

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Závislost na lécích z pohledu pacienta a zdravotnického
personálu**

Drug dependence from patient and medical staff point of view



Magisterská diplomová práce

Autor práce: Bc. Tereza Ortová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

Olomouc

2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Závislost na lécích z pohledu pacienta a zdravotnického personálu*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27. 3. 2019

Podpis

Poděkování

Děkuji především PhDr. Evě Maierové, Ph.D. za čas věnovaný konzultacím, odborné vedení a cenné rady, které mi v průběhu vypracovávání diplomové práce poskytla. Dále děkuji všem členům personálu a pacientům, kteří mi věnovali svůj čas a účastnili se výzkumu k této diplomové práci. Na závěr děkuji svému příteli, rodině a přátelům, kteří mě podporovali nejen v průběhu vypracovávání diplomové práce, ale po celé mé studium.

Obsah:

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 6 |
| 1. Závislost na lécích | 6 |
| 1.1. Definice závislosti..... | 6 |
| 1.2. Charakteristika syndromu závislosti | 6 |
| 1.3. Bio-psycho-sociální příčiny a projevy závislosti | 9 |
| 1.4. Škodlivé užívání a specifika závislosti na lécích | 10 |
| 2. Návyková psychofarmaka | 15 |
| 2.2. Anxiolytika, hypnotika a sedativa..... | 17 |
| 2.3. Benzodiazepiny | 18 |
| 2.4. Nebenzodiazepinová hypnotika | 24 |
| 2.5. Antidepresiva | 27 |
| 2.6. Analgetika | 28 |
| 3. Léčba závislosti na lécích..... | 33 |
| 3.1. Principy léčby závislosti na návykových látkách..... | 34 |
| 3.2. Biologická léčba závislosti..... | 35 |
| 3.3. Pobytová zařízení pro léčbu závislosti..... | 37 |
| 3.4. Následná péče a další služby pro závislé | 44 |
| 3.5. Psychologická práce s motivací závislého a prevence relapsu | 45 |
| 3.6. Hodnocení úspěšnosti léčby závislosti..... | 47 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 49 |
| 4. Výzkumné cíle a otázky | 49 |
| 5. Výběrový soubor | 51 |
| 6. Design výzkumu..... | 55 |
| 6.1. Metody získávání dat | 55 |

| | |
|---|-----|
| 6.2. Metody analýzy dat | 57 |
| 6.3. Průběh získávání dat | 58 |
| 7. Analýza získaných dat | 60 |
| 7.1. Analýza prvního výzkumného cíle..... | 60 |
| 7.2. Analýza druhého výzkumného cíle | 62 |
| 7.3. Analýza třetího výzkumného cíle..... | 65 |
| 7.4. Analýza čtvrtého výzkumného cíle | 68 |
| 7.5. Analýza pátého výzkumného cíle | 71 |
| 7.6. Analýza šestého výzkumného cíle | 73 |
| 7.7. Analýza sedmého výzkumného cíle..... | 75 |
| 7.8. Analýza osmého výzkumného cíle..... | 80 |
| 7.9. Analýza devátého výzkumného cíle..... | 81 |
| 8. Diskuze | 85 |
| 9. Závěry..... | 96 |
| Souhrn..... | 99 |
| Seznam použité literatury | 102 |
| Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce | |
| Příloha č. 2: Průvodní dopis zasláný do léčebných zařízení | |
| Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu | |
| Příloha č. 4: Otázky k rozhovorům s pacienty a ohniskovým skupinám s personálem | |
| Příloha č. 5: Ukázka přepisu získaných dat | |

Úvod

Léky jsou skvělými pomocníky, protože nám poskytují úlevu od nepříjemností v našem životě. Jejich použití je velice snadné. Jedná se o pohodlnou cestu řešení potíží, se kterými se potýkáme. V některých případech ale se jedná o útěk před složitějším, avšak účinnějším řešením dané situace. Přes to, že nám léky z počátku pomáhají, může se jejich užívání samotné proměnit v problém. Ten především nastává, pokud bez tablet nejsme schopni fungovat, jsme tedy na jejich užívání závislí.

Téma závislosti na lécích považují za aktuální. V dnešní „uspěchané“ době je snadné nechat se zlákat rychlým řešením, které návykové léky nabízí. Jedinců, které trápí léková závislost, je v naší společnosti mnoho. Například jen léková skupina benzodiazepinů, která je v České republice hojně předepisovanou pro její hypnotické a anxiolytické účinky, má vysoké procento uživatelů, kteří mají problémy s dodržováním předepsaného způsobu užívání. Dle statistiky z roku 2017 je 73,9 % uživatelů na těchto lécích závislá (ÚZIS, 2018b). Tito pacienti dříve či později vyhledávají pomoc při odvykání těmto lécům. Domnívám se, že léčba této závislosti je v jistých ohledech specifická. Jiné návykové látky jsou vnímány společností jako nebezpečné na rozdíl od léců. Proto bych se ráda zaměřila na to, jakým způsobem by mohla být léčba přizpůsobena jejich potřebám.

Přínosem této práce by mělo být zpracování informací o tomto ve společnosti rozšířeném fenoménu, který vyžaduje pomoc lékařů, adiktologů i psychologů. Diplomová práce se zaměří na možné praktické změny, které by v léčbě závislosti na lécích pomohly.

V teoretické části práce budou představeny hlavní souvislosti týkající se závislosti na lécích. Dále popíšeme hlavní skupiny léců vyvolávajících závislost. V závěru teoretické části se zaměříme na léčbu této závislosti a specifika pacientů závislých na lécích. Následně v praktické části práce představíme výzkumné cíle, soubor, metodu, průběh a závěry vyplývající z kvalitativního výzkumu zaměřeného na specifika pacientů závislých na lécích a léčbu této závislosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Závislost na lécích

1.1. Definice závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje závislost jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí*“ (WHO, 2008).

Jedná se o komplexní problém, který zasahuje do mnoha oblastí života závislé osoby. Na závislost lze nazírat jako na chronickou nemoc, jejíž léčba není snadná. Úplné vyléčení v podstatě není možné. Narušeny jsou při ní procesy centrální nervové soustavy a podílí se na ní i dědičnost (Kalina et al., 2003). Závislost výrazně ovlivňuje myšlení a chování jedince. Nešpor uvádí následující definici drogové závislosti: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“ (Nešpor, 2000, 14). Jistým předstupněm samotné závislosti je škodlivé užívání. V tomto případě dochází k opakovanému užívání návykové látky v množství, které způsobuje jedinci zdravotní problémy, ale nejsou u něj splněna kritéria pro diagnostiku závislosti. Jedná se tedy o abúzus neboli škodlivé užívání. To může předcházet rozvoji závislosti samotné (Nolen-Hoeksema, Fredrickson Loftus & Wagenaar, 2012).

1.2. Charakteristika syndromu závislosti

Nyní si projdeme u nás nejznámější klasifikační systémy a zaměříme se na kritéria pro diagnostiku závislosti. V České republice a ostatních evropských zemích je využívána Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti 5. revize má své

uplatnění v Severní Americe, Austrálii na Novém Zélandu a ve velké části Jižní Ameriky (Orel, 2016).

1.2.1. Charakteristika dle MKN–10

Syndrom závislosti může být diagnostikován dle MKN-10 u jedinců, kteří užívají návykovou látku minimálně jeden měsíc nebo se u nich opakovaně v kratších periodách vyskytnou minimálně tři z následujících příznaků:

Craving neboli bažení je důležitým znakem v rámci syndromu závislosti. Podle O'Briena je právě craving hlavní příčinou, proč závislí vyhledávají a užívají znovu návykovou látku, tedy dochází u nich k relapsu (O'Brien et al., 1998). Projevuje se intenzivní a neodkladnou touhou užít drogu. Ta se může objevit na základě nevědomých procesů, není tudíž vždy spuštěna vědomou myšlenkou o droze (Miller & Gold, 1994; Berridge & Robinson, 1995). Nicméně je jasné, že podněty vyvolávající asociace

s návykovou látkou mohou vyvolat určité vzpomínky a spustit tak bažení, které často vede k opětovnému užití drogy (Robinson & Berridge, 1993; Robbins, Ersche, & Everitt, 2008; Pickens et al., 2011).

Potíže v kontrole užívání návykové látky a neschopnost sebeovládání se v tomto případě může týkat časového horizontu ale i toho, kolik návykové látky závislý užívá (Nešpor, 2011). Projevit se to může tím, že závislý je pod vlivem návykové látky v nepatřičnou dobu nebo její původně zamýšlené množství přesáhne, protože není schopen s jejím užíváním skončit (Hosák & Hrdlička, 2015).

Somatický odvykací stav je základní komponentou klasické teorie závislosti. Jedná se o vitální projev závislosti, který motivuje k opakovanému užití návykové látky. Projevuje se při přerušení užívání drogy. Projevy a doba trvání somatického odvykacího stavu se mohou různit (Piper, 2015). Pokud se projeví, závislé osoby využívají stejné nebo jakékoliv návykové látky, které jim tento stav pomáhají překonat (Nešpor, 2011).

Růst tolerance na návykovou látku se projevuje zvyšováním množství užívané návykové látky, přičemž to jedinci způsobí stejný stav, který u něj dříve vyvolala dávka nižší. Jinými slovy, dávky, po kterých by závislý dříve nebyl schopen normálního fungování, musí užít v pozdějších stádiích závislosti, aby se necítil špatně (Nešpor, 2011). Tolerance se naopak postupně začíná snižovat ve stáří a v případě již silně pokročilých fázích závislosti (Kalina, 2015).

Při **zaujetí užíváním návykové látky** jedinec stráví velkou část dne aktivitami, které souvisejí s jejím vyhledáváním, užíváním a zotavováním se z jejich účinků (Hosák & Hrdlička, 2015). Droga tedy odvádí závislé od jejich dřívějších zájmů a omezuje jejich život na jediný aspekt (Nešpor, 2011).

Užívání návykových látek je spojeno s jejich vlivem na tělesné zdraví. Závislí si ji nejsou schopni odepřít ani v případě, že je jejich zdraví výrazně narušeno (Nešpor, 2011). Posledním znakem závislosti je tedy **trvalé užívání návykové látky navzdory jasnému důkazu jejich škodlivých následků**, kdy závislý i přes zdravotní problémy hledá výmluvy a důvody, kvůli kterým v užívání návykové látky pokračovat (Hosák & Hrdlička, 2015).

1.2.2. Poruchy užívání návykových látek dle DSM–V

V manuálu DSM-V najdeme kategorii závislosti na návykových látkách mezi poruchami spojenými s užíváním látek. V rámci tohoto manuálu jsou rozlišena diagnostická kritéria pro poruchy užívání alkoholu, kofeinu, kanabisu, prchavých rozpouštědel, tabáku, sedativ, hypnotik nebo anxiolytik, opioidů, stimulancií, halucinogenů a dalších látek. Přes to, že v České republice jsou platná výše zmíněná diagnostická kritéria dle MKN-10, a vzhledem k tomu, že v této práci budeme vycházet také ze zahraničních publikací a článků, zde uvádíme kritéria dle DSM-V pro diagnostiku poruch spojených s užíváním návykových látek, kterou lze aplikovat na výše uvedené návykové látky.

- 1) Dochází k užívání pokaždé většího množství návykové látky nebo je užívána déle, než bylo původně zamýšleno.
- 2) Objevuje se neodkladná touha užít návykovou látku nebo jsou snahy o snížení množství užívané návykové látky neúspěšné.
- 3) Obstarávání, užívání a zotavování se z účinků návykové látky vyžaduje hodně času.
- 4) Vyskytuje se bažení, silná touha nebo nutkání užít návykovou látku.
- 5) V důsledku problematického užívání návykové látky dochází k zanedbávání povinností ve škole, zaměstnání nebo domácnosti.

- 6) Setrvání v užívání návykové látky navzdory přetrvávajícím opakovaným potížím v sociální a mezilidské oblasti, které vznikly nebo se prohloubily užíváním návykové látky.
- 7) Užívání návykové látky vede ke snížení zájmu nebo úplnému vynechání sociálních, pracovních nebo zájmových činností.
- 8) Opakovaný výskyt riskantního jednání ohrožujícího tělesné zdraví při užívání návykové látky.
- 9) Pokračování v užívání návykové látky navzdory přetrvávajícím opakovaným fyzickým nebo duševním potížím vyvolaným či zhoršeným užíváním návykové látky.
- 10) Tolerance na návykovou látku, která se projevuje:
 - a) nutností užít výrazně vyšší množství návykové látky, aby došlo k intoxikaci nebo zamýšlenému účinku.
 - b) sníženým účinkem při užití stejného množství návykové látky.
- 11) Abstinenční příznaky nebo užití stejné návykové látky nebo s podobným účinkem s touhou zmírnění nebo vyvarování se abstinenčním příznakům (APA, 2013).

1.3. Bio-psycho-sociální příčiny a projevy závislosti

Kromě toho, že projevy závislosti lze sledovat na více rovinách, je nutné si uvědomit, že se na jejím objevení a prohloubení má podíl mnoho faktorů v jedincově životě. Bio-psycho-sociální model vzniku a rozvoje závislosti pracuje s faktory na straně uživatele, prostředí a návykové látky. Je postaven na individualitě každého. V každém případě lze jednotlivé faktory dále analyzovat. Uživatel je ovlivněn mnoha proměnnými, jakými jsou nevědomé motivy, postoje, socioekonomické tlaky, učení a podmiňování. Proměnné v rámci prostředí jsou například novost, komfort, sociální facilitace, sensorické vjemy, proměnlivost a vnitřní asociace (Griffiths, 2005). Mezi biologické procesy, které podporují závislostní chování, patří také dopaminový systém odměny, na který mnoho návykových látek působí, a tím dochází u jedince k prožívání libých pocitů. Nicméně vyhledávání a užívání drog souvisí se zapojením dalších neurotransmiterů, jako jsou endokanabioidy, opiáty, GABA, cholinergní nebo serotoninový systém (Volkow, Wise & Baler, 2017). Důvodem rozvoje syndromu závislosti tedy není pouze jediný faktor. Jedná se o komplexní a individuální příčiny.

K užití látky může dojít pouze v případě, že je dostupná a jedinec má poté možnost tuto látku vyzkoušet. Nicméně samotné jednorázové užití nutně nevede k rozvoji syndromu závislosti. Silnou roli v chování vůči droze hraje osobnost daného člověka, ale také sociální prostředí, ve kterém se vyskytuje. Na rychlost a pravděpodobnost rozvoje syndromu závislosti má dále výrazný vliv druh návykové látky. Celkově je nutné si mimo jiné kvůli zvýšení úspěšnosti léčby uvědomit, že se jedná o velice komplexní problém (Orel, 2016).

1.4. Škodlivé užívání a specifika závislosti na lécích

Škodlivé užívání léků předchází rozvoji závislosti jako takové. Zneužívání neboli abúzus léků se vyznačuje užíváním farmak přes to, že nejsou součástí léčby, nebo jejich aplikací ve vyšších než terapeutických dávkách po nezvykle dlouhou dobu (Švihovec et al., 2018). Abúzus u běžné populace probíhá většinou takzvaně *per os*, tedy že jedinci polykají vyšší množství tablet. K jinému způsobu aplikace dochází především u jedinců, u nichž není lék primární drogou (Kalina, 2015) Hosák & Hrdlička (2015) uvádějí, že varovným signálem možného zneužívání léků jsou četné lékařské prohlídky, kdy jsou pacientem vyžadovány předpisy na léky vyvolávající závislost. Pacienti se odkazují na to, že jsou léky určeny pro některé z jejich blízkých nebo si nechávají léky předepsat od více lékařů. Pokud lékař už nechce léky předepsat, změní pacienti zdravotnická pracoviště a lékaře. Léky mohou také shánět na internetu. Mezi další varovné příznaky patří to, že pacienti spotřebují předepsané množství léků v kratším čase, než by měli. Okolí si může povšimnout snížené frustrační tolerance, psychické i fyzické výkonnosti a zhoršené motoriky. Viditelné mohou být zejména abstinční příznaky.

Všechny závislosti jsou si ve své podstatě podobné, nicméně každá se vyznačuje určitými specifickými rysy. Jinak tomu není ani u lékových závislostí. V očích veřejnosti jsou léky vnímány jako důvěryhodný prostředek k řešení zdravotních problémů, tento postoj vede k absenci kritického posouzení rizik jejich užívání. To, že pacientům užívání návykových léků způsobuje potíže a projevují se u nich znaky závislosti, často dlouho přehlížejí. Přitom může léková závislost vést k výraznému poškození zdravotního stavu, ale také například k ekonomickým problémům (Švihovec et al., 2018). Společnost nepovažuje léky za rizikové drogy, což se projevuje i v obtížnosti terapeutické práce v rámci léčby závislosti na nich. To,

že je pacient na lécích závislý, často dlouhou dobu nikdo nezjistí, protože je užívá skrytě a osamotě. Navíc zdravotnický a rodinný systém pacienta v užívání léků podporuje (Marádová, 2006). Závislost na návykových lécích se stává čím dál tím výraznějším problémem. Jedná se o fenomén současnosti, který ohrožuje společnost. Podle Plocové má přibližně 900 tisíc obyvatel České republiky potíže se závislostí na návykových lécích, ale pomoc vyhledává pouze malá část z nich (Plocová, 2018). Přesvědčení o bezpečnosti užívání léků je v zahraničí umocněn tím, že jsou předepisovány lékaři. V USA tento dojem podporuje i to, že je možné se setkat s komerční propagací, a to zejména u psychoterapeutických léků (Compton & Volkow, 2006).

Léková závislost, jak je zmíněno výše, se svými kritérii nijak neodlišuje od závislosti na jiných návykových látkách. Proto by pacientům závislým nebo těm, kteří se v minulosti s tímto problémem léčili, lékař neměl léky s vysokým návykovým potenciálem vůbec předepisovat, pokud se nejedná o akutní stav. Nicméně ostatním pacientům, kteří se nepotýkají s jinou závislostí, by návykové léky měly být rovněž ordinovány pouze krátkodobě, a to ne po dobu delší 2 týdnů, a souběžně by měl být problém intenzivně řešen jinou cestou tak, aby ho pacient po vysazení návykových léků řešil jinými prostředky (Švihovec et al., 2018).

Lze říci, že k nadužívání léků dochází z několika důvodů. Léky jsou předepisovány kvůli terapii chronických obtíží dlouhodobě, případně také více lékaři. Pacient není obeznámen s riziky rozvoje závislosti na látkách obsažených v těchto medikamentech, a tak užívá léky dlouhodobě či ve vysokých dávkách. Rozpoznání této závislosti není snadné. Diagnostika lékové závislosti probíhá pomocí podrobného rozhovoru s klientem, pozorování, zjištěním podrobné anamnézy a toxikologického rozboru moči, na to v ambulantní péči lékař často nemá čas. Tato závislost bývá většinou opomíjena. Přes to, že je poměrně častá, v praxi nebývá moc často řešena (Mikušová, 2010).

1.4.1. Faktory ovlivňující zneužívání léků

To, zda se terapeutické užívání léku promění v jeho zneužívání, závisí na mnoha proměnných, jako je dávka léčiva, způsob, jakým dochází k aplikaci léku, spolužívání dalších léků, kontext, ve kterém je léčivo užíváno, a očekávání jeho účinku. Další důležitou proměnnou je frekvence užívání. Mezi nejméně rizikové formy aplikace

spadá orální užití, oproti tomu injekční aplikace je jednou z nejnebezpečnějších z hlediska rizika abúzu (Compton & Volkow, 2006). Protože léky, které mají potenciál k rozvinutí závislosti, by měly být předepisovány s opatrností, je nutná kontrola. Potížím s preskripcí nevhodných léků nebo jejich příliš vysokých dávek pomáhá předejít systém elektronických předpisů. Ten je propojen s úložištěm informací o daném pacientovi, čímž se zvyšuje šance zabránění situaci, kdy pacient obchází více lékařů a od všech požaduje předepsání návykového léku. Zásadní chybou je, když jsou například léky proti bolesti předepisovány pouze podle požadavků pacienta, zvyšují se jejich dávky bez toho, aby pacient podstoupil rehabilitaci či jiné lázeňské procedury, které by mu pomohly bolest odstranit nebo alespoň zmírnit tím, že se terapie zaměří na skutečnou příčinu bolesti (Švihovec et al., 2018).

Podle Issacsona et al. (2005) existují také faktory na straně lékaře, které hrají roli ve zneužívání léků na předpis. Někteří lékaři, nejčastěji starších ročníků, nesledují trendy ve farmakoterapii, proto nepředepisují nová méně riziková farmaka a raději předepisují ta zastaralá. Jiní lékaři nejsou schopni odhalit intriky svých pacientů a tím nevědomě podporují zneužívání léků. Další lékaři se zapojují do trestné činnosti spojené s podvodem v preskripci léků s vidinou výtěžku. Poslední skupinou jsou lékaři, kteří mají sami problém s užíváním návykových léků nebo je předepisují blízkým s těmito potížemi. Problematická může být i představa lékaře, že s pomocí farmakoterapie lze vyřešit vše. Jiní lékaři zase neumějí svým pacientům říci ne, pokud po nich návykové léky vyžadují.

