacientů pro překonání prvotních těžkostí.

2. 5. 2. 4 Pracovní terapie

Samostatnou kategorií je potom **pracovní terapie**. Zde je vhodné připomenout obvyklou životní situaci léčených. Díky závislosti se značná část z nich dostala do tíživé osobní a finanční situace. Měsíce či roky bez stálého zaměstnání plíživě, ale značně pozmění životní návyky a přístup k životu obecně. Normou se stává pasivita a ztráta schopnosti organizovat, plánovat či vůbec jakkoliv řešit stávající či budoucí problémy. Pomocí pracovní terapie se tento neutěšený stav snaží změnit. Zdánlivě jednoduchá práce, jakou je například hrabání listí a sněhu, práce se dřevem, šití či pletení přináší léčeným nazpět schopnost koncentrace, spolupráce i pocit užitečnosti.

2. 5. 2. 5 Další způsoby terapie

Podobný účinek mají i sportovní aktivity, ať již ve formě společných rozcviček, tak i her menších skupin. Součástí terapie je i **vedení deníku**. Zde si léčený ujasňuje myšlenky a komunikuje (mimo ostatních příležitostí) s terapeutem. Pomocí rozboru textu často nachází nové podněty k léčbě. Mezi další terapeutické aktivity je možno zařadit **relaxační cvičení**, která jsou mimořádně vhodná pro snížení tenze a uvolnění. Kladný vliv mají i časté zdravotní přednášky a samostudium tematické literatury. Jako další prvek můžeme zmínit **arteterapii**. Zde se využívá kladného působení umění, zejména pak samostatného výtvarného projevu jedince. Pokud to možnosti konkrétního zařízení dovolují, je zajímavou volbou i **hipoterapie** – využití terapeutického a výchovného působení práce s koňmi. (interní materiály PLHB)

2. 5. 2. 6 Farmakoterapie

Zcela specifickou je (a nejen při) ústavní léčbě **farmakoterapie**. Zejména při drogových a alkoholových závislostech je její role nezastupitelná zejména při zvládnání odvykacího stavu. Senzibilizující terapie si klade za cíl zvýšení citlivosti organismu na alkohol, čehož je dosahováno léky. Takovým lékem je například nejznámější antabus, který způsobuje vědomé zábrany vůči konzumaci alkoholických nápojů. Po porušení abstinence při současném užívání antabusu dojde k reakci organismu, která se projevuje zčervenáním tváří, krku a hrudníku, prokrvení spojivek, bušení srdce, pocení a zvracení. (Marhoulová, Nešpor, 1995) V rámci komplexní léčby lze použít fluvoxamin (Fevarin), citalopram, naltrexon (ReVia), stabilizátory nálady i další léky. Naltrexon (ReVia) je zvláště vhodný u patologických hráčů, kteří mají problémy s alkoholem vzhledem k tomu, že mírní zároveň craving (bažení) po alkoholu. Problémem je ovšem vysoká cena pro pacienta (není hrazen z pojistného). Antidepresiva jsou doporučována zvláště tam, kde léčbu patologického hráčství komplikuje déle trvající deprese, ale zdá se, že antidepresiva mohou mírnit craving i u pacientů bez depresivní symptomatologie. Pouze medikamentózní léčbu však rozhodně nelze považovat za zcela dostatečnou. (<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>) Tato součást léčby tvoří mimořádně zajímavou a obsáhlou problematiku, zahrnující mimo výše zmíněných i tzv. substituční léčbu, ale vzhledem k její náročnosti i zaměření práce se jí nebudeme dále podrobněji zabývat.

Z výše uvedeného výčtu je patrná, v úvodu již zmíněná, komplexnost ústavní léčby, těžko nahraditelná jiným způsobem. Právě koncentrace zdravotního personálu včetně lékařů, sester, klinických psychologů, školených terapeutů, adiktologů, dále andragogů a sociálních pracovníků umožňuje zvládat obvyklé i nečekané (např. těžké somatické stavy) problémy při léčení závislosti.

2. 6 Jednotlivé kroky v léčbě

V následující kapitole si stručně probereme obvyklý průběh léčby a její jednotlivé kroky z hlediska pacienta. Tyto kroky bývají označovány jako tzv. **stupně v léčbě**. Nejedná se o pevně předepsaný způsob, každé zařízení si je stejně jako režimová opatření mění a upravuje.

2. 6. 1 0. stupeň

Jedná o jakousi přípravu k samotnému léčení. Pacient dostává několik dní na adaptaci na prostředí a systém. V tomto období ještě není hodnocen bodovým systémem, porušuje – li však výrazně pravidla, může být z léčby vyloučen. Pacient je přijímán do komunity, na skupině jasně sdělí, co jej vede k léčbě a co od ní očekává. K přijetí se vyjadřují i ostatní členové komunity. Po přijetí podepisuje informovaný souhlas se vstupem do komunity a tímto se stává jejím plnohodnotným členem. Posléze se podrobněji představí na skupině, uvede vývoj své kariéry pití, hry, či braní drog, popíše problémy v oblasti rodiny, práce, zdraví a trestné činnosti se závislostí související. Na skupinových programech prozatím pouze pasivně naslouchá. Se zařazováním do komunity mu je zde nápomocen průvodce z řad pacientů. Přibližná doba tohoto počátečního stupně je přibližně 1 – 2 týdny.

2. 6. 2 1. stupeň

Zde si již závislý pacient ujasňuje postoj k droze či hře a důvody, proč v závislosti nepokračovat. Začíná řešit problémy ze závislosti vyplývající a aktivně vystupovat na skupině. Je zde patrný přechod od pasivního přijímání skutečnosti a snaha motivovat pacienta k postupnému přebírání zodpovědnosti. Pacient dále sepisuje podrobný životopis. Délka 1. stupně je obvykle od 3 do 6 týdnů. Splní – li pacient požadavky 1. stupně, přechází dále do stupně 2. Stagnuje-li delší dobu, může být propuštěn z léčby.

2. 6. 3 2. stupeň

Pacient se již aktivně zúčastňuje léčby, učí se novým dovednostem, komunikaci, sebepoznání. Může se podílet na chodu oddělení v patientské spolusprávě. Doplňuje si teoretické znalosti, snaží se hlouběji poznat své problémy a jejich možná řešení. Uspěje – li v postupovém testu (souhrn poznatků o závislostech), může postoupit dále v léčení. Délka trvání je v tomto případě minimálně 3 týdny.

2. 6. 4 3. stupeň

Probíhá další prohlubování znalostí, snaha o jejich praktické využití. Zde již bývá možnost krátké dovolenky, která také ověří nově získané schopnosti. Délka pobytu bývá obvykle shodná se stupněm č. 2.

2. 6. 4 3A stupeň

Pacient se zde již připravuje na odchod z léčebny. Zajišťuje si bydlení, práci a doléčování. Vzhledem proběhlé edukaci již zná možná rizika, ví jak řešit budoucí situace. I zde je vhodná spolupráce kvalifikovaného sociálního pracovníka. (interní materiály PLHB)

Značnou, ne – li rozhodující část léčby stráví pacient nikoliv pasivním přijímáním doporučení od zdravotního personálu, ale vlastním aktivním přístupem k léčbě. Tento přístup je pak usměřován nejen, jak by vyplývalo z podstaty zdravotnického zařízení, pouze lékařem, ale také celým týmem nelékařských pracovníků. Tento stav je pochopitelně výsledkem historického vývoje, původně bývala léčba poměrně striktně medicínská, viz již zmíněný biomedicínský model. Do budoucna je pravděpodobné, že tento trend jistě mezioborové výpomoc bude pokračovat. Jedním z prvků, který kromě ostatních faktorů významně rozhoduje o úspěchu či neúspěchu léčení je motivace léčeného. O ní bude řeč v následující kapitole.

2. 7 Problematika motivace

Léčení závislosti je složitý proces, který nelze nijak zkrátit či uspěchat. Jednoduchá řešení zde bohužel nejsou k dispozici. Zázračná pilulka, kterou by lékař po vyšetření a stanovení diagnózy předepsal, neexistuje. Jednou z nejvýznamnějších částí celého procesu je motivace závislého. Závislý, který si svůj problém uvědomuje, je mnohem přístupnější léčbě než ten, který si ještě tento fakt nepřipustil a hodlá se léčit kvůli někomu, například kvůli tlaku manželky či rodiny nebo něčemu, typicky zaměstnání.

2. 7. 1 Pojem motivace

Co je vlastně motivace? Existuje pochopitelně více než jedna definice. Tento pojem lze vysvětlit jako „intrapyschický proces, který má svůj zdroj ve vnitřní a vnější situaci individua.“ (Nakonečný, 1996) Za motivaci je též možno označit proces a současně i souhrn hybných sil (motivů), které aktivují a usměřují chování, určují jeho intenzitu a délku jeho chování. Takto navozené chování směřuje k uspokojení určité potřeby, které je doprovázeno emočním prožitkem, který slouží jako signál určité potřeby a stimuluje chování zaměřené na její uspokojení.“ (Vízdal, 2008) V každém případě se jedná o hypotetický konstrukt, tedy nic konkrétně hmatatelného či přímo měřitelného. Motivaci je možno rozdělit na vnější (je dána činy, které vyvolávají jiní lidé) a vnitřní (činy, které jedinec spouští sám). Vždy platí, že vnitřní motivace je účinnější a silnější než motivace vnější. Dříve se motivace ke změně nebo její nedostatek chápaly spíše staticky jako více či méně neměnné. První práce o motivaci jako dynamickém fenoménu se objevily v 80. letech 20. století, k širší praktické aplikaci těchto poznatků však dochází až později. (<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>).