1.4.2. Abúzus léků ve stáří

Senioři jsou skupinou obyvatel, kterým bývají léky obecně předepisovány ve velké míře. Nicméně i samotní tito pacienti vyššího věku neužívají léky předepsaným způsobem. Pasecká (2016) ve své diplomové práci popisuje fenomén užívání návykových látek mezi seniory. Autorka realizovala rozhovory s 8 pracovníky (sociální pracovníci, ergoterapeut, zdravotní sestra, speciální pedagog) ve 3 domovech pro seniory. Ti uvedli, že se mezi seniory běžně vyskytuje zneužívání léků, a to jak léků na lékařský předpis, tak volně prodejných. Klienti domovů pro seniory často užívají vyšší dávky léků, než mají předepsáno. Také často společně s užíváním léků konzumují alkohol.

Pacienti středního a vyššího věku užívají v rámci předepsané léčby často léky ze skupiny benzodiazepinů, jejichž působení popíšeme v nadcházejících kapitolách. Zejména u starších pacientů s poruchami spánku nebo úzkostmi bývají tyto léky velmi často předepisovány (Mikušová, 2010). Starší osoby mají odlišné složení těla, mají vyšší podíl tuku v těle a odbourávání těchto léků z těla u nich probíhá pomaleji, proto by se měly starším osobám předepisovat poloviční dávky. (Hanáková, 2010). U starých osob se tlumivý účinek benzodiazepinů, ale také například silných analgetik, projevuje výrazněji než u mladšího organismu (Eybl & Černá, 2008). Senioři jsou často těsně po jejich vysazení zmatení a mají narušenou schopnost orientace a paměť (Martínková et al., 2017). Ashton tvrdí, že po určité době ukončení užívání hypnotik vykazují tito pacienti zlepšení kognitivních funkcí, duševního i tělesného zdraví. Podle autora Ashtona je důležité důsledné trvání na omezené době užívání v maximální délce 2–4 týdny při jejich předepisování, protože právě tyto léky bývají často v hospicích nebo domovech pro seniory zneužívány (Ashton, 2005).

Landreat et al. (2010) prováděli systematické rozhovory se seniory užívajícími benzodiazepinové léky na spaní nebo jejich nebenzodiazepinové ekvivalenty z řad Z-preparátů předepsaných praktickými lékaři. Riziko závislosti na těchto lécích u seniorské populace je podle výzkumníků podceňováno. Podkladem k hodnocení výskytu závislosti u probandů jim byl dotazník založený na kritériích z DSM-IV. Dle výsledků od 186 participantů byla prevalence závislosti na těchto lécích 36 %. Oproti seniorům, kteří nesplňovali kritéria pro diagnostiku závislosti, se u závislých častěji objevovaly v minulosti potíže v oblasti psychiatrické, psychologické nebo s užíváním alkoholu. Závislí senioři měli tendence k sebemedikaci, nadměrnému užívání a obcházení předepsané léčby. Splňovali zejména následující kritéria závislosti: tolerance, deprivace, užívání vyšších dávek a neúspěšné pokusy o vysazení léku. Na druhou stranu se u nich neprojevovaly v takové míře sociální a somatické dopady užívání těchto návykových léků.

DeVane (2016) hodnotil vliv benzodiazepinů na motorické funkce. U starších lidí byla motorika užíváním benzodiazepinů zasažena více. Stejně tak byly naměřeny vyšší hladiny benzodiazepinů v plazmě u žen při podání srovnatelné dávky léčiva jako u mužů. I u nich docházelo k výraznějšímu narušení motorických funkcí. Proto by u nich měly být předepisovány nižší dávky těchto léků.

Krombholz., Drástová & Červenka (2009) vidí potenciál v řešení insomnie u seniorů v podávání melatoninu, který spadá do čtvrté generace hypnotik. Ten může

být vhodnější alternativou k výše zmíněným benzodiazepinovým hypnotikům, Z-preparátům, antidepresivům a jiným lékům se sedativním účinkem, jejichž užití může být problematické zejména u starších pacientů s demencí a jinými postiženími centrální nervové soustavy.

2. Návyková psychofarmaka

V následujících odstavcích představíme jednotlivé skupiny psychofarmak vyvolávající závislost. Zaměříme se především na ty skupiny léků, které jsou naší společností zneužívány v největší míře. To jsou zároveň ty, které nejčastěji u pacientů vyvolávají závislost. Tyto informace doplníme poznatky o rizikových skupinách jejich uživatelů.

„Psychofarmaka jsou malé molekuly, ovlivňující chemický přenos nervového signálu především v CNS. Farmakologicky jsou obvykle definována podle svých interakcí s buněčnými enzymy, neurotransmiterovými receptory nebo transportními proteiny” (Fišar, 2009, 137). „Jsou širokou skupinou léků, které působením na mozkové neurony ovlivňují psychické procesy a psychický stav.” Mají vliv na bdělost a vědomí, afektivitu, psychickou integraci a kognitivní funkce (Orel, 2015, 163). Stejně či podobné účinky mohou mít i jiné psychoaktivní látky, které bývají označovány jako drogy, ať už legální či nelegální. V rámci potíží spojených s psychopatologií jsou psychofarmaka nejužívanější metodou léčby. Nicméně, jako u jiných skupin léků, také zde hrozí potíže spojené s rizikem interakcí při užívání různých léčiv, dále riziko předávkování a možných nežádoucích účinků. Dělí se na psychofarmaka, která mohou být předepisována lékaři i bez odborného zaměření, a na ta, která předepisují pouze specialisté, ať už v neurologii či psychiatrii. Mezi psychofarmaka se řadí antidepressiva, thymopropylaktika, antipsychotika, neuroprotektiva, psychostimulancia, anxiolytika a hypnotika (Orel, 2016).

Lékové závislosti se projevují nejčastěji ve formě závislosti na opioidech - F 11.2., mezi které spadají tramadol, kodein, buprenorfin, metadon a jiné. Dalším velmi častým typem je závislost na sedativech, hypnoticích a anxiolyticích - F 13.2., do nichž spadají benzodiazepiny, barbituráty a Z-preparáty. Dále lze pozorovat závislost na stimulantech - F 15.2., kterými jsou anorektika nebo psychostimulancia (Švihovec et al., 2018). Mezi stimulantia patří léky, které jsou využívány k léčbě ADHD. Pokud jsou stimulantia podávána lékovou formou s postupným uvolňováním, hladina dopaminu v mozku stoupá pomalu, tudíž imituje přirozené procesy a nezpůsobuje závislost. Jinak je tomu při injekční nebo intranazální aplikaci, po kterých dochází ke skokovému zvýšení hladiny dopaminu v mozku. (Příkryl, 2015). Jindy může docházet ke kombinování léků a užívání

jiných látek - F 19.2., v případě užívání více analgetik nebo například anabolik či laxativ (Švihovec et al., 2018).

2.1.1. Počty uživatelů návykových léků v České republice

Abychom si představili, jakému množství osob hrozí závislost na lécích uvedeme zde údaje o rizikovém chování při užívání návykových léků. Zneužívání sedativ, hypnotik a opioidních analgetik je považováno za rizikové, proto je množství jejich uživatelů hlídáno. V rámci českých statistik z roku 2017 jsou sledovány počty uživatelů léků se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů užívaných proti bolesti. 23,9 % dotázaných uvedlo, že mají vlastní zkušenost s užíváním sedativ, hypnotik či opioidních analgetik bez lékařského předpisu nebo záměrným nedodržením doporučení pro užívání dané lékařem či lékárníkem. U 9,2 % z dotázaných se toto jednání objevilo v posledním roce. 3,1 % dotázaných mělo tuto zkušenost v posledních 30 dnech. Užívání těchto léků se týká zejména osob nad 35 let. 7,1–9,2 % dotázaných ve věku 15–64 let užilo sedativa, hypnotika či opioidní analgetika bez doporučení lékaře v posledním roce (Mravčík et al., 2018).

2.1.2. Užívání psychofarmak studenty středních a vysokých škol

Než přistoupíme k popisu jednotlivých lékových skupin, uvedeme zde výsledky výzkumu zaměřeného na zmapování prevalence užívání psychofarmak studenty v České republice. Za varovné lze pokládat využívání léků k potlačení příznaků kocoviny, užívání psychofarmak bez konzultace s lékařem a vysoké procento studentů, kteří s využitím léků potlačují stres či obavy ze školních povinností. Do studie se zapojilo 305 respondentů ve věku 17 až 25 let, kteří byli studenty středních a vysokých škol. Výzkumný soubor byl tvořen z 52 % muži. 81 % studovalo vysokou školu. 82,6 % studentů příležitostně užívalo analgetika, z nich nad 70 % je užilo na potlačení bolesti hlavy, zad, zubů nebo v případě onemocnění a 13 % respondentů léky na bolest tlumili důsledky kocoviny. 11 % studentů za posledních 12 měsíců užilo nějaká psychofarmaka, z toho u 48 % byl důvod pocit zvýšených starostí ve škole nebo stres. 42 % respondentů je užilo kvůli pocitu deprese a 9 % kvůli hádkám s partnerem. V 18 % užívali léky kvůli potížím se spánkem na základě doporučení lékaře. Užívání psychofarmak respondenti řeší nejčastěji s lékařem nebo rodiči. 18 % užívá

psychofarmaka bez jakékoli konzultace. 76 % respondentů se při užívání analgetik řídí vlastní potřebou, konkrétně u psychofarmak totéž platí u 9 % respondentů (Česká asociace farmaceutických firem, 2017).

2.2. Anxiolytika, hypnotika a sedativa

Prvními rizikovými léky, které způsobují závislost, jsou anxiolytika. Jedná se o léky využívané při léčbě úzkostných poruch, které jsou v naší populaci ze všech psychických poruch nejčastějšími. Pacienti trpící úzkostí nejčastěji navštěvují lékaře ve chvíli, kdy se jejich problém projeví somaticky. Může se jednat o poruchy srdečního rytmu, zvýšenou tepovou frekvenci, respirační nedostatečnost, bolest na hrudi a nervozitu. Tyto potíže nevymizí ani po vyloučení somatického onemocnění. Při opomenutí léčby hrozí riziko chronifikace (Martínková, 2018).

Rozlišujeme anxiolytika benzodiazepinová, která jsou nejčastěji předepisována a nadužívána, a nebenzodiazepinová anxiolytika, mezi které patří i nenávykové léky jako je hydroxyzin a buspiron, u nichž ale hrozí riziko vyvolání epileptického záchvatu. Mimo tyto skupiny léků mohou působit pozitivně na potlačení úzkostných stavů některá antipsychotika v nízkých dávkách a betablokátory (Orel, 2016). V rámci léčby mohou být využívána kromě výše uvedených léků rovněž antidepressiva, působící jako selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu tedy SSRI, která se v dnešní době předepisují v léčbě úzkostných poruch přednostně. Jsou bezpečnější (Martínková, 2018). Anxiolytika nebo sedativa mají své využití ve chvílích, kdy je zahájena léčba antidepressivy nebo antipsychotiky, ale jejich účinek zatím nenastal. V tomto případě je nutné mít na zřeteli také možná rizika a jejich návykový potenciál (Švihovec et al., 2018).

Druhou skupinou léků, které si blíže představíme jsou sedativa a hypnotika. Tyto léky mají tlumivý vliv na bdělost a vědomí stejně jako anestetika. Hypnotika se využívají při poruchách spánku tedy insomni. Může se jednat o problémy s usínáním, které trvá déle než 30 minut, probouzení v průběhu noci nebo brzké ranní buzení. Insomnie vede ke zvýšené únavě v průběhu dne, což má za následek zhoršenou pozornost, soustředění a nálady (Martínková, 2018). Terapie nespavosti může probíhat farmakologicky nebo s pomocí behaviorální terapie, kdy pacient pracuje na změně chování souvisejícího se spánkem a soustředí se na správnou spánkovou hygienu, tedy úpravu prostředí a psychogenní příčiny obtížného usínání. Se zvyšujícím se věkem

pacienta se projevuje větší nechuť nespavost řešit psychoterapeutickými prostředky. Starší pacienti a ti, kteří nespavostí trpí dlouhodobě, jsou obecně vůči nefarmakologickým postupům rezistentnější a je tedy potřeba jejich problém řešit pomocí hypnotik (Borzová, Kozelek, & Kmoch, 2006).

Rozlišujeme takzvané 4 generace hypnotik. Do první generace spadají již obsolentní léky s vysokou mírou zdravotních rizik, patří sem ku příkladu barbituráty. Naopak druhá generace hypnotik se stále využívá, jedná se o benzodiazepiny. Do třetí generace hypnotik spadají takzvané Z-preparáty, které jsou v dnešní době preferovány. Čtvrtá generace využívá našemu tělu přirozenou látku hormon melatonin (Orel, 2016). Užívání léků v podpoře zdravého spánku je vhodné zejména při akutních poruchách spánku, které netrvalí déle než tři měsíce. Včasným užíváním hypnotik by se mělo předejít chronifikaci obtíží. Nicméně samotná farmakoterapie by neměla trvat déle než čtyři týdny, případně pět týdnů v případě přerušovaného užívání. Hypnotika by neměla být užívána dlouhodobě právě z důvodu rozvoje závislosti (Martínková, 2018). Švihovec et al. (2018) upozorňují na nevhodnost pouhého dlouhodobého užívání některých hypnotik při poruchách spánku. Problém by měl být řešen komplexně, tak aby hypnotika nemusela být podávána déle než pět až sedm dní.

2.3. Benzodiazepiny

Dále se zaměříme na benzodiazepinová léčiva obecně. Protože závislost na lécích z této skupiny účinných látek se vyskytuje často, představíme si jejich vliv na organismus uživatele blíže.

2.3.1. Rozdělení a účinky benzodiazepinů

Jde o léky spadající do skupiny anxiolytik i hypnotik. Jejich účinky jsou pestré. Kromě toho, že mají sedativní a hypnotický vliv na organismus, snižují úzkost a svalové napětí. Využití mají i v oblasti anestezie (Lüllmann, Mohr & Hein, 2012). U jednotlivých léčiv vždy některé z těchto účinků převažují nad ostatními, proto je můžeme rozřadit mezi hypnotika nebo anxiolytika, nicméně je třeba mít na paměti, že vycházejí ze stejné skupiny léků, a proto sdílejí určité vlastnosti (Smolík, 2011). Pokud se zaměříme na prevalenci jejich užívání u nás, tak v rámci zdravotnické statistiky psychiatrické péče pro rok 2017 bylo zjištěno, že mezi pacienty užívajícími psychoaktivní látky, kteří jsou evidováni v ambulantních psychiatrických zařízeních,

bylo 2 051 uživatelů sedativ a hypnotik, z toho 1 381 bylo uživatelů benzodiazepinů a 34 barbiturátů. Nejvyšší prevalence užívání benzodiazepinů byla zaznamenána v Praze, Středočeském a Olomouckém kraji (ÚZIS, 2018b).

Benzodiazepiny lze rozdělit do skupin na základě intenzity působení na organismus. Jsou buď méně nebo vysoce účinné a rozlišuje se i rychlost, za jakou je tělo schopné látku vyloučit. Rozlišují se látky s krátkým až střednědobým a dlouhodobým poločasem a dobou účinku. Krátkodobě (2–5 hodin) působící jsou například oxazepam, triazolam, midazolam a tofisopam. Střední poločas mají (6–12 hodin) působící flunitrazepam, nitrazepam, alprazolam, lorazepam, temazepam a bromazepam. Dlouhodobě (16–100 hodin) působí diazepam, chlordiazepoxid, medazepam, clonazepam, clobazam a prazepam (Lincová et al., 2005).

Při léčbě poruch spánku jsou předepisovány benzodiazepiny s krátkým poločasem a při terapii úzkostných stavů jsou využívány benzodiazepiny s dlouhým poločasem (Martínková, 2018). Dle Honzáka (1999) mají některá benzodiazepinová anxiolytika své místo i při terapii depresivních stavů. Mohou být přínosem při současném užívání antidepresiv k odstranění nutkavých depresivních myšlenek a negativních emočních projevů ještě před tím, než začnou účinkovat samotná antidepresiva. Podle Lüllmanna, Mohra & Wehlinga (2004) by neměla být důvodem k užívání benzodiazepinů úzkost, která doprovází obavy z nevládnutí nadcházející situace nebo problému, který je právě přítomen. Benzodiazepiny potom pro některé znamenají tzv. pilulky štěstí, které jim pomáhají zvládat každodenní povinnosti a užívají je dlouhodobě. Zneužívání benzodiazepinů v tomto případě nápadně připomíná abúzus alkoholu. Léky mohou pomoci v úvodu psychoterapie, která by měla být hlavní cestou řešení neuróz. Využití benzodiazepinů tkví v akutní medicíně, kde mohou pomoci nejvíce.

Užívání benzodiazepinů je bohužel spojeno s projevem některých výrazných nežádoucích účinků, které se u pacientů projevují. Mají značný vliv na psychiku jedince. Při užití vysoké dávky léku se u pacientů projevuje zmatenost, dezorientace, apatie, která má souvislost s absencí motivace cokoli řešit. V práci benzodiazepiny snižují efektivitu, působí nepozornost a pacient často přestává zvládat běžné činnosti. Takovéto nežádoucí účinky se u pacientů objevují již při dodržování předepsaných dávek a mohou mít za následek vyšší úrazovost pacienta (Lincová et al., 2005). Při užívání středně a dlouhodobě působících benzodiazepinů nastávají potíže se sníženou reaktivitou a celkovým útlumem i v průběhu následujícího dne. Pacienti

mohou trpět anterográdní amnézií, neklidem, poruchou pozornosti a řeči. Mají snížené schopnosti k řízení motorových vozidel, a proto by se měli zdržet řízení (Martínková et al., 2018). Nežádoucí účinky se projevují zejména u léků s mimořádně krátkým poločasem,

kdy bývá narušena především paměť a nálada (Lüllmann, Mohr & Wehling, 2004). Kromě rizika rozvoje tolerance a závislosti mají benzodiazepinová hypnotika další nežádoucí vliv na zkrácení REM fáze v průběhu spánku, což má za následek mimo jiné zhoršení paměti. Při užívání benzodiazepinů je v důsledku jejich působení na centrální nervovou soustavu a útlum některých funkcí popsána také tzv. paradoxní reakce. U některých pacientů se v důsledku toho objevuje snížená kontrola emocí, nárůst úzkosti, hostilita a také disociální projevy. Samotná anxiolytika mohou tedy v důsledku úzkost podnítit. Dnes je předepisování těchto léků na ústupu, a to zejména kvůli riziku rozvoje závislosti (Martínková., 2018).

Dalšími varovnými nežádoucími projevy jsou především takzvané účinky end of use. Jedná se o potíže spojené s náhlým ukončením léčby, také nazývané rebound fenomén, kdy po vysazení benzodiazepinů dochází kromě odvykacího stavu ke znovuobjevení ještě výraznějších potíží se spánkem (Riemann, & Nissen, 2011). Dále nastávají zásadní potíže při užívání těchto léků v průběhu těhotenství, protože intoxikují plod, jenž tyto látky není schopen metabolizovat tak rychle jako dospělý člověk. Hrozí tedy jeho smrt, kongenitální malformace, předčasný porod, neonatální toxicita a také samozřejmě abstinenci příznaky. Dítě může být intoxikováno i prostřednictvím mateřského mléka užívající matky (Lincová, Farghali et al., 2005).

2.3.2. Benzodiazepiny a riziko závislosti

Nyní se zaměříme přímo na závislost na benzodiazepinech. Dle Hosáka & Hrdličky (2015) existují i pacienti, kteří dlouhodobě či celý život užívají stejné malé množství bezodiazepinů a nemají potřebu ho navyšovat. Naopak u jiných pacientů i tyto nízké terapeutické dávky spustí rozvoj závislosti, a to zejména u těch, kteří jsou úzkostní.

Rozvoj závislosti na benzodiazepinech je při užívání vyšších dávek otázkou týdnů. Závislost se rozvíjí rychleji na benzodiazepinech s krátkou účinností. Maximální doba bezpečného užívání činí dva až šest týdnů, a to jen v případě nutnosti. Je ale časté, že je pacienti užívají ještě déle a už v případě tříměsíčního užívání se u třetiny z těchto

pacientů rozvíjí závislost. Podezření závislosti u pacientů většinou nastává v situaci, kdy nemají benzodiazepinu dostatek a objevuje se odvykací stav, který se projevuje třesem, neklidem, nespavostí, nadměrným pocením, křečemi a znovu se objevují příznaky, kvůli kterým pacient léky začal užívat (Mikušová, 2010). V případě abúzu se u pacienta projevují různorodé zdravotní potíže, které si uživatel ani lékař zpočátku často nedá do souvislosti se škodlivým užíváním, a tak pacient podstupuje různá vyšetření kvůli podezřením na závažné akutní onemocnění. Výjimkou nejsou ani hospitalizace, kdy je příčina obtíží nejasná a chybí organický nálezný (Lader, 2014). Benzodiazepiny mají mimo jiné své místo v oblasti terapie epileptických záchvatů. Piskorska, Miziak, Czuczwar & Borowicz (2013) proto zjišťovali, k jakým pochybením dochází u pacientů při užívání předepsaných antiepileptik. Pozorovali potíže s navyšováním množství užívaných antiepileptik u pacientů užívajících klonazepam se závislostí na jiných látkách.