2. 7. 2 Motivační trénink

Velmi zajímavé je využití práce s motivací při léčbě závislosti. Při dobrém zvládnutí technik posilování motivace získává terapeut účinný nástroj pro léčbu nejen závislosti. Terapeut může využívat tzv. **motivační trénink**. Tento je mimořádně vhodný v situacích, kdy léčený pocítuje jistou ambivalenci a vnitřní konflikt jak v chování tak i myšlení, což je při boji se závislostí téměř stálým prvkem. Strukturu motivačního tréninku lze shrnout jako pět principů: vyjadřování empatie, vytvoření rozporu mezi

pacientovými cíli a jeho chováním, vyhýbání se sporu, práce s odporem a posilování sebedůvěry. (Nešpor, 2007). Vyjádřením empatie dává terapeut najevo své pochopení a porozumění, aniž by musel nutně se všemi jeho názory souhlasit. Vytvářením rozporu se terapeut snaží zvýšit rozpor mezi reálným chováním klienta a jeho představami a životními cíli. Vyhýbání se sporu vyjadřuje snahu vyloučit spory s klientem, neboť bývají příčinou jeho zatvrzení se před objektivním náhledem na problémy. Práce s odporem je popis snahy o zmírnění odporu klienta například z důvodu vnucené léčby, neuspokojující formy terapie atd. I na odporu léčeného je možno najít pozitivní prvek – stále uloženou vnitřní energii, vhodnou k dalšímu prozkoumání. Posilování sebedůvěry zde je snaha dodat léčenému víru ve vlastní schopnosti, potřebné k překonání stávající situace i budoucích těžkostí. K základním dovednostem terapeuta při práci s klientem patří pokládání otázek s otevřeným koncem, které motivují ke komunikaci. Dále je nutné tzv. reflektující naslouchání, tj. průběžné zrcadlení informací podávaných klientem. Významným prvkem je i potvrzování kladných postojů, kdy terapeut oceňuje klienta, zde je však nutná naprostá objektivita a tento způsob komunikace nemůže být jediným používaným. Důležité bývá i sumarizování, což je průběžné shrnutí projevů klienta. Nezbytné je též vytváření prostoru pro sebemotivaci léčeného. Ta je vždy účinnější, než motivace pouze ze strany terapeuta. (Kalina a kol., 2003) Za ideální situaci se považuje souběh snahy motivovaného terapeuta i motivovaného klienta. (Vymětal, 1989)

Léčený je dále cíleně ovlivňován nejrůznějšími prostředky, jakým může být například motivační dotazník – soubor dotazů, který jednak zmapuje anamnézu léčeného, tak se i snaží posílit jeho motivaci v léčbě. Podobně jsou volena témata a způsob terapie při skupině, kdy zvýšená životní úroveň při abstinenci může být kladnou motivací. Obráceně se často využívá tzv. negativní motivace, kdy například gambler vypočítává, kolik měsíčních výdělků, automobilů, případně nemovitostí již prohrál. (Nešpor, 2006). Odlišným způsobem je s motivace užívána při programech založených na odměnách. Tyto mají využití zejména v kombinaci se substituční léčbou, kdy závislému je například za určitou dobu abstinence či pravidelnost docházek na sezení navýšena dávka metadonu (substituční látka). Tento, pro někoho možná diskutabilní přístup, přináší výsledky i u jinak nemotivovatelných klientů. (Gossop, 2006)

V souvislosti s motivací se v kontextu studia VŠ nabízí srovnání přístupu vysokoškolsky vzdělaných léčených oproti ostatním léčeným. Jejich zastoupení při léčbě závislostí bývá okolo 10%. Vysokoškolsky vzdělaní pacienti jsou často přesvědčeni, že je jejich inteligence a vzdělání nějakým způsobem chrání proti důsledkům nadměrného pití či jiné závislosti, což je samozřejmě tragický omyl. Svou závislost často bagatelizují, nejsou si schopni připustit skutečnou závažnost problému. K léčení je donutí až skutečně debaklová životní situace, bohužel předčasná dimise oproti radě lékaře je v jejich případech mnohem častější. (Pokora J., Jochmanová J., 2005) Varující může být fakt, že závislost se často týká i zdravotníků, či přímo lékařů. (Heller, 1996)

2. 8 Sociální pedagog a PL

Důležitou roli při léčbě v psychiatrické léčebně mají i nezdravotničtí pracovníci. U léčby závislostí se využití sociálního pedagoga přímo nabízí, viz definice sociální pedagogiky jako „aplikovaného odvětví pedagogiky zabývající se výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých, je rovněž zaměřena na výchovu a pomoc rodinám s problémovými dětmi, na skupiny mládeže ohrožené drogami, na jedince propuštěné z vazby.“ (Ouroda, 2003) Je třeba si uvědomit, že odborný zdravotní personál nemá (a z podstaty povolání ani nemůže mít) potřebné pedagogické vzdělání, které je nutným předpokladem pro úspěšnou edukační činnost při léčbě nejen závislostí a v neposlední řadě ani čas na další doplňkové aktivity vhodné při terapii a edukaci léčených. Zdravotní personál je již tak přetěžován neúměrným množstvím administrativní práce (každá činnost je podrobně zaznamenávána v dokumentaci, často duplicitně „papírově“ i elektronicky). Tlak zdravotních pojišťoven na snižování nákladů se neblaze projevuje jak na chodu samotných oddělení, tak i na nedostatku zdravotního personálu, který je zatím brán bohužel jako jakýsi nadstandard. Terapeuté či sanitáři tak vlastně částečně suplují pedagogickou práci. Nezbyvá než na nejrůznějších úrovních tuto problematiku připomínat a zasazovat se o zlepšení stávající situace směrem k lepšímu, například komplexně zapojit sociální pedagogy k vypracování podrobných metodik pro zařazení sociálních pedagogů do terapeutických skupin při léčbě závislostí a vymezit přesněji jejich úlohu při práci s těmito rizikovými skupinami.

2. 9 Dílčí závěr

V předchozích kapitolách jsme se seznámili jak s obecnými možnostmi léčby, tak i konkrétněji s léčbou ústavní, jejími základními principy i vlastním průběhem a připomněli si význam motivace při léčbě závislostí. Nabízí se jistě otázka, nakolik se tento mimořádně nákladný způsob léčby vyplatí. Je třeba si uvědomit, že léčba závislostí je účinná a že se ve výsledku společnosti mnohonásobně vyplácí. Pacienti neléčení pro závislost, by postupem času vyžadovali jinou péči pro interní, psychiatrické, neurologické a jiné komplikace, což by bylo nejen nákladnější, ale i méně efektivní. Neléčená závislost také ve většině případů vyřadí závislého z pracovního procesu, často natrvalo, čímž se stává zátěží jak pro rodinu, tak i v širším náhledu pro společnost. Dalším významným hlediskem je snaha o snížení kriminality, s drogovou scénou pevně spojenou.

Po teoretickém přiblížení léčby závislostí je vhodný příklad z praxe. V další části se proto zaměříme na konkrétní kazuistiku závislého pacienta.

3. Kazuistiky

První kazuistika popisuje případ ženy, odeslané z psychiatrické ambulance pro úzkostně – depresivní poruchu, v průběhu hospitalizace byl skutečný zdroj problémů nalezen jinde.

3.1 Kazuistika 1 - Závislost na alkoholu a benzodiazepinech

Pacientka N. H., 51 let. Byla přijata dobrovolně do PL na doporučení ambulantního psychiatra s diagnózou úzkostně - depresivní poruchy.

Rodinná anamnéza byla bez pozoruhodností, vystudovala střední zdravotnickou školu, následně pak bakalářské a magisterské studium psychologie. Je vdaná, matka dvou dětí, pracuje jako vedoucí pracovnice ve zdravotnickém zařízení.

Její psychické potíže začaly před dvaceti lety po porodu dcery, kdy trpěla úzkostmi, pro které jí byl praktickým lékařem nasazen alprazolam (Neurol), který jí tehdy pomáhal, a úzkosti postupně odezněly. V minulosti nebyla psychiatrem nikdy vyšetřena. Nynější potíže dle pacientky souvisí s jejím zaměstnáním, jako vedoucí pracovnice se necítí být respektována mladšími podřízenými, je v permanentním stresu, podřízení si na ní stěžují, že má na ně nepřiměřené nároky, ona pak ze strachu z problémů dělá jejich práci, také měla starosti se synem, který byl nedávno odsouzen k nepodmíněnému trestu. Manžel pracuje v jiném městě, takže se vidí jen o víkendu, přes týden je buď v práci, nebo sama. Začala si připadat zbytečná, opuštěná, přestala se zabývat svými koníčky, dříve sportovala, nyní je stále doma, trpí úzkostmi, depresivními pocity, připustí, že úzkosti řeší pitím vína, které výjimečně kombinuje i s benzodiazepinovými anxiolytiky. V poslední době měla i sebevražedné myšlenky. Že by měla vidiny, hlasy či pocity pronásledování důsledně popírá. Navštívila psychiatra, ten jí nasadil antidepresivum (citalopram), ale připadá jí, že jeho několikátýdenní užívání nemá zatím žádný výraznější efekt. To, že by byla závislá na anxiolyticích či alkoholu, při vyšetření vehementně popírá.