2.3.3. Rizika spojená s užíváním benzodiazepinů a alkoholu

Mezi často vyskytující se problém patří kombinace zneužívání benzodiazepinů a alkoholu. Běžně se můžeme setkat s kombinovanými závislostmi, kdy pacient kromě nadměrného užívání léků má problémy například s alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Pokud lékař předepíše abstinujícímu závislému návykový lék, může dojít ke zkříženým závislostem. Zejména problematrická je situace závislosti na alkoholu a ordinování benzodiazepinů a hypnotik třetí generace. Někteří pacienti v rámci samoléčby tyto návykové léky využívají k potlačení abstinčních příznaků způsobených užíváním jiných návykových látek (Švihovec et al., 2018).

Na zneužívání benzodiazepinů pacienty s jinou závislostí se zaměřily následující výzkumy. Rossová (1993) publikovala studii v níž se zaměřila na užívání anxiolytik především benzodiazepinů pacienty, kterým byla diagnostikována závislost na alkoholu. Čtyřicet procent probandů užívalo benzodiazepiny v uplynulém týdnu nebo mělo pozitivní testy na jejich přítomnost v moči. U těchto pacientů byla častěji diagnostikovaná úzkostná porucha než u ostatních. Dvacet procent pacientů závislých na alkoholu mělo během života diagnostikován abúzus nebo závislost na anxiolyticích. Jednalo se častěji o ženy.

Obdobně se britský výzkum Jaffeho et al. (2004) zaměřil na populaci pacientů v léčbě závislosti na alkoholu či opiátech riziko rozvoje závislosti na lécích

s hypnotickým a sedativním účinkem. Probandi byli dotazováni patnácti otázkami zaměřenými na zkušenosti s dvanácti různými léky ze skupiny hypnotik a sedativ. Přesněji se jednalo o čtyři benzodiazepiny, dvě nebenzodiazepinová hypnotika, tři antidepresiva se sedativním účinkem, dvě antihistaminika a jeden neexistující smyšlený lék (Norex). U třech léků ze skupiny benzodiazepinů se projevila nejvyšší míra náchylnosti k jejich abúzu. V případě antihistaminik byly hodnoty naopak nejnižší. Profil získaný u nebenzodiazepinových hypnotik a antidepresiv byl podobný. 61 % respondentů mělo v minulosti a 20 % má v současné době potíže s abúzem dotazovaných léků.

Naopak užívání benzodiazepinů může vést k potížím spojeným s abúzem alkoholu u pacientů, kteří dříve problémy tohoto druhu neměli. Jedná se o jev, který se vyskytuje častěji u žen. To je důvodem, proč by se pacienti užívající benzodiazepiny měli vyvarovat konzumaci alkoholu (Mack, Brady, Miller & Frances, 2016). Nicméně existují i další důvody. Při samostatném užívání benzodiazepinů i ve vysokých dávkách pouze zřídka kdy dochází k ohrožení života. Pokud jsou ale užívány společně s opiáty, sedativy nebo alkoholem, mohou uživateli narušit vitální funkce a mít fatální následky (Kang & Ghassemzadeh, 2018). Výrazné potíže může způsobit současná konzumace alkoholu spolu s benzodiazepiny (Martínková, 2018). V takovém případě jejich vliv na centrální nervovou soustavu zesílí, pacient může zažívat stavy zmatenosti a hrozí u něj riziko rozvoje deliriantního stavu již při užívání nízkých dávek benzodiazepinu spolu s alkoholem (Martínková, 2018). Vysoké množství benzodiazepinů požitých spolu s alkoholem může způsobit utlumení dechové soustavy a srdeční činnost. (Mikušová, 2010).

2.3.4. Výzkumy zaměřené na charakteristiku uživatelů benzodiazepinů

V této části diplomové práce bychom chtěli blíže představit rizikovou skupinu uživatelů a osob závislých na benzodiazepinech.

Gerdner, Nordlander & Pedersen (2002) provedli výzkum, v němž se zaměřili na zjištění osobnostních proměnných v závislosti na látce, na které byly dané pacientky závislé. Do výzkumu bylo zařazeno 108 švédských pacientek v léčbě. Jednalo se o závislé na alkoholu, heroinu, amfetaminech nebo benzodiazepinech. Průměrný věk všech byl 37,2 let, Přičemž závislé na alkoholu nebo benzodiazepinech se řadily ke starším pacientkám z výzkumného souboru. Abúzus alkoholu nebo benzodiazepinů

trval v průměru výrazně déle než u ostatních závislostí. V 95 % měly závislé na benzodiazepinech zkušenost s abúsem alkoholu. Polovina probandek závislých na benzodiazepinech v minulosti užila heroin a/nebo amfetamin. V 90 % závislé na benzodiazepinech trpěly afektivní a/ nebo úzkostnou poruchou, což byl výrazně vyšší počet v porovnání s ostatními závislostmi. U 70 % byla vyhodnocena osobnost klastru C, jež se projevuje vyhýbavým, závislým a obsedantně-kompulzivním laděním osobnosti. Typ osobnosti spadající do klastru B, tedy disociální, histriónská, narcistická nebo hraniční, byl také nejčastější u benzodiazepinových závislostí. V temperamentu skórovaly pacientky závislé na benzodiazepinech nejvýše v citlivosti a vytrvalosti. V rámci charakteru se u těchto patientek projevila tolerance k odlišnostem a přijetí ostatních, kooperativnost a sebezpřijetí, dále empatie a soucit a mají sklony ke spiritualitě a transpersonálnímu vnímání. Měly nejvyšší skóre na škálách pravdivých a raritních odpovědí. Závislé na benzodiazepinech jsou náchylnější k psychózám než alkoholičky a závislé na heroinu.

Polští výzkumníci Konopka, Pełka-Wysiecka, Grzywacz & Samochowiec (2013) se zaměřili na to, jaký je rozdíl mezi pacienty užívajícími benzodiazepiny bez známek závislosti a těmi, kteří jsou na těchto léčích závislí. Do výzkumu bylo zahrnuto 120 probandů, z nichž 60 mělo diagnostikovanou benzodiazepinovou závislost. Všichni tyto léky užívali v rámci své předepsané terapie úzkostných poruch, úzkostně depresivních poruch nebo poruch přizpůsobení. Ke zjištění osobnostních rysů výzkumníci využili NEO-FFI, STAI, BIS a CISS.

Skupina závislých na těchto léčích v minulosti častěji iniciovala jejich užívání bez lékařského předpisu a získávala je od svých známých. U těchto probandů trvala terapie benzodiazepiny podstatně déle a jejich úvodní dávky byly podstatně vyšší. Napětí, kvůli kterému závislí původně začali s lékovou terapií, bylo častěji vyvoláno domácím násilím, problémy v práci nebo ukončením konzumace alkoholu. U kontrolní skupiny převládaly obecné rodinné problémy, deprese a strach spojený se zkouškami. Nebyly zjištěny signifikantní rozdíly v pravidelnosti užívání benzodiazepinů v rámci úvodní léčby. Úroveň úzkosti, ať už přechodné či dlouhodobé, byla u probandů se závislostí vyšší. Skórovali také výše na škále neuroticismu, a naopak níže na škále extravertze a svědomitosti než kontrolní skupina. Preferovaný styl copingu byl u výzkumné skupiny orientovaný na emoce. Tito probandi také častěji zažili nepříznivé situace v dětství i dospělosti, jako je domácí násilí, násilí mezi vrstevníky, závislost na alkoholu družky či druha, domácí psychické a fyzické týrání či ztráta zaměstnání.

U skupiny závislých na benzodiazepinech byla zřetelná kumulace stresujících událostí během dvou let předcházejících začátku užívání (Konopka, Peřka-Wysiecka, Grzywacz & Samochovec, 2013).

Busto, Romach & Sellers (1996) zjišťovali komorbiditu závislosti na benzodiazepinech s jinými duševními onemocněními. Informace získali od pacientů se silnou závislostí na benzodiazepinech hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení. Výzkumníci použili strukturovaný klinický rozhovor pro DSM-III-R včetně screeningové modulu psychotických onemocnění SCID-P a II. Průměrný věk pacientů byl 36 let v rozsahu 22–58 let. Mezi nejčastější celoživotní psychiatrická onemocnění u výzkumného vzorku patřila těžká deprese, závislost na jiných psychoaktivních látkách a panická porucha. U duálních závislostí se nejčastěji vyskytoval problém s užíváním opioidů a alkoholu. Dalším diagnostikovaným onemocněním byla generalizovaná úzkostná porucha. Z oblasti poruch osobnosti se mezi respondenty vyskytovaly nejčastěji porucha disociální, vyhubá a hraniční. Komorbidita závislosti na benzodiazepinech s dalšími psychiatrickými onemocněními je tedy běžná.

Schuckit, Smith, Kramer, Danko & Volpe (2002) ve své studii odlišili dvě skupiny osob ve vztahu k užívání léků s hypnotickým a sedativním účinkem. V první byli ti, kteří měli potíže s abúzem těchto léků. V druhé skupině byli jedinci s prokazatelnou závislostí na těchto lécích a ve třetí skupině byli závislí na alkoholu bez známek abúzu či závislosti na hypnoticích a sedativech. Výskyt závislosti na hypnoticích a sedativech se vyskytoval u zkoumaných jedinců častěji než abúzus. Osoby spadající do první a druhé skupiny byli většinou běloši, kterým byla v minulosti diagnostikovaná deprese, panická porucha nebo porucha nálady vyvolaná účinkem návykové látky. Ve skupině závislých bylo v porovnání se skupinou zneužívajících hypnotika a sedativa více žen.

2.4. Nebenzodiazepinová hypnotika

Jak bylo zmíněno výše, benzodiazepiny nejsou jedinou skupinou hypnotik, která jsou dnes na trhu. Řadí mezi hypnotika druhé generace. Dalšími léky spadajícími do skupiny těchto léků ovlivňujících spánek jsou hypnotika třetí a první generace. V následujícím textu tato farmaka představíme s ohledem na jejich závislostní potenciál (Orel, 2016).

2.4.1. Hypnotika třetí generace a riziko rozvoje závislosti

Bohužel ani novější třetí generace hypnotik není bez rizika rozvoje závislosti. V současnosti jsou při terapii krátkodobé insomnie preferováni nebenzodiazepinová antagonisté benzodiazepinových receptorů před benzodiazepinovými hypnotiky. Jsou to hypnotika třetí generace nazývané Z-preparáty. Narozdíl od dalších hypnotik je jejich výhodou, že nemají vliv na REM-fázi spánku a po jejich vysazení nedochází k obnovení původních obtíží. Můžeme sem zařadit zolpidem, který pomáhá při problémech s usínáním, nebo zopiklon, který potlačuje noční a brzké buzení (Martínková, 2018). Behere, Das & Behere (2019) popisují, že nebenzodiazepinová hypnotika také narozdíl od benzodiazepinů nemají při nízkých dávkách vliv na svalové napětí a křeče. Působí především anxiolyticky a sedativně. Užívat by se měla výhradně před spaním. Abstinenční příznaky se objevují pouze u pacientů, kteří vysazují dlouhodobě užívaná nebenzodiazepinová hypnotika nebo je užívali ve vysokých dávkách.

Hajak, Müller, Wittchen, Pittrow & Kirch (2003) zjišťovali, jaký je závislostní potenciál zolpidemu a zopiclonu. Z-preparáty jsou dle nich mnohem bezpečnější z hlediska závislostního potenciálu. Upozorňují, že u pacientů s psychiatrickým onemocněním je vyšší riziko abúzu těchto léků. Mack, Brady, Miller & Frances (2016) uvádějí, že závislost na těchto preparátech se vyvíjí podobně jako u benzodiazepinů. Také v tomto případě by se pacienti s historií závislosti na alkoholu a jiných látkách měli jejich užívání vyhnout.

Vlčková Zenáhlíková & Kmoch (2017) publikovali kazuistiku jedné 40leté české pacientky užívající zolpidem, jež poukazuje na rizikovost těchto léků v souvislosti se syndromem závislosti. Jednalo se o ženu, která si v rozmezí let prošla obdobím abúzu alkoholu. Od 21 let užívala zolpidem kvůli potížím se spánkem. Psychická závislost a růst tolerance k léčivu vedla k navyšování dávek. Pacientka v pokročilé závislosti během 1 dne užívala až 120 tablet, což jí stálo až 3 500 korun za denní dávku na černém trhu.

2.4.2. Hypnotika první generace a riziko rozvoje závislosti

Mezi sedativa a hypnotika lze zařadit ještě poslední skupinu léků. Abychom uzavřeli téma léků se sedativním a hypnotickým účinkem, které mají závislostní potenciál, představíme si na závěr ještě barbituráty. Jak bylo zmíněno výše, barbituráty

jsou již zřídka předepisovanými léky. Přes to, že mají hypnotický účinek, nejsou předepisovány při poruchách spánku. Tlumí nervový systém. Potlačují REM-fázi spánku a mají silný závislostní potenciál (Švihovec et al. 2018). Vyrůstající tolerance k barbiturátům má mimo jiné vliv také na snížení senzitivity k jiným sedativům, benzodiazepinům a alkoholu (Mack, Brady, Miller & Frances, 2016). Problém skýtá zejména jejich vliv barbiturátů na dechovou soustavu, kterou tlumí, a tím mohou způsobit až její zástavu. Využití mají stále v anesteziologii a při epileptických záchvatech díky svým protikřečovým účinkům (Švihovec et al. 2017).

Z hlediska rizikovosti rozvoje závislosti se řadí barbituráty spolu s benzodiazepiny mezi více ohrožující než nebenzodiazepinové Z-preparáty. K abúzu barbiturátů dochází většinou společně s dalšími sedativy, jen zřídka kdy dochází k samotnému zneužívání barbiturátů. Mezi návykové léky s obsahem barbiturátu patří butalbital, který působí krátkodobě a bývá předepisován při léčbě bolestí hlavy. Nicméně pravidelným užíváním tohoto léku dochází k návyku a při jeho vysazení se objevují opět původní zdravotní potíže. Od těch si lze ulevit pouze dalším užitím butalbitalu (Weaver, 2015). Příznaky z vysazení zahrnují poruchy vnímání, třes v končetinách, úzkost, epileptický záchvat a nepravidelnost srdečního rytmu. Také barbituráty mají různou dobu působení, podle níž se rozlišují. Krátkodobé působí v řádu minut, maximálně několika hodin, a řadíme sem sekobarbital, pentobarbital, thiopental. Střednědobý barbiturát působící v řádu hodin je amobarbital a až dva dny působí fenobarbital (Švihovec et al. 2017).

2.4.3. Prevalence užívání návykových sedativ a hypnotik a jejich uživatelé

Konečný (2017) vypracoval odhad množství užívaných návykových sedativ a hypnotik v České republice mezi lety 2011 a 2016. Zařadil sem léky ze skupin benzodiazepinů a Z-preparáty. V těchto letech došlo k mírnému poklesu užívání benzodiazepinů i Z-preparátů. Při pohledu na jednotlivé preparáty vzrostla spotřeba konazepamu, zolpidemu, zopiklonu a klobazamu. Mezi nejčastěji předepisované léky tohoto typu léků patří alprazolam, který v roce 2011 užívalo 3,15 % a v roce 2016 2,67 % populace. V případě zolpidemu jej v roce 2011 užívalo 1,56 % a v roce 2016 1,87 %. U obyvatel starších 65 let je výskyt užívání této skupiny léků 15–33 %.

Uživatelé hypnotik a sedativ jsou specifickou skupinou mezi ostatními závislostmi, jestliže se zaměříme na úroveň jejich vzdělání nebo sociální zázemí.

Dle statistiky z roku 2017 patří uživatelé sedativ a hypnotik spolu s uživateli alkoholu a problémovými hráči hazardních her oproti uživatelům nelegálních návykových látek mezi nejčastěji vysokoškolsky vzdělané. 83 % uživatelů sedativ a hypnotik má stabilní bydlení oproti uživatelům konopných látek, kteří ho mají v 66 %, a uživatelům pervitinu, již mají kde bydlet v 61 %. Uživatelé sedativ a hypnotik jsou spolu s uživateli alkoholu nejčastěji rodiči, přitom většina uživatelů návykových látek děti nemá (Mravčík et al., 2018).

2.5. Antidepressiva

Nyní si stručně popíšeme další skupinu léků, která mezi sebou má účinnou látku s prokazatelným rizikem závislosti. Antidepressiva působí proti snížené náladě. Své využití mají tedy především v léčbě depresivních stavů. Disponují nicméně ještě širší paletou účinků, a proto jsou také předepisována k terapii bolesti, úzkosti či insomnie (Orel, 2016).

2.5.1. Antidepressivum s anxiolytickým účinkem a riziko závislosti

Kromě starší generace antidepressiv, která působí na dopaminergní systém, jsou antidepressiva z hlediska rizika vyvolání závislosti bezpečná (Hýža & Čechová, 2015).

Novější antidepressiva jsou tedy z hlediska rizika rozvoje závislosti považována za bezpečná. Některé publikované kazuistiky však poukazují na to, že závislost se může vyvinout i na tianeptinu, který byl dříve hojně předepisován i depresivním a úzkostným pacientům s problémem závislosti (Hýža & Čechová, 2015).

Zjištění Springera & Cabała (2018) toto riziko potvrzuje. Závislost na tianeptinu se nejčastěji vyvíjí u pacientů s historií abúzu nebo závislosti na jiných návykových látkách. Dle jejich výzkumu byla závislost na něm nejčastěji pozorována u žen mezi 30 a 40 lety.

Mechanismus účinku tianeptinu je opačný od ostatních antidepressiv. Zvyšuje zpětné vychytávání serotoninu v synaptické štěrbině (Orel, 2016). Po vysazení tianeptinu se u některých závislých projevují odvykací příznaky podobné těm u pacientů závislých na opioidech (Lauhan, Hsu, Alam & Beizai, 2018).

2.6. Analgetika

Třetí skupinou psychofarmak, která vyvolávají závislost jsou analgetika, proto se v následujícím textu zaměříme právě na ně. Analgetika jsou léky využívány pro ovlivnění bolesti. Své místo mají analgetika zejména v případě terapie bolesti pohybového systému, kdy doplňují léčbu zaměřenou na řešení původu potíží. S jejich prvotní pomocí lze zabránit, aby se bolest chronifikovala. V posledních letech se ukazuje, že komplikovanější bolesti vznikají přímo v nervové soustavě bez poškození tkáně, jsou tedy psychogenního charakteru (Švihovec et al., 2018).

Léky ovlivňující bolest lze rozdělit na neopioidní analgetika, mezi něž patří léky s protizánětlivým účinkem jako je paracetamol nebo metamizol a nesteroidní antirevmatika. Dalším typem jsou opioidní analgetika různé síly účinku. Mezi slabé opioidy patří kodein, dihydrokodein a tramadol. Slabá opioidní léčiva jsou v České republice stále častěji užívána, zejména tramadol, který bývá lékaři hojně předepisován i přes to, že se pojí s výraznými nežádoucími účinky, jimiž jsou závratě a pocit nevolnosti (Hegmonová, 2014). Silnými opioidy jsou morfin, fentanyl, hydromorfon, oxykodon, buprenorfin, tapentadol, pethidin a piritramid (Hakl et al., 2013). Tyto mají své uplatnění v terapii těžkých bolestivých stavů mimo jiné v rámci paliativní a hospicové péče (Sláma, Kabelka & Vorlíček, 2007).

Dále mezi léky ovlivňující bolest lze zařadit adjuvantní analgetika, která jsou využívána primárně pro jinou indikaci, než je bolest, například v terapii epilepsie či deprese. Může se jednat o antidepresiva či kortikoidy (Švihovec et al., 2018).

2.6.1. Postoj společnosti k užívání opioidních analgetik

Je důležité zmínit, že opiáty mají v dnešní společnosti kontroverzní postavení. Literatura se zmiňuje o tzv. fenoménu opiátofobie. Povědomí o rizicích jejich užívání je vyšší, než je tomu v případě benzodiazepinů nebo Z-preparátů. Můžeme popsat řehnaný strach společnosti z užití návykových látek k potlačení bolesti. Ten se projevuje odmítáním užití indikovaných analgetik. Znamená komplikaci, v situacích, kdy by bylo vhodné využít silná analgetika tedy například, když pacient prožívá výraznou akutní bolest a trpí (Švihovec et al., 2018). Oliveira Júnior (2018) uvádí, že mezi lidmi se stále více prosazuje strach z užívání opioidních analgetik z toho důvodu, že působí na lidskou psychiku a ovlivňují ji. Rizikovost užívání opioidních analgetik je ale odlišná v případě chronické bolesti, kdy mohou převládat jejich nežádoucí účinky. Při léčbě akutní bolesti

jsou opioidní analgetika velmi účinná a jejich odmítání vede ke zbytečnému prožívání bolesti, která by mohla být utlumena.

2.6.2. Rozdělení opioidních léčiv a riziko závislosti

Nyní se zaměříme na riziko závislosti, která při užívání opioidních léků hrozí. Opioidní analgetika jsou v dnešní době hojně využívána. Jejich preskripce roste, a s tím se pojí také zvýšený výskyt abúzu těchto léků a nežádoucích účinků souvisejících s jejich chybným užíváním (Carballo, Coloma-Carmona, Mrozowicz-Gaudyn, Vidal-Arenas, van-der Hofstadt & Rodríguez-Marín, 2016).

Pro bližší porozumění je nutné tyto léky rozdělit podle jejich účelu v rámci zdravotnictví. Opioidní léky jsou předepisovány zejména k potlačení bolesti nebo při kašli, případně mají výjimečné využití při průjmu. Jsou také indikovány novorozencům narozeným matkám se závislostí na heroinu pro zmírnění jejich odvykacího stavu (Minařík in Kalina, 2008).

Nejčastěji zneužívaná opioidní léčiva můžeme rozdělit do tří kategorií: substituční látky, slabé opioidy a silná opioidní analgetika. Do skupiny substitučních látek, které se využívají v České republice, spadá metadon. Ten pacientům pomáhá překonat závislost na heroinu. Další substituční látkou je buprenorfin, který je ve velkém množství prodáván na černém trhu, nejčastěji uživatelům, kteří si jej aplikují injekčně. V rámci léčby je buprenorfin kombinovaný s naloxonem. To má potlačit zneužívání buprenorfinu intravenózně. V současné době je více závislých na této látce než na heroinu. Analgetika druhého stupně neboli slabé opioidy vyvolávají závislost, v rámci jejíž léčby musí být pacient hospitalizován. Narozdíl od pacientů závislých na silných opioidech bývá jejich léčba úspěšnější a dochází k úplné abstinenci. Mezi slabé opioidy se řadí kodein, který bývá prodáván v kombinaci paracetamolem, jenž posiluje účinek potlačující bolest. Poměrně běžný bývá abúsus tramadolu, jenž se řadí mezi atypické opioidy, které užívají pacienti s chronickou bolestí. V současné době získává oblibu dextrometorfan. Tento lék má podobný účinek jako ketamin. Zařadit sem můžeme dále léky pentazocin, butorfanol a nalbufin, jež jsou indikované k terapii akutní bolesti (Švihovec et al., 2018).

2.6.3. Projevy závislosti na opioidních analgetikách

Na následujících řádcích se popíšeme, jaké jsou projevy závislosti na opioidních analgetikách. Důvod, proč se u pacienta rozvine psychická závislost, může souviset se sociálním kontextem spojeným s užíváním. Patří sem užívání léku pro příjemný euforický efekt, nikoli pro potlačení potíží, jak tomu bývá v případě léčby bolesti. Závislost se v mnoha případech projevuje preferencí užití léku v injekční formě, kdy se do těla nárazově dostane vysoké množství látky. Nicméně ke zneužívání léků dochází i v případě léků s postupným uvolňováním (Lejčko & Gabrhelík, 2017).

V souvislosti s poločasem užitého léku se u pacienta projevují abstinенční příznaky v různé intenzitě a doba jejich nástupu je individuální. Mezi abstinенčními příznaky při vysazení opioidů se řadí svalová bolest, křeč, bolest břicha, zvracení, zažívací a střevní potíže, návaly horka nebo rozšíření zornic (Čížek, 2002). Dále se může projevit podrážděnost, syndrom neklidných nohou, zívání, zvýšená senzitivita, bolest svalstva, pocit chladu, nespavost nebo psychické projevy jako depresivita či úzkostnost. Postupem času se při syndromu z vysazení objevují potíže se soustředěním, emoční oploštělost a celková nepohoda. Závislost na těchto lécích by měl umět rozpoznat lékař. Pomoci mu k tomu může sledování a zaznamenávání určitých projevů závislého pacienta. Mezi typické znaky závislostního chování, které lze pozorovat u pacientů užívajících opioidy, patří: „... falšování receptů, injekční a jiné způsoby aplikace perorálních opioidů, nedodržování a modifikování léčby bez souhlasu lékaře, prodej předepsaných opioidů, simultánní nekontrolovaný abúzus alkoholu a jiných drog, vyhledávání jiných lékařů k zajištění preskripce opioidů, opakované ztracení receptů a léků s „klasickým“ typem omluvy, časté telefonáty za účelem včasější kontroly, prezentace relativně dobré znalosti příslušné farmakologie a terminologie” (Lejčko & Gabrhelík, 2017, 110). V některých případech pacient až agresivní formou žádá lékaře o navýšení terapeutických dávek opioidů nebo si medikaci sám upravuje. Navyšuje si sám dávky a vyhledává pomoc na jiných pracovištích či mimo zdravotnický systém (Lejčko & Gabrhelík, 2017).

Dayal & Balhara (2016) retrospektivně zjišťovali vlastnosti 31 pacientek přijatých do léčby závislosti na opioidních lécích v uplynulých 5 letech. Sedmdesáti procentům pacientek byly problematické léky původně předepsány praktickým lékařem, a to nejčastěji z důvodu bolesti stresu či úzkosti. Téměř šedesát procent pacientek mělo diagnostikováno psychiatrické onemocnění přesněji depresi, poruchy osobnostispadající

do klastru B nebo somatoformní poruchu. Dle autorů by měl lékař nejprve zvážit, zda se u pacienta nevyskytuje nějaká z výše uvedených psychopatologií, před tím než přikročí k předepisování opioidních analgetik, aby zabránil abúzu těchto léků. U rizikových pacientů by měla proběhnout nejprve snaha podpořit zvládání jejich bolesti nefarmakologickou cestou.

2.6.4. Léčba chronické bolesti a riziko závislosti

Skupinou osob ohrožených lékovou závislostí jsou zcela jistě pacienti trpící chronickou bolestí, proto si problematiku léčby chronické bolesti přiblížíme. Množství pacientů vyžadujících léčbu chronické bolesti je srovnatelné s počtem pacientů s diabetem, tedy přibližně 8 % populace České republiky. Jejich prevalence narůstá, což lze přisoudit mimo jiné zvýšené době dožití a novým možnostem v medicíně, kdy jsou lékaři stále více schopni zasáhnout v akutních případech, nicméně i tyto zásahy s sebou mohou přinést dlouhodobé následky. Pacienti jsou poté v důsledku chronické bolesti omezeni v různých každodenních činnostech, které by byli jinak schopni bez problému vykonávat, což má mimo jiné neblahý vliv na jejich duševní pohodu. Problém chronické bolesti tkví v tom, že nemá vždy jasně identifikovatelnou příčinu. Vyšetření tedy v některých případech neodhalí původ bolesti a v tu chvíli zdravotnictví neumí nabídnout efektivní řešení. Opioidy přinášejí pacientům s chronickou bolestí úlevu (Lejčko & Gabrhelík, 2017). V některých případech se jedná o lepší variantu, než jakou by bylo operativní řešení, nicméně obezřetnost je na místě u osob závislých na jiné návykové látce, jak zjistili Portenoy & Foley (1986), kteří pozorovali vliv opioidních analgetik na zvládání chronické bolesti. Užívání opioidních analgetik při chronické bolesti podle nich může být bezpečné. Z 38 pacientů se potíže s dodržováním medikace objevily pouze u 2, přičemž oba měli v minulosti potíže se zneužíváním jiných návykových látek.

Dlouhodobá léčba opioidy má ale bohužel určité nevýhody i u osob, které v minulosti nevykazovali závislostní chování na jiné látce. Problém léčby opioidy je v tom, že se postupem času snižuje jejich analgetický účinek a zvyšuje tolerance. U pacienta se může kvůli tomu projevit přecitlivělost na bolest. Nicméně zvyšování dávek opioidů při dlouhodobém užívání má smysl pouze do úrovně středních hodnot. Při jejich překročení je riziko dlouhodobých problémů příliš vysoké. Řešení chronické bolesti vyžaduje více než rychlé zvýšení dávek. Nutná je konzultace o příčinách

obtížného zvládnutí bolesti a nabídnutí alternativních postupů, které pomáhají bolest potlačit. Pokud u pacienta vyloženě nedochází ke zhoršení onemocnění, které chronickou bolest vyvolává, je nutné vzít v úvahu rozvoj závislosti. Rozlišení toho, kdy pacient žádá zvýšení dávek právě kvůli zhoršení chronické bolesti nebo důsledkem abstinčních příznaků, bývá obtížné (Lejčko & Gabrhelík, 2017).

2.6.5. Abúzus opioidních léků užívateli bez předepsané léčby

V souvislosti s opiody je nutné upozornit, že ve velké míře užívány nejsou pouze pacienti s problémem bolesti, což se projevuje i v rámci statistik. K obstarávání silných opiodů dochází ve velké míře na černém trhu, kde uživatelé kupují zejména buprenorfin. Narůstá užívání opioidních analgetik jako je fentanyl, morfin, hydromorfon, oxycodon a tramadolu. Ta bývají užívána spolu s benzodiazepiny, a to nejen lékovou formou, ale také intravenózně. Je zaznamenán nárůst počtu uživatelů fentanylu jako primární drogy (Mravčík, 2018). Fentanyl je obsažen i ve formě náplastí. Závislí někdy vyhledávají tyto použité náplasti v komunálním odpadu a účinnou látku z nich extrahují do roztoku, který si potom aplikují intravenózně (Švihovec et al., 2018). Případně je závislí získávají také od pacientů s onkologickým onemocněním nebo od jejich příbuzných. Buprenorfinové náplasti jsou také stále častěji narkomany vyvařovány a užívány intravenózně (Mravčík, 2018).

3. Léčba závislosti na lécích

V následujícím textu se zaměříme na metody a principy léčby závislosti s ohledem na specifika pacientů závislých na lécích. Představíme, jaké formy léčby může závislý využít. Budeme věnovat pozornost především pobytové formě léčby, která bude předmětem našeho zájmu ve výzkumné části diplomové práce.

Samotné potlačení odvykacího stavu není dostatečným řešením závislosti na lécích, protože její projevy jsou komplexní a vztahují se i k psychosociálním faktorům v životě závislého. Léčba lékové závislosti by měla zahrnovat kromě farmakologické podpůrné terapie i psychoterapii (Čížek, 2002). Anglin & Hser (1990) vyhodnotili přínos programů pro léčbu závislosti pro jedince, ale také celkově pro společnost, a uvádí, že psychologická pomoc v ní má své důležité místo.

Léčbu závislosti u nás může pacient podstoupit stejně jako v zahraničí buďto ambulantní nebo pobytovou formu. Obecně lze pobytové léčby rozlišit na základě časové náročnosti. Pacienti mohou podstoupit krátkodobou detoxifikační hospitalizaci, středně dobou ústavní odvykací léčbu nebo léčbu v rámci komunitních zařízení v rámci dlouhodobých pobytů. Pacient může tyto druhy pobytů absolvovat postupně všechny, není výjimkou, že pacienti volí ještě následnou pobytovou léčbu po ukončení té detoxifikační (Tibenská, Čížek, Martinek & Libiger, 2008).

Léčba lékových závislostí se neodlišuje od léčby alkoholové závislosti. Vyžaduje dlouhodobou terapii a stejně jako v případě jiných drog musí začít detoxifikací. V rámci léčby závislosti na lécích často trvá detoxifikace několikanásobně déle, než tomu bývá u jiných typů závislostí (Popov in Kalina et al., 2003).

Poté je vhodné, aby závislý absolvoval pobytovou léčbu závislosti, kde by měl v rámci terapie přijít na důvody zneužívání léků, a učí se předcházet relapsu. V rámci léčby by měl znovu otevřít témata, která ho k užívání návykového léku původně přiměla. Tradičně mezi ně patří stres v zaměstnání, ekonomické problémy, nespokojenost se vztahy nebo osamělost (Plocová, 2018). V léčbě mají tito pacienti potíže si uvědomit, že by měli zcela ukončit užívání legální a všeobecně rozšířené látky. Považují její užívání za normální. Mají problém uvědomit si potíže, které jim užívání přináší, a je pro ně často nepředstavitelné, že by své problémy řešili bez užití léku (Popov in Kalina et al., 2003). V prevenci relapsu se ukazují výhodné kognitivně behaviorální terapie a podpůrné skupiny. Nicméně je zřejmé, že v některých případech závislost na předepsaných lécích představuje komplexnější problém a nestačí na ni

pohlížet jako na jiné drogové závislosti, nicméně v některých případech jsou jim způsobem užívání podobní. Speciální případ jsou pacienti, kteří užívají analgetika z důvodu chronické bolesti, tyto pacienti často chtějí pouze snížit dávky užívaných léků (Holmes, 2012).

3.1. Principy léčby závislosti na návykových látkách

Národní institut pro užívání drog (NIDA) publikoval Principy léčby závislosti na návykových látkách, které jsou zpracovány na základě třicetiletého výzkumu. Jedná se o následujících 13 zásad, které jsou charakteristické pro kvalitní služby v oblasti léčby závislosti.

- 1) Závislost je komplexní léčitelné onemocnění postihující funkce mozku i behaviorální projevy.
- 2) Pro každého je vhodný odlišný typ léčby, ne všichni prosperují ze stejného typu léčby.
- 3) Dostupnost léčby hraje zásadní roli v tom, zda nemocný vyhledá pomoc. Proto by měla být snadno dosažitelná.
- 4) Pro efektivní léčbu je nutná komplexní terapie potíží souvisejících se závislostí a individuální přístup pacientovým potřebám.
- 5) Doba léčby by měla trvat dostatečně dlouhou dobu adekvátně k tomu, jaká je závažnost pacientových potíží. Minimem by měla být léčba trvající 3 měsíce.
- 6) K terapii závislosti je využívána behaviorální terapie, ať už individuální, rodinná či skupinová. Ty se zaměřují na motivaci ke změně, osvojování si dovedností, jak odolat drogám, nahrazení aktivit spojených s užíváním drog konstruktivními a prospěšnými činnostmi, nácvik zvládnání problémových situací a zlepšení interpersonálních vztahů.
- 7) Pro mnoho pacientů je kromě poradenství a behaviorální terapie důležitá medikace ke zvýšení efektivity léčby závislosti.
- 8) Potřeby pacienta se v průběhu léčby proměňují, proto by měla být léčba průběžně modifikována a zajištěna pokračující následná péče i po skončení léčby.
- 9) Pokud pacient trpí ještě jinou duševní poruchou, potom by její léčba měla být propojena s terapií závislosti.

- 10) První fází léčby je detoxifikace, která by ale neměla být jedinou. Jedná se o iniciální část léčby závislosti, nikoliv dostačující pro potřebnou změnu.
- 11) Pro efektivitu léčby nemusí být přítomna dobrovolnost účasti na léčbě, motivaci k ní může podnítit okolí, jako je rodina nebo zaměstnání.
- 12) V průběhu léčby je běžné porušování abstinence pacienty, proto je nutné toto chování monitorovat. Zároveň se jedná o motivující faktor pro pacienty, kteří s vědomím, že budou kontrolováni, drogu neužijí i přes výraznou touhu.
- 13) Součástí péče by mělo být testování pacientů na přítomnost HIV/AIDS, hepatitidy B a C, tuberkulózy a dalších infekčních onemocnění a poskytnutí poradenství a v případě nutnosti jejich léčby (NIDA, 2012).

3.2. Biologická léčba závislosti

Léčba lékové závislosti u nás využívá metod biologické i psychoterapeutické pomoci pacientům, proto představíme obě. Léčba tohoto typu závislosti není snadná. Pokud se u pacienta vyskytuje podezření na lékovou závislost, není dobré je okamžitě pacientovi odebrat, avšak začít s pomalým vysazováním, aby se zabránilo potížím. Pokud se dávky nesnižují postupně, může se projevit těžký odvykací stav, při kterém může nastat i deliriantní stav nebo epileptický záchvat (Mikušová, 2010).

V rámci léčby závislosti je u nás využívána farmakoterapie. Při terapii akutní intoxikace například benzodiazepiny nebo opiáty je v některých případech nutné využití antidota neboli protijedu. Dále se využívá medikace, která tlumí některé nežádoucí projevy intoxikace. Odvykací stavy vyvolané užitím výrazných hladin barbiturátů a benzodiazepinů se řadí mezi životu nebezpečné, proto je pacientovi podávána návyková látka, jejíž dávky se postupně snižují (Nešpor in Kalina et al., 2003).

3.2.1. Vysazování vysokých dávek benzodiazepinů

Jak bylo uvedeno výše, užívání benzodiazepinových léků je u nás rozšířené a riziko rozvoje závislosti při dlouhodobém užívání vysoké. Léčba závislosti na benzodiazepinech se v úvodu zaměřuje na zvládnutí odvykacího stavu. Hampl (2003) uvádí, že vysazování benzodiazepinů by nemělo probíhat skokově. Pacient by měl být hospitalizován. Ideálně by měla detoxifikace probíhat na specializovaných odděleních psychiatrické nemocnice. Ambulantní cesta nevykazuje moc velkou

úspěšnost v detoxifikaci, navíc je samozřejmě rizikovější. Když pacient přestane tělu dodávat dávky léku, na které je zvyklé, objevují se u něj ještě v intenzivnější formě původní příznaky, kvůli kterým je začal užívat. Dále se objevuje zvýšená sluchová percepce, narušení prostorové orientace a nepozornost. Projevují se i somatické obtíže, jako jsou střevní a žaludeční problémy, tremor či problémy s rovnováhou. Při komplikované detoxifikaci může dojít až k úmrtí pacienta zejména z důvodu četných epileptických záchvatů.

Vzhledem k tomu, že abstinční syndrom se objevuje i po vysazení nízkých dávek, doporučuje se postup, kdy se pacientovi během prvního týdne léčby sníží dávka na polovinu té původní, a poté se pacientovy dávky snižují pozvolna. Není dáno přesné doporučení, během jaké doby by mělo k úplnému vysazení dojít. Postup se řídí individuální situací a osobností pacienta (Mikušová, 2010).

3.2.2. Farmakologická terapie abstinčních příznaků vyvolaných opioidy

Stejně jako je tomu v případě benzodiazepinů, také vysazování opioidů může být spojeno s komplikacemi, proto je při tom využívána podpůrná medikace. Závislost na opioidech se rozvíjí u jedinců, kteří užívají pouze terapeutické dávky těchto léků proti bolesti. Podle Hakla et al. (2013) je tedy nutné každého pacienta, který prochází farmakoterapií opioidy, považovat za fyzicky závislého na této látce. Právě proto je nutné při ukončování léčby postupovat opatrně.

Po vysazení těchto léků pacient pocítuje potřebu opioidy znovu užít podle pravidelného množství, na které je pacient navyklý, a to v závislosti na poločas dané látky. Detoxifikace organismu může případně na rozdíl od benzodiazepinů probíhat i bez užívání podpůrné medikace. Pokud se nejedná o jinak nemocného či oslabeného pacienta, samotný odvykací stav by neměl zapříčinit život ohrožující komplikace. V praxi se při odvykací léčbě využívají podpůrné léky, které zmírňují intenzitu abstinčních příznaků. Jedná se o takzvanou symptomatickou léčbu, kdy jsou tělesné projevy odvykacího stavu potlačeny podáváním léků bez obsahu opiátů jako jsou benzodiazepiny, beta-blokátory nebo léky snižující krevní tlak a léky potlačující svalové křeče (Čížek, 2002).

V USA je některými zařízeními využívána metoda, kdy jsou závislým nárazově odebrány jakékoliv dávky léků, které by zmírnily průběh syndromu z vysazení, a pacientům je poskytnuta pouze behaviorální terapie. Nicméně pacienti,

kterí podstupují substituční léčbu, mají vyšší pravděpodobnost, že léčbu dokončí úspěšně. Závislí, kterým je opioidní léčivo odebráno bez substituce, se častěji vracejí zpět k užívání původní drogy. Nejlepší výsledky léčby závislosti na opioidních lécích jsou dosahovány při využití kombinace farmakoterapie a psychologického poradenství (Holmes, 2012).

Další metodou využívanou při léčbě závislosti na silných opioidech často užívaných bez indikace injekční formou je substituční léčba. Při ní jsou ke snížení cravingu po návykové látce využíváni opioidní antagonisté jako je naltrexon, buprenorfin a metadon. Dlouhodobým cílem této terapie je abstinence od návykových látek a krátkodobým je snížení rizik spojených s užíváním původní drogy (Verster & Buning 2007). Na Novém Zélandu probíhá odvykací léčba od opioidů s využitím ibogainu, jenž je lékem využívajícím účinné látky pocházející z rostliny iboga. Byla zkoumána účinnost léčby s využitím tohoto léku po uplynutí 12 měsíců, přičemž se ukázalo, že ibogain výrazně potlačuje subjektivní prožívání odvykacích příznaků a deprese, navíc byla léčba úspěšná z hlediska závislostního chování (Noller, Frampton & Yazar-Klosinski, 2018). Tyto poznatky podporuje i další studie. Ibogain dle výsledků u pacientů snižuje pocit bažení (Mash, Duque, Allen-Ferdinand & Page, 2018). V současné době je americkým trendem užívání kratomu při zvládání odvykacích stavů způsobených závislostí na opioidech. Jedná se o látku obsaženou v listech stromu pocházejícího z jihovýchodu Asie. V nižších dávkách působí kratom jako stimulant, ve vyšších tlumivě. Má silné analgezijské účinky, proto se využívá při léčbě opiátové závislosti. Nicméně pro zařazení jeho využití do oficiálního zdravotnického systému chybí důkladné studie o účincích a rizicích, které se při léčbě kratomem mohou vyskytnout (Prozialeck, 2016). Jsou však dostupné informace o riziku fyzické závislosti na kratomu. Při projevech abstinčního syndromu může být jedinec podrážděný, může zívát, mít průjem a prožívat celkovou bolest (UNODC, 2013).