Po přijetí na otevřené oddělení PL byla ponechána stávající medikace antidepresivem a pacientka byla zařazena do psychoterapeutických aktivit (skupinová i individuální psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie, relaxace, cvičení jógy). Pacientka si stanovila cíl naučit se asertivně jednat a dokázat se lépe vymezit vůči podřízeným, tak aby v práci

netrpěla takovým stresem. Po několika dnech hospitalizace došlo u pacientky k vystupňování úzkosti a mírnému třesu (viz kapitola 1.3.3). Při kontrolním pohovoru s lékařem pacientka přiznává, že alprazolam v poslední době užívala kontinuálně jak v práci tak doma, jako zdravotnice si ho vždy dokázala nějak opatřit, buď od praktického lékaře, nebo přímo v lékárně, kde jí ho prý známá lékárnice prodávala i bez receptu. Manžel na to přišel a léky jí vyhodil, ona je pak následně tajně vybírala z koše, protože prožívala intenzivní odvykací stav a přístup k jiným v tu chvíli neměla. Následně dostala z nadužívání alprazolamu strach, ale úzkosti nepolevovaly, tak je začala řešit alkoholem, v práci byla opakovaně podezírána z opilosti, ale altesty byly vždy negativní. Pro hospitalizaci se rozhodla proto, že nevěděla, jak dál situaci zvládat, obávala se, že bude v práci přistižena opilá a několik let před důchodem bude propuštěná.

Pacientka byla konfrontována s diagnózou závislosti na alprazolamu a alkoholu i možnými riziky, které z ní pramení, přesto svou závislost bagatelizovala, poukazovala na to, že sama dokázala užívání alprazolamu přerušit, skutečnost, že jeho nedostatek nahrazuje alkoholem, není ochotna připustit. V individuální terapii jen postupně a s obtížemi přijímá tento fakt. Nabízenou střednědobou ústavní odvykací léčbu, která by byla plně indikovaná odmítá z obavy ze stigmatizace, ale v závěru pobytu přislíbila, že se bude léčit alespoň ambulantní formou v AT poradně v blízkém městě, protože jako zdravotnice má obavu, že by se kolegové v práci o jejích potížích s návykovými látkami dozvěděli. Z oddělení byla propuštěna po 4 týdnech bez známek odvykacího stavu, ale vzhledem k pouze částečnému náhledu s nejistou prognózou. Byla poučena o nutnosti abstinence od všech návykových látek, což přislíbila.

Pacientka během hospitalizace získává pouze částečný náhled na svou závislost, jako úspěch lze hodnotit zvládnutí odvykacího stavu a pojmenování skutečného problému, nicméně zásadní však bude, zda skutečně navštíví AT poradnu, kde by mohla být postupně motivována k ústavní odvykací léčbě.

3. 2 Kazuistika 2 - Závislost na alkoholu a lécích – pokročilé stádium

Pro dokreslení závažnosti případu je zde nutno detailněji popsat poslední hospitalizaci.

Pacient J. R., 59 let, v psychiatrické léčebně hospitalizován již po 18. Poprvé byl hospitalizován v roce 1993, kdy podstoupil první ústavní protialkoholní léčbu, již tehdy diagnostikována závislost ve 4. stádiu. Léčbu dokončil, pak následovalo 5 opakovacích léčeb. Vydržel abstinovat kdy roku 2002, kdy byl přijat pro recidivu abusu alkoholu a poprvé uváděn i abusus léků. V roce 2004 následovala další ústavní léčba, kde krom závislosti na alkoholu je prvně zaznamenána i polymorfní závislost na drogách. V roce 2005 byl přijat intoxikovaný léky, v moči pozitivní morphin, pobytu předcházela 14 denní hospitalizace v jiném zdravotnickém zařízení, po níž rychle recidivoval. V tomtéž roce pak byl hospitalizován ještě několikrát s odstupy 3 týdnů až několika měsíců. Další hospitalizace nastala v roce 2006, pak opět několik let abstinovat. Další hospitalizace pak nastaly v roce 2009 a 2010.

V rodině pacienta se nikdo psychiatricky neléčil. Jeho otec zemřel v lednu 2011 na prasklý dvanáctníkuvý vřed. Matka zemřela již před lety. Pacient je čtyři roky rozvedený otec dvou dcer (30 a 15let), se kterými dobře vychází a které žijí se svou matkou. V současné době bydlí sám. Vzdělání - stavební průmyslovka s maturitou, následně diplomovaný technik v oboru životního prostředí. Nějakou dobu neúspěšně podnikal. Nyní je již 10 let v plném invalidním důchodu. ŘP má, zbrojní pas nikoliv. Trestán byl jednou podmínkou, již vymazáno z TR, nyní stíhán není. Má dluhy cca. 2 miliony korun z podnikání ve stavebnictví, kterému se věnoval, splátku má pravidelně strháván z invalidního důchodu. Léčí se pro trombosu PDK, kterou prodělal před 12 lety spolu s embolií, dále má značné potíže s funkcí jater, již v důsledku poškození alkoholem. Cigarety nekouří, kávu pije 1-2x denně. Jednou zkoušel marihuanu, před pár lety i pervitin. Hazardní hry nikdy nezkusil. Příznává letitou závislost na alkoholu, hlavně tvrdém (vodka) i závislost na lécích (benzodiazepiny, Rivotril). Několikrát se pokusil o sebevraždu spíše demonstrativního charakteru.

Počátkem letošního roku byl pacient přijatý k zatím poslednímu pobytu v PL pro těžký odvykací stav. Do PL byl přeložen z psychiatrického oddělení nemocnice po jednodenní hospitalizaci, kam byl přivezen RZP pro značný neklid a poruchy chování (chodil polonahý po bytě, budil sousedy, že je zemětřesení, že má v posteli myš atd.). Po

přijetí na psychiatrické oddělení nemocnice byl stále neklidný, měl narušený kontakt s realitou. Během pobytu na oddělení prodělal epileptický záchvat. Následoval nárůst neklidu až do verbální a brachiální agrese, oslovoval nepřítomné osoby a svlékal se. Proto byl za asistence policie v kurtech přeložen na uzavřené oddělení PL. Po přijetí byl opět neklidný, značně desorientovaný, nesmyslně zmateně hovořící, pohyb byly nevyzpytatelné, střídaly se bezcílné prudké pohyby se stuporem. Posléze již nebylo možno navázat slovní kontakt. Postupně se však obraz deliria měnil, pacient po uložení do lůžka zůstával v poloze, do jaké byl uložen, hlavu a nohu držel nad podložkou, dokud jeho poloha nebyla upravena ošetřujícím personálem. Příjem tekutin a stravy začal být čím dál problematičtější, přidal se kašel a horečky. Na rentgenu plic byl patrný rozvoj oboustranného zápalu plic, pro který musel být pacient přeložen na interní oddělení PL, kde pro retenci musela být zavedena močová cévka. Na terapii antibiotiky zareagoval, infuzní a oxygenoterapií byl jeho stav postupně zlepšen, došlo k ústupu horeček, bylo možné zrušit permanentní katetr, byla zahájena rehabilitace pacienta. Po 14 dnech pobytu na interním oddělení byl pacient plně mobilizován, na odezdnělý odvykací stav nadále neměl ani formální náhled. Pro otok PDK pacient s anamnézou embolie do plicnice odeslán na flebografické vyšetření a scintigrafii plic, s negativním výsledkem. Po dalším týdnu v somaticky kompenzovaném stavu přeložen k pokračování protialkoholního léčení na otevřené oddělení.

Zde pacient sděluje, že před hospitalizací se staral doma o nemocného otce, dvakrát k němu volal RZP. Potom otce přijali na internu do Broumova, kde zemřel na prasklý dvanáctníkový vřed. Poprvé se napil 14 dnů po jeho smrti, údajně ze zoufalství. Cítil, jak má stažený krk, nenašel žádné prášky, které by mu pomohly, tak vypil půl litru vodky. Další den se napil znova. Vlastně se prý takto napil jen 2x, od té doby nepil ani jednou. Na druhou stranu říká, že pil ještě týden před přijetím do PL, ale zároveň trvá na tom, že se napil jen 2x. Také bral doma Rivotril 2mg. Někdy si jich vzal i víc, ale maximálně 3. S pitím údajně nekombinoval. Ke svojí závislosti má jen formální náhled, je stále přesvědčen, že za jeho problémy může jeho zdravotní stav a prodělané nemoci, k nutnosti doživotní abstinence je bohužel značně nekritický.

Pacient byl celkem 18. psychiatricky hospitalizován pro polymorfní závislost. Prodělal několik odvykacích léčeb, několik opakovacích protialkoholních a motivačních pobytů. Několikrát prodělal delirium tremens, včetně somatických komplikací a halucinatorních stavů. Přesto je ke svojí závislosti nadále nekritický, jeho náhled je jen formálního rázu, což je jasně patrné i při pohovoru s pacientem, kdy neustále bagatelizuje podíl závislosti na současném fyzickém a psychickém stavu. Riziko relapsu je velké, progrese závislosti a další deprivace osobnosti až do obrazu organického alkoholového psychosyndromu i přes momentálně probíhající PAL léčbu je bohužel vysoce pravděpodobná.