3.3. Pobytová zařízení pro léčbu závislosti

Vzhledem k tomu, že pro pacienty závislé na lécích je vhodná především pobytová léčba, pokusíme se v následujícím textu popsat, jakou formou je koncipována. Představíme jednotlivé typy zařízení, ve kterých léčba této závislosti probíhá.

3.3.1. Oddělení určené k detoxifikaci

V první fázi léčby je důležité, aby proběhla detoxifikace organismu od daného návykového léku. K detoxifikaci organismu závislého u nás dochází na detoxifikačních jednotkách častěji než v jiných zemích. Pomáhají s překonáním abstinčních příznaků. Jsou do nich přijímáni pacienti, u kterých by detoxifikace doma představovala riziko. U nás máme prakticky 3 varianty umístění do detoxifikačních oddělení. Některá oddělení můžeme najít v rámci ústavů pro střednědobou či dlouhodobou léčbu závislosti. Jiná detoxifikační oddělení se nacházejí v nemocničních zařízeních. V poslední řadě se mohou tato oddělení nacházet v rámci zařízení, která se zaměřují na ambulantní léčbu. Personál pracující na detoxifikačních odděleních zahrnuje lékaře, střední zdravotnický personál, sociální pracovníky a terapeuty. Protože je na všech detoxifikačních zařízeních přítomný lékař, je v nich při detoxifikaci možné využití medikace. Po ukončení detoxifikace by měla být snaha vyřešit následný postup pacienta tak, aby u něj byla zařízena kontinuita zdravotnické péče. Detoxifikační zařízení zajišťují pacientům aktivity zaměřené na změnu životního stylu, postoje k léčbě, tak, aby se jejich motivace k léčbě objevila nebo prohloubila. Dalším bodem v programu jsou edukační programy pro pacienty (Nešpor in Kalina et al., 2003). Detoxifikace je důležitý krok, který musí závislý absolvovat, aby mohl nastoupit do léčby závislosti. Jedná se o období nutné k překonání syndromu z vysazení. Průběh závisí především na stavu pacienta. Pacient by měl detoxifikaci projít během dvou až tří týdnů. Pokud je třeba, je pacientovi podávána i medikace, přičemž jsou upřednostňovány léky, který mají dlouhý biologický poločas. Detoxifikace může proběhnout i ambulantně, ale při komplikovanějších abstinčních příznacích je na místě ústavní pobyt, kdy je pacient lépe monitorován. Pro nástup do některých zařízení pro střednědobou či dlouhodobou léčbu závislosti je absolvování detoxifikace podmínkou (Hosák & Hrdlička, 2015).

Rozlišována je detoxifikace s pomocí medikace a bez ní. Druhá možnost je využívána především v anglosaském prostředí. V USA nemusí být na pracovištích pro léčbu závislosti lékař po celou dobu. V těchto zařízeních tedy není využívána podpůrná farmakoterapie, která využívá medikaci na lékařský předpis. Samotné plné prožití abstinčních příznaků v průběhu očišťování organismu od návykových látek je pro mnohá zařízení v USA důležitým prožitkem, kterým by si měl každý závislý v rámci léčby projít. Klienti, kteří jsou ochotni prožít si fázi detoxifikace bez jakékoli

medikace, jsou dle nich skutečně motivováni k léčbě. Narozdíl od našeho prostředí, kde máme některá zařízení určena výhradně pro závislé například na nealkoholových drogách, v USA probíhá léčba závislosti na různých drogách ve stejném zařízení. Nutno podotknout, že prevalence těžkých odvykacích stavů z důvodu alkoholové závislosti není tak vysoká jako u nás a detoxifikace probíhá často v domácím prostředí, pokud má jedinec dostatečně silné sociální zázemí (Nešpor in Kalina et al., 2003).

Mezi lety 2010 až 2013 měl počet pacientů hospitalizovaných na detoxifikačních oddělení se závislostí na sedativech mírně vzrůstající trend. Procenta hospitalizovaných s touto závislostí nicméně nepřesahují 5 % všech, kteří zde podstoupili detoxifikaci (ÚZIS, 2014). Za rok 2017 byl počet detoxifikovaných pacientů v České republice 10 186, z toho pouze 361 pacientů podstoupilo detoxifikaci od sedativ a hypnotik. Mužů, kteří podstoupili tuto léčbu, bylo méně (136) než žen (225) (ÚZIS, 2018a). Zařízením poskytujícím detoxifikaci, ale zároveň i iniciační léčbu závislosti, je například Středisko sekundární prevence a léčby závislostí ve Vojenské nemocnici v Olomouci s kapacitou 13 lůžek. Kromě závislých na alkoholu a nealkoholových látkách zde podstupují léčbu i závislí na návykových lécích. Už zde probíhá psychotherapeutický proces. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby si po absolvování iniciační léčby na tomto oddělení domluvili následnou dlouhodobou ústavní nebo komunitní léčbu, případně měli zajištěnou alespoň léčbu ambulantní. Pacienti jsou zde standartně hospitalizováni po dobu přibližně 4 týdnů (“Středisko sekundární prevence a léčby závislostí”, 2019).

3.3.2. Střednědobá ústavní léčba

Po detoxifikaci organismu se léčba zaměřuje na zvládnutí projevů psychické závislosti. Pokud je míra závislosti vysoká a abstinence se nedaří udržet v rámci ambulantní léčby, je vhodnou cestou léčba ústavní. Závislost je často doprovázena dalšími psychickými či sociálními potížemi, které její léčbu komplikují. V rámci ústavní léčby se pacienti účastní skupinových psychotherapií a edukativních přednášek a v rámci nich se snaží nalézt řešení těchto problémů. Pomocí nich postupně získávají náhled na svou závislost, míru její závažnosti a uvědomují si její dopady na osobní a sociální život. Zároveň se učí řešit komplikace a náročné události v životě jiným způsobem než požitím drogy. Z počátku se u nich projevuje tendence potíže popírat nebo je bagatelizovat. Jiní se snaží situaci, do které se dostali, racionalizovat.

Někteří pacienti svou situaci svádí na druhé a obviňují z ní své okolí. Čím dříve pacienti toto období překonají, tím rychleji mohou začít pracovat na řešení okolností své závislosti i závislosti samotné. Pacienti nejsou po celou dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. V rámci léčby podstupují také terapeutické propustky, při kterých mají možnost otestovat zvládnutí své závislosti v nechráněném prostředí (Hosák & Hrdlička, 2015).

Střednědobá ústavní léčba může probíhat v několika typech zdravotnických zařízení. V rámci některých nemocnic, v nichž jsou specializovaná psychiatrická oddělení, jsou další možnosti psychiatrické léčebny či nemocnice. Tento léčebný program trvá v rozmezí čtvrt až půl roku. Délka vychází z individuálního doporučení lékařů o průběhu léčby a je samozřejmě závislá také na domluvě s pacientem samotným, názor mohou projevit i další pacienti v rámci komunity. Počet pacientů na jednom oddělení se pohybuje mezi 20–30. Ve většině případů je u pacientů cílem dlouhotrvající či nejlépe doživotní abstinence. Personál v těchto zařízeních zahrnuje psychiatry, lékaře, střední zdravotnický personál, klinické psychology, jiné odborně vzdělané psychoterapeuty, sociální pracovníky a pracovní terapeuty (Dvořáček in Kalina et al., 2003).

U nás se ve velké míře uplatňují metody komunitní režimové terapie kombinované s edukací pacientů. Tento model je ovlivněn systémem, který u nás prosadil doc. MUDr. Jaroslav Skála. Jedná se o apolinářský model (Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J., 2008). V průběhu léčby pacient musí dodržovat rozvrh plánovaných aktivit, které jsou jasně strukturovány tak, aby zahrnovaly psychoterapii, ergoterapii a volný čas. Za nedodržování režimu jsou pacienti sankciováni, ale jsou v rámci léčby také odměňováni. Většinou prostřednictvím bodového systému. Náročnost režimu je v jednotlivých zařízeních odlišná. S pomocí režimu splňuje léčba nejen funkci terapeutickou, ale také výchovnou. Režim pomáhá pacientům osvojit si jednání, které vede k dosažení odměny bezpečnou cestou, která nevychází z nutkavých pocitů. Pravidla by si měl pacient postupem času zvnitřnit a strukturu umět udržet sám (Dvořáček in Kalina et al., 2003).

3.3.3. Terapeutické komunity

Jiným typem zařízení, které poskytuje pobytovou formu léčby závislosti je terapeutická komunita. V ní je poskytována pobytová péče, jejímž cílem je sociální

rehabilitace a změna životního stylu vedoucí k zapojení do normálního života. Abstinence je vnímána jako prostředek, který napomůže k jeho dosažení. Je nutné, aby si klient uvědomil, že abstinence od návykových látek je zásadním a bezpodmínečně nutným prostředkem pro spokojený život. Terapeutické komunity poskytují střednědobý a dlouhodobý program určený pro středně či těžce drogově závislé. Doba trvání je mezi půl rokem a 18 měsíci (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003).

Terapeutické komunity jsou vedeny týmem lidí s různou odborností a vzděláním. Jedná se o psychoterapeuty, speciální pedagogy, lékaře nebo sociální pracovníky. Další možný člen terapeutického týmu je jedinec s minulou zkušeností s užíváním drog, tento model se ale v České republice nevyskytuje v takové míře jako v jiných zemích. Tým pracovníků by měl na klienty působit jako zdravý pozitivní vzor a jejich vztah s klienty je důležitým aspektem, který může klientům pomoci v životních změnách. I zde je při práci s klienty zásadní skupinová psychoterapie společně s výchovným působením. Také je zde uplatňován režim, dodržování pravidel a strukturovanost programu. Dále jsou klientům přidělovány úkoly spojené s chodem komunity. Je vyžadováno dobré chování, které je hodnoceno a kontrolováno, tedy oceněno nebo sankcionováno. Sankce mohou spočívat například v plnění dalšího úkolu, ale v závažných případech jsou i klienti vyzváni k okamžitému opuštění komunity (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003).

Program v komunitách zahrnuje každodenní setkání komunity, kde jsou diskutovány aktuality v rámci života v komunitě. V rámci skupinových terapií klienti hovoří o svých zkušenostech, interagují a diskutují na určitá témata. Při pracovních terapiích jsou klientům, kteří jsou v komunitě delší dobu, zadávány náročnější úkoly vyžadující více zodpovědnosti oproti novějším členům. Do programu jsou zahrnuty i sportovní aktivity a jiné zážitkové akce, které působí na klienty pozitivně a utužují vztahy v rámci komunity. Významnou úlohu zastupuje sociální pomoc, respektive podpora při plánování a zvládání sociální situace po odchodu z komunity, protože nemalé procento klientů má potíže právě v této oblasti a její řešení je jedním ze zásadních záležitostí podporující klienta v abstinenci (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003).

Hlavními principy terapeutických komunit jsou: aktivní zapojení klienta do terapie, otevřená komunikace mezi klienty a personálem, demokratické fungování a podíl pacientů v rozhodovacích procesech, kolektivita a zájem skupiny a zkušenost

klientů podněcující sociální učení. Rubášová (2014) zjistila, že pacienti s diagnózou ADHD mají více potíží ve zvládnání pobytu v terapeutické komunitě než klienti bez této diagnózy. Komplikace se týkají zejména dodržování programu, ale i v oblasti chování v rámci kolektivu a způsobu ukončení léčby. Zlepšení v jejich případech probíhalo pomaleji.

3.3.4. Fáze léčby v terapeutické komunitě

Pobyt v terapeutické komunitě je rozdělen do několika fází. Po příchodu klienta do terapeutické komunity je klient v takzvané nulté fázi, což je období, kdy ještě není plnohodnotným členem. Bydlí společně s ostatními, účastní se i celého programu a pozoruje, co život v komunitě obnáší. V orientaci mu také pomáhá jeho patron, jenž je již zkušeným členem komunity. Na klienta jsou už v této fázi kladeny požadavky na dodržování pravidel. Je ale důležité, aby v této fázi neztratil motivaci k léčbě a neodešel (Kalina, 2008).

Přibližně po čtrnácti dnech je nový klient přeřazen do první fáze, kdy by se měl plně zařadit mezi ostatní členy. Nováček musí v tomto období setrvat pouze v komunitním zařízení a izolovat se od okolí i tím, že nepoužívá mobil a neodesílá ani nepřijímá žádnou poštu. Je to fáze, ve které by se měl jedinec zaměřit především na sebe a aktuální prožívání. Nutné je dodržování mnoha pravidel a úkolů. Klient zatím nemá vybojované žádné výhody narozdíl od zkušenějších členů. V rámci dlouhodobé léčby setrvává klient v první fázi čtvrt roku a v případě té střednědobé měsíc. Také musí překonat mnoho náročných chvil a situací, ve kterých by dříve užil drogu, ale zde se je musí naučit řešit jiným způsobem. Důležité je také aktivní zapojení do skupinových terapií, exprese emocí a naslouchání ostatním členům. Člen komunity by se měl chovat co nejvíce autenticky, a to i ve chvílích, kdy v rámci komunity panují neshody. Zpětná vazba od ostatních může být v mnoha případech nepříjemná, ale velmi obohacující (Kalina, 2008). Terapie se zaměřuje na potlačení naučeného sebepoškozujícího jednání. Pro další práci je nutné, aby měl klient na svou situaci, způsobenou užíváním návykové látky, dostatečný náhled. Zásadní je upřímné rozhodnutí pro změnu životního stylu (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003).

Pro přechod do druhé fáze je nutné, aby ostatní souhlasili s tím, že daný člen komunity se posunul vpřed a zlepšil se. Pokud je postup odsouhlasen, podstoupí tento člen rituál a jeho postavení v rámci komunity selepší. Může využívat více výhod

a svobody. Jsou mu udělovány odpovědnější funkce. V této fázi se klient nachází přibližně polovinu celkového pobytu. Je to období řešení vztahů k ostatním i k sobě samému. Přichází na řadu úvaha o svých možnostech, dovednostech a plánech do budoucnosti. Zároveň je schopen hlouběji porozumět své minulosti a lépe zhodnotit, jaké potíže mu užívání drog způsobilo. Tím, že u něj dochází k takovému posunu, vzrůstá u něj i motivace k abstinenci, ale i jeho sebedůvěra (Kalina, 2008). Kromě nacházení nových vztahů uvnitř komunity klient obnovuje kontakt s blízkými lidmi mimo komunitu. Aby klient mohl přejít do vyšší fáze, musí opět podstoupit stejný postup jako pro vstup do fáze druhé (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003).

Ve třetí fázi by se měl klient připravit na odloučení od komunity a život mimo ni. Klient už získává zkušenosti mimo komunitu v rámci zaměstnání nebo školy. Setkání s lidmi mimo komunitu a vytváření nového bezdrogového místa k životu je obtížné. Klient by měl vytvářet nebo utužovat takové vztahy, které mu poskytnou sociální oporu mimo komunitu a podpoří ho v abstinenci. Třetí fáze přirozeně přináší postup v rámci hierarchie komunity. Na řadu přichází rozvaha o dosažených cílech. Na druhou stranu se musí vyrovnat s tím, že na některé věci nemá vliv a nemůže je nijak změnit. Také musí zvážit, jaká práce ho ještě v rámci vypořádávání se se závislostí ještě čeká v běžném životě (Kalina, 2008). Stav některých klientů v této fázi provází zhoršení, protože je pro ně velmi náročná. Mělo by se jim dostat pomoci a opory. Nicméně tyto komplikace nebývají důvodem pro prodloužení pobytu v komunitě (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003). V rámci dlouhodobé léčby klient setrvává v této fázi čtvrt roku, u střednědobých léčeb je tato fáze úměrně kratší. Na konci je proveden výstupní rituál. Poté klient odchází z komunity úplně (Kalina, 2008).

Fáze léčby mohou být v různých komunitách odlišné. Konkrétní příklad zařízení, ve kterém může závislý podstoupit léčbu v rámci terapeutické komunity, je Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, ve které bude provedena část našeho výzkumu k diplomové práci. Zde se nacházejí 4 terapeutické komunity: Harmonie, Fenix, Fides a Tao. Každá z nich má svá specifika a věnuje se určitému spektru klientů. Ty, kteří se chtějí léčit se závislostí léčích, můžeme najít v terapeutické komunitě Harmonie spolu se závislými na alkoholu či gamblingu. Kapacita Harmonie činí 24 klientů. Do terapeutické komunity klient přichází z příjmového odd., kde je vyšetřen a detoxifikován. Kapacita TK je 24 klientů. Léčba probíhá v 15 týdnech

a je rozdělena do 3 etap: První červená etapa trvá 3 týdny, kdy klient nemůže opustit nemocnici. Druhá oranžová etapa trvá 5 týdnů, kdy klient může nemocnici opouštět v rámci vycházek a výjezdů. Poslední zelená etapa probíhá 7 týdnů (Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, 2019).

3.4. Následná péče a další služby pro závislé

Po odchodu z pobytové léčby závislosti by měl každý pacient či klient pamatovat na to, že pro podporu co nejdéší abstinence je dobré využít ambulantní péči. Závislí má ale možnost využít různých dalších forem následné péče.

Bývalý klient terapeutické komunity má například možnost v rámci tohoto zařízení využít služeb následné péče, kdy je mu v prvních měsících mimo komunitu poskytnuta psychologická a sociální pomoc (Kalina, 2008). Po absolvování ústavní odvykací léčby by měl pacient docházet do psychiatrické či adiktologické ambulance v rámci následné péče. Nespornou pomocí v abstinenci může být i navštěvování psychologa, který pacientovi pomůže najít nová konstruktivní řešení problémů mimo léčbu bez požití návykové látky. Další možností mohou pro některé být dlouhodobé doléčovací programy v chráněných bydleních (Hosák & Hrdlička, 2015). V rámci doléčovacích programů jsou realizovány ranní skupiny vedené sociální pracovníci, kterých se musí účastnit klienti, kteří nemají stálou práci. V rámci tématických skupin jsou řešeny potenciální potíže, se kterými se mohou závislí setkat. Na hodnotících skupinách dochází k evaluaci léčebných plánů jednotlivých klientů. Závislí mají také možnost rozebrat své potíže s ostatními klienty v rámci dynamických skupin. Klientům je zde také poskytováno individuální poradenství nebo podpora aktivizace závislého v sociální oblasti. To vše slouží k tomu, aby měl závislí možnost využít sociální podpory při realizaci změny životního stylu a tím se mu usnadnil návrat do běžného života bez návykové látky („P-centrum“, 2018).

Nestátní sektor je dalším poskytovatelem rozmanitých služeb pro závislé a jejich rodiny. Ty jsou zaměřené jak na prevenci, tak na léčbu. Kromě terapeutických komunit a ambulantní péče o závislé realizují terénní programy, kontaktní centra, denní stacionáře nebo programy zaměřené na rodinu („SANANIM“, 2007). Pro lidi, kteří si potřebují ujasnit informace o rizicích a řešeních závislosti na návykových anxiolyticích a hypnoticích, existuje internetová poradna. Ta je určená zejména pro ty, kteří si uvědomují, že jim užívání benzodiazepinů přináší velké problémy a rozhodli se

je řešit. Každý může zjistit míru závažnosti užívání benzodiazepinů pomocí dostupného dotazníku SDS („Benzodiazepinová poradna“, 2010).

3.5. Psychologická práce s motivací závislého a prevence relapsu

Vzhledem k tomu, že v terapii lékových závislostí hraje ústřední roli motivace pacienta ke změně, která je ovlivněna často neschopností uvědomit si závažnost svého problému, uvedeme stádia změny v terapii závislých, která mají vliv na připravenost k přijímání terapeutických intervencí v rámci léčby.

3.5.1. Stádia změny v terapii závislých

Ne všichni pacienti jsou ve stejnou chvíli léčby totožně připraveni ke změně. Pokud budeme v komunikaci považovat všechny pacienty stejně nastaveny na změnu, je pravděpodobné, že naše terapeutické působení na některé nebude fungovat. Pacient postupně prochází pěti stádii: Prekontemplace, Kontemplace, Příprava, Akce a Udržení (Norcross & Prochaska, 1999).

V prvním stádiu prekontemplace pacient ani neuvažuje o tom, že by nějakým způsobem své chování upravoval. Jejich postoj je takový, že své chování nepovažují za nevhodné a nerozumí naléhání ze strany svého okolí. To podle nich přehání. Takový pacient nehledá odbornou pomoc z vlastní vůle, ale z donucení svých blízkých. Zřídka kdy u něj dochází k opravdové změně, tu většinou pouze předstírá, aby uspokojil okolí. Je to tedy fáze, kdy je nutné pacientovi ukázat závažnost jeho situace a pokusit se, aby o problému začal uvažovat (Norcross & Prochaska, 1999).