Poznámkou k této kazuistice může být určitě konstatování, že stavy klienta zde popisované nejsou u těžkých alkoholiků nijak výjimečné, jsou poměrně častou realitou psychiatrické praxe.

3. 3 Dílčí závěr

Obě zpracované kazuistiky přináší dvě rozdílné ukázky podobného problému. Zatímco první popisuje první pobyt léčené v psychiatrickém zařízení, při kterém se zdařilo určit příčinu potíží a nastavit vhodný způsob léčby, druhá kazuistika popisuje dlouhodobou závislost se všemi jejími dopady s velmi nepříznivou prognózou. Výběr obou léčených byl zvolen zcela úmyslně, snahou je přiblížit skutečnost, že závislost není možno účelově spojovat s asociálními jedinci s nízkým vzděláním a sociálním statutem. Závislost může znamenat skutečný problém pro kohokoliv a s jeho řešení nelze nikdy otálet.

Závěr

Sociálně – patologické závislosti jsou velkou bolestí dnešní společnosti. Jakkoliv již oproti historii není pro moderního člověka problémem dostatek potravy a dalších základních potřeb, technický a kulturně - společenský vývoj přinesl nová úskalí. Značnou část z nich tvoří právě sociálně patologické závislosti. Pro jejich zvládnutí byly vytvořeny mnohé samostatné i interdisciplinární obory a instituce, které na tomto poli bojují ať již formou prevence či odstraňování samotných následků nejrůznějšími formami léčby. Jedním z mnoha je ústavní léčba závislostí, která slouží jako námět tohoto textu. V širším významu se za závislost dá považovat i nadměrné popíjení kávy, kouření či sledování televize, nicméně je třeba vzít v potaz relativní společenskou neškodnost oproti závislostem na činnostech a látkách popisovaných v textu.

Cílem této bakalářské práce bylo seznámení s psychiatrickou léčebnou jako zařízením pro léčbu závislostí, popis nejčastějších závislostí zde léčených, základní popis metod používaných při léčbě. Jako nezbytná se již při přípravě práce ukázala nutnost jednotlivé látky a závislosti alespoň rámcově popsat, včetně jejich důsledků na lidský organizmus. Tím se také první část práce intenzivně zabývá. Posléze je detailněji popsána samotná ústavní léčba, se statí zvláště věnovanou nedobrovolnému vstupu do léčebny, který je v případě psychiatrického zařízení daleko častější, než v jiných oblastech zdravotnictví. Část věnovaná motivaci tvoří z pohledu autora nutný doplněk k náhledu na léčbu závislostí. Poslední částí práce jsou kazuistiky závislých pacientů, které k teoretickému textu přidávají příklad z praxe.

Zajímavým faktem, konstatovaným v textu, může být velký význam nelékařských pracovníků jako součásti komplexního týmu při léčbě závislostí i v takto specifickém zdravotním zařízení. Stávající, nepříliš ideální situace v této oblasti je také zmíněna v samostatné kapitole, kde je také nastíněna možnost většího využití sociální pedagogiky v PL. Důležitou se v souvislosti s léčbou závislých jeví také problematika motivace jako jednoho z prvků rozhodujících o úspěchu léčby.

Resumé

Bakalářská práce Léčba závislostí v kontextu psychiatrické léčebny má za úkol přiblížit nejběžnější sociálně – patologické závislosti dnešní doby a možnosti psychiatrické léčebny jako zdravotnického zařízení při jejich léčbě.

Bakalářská práce obsahuje tři základní kapitoly a řadu podkapitol. První kapitola je teoretická a seznamuje s obsáhlou problematikou závislostí a jejich dopadů na jedince. Postupně zmiňuje nejčastěji zneužívané látky, včetně jejich účinků na organismus. Dále připomíná problematiku patologického hráčství. Druhá kapitola pokračuje popisem ústavní léčby závislostí včetně statě věnované významu motivace při léčbě. Zaobírá se též problematikou nedobrovolného vstupu do zdravotnického zařízení. Poslední, praktická část, přináší konkrétní kazuistiky léčených osob.

Anotace

Bakalářská práce Léčba závislostí v kontextu psychiatrické léčebny popisuje nejčastější sociálně – patologické závislosti dnešní doby a možnosti jejich léčení v tomto zdravotnickém zařízení. Pojednává o celkovém přístupu i konkrétních metodách léčby. Klíčová slova: závislost, alkohol, drogy, ústavní léčba, detenční řízení, motivace, terapie.

Annotation

Bachelor thesis „Addiction treatment in the context of a psychiatric hospital“ describes most common socially - pathological addiction today and the possibilities of their treatment in the clinic. It discusses the overall approach and specific methods of treatment. Key words: addiction, alcohol, drugs, residential treatment, detention management, motivation, therapy.

Seznam použité literatury

Právní prameny

zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Knihy

BOUČEK, J., PIDRMAN, V, *Psychofarmaka v medicíně*, Praha : Grada 2005, ISBN: 80-247-1136-2

GOSSOP, MICHAEL. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vydání. 2009. ISBN 978-80-87041-81-9

HELLER, Jiří, PECINOVSKÁ, Olga, a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vydání. Praha : Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8

HOBHOUSE, HENRY, *Šest rostlin, které změnily svět, vydání*. 1. Praha : Academia, 2004. 337 s. ISBN 80-200-1179-X

HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*, Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2

HÖSCHL, CYRIL, a kol., *Psychiatrie*. Praha : Tigris 2002 ISBN 80-900130-1-5

ISBN 80-7012-004-5

JANÍK, A., DUŠEK, *Drogy a společnost*. 1. vydání, Praha : Avicem, 1990. 342s. ISBN 80-201-0087-3

KALINA K. a kol., *Základy klinické adiktologie*, Praha : Grada 2008, ISBN 978-80-247-1411-0

KALINA, Kamil, a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil, a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KRATOCHVÍL, STANISLAV, *Skupinová psychoterapie v praxi*, Praha : Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8

KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol., *Člověk a alkohol*. Praha : Avicenum, 1985. 237 s. ISBN 08-091-85

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambléři*. Praha : Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8

NAKONEČNÝ, MILAN, *Motivace lidského chování*, 1. vydání. Praha : Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*, Brno : Host 2006. 115 s. (dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>)

NEŠPOR, K. *Bažení (craving) Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha : Sportpropag, 1999 (dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>)

NEŠPOR, K. *Moderní léčba závislostí*, (dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>)

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6

NEŠPOR, K., CZÉMY, L.. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2

NEŠPOR, K., *Už jsem prohrál dost*, Praha : Sportpropag 2006, (dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>)

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. vydání. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6

NOŽINA, MIROSLAV, *Svět drog v Čechách*. 1. vydání, Praha : Koniasch Latin Press ; Orlík n. Vltavou : Livingstone, 1997. -- 347 s. ISBN 80-85917-36-X

POKORNÝ, V. a kol., *Patologické závislosti*. Brno: Prevence SPI, 2000. 96 s. ISBN 80-238-6539-4

PRESL, JIŘÍ, *Drogová závislost*, Praha : Maxdorf, 1994. 88 s. ISBN 80-85800-18-7

ROTGERS, FREDERICK. *Léčba drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9

SHAPIRO, HARRY, *Drogy : obrazový průvodce*, 1. vydání, Praha : Svojtka a spol., 2005. 360s. ISBN 80-7352-295-0

SKÁLA, J a kol., *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987

SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X

SOURNIA, JEAN-CHARLES, *Dějiny pijáctví*. 1. vydání, Praha: Garamond, 1999. ISBN 80-86379-01-9

VÁGNEROVÁ, MARIE, *Základy psychologie*, 1. vydání. Praha : Karolinum 2007. ISBN 978-80246-0841-9

VYMĚTAL, J., *Psychoterapie - pomoc psychologickými prostředky*, Praha : Horizont 1989,

ISBN 80-7012-004-5

WHO, MKN-10, World Health Organization, 2008, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2009. ISBN:978-904259-1-0

Skripta

TKÁČ, JURAJ, *Základy psychiatrie*, Brno : IMS, 2008

VÍZDAL, FRANTIŠEK, *Základy psychologie*, Brno : IMS, 2008

OURODA, KAREL, *Základy pedagogiky*. Brno, : IMS, 2003

Časopisy

POKORA, J., JOCHMANOÁ J., *Česká a slovenská Psychiatrie* 101, Galén 2005, č. 1, s. 48-51. ISSN 1212-0383.

RABOCH, J. a kol., *Česká a slovenská Psychiatrie* 106, Galén 2010, č. 1 s. 5-8 ISSN 1212-0383

Jiné zdroje

Brožura pro praktické lékaře a ambulantní psychiatry Praha : Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2008

(dostupné z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_01.pdf)

Interní materiály PLHB, Rozkošská 2322, 58023 Havl.Brod

Internetové prameny

<http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>

<http://ismlouvy.cz/vice/detence.html>

http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/s.155/701?PC_8411_number1=20/1966&PC_8411_p=23&PC_8411_l=20/1966&PC_8411_ps=10#10821

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/stimulancia

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin

http://www.chemweb.estranky.cz/clanky/ksicht---serial/stimulanty_-pervitin

<http://www.paveldanko.com/alkohol>

http://www.paveldanko.com/alkohol/index.htm#co_je_to_alkohol

<http://www.saferparty.cz/kokain-crack>

Seznam symbolů a zkratk

apod. – podobně

např. – například

tj. – to jest

tzv. – tak zvaný

vs. – versus