Stádium kontemplace je poměrně složité. Pacient už přijímá, že se ho problém týká a že by s ním měl něco dělat, ale zároveň nic nedělá. Někteří mohou v tomto stádiu bez cizí pomoci setrvat velice dlouho (Norcross & Prochaska, 1999). V terapii těchto osob může nastat ten problém, že pacienti hovoří o změnách, které jsou potřeba udělat, ale zároveň ještě tak nečiní, a otázkou je, zda někdy začnou. Pacient váhá. Terapeut by se s ním měl zamyslet nad tím, jaká pozitiva a jaká negativa tkví ve změně jeho dosavadního chování (Miller & Rollnick, 2003).

V dalším stádiu přípravy už pacient předkládá návrhy dalšího postupu a přemýšlí, jak skutečně změnu provést. Je dobré s pacientem plán postupu projít a soustředit se na jednotlivosti a detaily (Miller & Rollnick, 2003).

Ve stádiu akce už pacient podniká kroky ke změně. Je si vědom komplikací, které mohou nastat. V terapii je tedy dobré pacienta učit, jak efektivně těmto problémům čelit, tak, aby nedošlo k užití drogy. Relaps je v tomto stádiu ještě poměrně běžný (Norcross & Prochaska, 1999).

Páté stádium udržení je typické tím, že pacienti získávají tím více sebedůvěry, čím déle se vyhýbají relapsu. Pacient už nezaměřuje svou pozornost pouze na změnu, protože ta už se stává jeho rutinou, nicméně si musí stále dávat pozor na dodržování preventivních postupů a nevystavovat se riziku (Norcross & Prochaska, 1999).

Pokud pacient dojde až do stádia recidivy, respektive relapsu, je důležité, aby bylo co nejdříve zastaveno, ať už závislým nebo některým z blízkých lidí. Tím by se mělo zamezit, aby užívání návykové látky zasáhlo a zkomplikovalo situaci v rámci různých aspektů života. Recidivu je možné analyzovat a zkušenost využít pro vylepšení strategií boje se závislostí (Nešpor, 2006).

3.5.2. Prevence relapsu

V případě, že nastane situace jednorázového epizodického užití, lapsu, nemusí to u závislého znamenat automaticky návrat k užívání drogy v původní míře. Co je často odlišné od předchozího užívání je již zvnitřnělá pozitivní zkušenost s abstinencí. Toto uklouznutí lze pojmut jako příležitost naučit se něco nového. Podstatné je, aby se tato zkušenost neproměnila v počáteční fázi relapsu. To znamená, že závislý se navrátí k opakovanému užívání problematické návykové látky (Kalina, 2015).

Při zpětném hodnocení je zřejmé, že před samotným užitím návykové látky předcházely situace a vnitřní proces, který laps předpovídal. Situace, které na závislého působí takto negativně, lze popsat jako negativní emoční prožívání, mezilidské konflikty a společenský tlak. V prvním případě se jedná o pocity frustrace, vzteku, úzkosti, deprese nebo nudy. Kritickým aspektem jsou vztahy s blízkými, kolegy v práci a partnery. Konfliktní situace s lidmi, kteří jsou pro závislého důležití, mohou zvýšit riziko relapsu. Vystavení návykovým látkám a osobám, které je užívají, není pro závislého snadné. S pomocí kognitivně-behaveorálního přístupu si může závislý osvojit postupy pro zvládání zátěžových situací, a tím potlačit pravděpodobnost relapsu. Program zaměřený na prevenci relapsu je možné zařadit do ústavní léčby (Kuda in Kalina et al., 2003).

3.6. Hodnocení úspěšnosti léčby závislosti

V závěru teoretické části uvedeme výzkumy, které se zaměřily na úspěšnost Tibenská, Čížek, Martinek & Libiger (2008) provedli katamnestické šetření, ve kterém se zaměřili na úspěšnost odvykací léčby v Léčebně návykových nemocí Nechanice, přičemž se ukázalo, že minimálně 46,4 % bývalých pacientů úspěšně abstinovalo půl roku po ukončení léčby. Po jednom roce jich bylo abstinujících minimálně 39 % a po dvou letech minimálně 30,5 %. Ze získaných dat také vyplynulo, že pacienti, kteří absolvovali následnou ambulantní léčbu, byli ve své abstinenci úspěšnější než ti, kteří absolvovali pouze pobytovou léčbu.

Výzkumníci Curran et. al. (2003) se ve své studii zaměřili na nejpočetnější skupinu uživatelů benzodiazepinů při spánkových obtížích, kterými jsou senioři. Zajímali se o jejich vliv na kognitivní funkce a také vliv na kvalitu spánku při jejich dlouhodobém užívání.

Výzkumu se účastnili senioři ve věku nejméně šedesáti pěti let, kteří byli závislí na benzodiazepinech. Jednalo se o 104 pacientů z ordinací dvaceti pěti praktických lékařů. U šedesáti procent z těchto seniorů byla historie užívání benzodiazepinů delší než deset let a přes dvacet let užívalo léky dvacet sedm procent účastníků výzkumu. V této dvojité slepé studii byli pacienti rozděleni do dvou skupin. Pacienti ve skupině A dostávali už od prvního týdne experimentu nižší dávky benzodiazepinů a ty se jim dále snižovaly. Ve skupině B pacienti prvních dvanáct týdnů užívali stále stejné množství benzodiazepinů a ke snižování dávky docházelo až po uplynutí této doby. Pro porovnání experimentátoři ještě zařadili skupinu pacientů C, kteří užívali nadále svoji obvyklou dávku benzodiazepinů, protože odmítali nastoupit do léčby závislosti. Účastníci studie podstoupili zdravotní prohlídky před začátkem intervence a dále ve dvanáctém a dvacátém čtvrtém týdnu. Polovina z nich byla vyšetřena i v padesátém druhém týdnu trvání studie. Úspěšnost odvykací léčby u pacientů účastnících se této studie byla osmdesát procent i po šesti měsících. U seniorů ze skupin A a B nebyly pozorovány výrazné rozdíly v kognitivních/psychomotorických úkolech. Signifikantní rozdíl byl ale pozorován u těchto skupin v kognitivních a motorických úkolech oproti skupině C, kdy u skupin A a B bylo pozorováno zlepšení ve dvacátém čtvrtém a padesátém druhém týdnu. Spánkový režim nebyl u žádné skupiny ovlivněn. Závěrem lze tedy říci, že odvykací léčba má pozitivní vliv na zvládání kognitivních /psychomotorických úkolů. Ukázalo se, že jednotlivé skupiny seniorů se nelišily v kvalitě spánku, a to může

znamenat, že při dlouhodobém užívání těchto léků nejsou benzodiazepiny pomocníky v problémech se spánkovými obtížemi.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkumné cíle a otázky

V rámci výzkumné části diplomové práce se zaměříme na problematiku závislosti na návykových lécích. V centru našeho zájmu bude mimo jiné popsání faktorů, které přispívají k tomu, že se u mnoha jedinců tento druh závislosti rozvine. Vycházet budeme také z informací uvedených v teoretické části. Budeme zjišťovat nejen to, jakým způsobem si návykové léky obstarávají jedinci na nich závislí, ale také zda je podle mínění personálu, který pracuje na odděleních pro léčbu závislosti, současný systém preskripce léků správně nastaven. Následně se zaměříme na samotnou léčbu lékové závislosti, konkrétně se bude jednat o její léčbu v lůžkových odděleních pro léčbu závislosti. Prozkoumáme, s jakými problémy se personál potýká při léčbě lékových závislostí a zda mají tito pacienti nějaká specifika. Dále se budeme snažit zjistit, zda hospitalizovaným stávající podmínky a způsob pobytové léčby vyhovují, případně jaké změny by podle tamějších zaměstnanců přispěly k tomu, aby terapie probíhala efektivněji. Stanoveno máme celkem devět výzkumných cílů, kterých se budeme snažit dosáhnout pomocí kvalitativního přístupu, respektive analýzou informací získaných v rámci polostrukturovaných rozhovorů a ohniskových skupin.

Cíl č. 1: Zmapovat, jak pacienti závislí na lécích vnímají svou závislost.

Výzkumná otázka č. 1: Jak závislí na lécích vnímají svou závislost?

Cíl č. 2: Popsat faktory podporující rozvoj závislosti na lécích u pacientů podstupujících léčbu závislosti na lécích.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké faktory podporují rozvoj závislosti na lécích u pacientů podstupujících léčbu této závislosti?

Cíl č. 3: Zmapovat intenzitu a průběh užívání léku způsobující závislost u pacienta v léčbě.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je intenzita a průběh užívání léku způsobující závislost u pacientů v léčbě?

Cíl č. 4: Zmapovat, jakým způsobem měli pacienti závislí na lécích přístup k lékům vyvolávající závislost.

Výzkumná otázka č. 4: Jakým způsobem měli pacienti závislí na lécích přístup k lékům vyvolávající závislost?

Cíl č. 5: Zjistit, co motivuje pacienty se závislostí na lécích k léčbě.

Výzkumná otázka č. 5: Co motivuje pacienty se závislostí na lécích k léčbě?

Cíl č. 6: Zmapovat specifické projevy pacientů závislých na lécích v rámci léčby.

Výzkumná otázka č. 6: Jaké jsou specifické projevy pacientů závislých na lécích v rámci léčby?

Cíl č. 7: Popsat obtížné aspekty léčby závislých na lécích.

Výzkumná otázka č. 7: Jaké jsou obtížné aspekty léčby závislých na lécích?

Cíl č. 8: Zjistit, jak pacientům se závislostí na lécích vyhovují stávající metody léčby na oddělení pro léčbu závislosti.

Výzkumná otázka č. 1: Vyhovují pacientům se závislostí na lécích stávající metody léčby na oddělení pro léčbu závislosti?

Cíl č. 9: Zjistit, jaké změny v metodice léčby lékových závislostí by dle pacientů a zdravotnického personálu přispěly ke zvýšení kvality léčby.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké změny v metodice léčby lékových závislostí by dle zdravotnického personálu přispěly ke zvýšení kvality léčby?

5. Výběrový soubor

Výzkumný soubor je rozdělen do dvou odlišných skupin respondentů, první jsou pacienti a druhou personál. Původním záměrem bylo nasbírat data od osmi respondentů z řad pacientů a deseti participantů z řad personálu, nicméně cílová hodnota respondentů měla být určena saturací dat. Výzkumný soubor je proto nakonec tvořen patnácti respondenty, z nichž pět tvoří pacienti se závislostí na lécích hospitalizovanými v rámci pobytové léčby závislosti a deset zbývajících jsou respondenti z řad personálu pečujících o pacienty na oddělení pro pobytovou léčbu závislosti, kteří mají s léčbou takových pacientů zkušenosti.

Základním souborem první skupiny respondentů byli pacienti hospitalizovaní na odděleních pro léčbu závislostí v České republice, kteří se zde v současné době léčí z nějaké formy lékové závislosti, ať už se jedná o benzodiazepinový, opiátový, smíšený či jiný typ lékové závislosti. Při výběru respondentů z řad pacientů nebylo přihlíženo na typ léků, který u nich závislost vyvolal, ani na množství léků, které před hospitalizací užívali. Rozhodujícím kritériem pro výběr respondentů rovněž nebylo pohlaví ani věk pacientů. Věk respondentů z řad pacientů se pohyboval mezi 45 a 63 lety a výzkumu se celkem účastnily tři pacientky ženy a dva pacienti muži. Průměrný věk pacientů byl 54,4 let. Jednotliví respondenti spadající do tohoto souboru jsou označeni pro přehlednost a současné dodržení jejich anonymity Pacient 1 až Pacient 5.

Do základního souboru druhé skupiny respondentů spadali všichni členové personálu, kteří terapeuticky pracují s pacienty závislými na lécích v rámci jejich pobytové léčby. Do výzkumného souboru byli zařazeni lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé a pracovní terapeuti, kteří aktuálně působí na příslušných odděleních. Pro výběr respondentů ze skupiny personálu byla stěžejní minimálně tříletá praxe na oddělení pobytové léčby závislostí se zkušeností práce s pacienty hospitalizovanými pro závislost na lécích. Tito respondenti byli pro účely výzkumu pojmenováni Personál 1 až Personál 10.

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí účelového záměrného výběru přes instituce. Jedná se o výběr, který je zásadním způsobem ovlivněn rozhodnutím výzkumníka, který nejlépe určí, kdo se nejlépe hodí pro zařazení do výzkumného souboru na základě základní populace. Tento typ výběru výzkumného vzorku je využíván při kvalitativních designech výzkumu a není na něj kladen nárok na zobecnitelnost výsledků (Miovský, 2006). Tento typ výběru výzkumného souboru

byl zvolen vzhledem k tomu, že cílem bylo získat data přímo od hospitalizovaných pacientů a personálu.

Co se týče místa působiště personálu a jejich pacientů, respondenti zahrnovali Terapeutickou komunitu Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, Psychiatrickou léčebnu Šternberk a Středisko sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci. Mezi vhodná zařízení pro realizaci výzkumu spadají zařízení, která nabízejí pobytovou léčbu závislosti na lécích v rámci zdravotnických institucí. V České republice tuto službu dále nabízí například Psychiatrická nemocnice v Opavě, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická léčebna Červený dvůr, Psychiatrická nemocnice Brno, Psychiatrická léčebna Dobřany, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod a Psychiatrická nemocnice Jihlava. Léčebné pobyty pro léčbu lékových závislostí poskytují i jiná zařízení, která se však s touto klientelou setkává jen zřídka.

Terapeutická komunita Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, Psychiatrická léčebna Šternberk a Středisko sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci byly vybrány z důvodu kladných odpovědí na žádosti o realizaci výzkumu. Z oslovených jedenácti zařízení proběhla komunikace s osmi, přesněji s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě, Psychiatrickou nemocnicí v Kroměříži, Psychiatrickou nemocnicí Bohnice, Psychiatrickou léčebnou Červený dvůr, Klinikou adiktologie ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Terapeutickou komunitu Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, Psychiatrickou léčebnou Šternberk a Střediskem sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci. I přes poměrně velké množství oslovených zařízení a slibně se vyvíjející komunikaci mi byl výzkum umožněn pouze v posledních třech zmíněných, což se nakonec ukázalo být hlavním faktorem při výběru výzkumných míst. Co se týče délky návštěv, při výzkumu v Terapeutické komunitě Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě proběhla jedna dvoudenní návštěva, v Psychiatrické léčebně Šternberk dvě návštěvy a ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci tři návštěvy. Kritéria pro výběr respondentů byla stanovena následovně: musí se jednat o pacienty s diagnózou závislosti na lécích, kteří ve zmíněných zařízeních podstupují léčbu této závislosti.

Tabulka 1. Přehled informací o respondentech, kteří participovali v rozhovorech

| Respondent | Pacient 1 | Pacient 2 | Pacient 3 | Pacient 4 | Pacient 5 |
|--|---|---|--------------------------------|--|---------------------------------------|
| Věk | 53 | 63 | 56 | 45 | 55 |
| Pohlaví | Žena | Žena | Muž | Muž | Žena |
| Zaměstnání | učitelství na střední škole | krizové centrum pro rodiny | truhlářství | - | ústav pro kontrolu léčiv |
| Invalidní důchod | ano | ne | ano | ano | ano |
| Pořadí pobytové léčby lékové závislosti | 1. | 1. | 1. | 3. | 4. |
| Léčebné zařízení | Středisko sek. prevence a léčby závislosti | Terapeutická komunita Harmonie | Terapeutická komunita Harmonie | Psychiatrická léčebna Šternberk | Psychiatrická léčebna Šternberk |
| Užívané návykové léky | benzo-diazepiny a z-preparáty (zolpidemi tartras, bromazepam) | benzo-diazepiny a z-preparáty (bromazepam, clonazepam, diazepamum, alprazolam, zolpidemi tartras) | benzo-diazepiny | benzo-diazepiny (clonazepam, alprazolam) | benzo-diazepiny a opioidní analgetika |

Tabulka 2. Přehled informací o respondentech, kteří participovali v ohniskových skupinách

| Respondent | Pozice | Délka praxe (psychiatrie) | Délka praxe (odd. závislosti) | Psychoterapeutický výcvik |
|--------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Personál 1 | Praktická sestra | 8 let | 8 let | SUR |
| Personál 2 | Ošetřovatel, pracovní terapeut | 4 roky | 4 roky | - |
| Personál 3 | Psychiatri | 13 let | 3 roky | - |
| Personál 4 | Psycholog | 13 let | 13 let | BIP |
| Personál 5 | Psycholog | 7 let | 13 let | KBT |
| Personál 6 | Vrchní sestra | 28 let | 11 let | Gestalt |
| Personál 7 | Praktická sestra | 5 let | 5 let | - |
| Personál 8 | Psychiatri | 25 let | 10 let | Gestalt |
| Personál 9 | Sanitář | 11 let | 11 let | - |
| Personál 10 | Praktická sestra | 38 let | 11 let | - |

6. Design výzkumu

Pro realizaci výzkumu byl zvolen kvalitativní design, který zahrnoval polostrukturované rozhovory s pacienty a ohniskové skupiny s personálem. Tento design byl zvolen s ohledem na komplexnost výzkumných otázek. Před započítím rozhovorů byly respondentům předloženy informované souhlasy s účastí ve výzkumu, pořízením audiozáznamu a zpracováním získaných dat pro účely výzkumu (viz příloha č. 3). Dále byli respondenti ústní formou seznámeni s účelem výzkumu, se zachováním anonymity získaných dat a možnostmi kdykoliv rozhovor ukončit a z výzkumu odstoupit. Možnost odstoupení ale žádný z respondentů nevyužil. Všechny rozhovory mohly být nahrávány, takže byl současně pořizován audiozáznam pomocí diktafonu. Po následné transkripci audiozáznamů byly všechny rozhovory smazány. Veškerá etická pravidla byla dodržena. Přepisy byly označeny kódem, aby byla zachována anonymita respondentů.

6.1. Metody získávání dat

Pro získání výzkumných dat byl zvolen kvalitativní přístup s využitím polostrukturovaných rozhovorů a ohniskových skupin. Přímý kontakt výzkumníka s respondentem vytváří důvěrné prostředí, které umožňuje klást také osobnější dotazy. Zároveň je zde možnost vyjasnit si plně získané informace pomocí doptávání (Miovský, 2006).

6.1.1. Rozhovor

Při sběru dat jsme využili polostrukturovaný rozhovor, který se řadí k nejčastěji používané formě interview. Výzkumník v rámci něj využívá předem připravených otázek, které jsou jednotlivým respondentům pokládány při všech rozhovorech. Pořadí a forma dotazů může být výzkumníkem libovolně obměňována podle aktuálního vývoje rozhovoru. Předem připravené závazné otázky může výzkumník při rozhovoru doplnit dalšími, jejichž pomocí si získané informace ucelí (Miovský, 2006). Před samotnou realizací našich interview bylo nutné sepsat tematické okruhy, které se měly v rozhovorech objevit a na základě těchto okruhů vytvořit seznam otázek. Počet základních otázek byl 46 (viz příloha č. 4) V samotném úvodu rozhovoru směřovaly otázky k pojmenování důvodu, proč se respondenti aktuálně nacházejí v léčbě

závislosti. Na některé z otázek odpovídali respondenti v průběhu rozhovoru spontánně, proto nebylo nutné pokládat všechny. Dále jsme přešli k otázkám týkajících se minulosti a zároveň příčin rozvoje závislosti. Následovaly dotazy na ohodnocení průběhu léčby. V závěru rozhovorů se otázky stáčely k aktuální situaci, ale také k plánům do budoucna po skončení pobytu. V některých případech otázkám osobnějšího charakteru předcházely snazší dotazy na hodnocení léčebného programu. Na intimnější otázky o jejich vlastní minulosti pak odpovídali otevřeněji, protože v druhé polovině rozhovoru už se mezi námi vytvořila větší důvěra a ostých respondentů ustoupil. V úplném závěru byly zjišťovány demografické údaje (například věk), které by mohly v úvodu působit neosobně a nudně (Hendl, 2016).

6.1.2. Ohnisková skupina

Ohnisková skupina je charakterizována jako cílená skupina, v níž se získávají informace o zadaném tématu. Osoby v ní mohou mezi sebou interagovat, takže získaný výzkumný materiál je bohatší než například u samostatných rozhovorů, což se dále ukázalo být vhodnou volbou. Ideální počet participantů v jedné ohniskové skupině je sedm až deset. Při našem výzkumu se však jedné ohniskové skupiny účastnili maximálně čtyři členové, což mohlo výzkum ovlivnit ve vyšší míře subjektivity získaných dat a projevit sníženou interakcí mezi jednotlivými členy (Miovský, 2006). Počet participantů se odvíjel od časových možností personálu na odděleních pro léčbu závislosti, jelikož organizování výzkumu nesmělo narušit chod oddělení. Volba malých skupin se může ukázat jako výhodná tehdy, pokud si přejeme dát dostatečný prostor k reakcím každého účastníka a zároveň skupinu tvoří členové, kteří se vzájemně respektují. Podle Morgana (2001) může být ohnisková skupina například o třech členech někdy nejlepším řešením, pokud jsou účastníci dostatečně angažovaní. Vždy je v tomto ohledu nutné zvážit okolnosti, které se při organizování ohniskových skupin vyskytují. V našem případě by byla realizace ohniskových skupin o více členech obtížná, a to jednak z důvodu omezeného množství personálu na oddělení v rámci určité směny, jednak z nutnosti respektovat chod oddělení. Tři až pět ohniskových skupin by mělo být pro saturaci dat dostatečné. V rámci výzkumu se uskutečnily tři ohniskové skupiny. Pokud moderátor organizaci ohniskové skupiny přiměřeně strukturuje a variabilita názorů a zkušeností je u participantů nízká, jak se tomu stalo i v našem případě, nízký počet ohniskových skupin je dostačující.

Využity byly polostrukturované ohniskové skupiny, které mají zachovanou jistou míru strukturovanosti, nicméně konkrétní pořadí a přesné znění otázek může být v průběhu mírně upravováno. Stanovili jsme tedy okruhy a otevřené otázky, na které se v rámci ohniskové skupiny dotazuje (Miovský, 2006). Počet připravených otázek a okruhů byl 11 (viz příloha č. 4). V úvodu je vhodné krátké představení badatele a poté je možné rovnou přistoupit k základnímu tématu ohniskové skupiny. Při realizaci ohniskové skupiny je potřeba, aby výzkumník určil směr, kterým by se diskuze měla ubírat. Proto se všechny otázky nejdříve přečetly, aby se účastníci případně mohli doptat na obsah dotazu a diskuze se mohla odvíjet od námi zadaného tématu. Zároveň bylo nutné zajistit, aby měl každý možnost se k danému okruhu či otázce vyjádřit. K tomu byl vždy participantům ponechán dostatečný prostor a také možnost reagovat na své kolegy. V závěru je účastníkům poskytnut prostor pro doplnění čehokoliv, co je k danému tématu ještě napadlo (Miovský, 2006).

Morgan (2001) tvrdí, že skupinové diskuze, ke kterým v rámci ohniskových skupin dochází, jsou důkazem o podobnostech a rozdílech zkušeností, které jednotliví členové mají. V našem případě nedocházelo ke konfrontacím v názorech účastníků, nicméně došlo k vzájemným reakcím, které podnítily respondenty k rozboru jednotlivých témat z více úhlů pohledu. Vzhledem k tomu, že ohnisky byla témata, která se zaměřovala na zkušenosti s určitou obecnou skupinou pacientů, a nikoliv osobní informace, které by si vyžadovaly důvěrnější prostředí, respondenti o nich neměli problém hovořit.

Po realizaci rozhovorů či ohniskových skupin proběhla doslovná transkripce získaných zvukových stop spolu s komentáři o neverbální složce rozhovorů.

6.2. Metody analýzy dat

Data získaná pomocí rozhovorů a ohniskových skupin byla zpracována pomocí přepisu a následně proběhla redukce první řádu, kdy byla vynechána obsahově nepotřebná data (Hendl, 2016). Po proběhnutí redukce prvního řádu byly získané texty zpracovávány pomocí počítačového programu NVivo 10 určeného pro analýzu kvalitativních dat. Ten umožňuje uživateli klasifikovat, třídit a uspořádat data, následně ověřovat souvislosti mezi nimi, propojovat je, vyhledávat a modelovat (QSR International, 2012). Jedná se o alternativu ruční analýzy, která probíhá pomocí tužky a papíru, zvýrazňováním textu a čárkovací metodou (Hendl, 2016). Analýza dat

zahrnovala deskripci, tedy popis dat, a dále uvedení frekvence, intenzity a poměru výskytu jednotlivých jevů pomocí metody prostého výčtu. K porovnání dat je bylo potřeba seskupit a rozčlenit s ohledem na jejich podobnosti a dále utvořit jednotlivé trsy. S pomocí metody kontrastů a srovnávání byly rozlišeny jednotlivé kategorie, a tím vznikaly obecnější jednotky (Miovský, 2006).

6.3. Průběh získávání dat

V říjnu 2018 byla oslovena výše jmenovaná zařízení, celkem jedenáct, elektronickou poštou s žádostí o spolupráci a účastí ve výzkumu. Ve zprávě jsme žádali o možnost provedení výzkumu v daných zařízeních. Přiložen byl průvodní dopis (viz příloha 2). Uvedli jsme zde informace o účelu výzkumu. Osloveným byl zaslán průvodní dopis a připravené otázky pro rozhovory s pacienty a ohniskové skupiny s personálem. V jednom případě byl na dodatečnou žádost zaslán také výzkumný záměr. V průběhu prosince 2018 jsme se domluvili na možnosti provést výzkum ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci, kde byl výzkum schválen primářem tohoto oddělení MUDr. Zdeňkem Faldynou. Dále nám v prosinci 2018 byla potvrzena možnost realizace výzkumu v Terapeutické komunitě Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě Mgr. Gabrielou Máhrovou. V lednu 2019 jsme obdrželi schválení výzkumu od etické komise v Psychiatrické léčebně Šternberk prostřednictvím vedoucí psycholožky Mgr. Evy Kochtové. Z dalších oslovených osmi zařízení už nepřišla žádná kladná vyjádření, přičemž s pěti z nich proběhla další e-mailová či telefonická komunikace. I po této snaze byl nicméně náš výzkum v těchto zařízeních zamítnut. Uvedenými důvody pro zamítnutí realizace výzkumu byla časová vytíženost personálu a nepřítomnost vhodných pacientů pro náš výzkum v léčbě, a to i přes naše upozornění, že se pacienti či personál mohou účastnit pouze části výzkumu podle toho, zda by byli k dispozici pouze jedni nebo druzí. Celkově byla data nasbírána během šesti návštěv. Při první návštěvě ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci proběhl rozhovor s jedním pacientem. Poté jsme realizovali dva rozhovory s pacienty a jednu ohniskovou skupinu v Terapeutické komunitě Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě. Dále proběhla dvoudenní návštěva v Psychiatrické léčebně Šternberk, kde proběhly dva rozhovory s pacienty a jedna ohnisková skupina s personálem. Poté proběhla ohnisková skupina s personálem

opět ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci. Rozhovory probíhaly v prázdném nemocničním pokoji nebo ve vyšetřovně, kde jsme nebyli rušeni. Ohniskové skupiny se konaly na ošetřovně nebo v terapeutické místnosti, aby bylo zajištěno soukromí. Po sebezprezentaci byl představen účel a podmínky výzkumu a respondenti byli ujištěni o anonymitě. Respondentům byl předložen tištěný informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, který účastníci podepsali. V případě ohniskové skupiny byla stanovena pravidla, aby nedošlo k současnému projevu více respondentů najednou. Poté proběhlo ujištění o možnosti si průběh rozhovoru či ohniskové skupiny zaznamenat na diktafon. Po všeobecném odsouhlasení byli respondenti dotázáni, zda na mě před započítím výzkumného rozhovoru či ohniskové skupiny nemají nějaké otázky. Data byla získávána v průběhu prosince 2018 až března 2019. Nahrávky z rozhovorů byly po přepisu smazány.

7. Analýza získaných dat

7.1. Analýza prvního výzkumného cíle

Vnímání odlišností vůči jiným závislostem

Dle personálu si pacienti své závislosti tolik neuvědomují, zejména při zahájení léčby. Své postavení mezi ostatními pacienty vnímají jako výjimečné a neuvědomují si, že jejich stav skutečně vyžaduje hospitalizaci. Onemocnění zpočátku nechápou jako závislost, protože u nich převažuje přesvědčení, že návykové léky museli dle předpisu doktora užívat z terapeutických důvodů. Avšak skutečnost, že léky neužívají doporučeným způsobem, si na počátku plně neuvědomují. Pacienti uvádějí, že tehdy své problémy nepovažovali za tak závažné jako u ostatních pacientů a závažnosti jejich onemocnění uvěřili až postupně. Více si naopak uvědomují abstinenci příznaky, které jsou s přerušáním užívání návykových léků spojeny. Oproti závislosti na alkoholu se navíc jedná o horší závislost, protože vyvolává pocit výraznější odloučení od společnosti.

V rámci dvou ohniskových skupin zazněl názor, že se závislí na lécích cítí mezi ostatními pacienty výjimeční. (Personál 1: „*Protože se cítí být výjimeční, že je jejich závislost jiná, protože tady není až tak moc lidí s těmi léky. Cítí se v té skupině výjimečně, protože on to má jinak. On to nemá tak jako ten alkoholik. Je jinej.*”) (Personál 4: „*Jsou takoví specifictí. Někdy mám pocit, že tu svoji závislost vnímají nadřazeně...jako, že je to jiné než pít a fetovat.*”)

S tím koresponduje i tvrzení čtyř pacientů, že riziko vzniku závislosti si zpočátku terapeutického užívání léků neuvědomovali. (Pacient 4: „*Já jsem to ze začátku nebral tak, že prášky jsou droga. Prášky vám předepisuje doktor.*”) Dva pacienti uvedli, že se jejich vnímání závažnosti lékové závislosti v průběhu léčby proměnilo. (Pacient 1: „*Nejdřív jsem si myslela, že ten můj problém je malý, ale teď vidím, že i ten můj problém je vážný a v přibězích ostatních se nacházím. Byť je ten problém jiný, tak něco máme společného.*”) Jeden pacient z vlastní zkušenosti popsal, že vnímá lékovou závislost jako závažnější, než je tomu v případě závislosti na alkoholu. (Pacient 3: „*Mám pocit, že ta léková je těžší a horší. Je větší touha se k tomu vrátit. Těžší abstinenci příznaky. Myslím, že ta sociální devastace je horší u těch léků. Cítil jsem se hůř. Cítil jsem se ve společnosti mnohem víc odloučeněj. Myslím si, že je to*

daleko větší poklesek než v případě alkoholu. Vyvolávalo to ve mě horší pocity než alkohol a cítil jsem se jako větší lump.”) Jeden pacient na druhou stranu vnímá budoucí abstinenci od návykových léků snáze realizovatelnou než abstinenci alkoholiků, protože alkohol je lehce dostupnou drogou. (Pacient 2: *„Myslím si, že tu abstinenci budu mít snazší v tom, že na ty léky není taková reklama. Mě nedělá nic, ani když vidím krabičku s léky, protože vim, že tam nejsou ty moje. S tím alkoholem je to těžší ten je všude.”)*

Vnímání podobností vůči jiným závislostem

Podle personálu řeší pacienti s lékovou závislostí stejné problémy a důvody spojené s rozvojem závislosti jako u každých jiných závislostí. Pacienti jsou během léčby personálem postupně vedeni k náhledu na situaci a na konci léčby by měli dojít k přesvědčení, že princip závislosti na lécích je totožný jako u jiných druhů závislostí. Důležité je, že sami si tento fakt zpočátku uvědomují.

Všichni respondenti z ohniskových skupin se shodují v tom, že léková závislost není ve své podstatě v ničem odlišná od jiných. (Personál 2: *„Mají to stejné jako u jiných závislostí. Jde o řešení některých problémů a postojů. Je to úplně stejný jako u jiných závislostí. Oni akorát sáhnou místo toho alkoholu po lécích.”)* V jedné z ohniskových skupin zaznělo tvrzení, že práce s pacienty s lékovými závislostmi v úvodní fázi léčby tkví v jejich přesvědčování o tom, že není konstruktivní zaměřovat se na odlišnosti mezi jednotlivými typy závislostí a přijmout, že jejich podstata je totožná. (Personál 1: *„Takže někdy je ta práce v tom, že je vedeme k tomu, že ta závislost je jenom jedna a ty principy jsou stejné. Když toto přijmou, tak se už s nimi krásně pracuje.”)*

Čtyři pacienti jsou si vědomi, že jejich závislost se výrazně neodlišuje od ostatních a uvědomují si zejména jejich podobnosti. (Pacient 3: *„Je to to samý. Stejná věc. Závislost je stejná na čemkoliv.”)* (Pacient 2: *„I když jsme tu na lécích závislí jenom dva, ale ta závislost je jenom jedna. Ty stavy jsou hodně podobné.”)*

Užívání návykových léků po skončení léčby

Dle personálu vstupují pacienti s touto závislostí do léčby s představou, že svůj lék potřebují a že léčba povede ke snížení, nikoliv k celkovému vysazení léků. Tato vize se postupem času mění, zejména po překonání odvykacích stavů. Ukázalo se, že většina pacientů má v plánu po ukončení léčby závislosti plně abstinovat. Užívání návykových

léků jim při jejich zdravotních obtížích ve výsledku více škodilo, než pomáhalo, takže se posléze vůči užívání léků stavěli negativně. Pacienti většinou v kontrolovaném užívání nevidí východisko a chtějí se návykových léků vzdát úplně.

Čtyři pacienti jsou připraveni se vzdát návykových léků. (Pacient 4: „*Chtěl bych to neužívat vůbec. Před léčbou bylo i období, kdy jsem neužíval, ale nevím, co mi v tom pomohlo.*”) (Pacient 3: „*Alkoholu se nedotknu. To už mám vyřešený. Stejně to udělám teď s těma lékama. Jsem teď silnější. Budu docházet ke své psychiatrice a psychologce. Užívat dál ty léky nelze.*”) Jednomu respondentovi v abstinenci pomůže získaná averze vůči návykovým lékům (Pacient 1: „*Život bez léků si do budoucna dokážu představit. No tak už si nevezmu lék. Mě už se ty léky sprotivily. K těm lékům jsem celkem získala odpor.*”) Tři z pacientů uvádějí, že zásadním důvodem, proč nechťejí po skončení léčby recidivovat jsou vzpomínky na těžké abstinenci příznaky, které se s užíváním těchto léků pojí. (Pacient 2: „*Kdyby nastal zase problém, tak nechci brát ty prášky už. Budu brát jen antidepresiva, která mám i tady. Ta představa těch abstinenci stavů. To už nikdy!*”) Jeden z pacientů vnímá potenciální možnost neužívání návykových léků jako nepravděpodobnou. Svůj cíl si tato pacientka stanovila na kontrolovaném užívání nízkých dávek návykového léku. (Pacient 5: „*Dokážu si představit, že budu s množstvím dva benzodiazepiny denně. To myslím, že je dost. Bez čeho se neobejdu je kodein. Bez toho bych nevydržela.*”)

7.2. Analýza druhého výzkumného cíle

Hůře rozpoznatelná závislost

Léková závislost se podle respondentů rozvíjí velice pozvolna a nenápadně. Na rozdíl od jiných závislostí, které jsou společností dobře rozpoznatelné, nevnímá okolí v případě lékové závislosti užívání návykových léků jako problematické. Intervence ze strany okolí nastává až ve chvíli, kdy závislý selhává v běžných sociálních situacích.

V rámci dvou ohniskových skupin se personál shodl na tom, že prohlubování lékové závislosti a pozvolné navyšování dávek léků probíhá po dlouhé období skrytě. (Personál 4: „*Ještě mi přijde, že ta závislost je poměrně po dlouhou dobu poměrně dobře skrývatelná. Nejde z nich cítit chlast. Extrémně nemění chování jako třeba na drogách, proto se na to přijde později. Ty strategie mají takové vychytanější.*”)

(Personál 3: „*Ti lidi se s tím ani nemusí extrémně tajit. To souvisí s tím, že léky jsou legální. Je to takové plíživé.*”)

Dva respondenti z řad pacientů dlouhodobě působili na okolí bezproblémovým dojmem. (Pacient 2: „*Proto jsem zvolila ty prášky. Chodila jsem do práce. Ty prášky jednak nejsou cítit. Byla jsem v pohodě. Měla jsem nejvyšší osobko, protože na tom Lexaurinu jsem zvládla ty krizové situace úplně s přehledem. Kolegové na mě nic nepoznali. Manžel na to taky přišel, protože mi je našel. Taky nepoznal, že toho tolik беру.*”) (Pacient 3: „*Až pak si všimli doma, že jsou tam krabičky v koši, tak to začali sledovat.*”)

Chronické zdravotní problémy

Primárním důvodem pro užití návykových léků byly u respondentů zdravotní potíže související nejčastěji s nespavostí, úzkostmi nebo somatickými nemocemi a bolestmi. Toto užívání bylo indikováno a předepsáno lékařem. K rozvoji závislosti docházelo při chronických obtížích léčených návykovými léky pod odborným dohledem lékaře.

Dle dvou ohniskových skupin je jsou jedním z hlavních faktorů ovlivňující rozvoj závislosti na lécích tělesné zdravotní obtíže. (Personál 1: „*Někdy se mi zdá, že díky svému somatickému stavu se přesmyknou tady do toho, což je chyba systému.*”)

Dlouhodobě léčený psychický či tělesný problém návykovými léky řešili tři z dotazovaných pacientů. (Pacient 5: „*Měla jsem diagnostikovanou kolitidu idiopatickou, dnes už nespecifickou kolitidu má to náběh na chronovu chorobu. Gastroenterolog mi začal psát léky. Ty bolesti zhoršovaly. Postupně jsem kvůli té nemoci méně a méně mohla pracovat a psychický stav se zhoršoval.*”) (Pacient 4: „*Mám sociální fobie nebo schizoidní poruchu osobnosti. Spíš, co působilo na ty strachy, to byly spíš ty benzodiazepiny. Bral jsem to pravidelně.*”) (Pacient 3: „*Já se léčím 27 let na periodický endogenní deprese.*”)

Přesmyk jedné závislosti v jinou

Rozvinutí lékové závislosti se podle některého personálu objevuje u jedinců, kteří již v minulosti měli potíže s jiným typem závislosti, a to i přestože od dané návykové látky úspěšně abstinují. Nejčastěji se tento problém týká alkoholu, který je svým účinkem dle personálu podobný benzodiazepinům. Někteří pacienti přiznávají,

že byli skutečně v minulosti léčeni z alkoholové závislosti nebo si prošli epizodou abúzu alkoholu.

Personál v jedné z ohniskových skupin se shodl na tom, že se ve velké míře setkávají s pacienty, kteří mají kromě potíží s lékovou závislostí problémy se závislostí na alkoholu. (Personál 4: „*Většina z nich měla kombinaci s jinou závislostí, nejčastěji teda s alkoholem.*”) (Personál 3: „*Ono už to tady padlo, ale myslím, že je to důležité zdůraznit, že to často bývají kombinované závislosti. Vyloženě ty benzodiazepiny, ne že by to nebylo, ale často to vidím třeba závislost na alkoholu a pod tím abúzus benzodiazepinů.*”) Personál v rámci jedné z ohniskových skupin také zdůraznil, že se u nich na oddělení vyskytují pacienti, kteří abstinovali od jiné návykové látky, přičemž se u nich po určité době rozvinula závislost jiná. Stává se tomu běžně i v případě lékových závislostí. (Personál 1: „*Ono se se často stává, že závislý nahradí jednu závislost za druhou. Po delší době abstinence mohou přecházet k tomu pít.*”)

Jeden z pacientů přiznává, že v době prohloubené lékové závislosti užil alkohol, aby dosáhl vyššího anxiolytického efektu v krizové situaci. (Pacient 5: *Potom jsem už v závěru i dost popíjela alkohol. Pravda je ta, než maminka zemřela, tak jsem si začla přilepšovat flaškou denně.*”) Jedna z pacientek přiznala, že v období, kdy se snažila odvyknout si od návykových léků, užila místo nich alkohol, aby dosáhla podobného efektu. (Pacient 2: „*Alkohol s léky jsem nekombinovala, ale stalo se mi, že mi bylo hodně špatně a řekla jsem si, než jíst prášky...tak se radši ožeru. Koupila jsem si flašku. Vypila ji a skončila na JIPce.*”) Ve výzkumném souboru se vyskytli dva pacienti, kteří v minulosti absolvovali léčbu závislosti na alkoholu. (Pacient 1: „*Protože už jsem dřív byla závislá na alkoholu. Pak jsem nějak střídala období, že jsem měla čisté období, kdy jsem byla čistá, ale prostě buď jsem byla úplně v pořádku nebo byl jenom alkohol nebo jenom léky a v poslední fázi jsem to zkombinovala, což byl teda opravdu malér.*”) (Pacient 3: „*Tady jsem se léčil s alkoholem. Po pěti letech jsem sáhl po rozpouštědlech. To byla ale jen měsíční epizoda. Prostě jsem se nechtěl napít, já jsem se teda doted' těch čtrnáct let nenapil a tohle byla taková náhrada za ten alkohol. Nebylo mi ve vztahu dobře. Začal jsem zase hledat něco, abych si ulevil, a to byla zvýšená dávka těch benzodiazepinů.*”)

7.3. Analýza třetího výzkumného cíle

První užití návykových léků

Prvně pacienti užíli léky po lékařském vyšetření. Většinou byla pacientům předepsána terapeutická dávka, kterou užívali pravidelně dlouhodobě. V případě potíží s nespavostí byla určena nízká dávka hypnotik, kterou měli pacienti užívat při akutních potížích s nespavostí. Pacienti zpočátku zvládali užívat pouze terapeutické dávky léku bez známek abúzu.

Potíže s nespavostí, které je přivedli do ordinace lékaře, uvedli dva pacienti. (Pacient 1: *„Začalo to téma problémama s manželem, s jeho první nevěrou. Pak jich bylo několik. Pořád jsem mu je odpouštěla. Dospělo to do stádia, že jsme se rozvedli. A tehdy to začalo. Začala jsem užívat asi v 35 letech homeopatika na spaní, čaje a bylinky a takové na usnutí. To vůbec nefungovalo, tak jsem začala. Poprosila jsem normálně lékaře. Tak mi napsal 1 tabletu před spaním a takhle to začalo.”*) (Pacient 2: *„Já jsem ty prášky začala brát kvůli nespavosti. Navíc dělám celý život noční směnu. Začala jsem je brát, protože to pro mě bylo jednoduché. Já jsem nehledala příčinu, proč nemůžu spát Prostě to pro mě bylo jednodušší si vzít prášek a spát. Poprvé jsem se setkala s těmi léky třeba před 10 lety, ale to jsem si třeba vzala jeden a pak třeba půl roku nic.”*) V jednom případě se jednalo o endogenní depresi (Pacient 3: *„Byly to benzodiazepiny, které mi předepisovala kvůli depresím.”*) Důvodem prvního užití návykového léku byla pro jednoho pacienta sociální fobie. (Pacient 4: *„Na ty strachy byly spíš ty benzodiazepiny. Ty mi předepsal psychiatr po té vojně.”*) Jako součást předepsané léčby somatických potíží měl návykový lék předepsán jeden pacient. (Pacient 5: *„Základním onemocněním byla ulcerózní kolitida, tou to všechno začalo ty prášky. Doktor mi začal psát diazepam a kodein kvůli průjmům.”*)

Řešení stresových situací abúzem léku

Po dlouhodobém užívání terapeutických dávek léku řešili pacienti stresové situace abúzem léků. Zjistili, že při vyšších dávkách léku dochází k příjemným účinkům, díky nimž se mohli zapojit do každodenního života. Pokud se naopak potýkali s problémy a starostmi, mohli je díky vysokým dávkám odstranit či zaspat. Problémy se týkaly především vztahů a partnerského života.

Tři pacienti uvedli, že stres způsobující abúzus léků podnítily partnerské problémy. (Pacient 3: „*Nechtěl jsem s manželkou být. Nechtěl jsem s ní spát. Našla si teda nového partnera. Já jsem jí řekl, že mi to nevadí, ale nebyla to pravda. Takže mě v tom dlouhodobě nebylo dobře. Tak jsem se v tom dlouho utápěl. Začal jsem zase hledat něco, abych si ulevil. To byla zvýšená dávka těch benzodiazepinů. Tehdáž jsem se cítil hůř. Protože mi nebylo dobře, tak jsem si vzal dva místo jednoho, tak jsem se sámoléčil. Zjistil jsem, že to funguje.*“) V jednom případě pacient zneužíval léky k tomu, aby stresovou situaci úplně zaspal. (Pacient 1: „*Dcera měla svoje zájmy. Po rozvodu si bývalý manžel dceru kupoval, aby jí dostal do péče. Tak jsem potom chtěla ten život prospat, tak jsem začala navyšovat ty léky... nikdo tam se mnou nekomunikoval a dávali mi najevo, kam to všichni dotáhli. To byl zlom. Začla mě bolet hlava. Od té oslavy jsem to začala brát i přes den, abych tu bolest zaspala. Mě to pomohlo. Prospala jsem se a bolest byla pryč, ale tím pádem bylo zase o dva nebo tři prášky víc.*“) V jednom případě pacient byl před abúzem dlouhodobě prostředníkem mezi dvěma blízkými osobami a stres vystupňovala i dlouhodobá neúspěšná snaha o početí. (Pacient 2: „*Předcházely tomu vztahové problémy v rodině. Dcera byla v pubertě, navíc není manželova, takže na mě byly tlaky ze všech stran. Byla jsem jak mezi 2 bubnama. Nespavost byla i kvůli tomu, ale taky kvůli psychicky náročné práci. Navíc my jsme s manželem nemohli mít děti. To jsem si pořád říkala, že to musím dokázat. No nepovedlo se. Najednou jsem řekla, že už dost i kvůli věku. Najednou byl takový klid, a to si myslím, že taky mělo hodně vliv.*“)

Nedodržování předepsaného způsobu užívání

V oblasti užívání benzodiazepinů personál sleduje dvě krajní skupiny uživatelů: ty, kteří užívání návykových léků naprosto odmítají, a to i v akutním případě a ty, kteří tyto léky nedovedou užívat pouze v předepsaném množství nebo mají po uplynutí léčby s užíváním přestat. Pacienti si tedy později sháněli vyšší množství léků či předepsané množství užili v kratším čase, než jim bylo předepsáno.

V rámci jedné ohniskové skupiny se personál shodl na tom, že skupina uživatelů návykových léků často sklouzává k abúzu velice často. (Personál 2: „*Dnes existují takové dvě skupiny lidí. Jedna má úplně úzkostné stavy strachu vzít si benzodiazepin i když jejím indikován, například na přechodnou dobu, než se dostaví efekt antidepresiva. Na druhou stranu jsou lidi, kteří to zneužívají ty léky. Je to buď jeden extrém nebo druhý, ty useří tu, ten střed trošku chybí.*“) Všechny pět respondentů pacientů

nějakým způsobem porušilo doporučené dávkování léků. Ve čtyřech případech došlo k užívání vyšších dávek těchto léků a vyššího celkového množství. (Pacient 4: „Právě, že jsem navyšoval ty dávky, postupem času ta dávka musela být větší. Nebo jiný druh toho benzodiazepinu.“) Jeden z respondentů nenavyšoval celkové množství užitých návykových léků, nicméně tyto léky spotřeboval v kratším čase, než mu bylo předepsáno, proto několikrát prožil odvykací stav v obdobích před další plánovanou návštěvou psychiatricky, kde mu byly léky opět předepsány. (Pacient 3: *Já jsem prostě pořád žil v té falešné iluzi, však mi to pani doktorka píše. Ale ona mi to psala jinak, než já jsem to potom užíval. Takže to dopadlo, že jsem léky doužíval a potom jsem se dva měsíce kroutil bez léků. Takže jsem mockrát zažil ten absták z toho, když se vysadí ty léky.*“)

Potíže způsobené abúzem léků

Někteří při užívání vysokých dávek návykových léků pociťovali různé nežádoucí účinky, které pacientům ztěžovaly jejich každodenní fungování. Jiní naopak pod vlivem vysokých dávek léků vykazovali vysokou míru výkonnosti, což zpočátku oceňovali jak oni sami, tak jejich okolí.

Dva pacienti se nikdy nesesetkali s výraznými nežádoucími účinky způsobenými abúzem léků. Jeden pacient uvedl, že byl po lécích unavený, ale nepovažoval to za výrazný problém. (Pacient 4: „Člověk je potom víc bezstarostnější. Nesesetkal jsem se po nich s problémy, ale určitě jsem byl po nich unavený, protože jsem potom třeba i spal.“) U jedné pacientky se nevyskytl žádný problém v důsledku vlivu léků na jeho organismus, Nežádoucí účinky se projeví až po vysazení těchto léků. „Já jsem potom už byla právě po těch práscích hodně pozorná, v pohodě. Kolegové v práci na mě nic nepoznali. Spíš jsem se jim nezdála, když jsem ty léky neměla. To jsem byla v depresi a měla jsem úzkosti. Bylo to i vidět, že jsem byla nevyspalá, bílá, strhaná. Když jsem ty léky brala, tak jsem byla celkem v pohodě, ale když jsem nebrala, tak to bylo prostě strašný.“) Jednomu z pacientů vysoké dávky anxiolytik způsobily depresivní prožívání, jenž bylo následně léčeno přidáním antidepresiv mezi užívané léky. Přičemž deprese byla pouhým projevem zneužívání benzodiazepinů. (Pacient 1: „Až když jsem začala mít deprese, tak jsem byla poslaná na psychiatrii. Ona mi dala antidepresiva a potom něco na uklidnění, ale taky návykový lék, Rivotril třikrát denně na uklidnění a jedenkrát denně na spaní. To bylo všechno návykový. Až teď mi bylo vysvětleno, že tu depresi jsem vlastně měla, protože jsem se tlumila těma lékama.“) Vysoké dávky anxiolytik u dvou

pacientů způsobily narušení kognitivních funkcí. (Pacient 1: „Ke konci už jsem tu pozornost měla špatnou. Už jsem třeba někam přišla a nevěděla jsem, co jsem tam chtěla. Měla jsem velký problém s pozorností. I s pamětí velký.”) Jeden pacient popsal výrazné změny chování a narušení motoriky v důsledku abúzu benzodiazepinů. (Pacient 3: „Někdy se stalo, že jsem si jich vzal víc a všichni to na mě poznali. Byl jsem veselej, akční. Dělal jsem věci, který jsem před tím nedělal. Měl jsem chuť dělat věci, který jsem předtím neměl chuť dělat. No a dopadlo to tak, že jsem padal z kola, protože jsem měl poruchy rovnováhy.”) V případě jedné pacientky abúzus opioidních analgetik způsobil potíže při operační anestezii. (Pacient 5: „Před Vánoci jsem byla na kolonoskopii v narkoze. Po operaci se mnou mluvil lékař. Při té narkóze do mě museli lít tolik jako do 200 kilovýho chlapa, aby mě uspali, protože jsem měla tak velkou toleranci.”)

7.4. Analýza čtvrtého výzkumného cíle

Problematika lékařských předpisů

Léky bývají obecně pacientům předepisovány bez hlubšího porozumění příčiny problému a prvotního řešení nelékovými prostředky. Podle personálu existuje chyba v systému preskripce některých léků. Pacientům byly návykové léky předepisovány opakovaně praktickým lékařem i přes to, že se jedná o psychiatrické léky, které by měly být ideálně užívány pod pravidelným dohledem psychiatrických odborníků. Pacienti využívali možnosti vyžádat si tyto léky na předpis od více lékařů bez toho, aniž by jim sdělili již užívané množství. Lékaři tak v důsledku nebyli informováni o reálném množství léku, které pacienti užívali.

Léky bývají pacientům předepisovány bez hlubšího porozumění příčiny problému a prvotního řešení nefarmakologickými prostředky. Podle personálu existuje chyba v systému preskripce některých léků. Pacientům byly návykové léky předepisovány opakovaně praktickým lékařem i přes to, že se jedná o psychiatrické léky, které by měli být ideálně užívány pod pravidelným dohledem psychiatrických odborníků. Pacienti využívali možností vyžádat si předepsání těchto léků od více lékařů bez toho, aby jim sdělili již užívané množství. Lékaři tedy nebyli informováni o reálném množství léku, které pacienti užívali.

V rámci jedné ohniskové skupiny se personál shodl na tom, že rozvoj závislosti na lécích může být způsoben nedostatkem času lékaře na pacienta, aby se mu věnoval

tak, že budou společně hledat příčinu jeho potíží. Předepisování léků je proto snadným a zpočátku uspokoјivým řešením pro obě strany. (Personál 1: „*Je to blbý říct, ale je to chyba systému. Někdy je pro lékaře lepší odbýt pacienta těma lékama, než mu věnovat čas a třeba ho nasměrovat někam jinam. Ten systém je nastaven tak, že se řeší daná věc, ale neřeší se příčina. Léky pomůžou, ale lidé, kteří mají trápení, tak spadnou pak do závislosti.*”) Všichni z personálu se shodli na tom, že by mělo dojít preskripčnímu omezení návykových léků u praktických lékařů. (Personál 3: „*Bohužel se stává, že je návykový lék předepisován dlouhodobě praktikem. My se s tím snažíme bojovat. Ti lidi třeba chodí do adiktologické ambulance, ale mají pocit, že jim to nevyhovuje. Bojí se to tomu odborníkovi říct, proto jdou radši k tomu praktikovy. Řeknou mu, že nespí a on jim ty léky napíše. I když benzodiazepiny, pokud se nebavíme o těch vysokopotentních na spaní, ale o lécích určených na stavy úzkosti, tak tam ten praktik to píše i na spaní, což je podle mě chyba. Tím, že se rozvolňují preskripční omezení pro praktické lékaře, tak to má vliv na to, že do toho di lidé spadnou.*”)

Dva z pacientů využívali možnost nechat si předepsat návykové léky od různých lékařů. (Pacient 2: „*Mě to všechno psali lékaři. Já jsem chodila k onkologovi, neurologovi, praktickému lékaři, ke gynekologovi a psychiatrovi. Každý mi prostě předepisoval ty léky. Když už byly e-recepty, tak to bylo pro mě jednoduché, jsem si zavolala a oni mi poslali e-recept, a ještě se mě zeptali, kolik chci balení, takže úplně v pohodě. Takže jsem v tom jela úplně šíleně. Obcházela jsem různé lékárny, tak jako alkoholik obchází obchody s alkoholem.*”) (Pacient 4: „*Takže jsem to střídal. Vždycky jsem to měl na předpis. Potom jsem si to nechal předepisovat u toho obvodního i u toho psychiatra.*”) Jeden z pacientů měl možnost obstarat si návykové léky prostřednictvím svého zaměstnání a známostí v lékárnách. (Pacient 5: „*Neměla jsem s tím problém si to obstarat. Jezdila jsem po lékárnách v rámci práce, navíc můj bratr pracoval v lékárně. Ono tehdá ještě šlo, když jsem si něco zaplatila. Postupně to začalo být sourozencům divný.*”)

Tabulka 3: Informace o preskripci návykových léků respondentům

| Pacient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|--------------------|---|-------------------|--------------------|--------------------|
| Lékař poučil o riziku závislosti | ne | ano | ne | ne | ne |
| Jiné závislosti | alkohol | ne | alkohol | ne | ne |
| Indikace návykového léku | exogenní deprese | insomnie | endogenní deprese | sociální fobie | ulcerózní kolitida |
| Návykový lék předepsal | praktik, psychiatr | praktik, gynekolog, psychiatr, neurolog | psychiatr | praktik, psychiatr | gastroenterolog |

Shánění léků na internetu

Jendou z alternativních možností, jak si vyšší množství léků obstarat, jsou internetové prodeje léků, které podléhají preskripci. Pacienti závislí na lécích tuto cestu také uvádějí. Nicméně se často jedná o finančně nákladnou záležitost, což může u závislých vést k sociálním problémům.

Tři z pacientů získávali návykové léky pouze prostřednictvím lékařských předpisů a internetový prodej léků na černém trhu nevyužívali. (Pacient 2: „Přes internet jsem léky nikdy nezískávala. Věděla jsem, že černý trh s léky existuje, ale do toho jsem nikdy nešla.) Dva pacienti si naopak léky přes internet obstarávali, ale nevedlo to u nich závažným finančním problémům. (Pacient 2: „Už jsem si to začala shánět na internetu. Měla jsem to v diagnóze, tak mi je nikdo nechtěl předepsat. To jsem

platila z invalidního důchodu. Byla tady opakovačka, která se takhle zadlužila na tom internetu za ty léky. To se mě naštěstí nestalo. Měsíčně mě to vyšlo tak na 1000 korun. To nebyl problém.”)

7.5. Analýza pátého výzkumného cíle

Tlak okolí k nástupu do léčby

Podle personálu přicházejí pacienti do léčby bez vnitřní motivace, avšak hlavními důvody nástupu do léčby je sociální selhávání a tlak blízkých. Přestože pacienti nastoupili do léčby dobrovolně, je zřejmé, že zásadním faktorem, který přispěl k nastoupení do léčby bylo zjištění blízkých o abúzu léků daných jedinců současně s tlakem, který byl na ně vyvíjen. Podle personálu přicházejí pacienti do léčby bez vnitřní motivace, ale hlavním důvodem nástupu do léčby jsou sociální selhávání a tlaky blízkých. Přes to, že pacienti nastoupili do léčby dobrovolně, je zřejmé, že zjištění blízkých o abúzu léků daných jedinců a tlak okolí sehrál v jejich rozhodnutí nastoupit do léčby zásadní roli.

Respondenti se v rámci jedné ohniskové skupiny shodli na tom, že v úvodu léčby je nutné pacienty závislé na lécích motivovat k léčbě. (Personál 5: *„Spíš se setkáváme s nemotivovanou klientelou, která přijde na tlak rodiny a okolí. Nebo už je nějaký velký problém, který je dotlačí, ale oni sami se sebou ještě nechtějí nic dělat. Ta motivační práce je hodně potřeba.”*) Nejčastěji je zlomovým prvkem pro nástup do léčby tlak rodiny na závislého. (Personál 5: *„Co jsem se setkala, tak to bylo na tlak rodiny. Že nebyli schopni si ani dojít nakoupit.”*)

U čtyřech respondentů došlo před hospitalizací ke kontrole závislého v tom, kolik užívá léků, rodinnými příslušníky. (Pacient 3: *„Začali mi doma sledovat léky. Manželka to sledovala, protože věděla, že už to беру. Všimli si doma, že jsou tam krabičky v koši. Mě to nedošlo, že to musí být vidět.”*) Tito čtyři respondenti byli k nástupu do léčby přesvědčováni nebo nuceni blízkou osobou. (Pacient 5: *„Trápila jsem se. Zpráškovala jsem se. Nemohla jsem ani mluvit. Byla jsem úplně sjetá. Přijel bratr a domluvil mi přijetí do Šternberka. Bratr mě potom začal taky kontrolovat, co jsem si kupovala.”*) (Pacient 3: *„Vyrcholilo to tím, že manželka zavolala psychiatřičku. Psychiatřička mi řekla, že jsem porušil abstinenci. Ptala se, co se děje a řekla mi, že si mám zajistit léčbu. V tu chvíli jsem byl vzteklej a naštvanej na ně.”*

I když jsem věděl už před tím, že je to špatně, tak i přesto byla ta reakce na ně taková podrážděná.”)

Osobní motivace

Dalším motivem, proč závislí na lécích nastoupili do léčby byl nesnesitelný fyzický či psychický stav, ve kterém se nacházeli. Ten uvádějí za hlavní důvod, proč se oni sami rozhodli léčbu podstoupit.

V jednom případě pacient sám vyhodnotil, že nad užíváním léků ztratil kontrolu, a proto nastoupil do léčby. (Pacient 4: *„Já jsem byl rozhodnutý, že bych měl jít na léčení a rodina souhlasila. Zdálo se mi, že už těch léků je hodně a že bych mohl špatně skončit. Ani nevím, kolik jsem toho nakonec bral.”*) Ve dvou případech se u respondentů objevily značné psychické a fyzické problémy, které přispěly k jejich rozhodnutí nastoupit do léčby. (Pacient 2: *„Mě k té léčbě motivoval hlavně ten stav, kdy mi bylo opravdu nejhůř. Já jsem přežívala, už jsem se nedokázala radovat. Do léčby jsem šla, protože už jsem prostě věděla, že to neukočíruju, že to prostě už dál nejde takhle a sama, že už to opravdu nezvládnou. Ten měsíc, než jsem sem nastoupila, už jsem opravdu měla myšlenky na sebevraždu. Než jsem sem nastoupila, tak už jsem nevycházela z bytu. Vůbec jsem nejedla. Pila jsem jenom vodu. Nebyla jsem schopna vůbec ničeho, ani se umýt. To bylo hrozné.”*) (Pacient 1: *„Protože jsem nějak cítila, že už je to hodně špatný. Tak už mi i okolí začalo tak nějak nařukávat, že už bych asi měla jít po několikáté do léčebny. Ale zároveň všichni věděli, že to musí být hlavně moje rozhodnutí, aby ta léčba byla k něčemu. Už teda jsem cítila, že opravdu už to bylo hodně špatný.”*)

Pomohlo by k rozhodnutí jít se léčit

Respondenti z řad personálu projevíli názor, že odvykací léčba lékové závislosti je ambulantní cestou velice obtížně zvládnutelná a její realizace v rámci hospitalizace je mnohem vhodnější. Podle nich je osob závislých na lécích mnoho, nicméně v léčbě závislosti se jich vyskytuje jen málo. Podle slov pacientů by těm, kteří si svůj problém alespoň trochu uvědomují a zvažují léčbu pomohlo, kdyby je v této situaci podpořil člověk, který má s léčbou lékové závislosti osobní zkušenost. Důležitý je také zásah odborníka, který dá závislému jasně najevo nutnost podstoupení léčby.

Ve dvou ohniskových skupinách se personál shodl na tom, že zejména kvůli těžkým abstinenčním příznakům, by měli závislí na lécích absolvovat odvykací léčbu

na lůžkových odděleních. (Personál 6: „*Je to potřeba dělat během hospitalizace, protože jinak jim doktor doma řekne, ať si to snižují sami – 2,1,1..., ale to oni prostě sami nedokážou a vezmou si stejně víc.*”)

Všichni respondenti v rámci rozhovorů uvedli, že by jinému závislému na návykových lécích poradili, aby do pobytové léčby nastoupil a nejlépe, co nejdříve. (Pacient 5: „*Řekla bych mu, že pokud není úplně pozdě, ať sebere všechny síly, obětuje vše a přemůže to a jde do léčby. Musí si to uklidit v hlavě.*”) Podle jednoho respondenta je hlavním facilitátorem pro nástup do léčby odborník. Tedy lékař, který důrazně vysvětlí pacientovi závažnost jeho situace. (Pacient 1: „*Pomohlo by mu, aby mu někdo z odborníků řekl to, co řekli mě. Že buď s tím skončuju... ať si vyberu život nebo smrt. Řekli, že teď jsem na té hranici, jestli se chci ještě někdy radovat ze života.*”) Dva pacienti uvedli, že nejdůležitějším je pro závislého na lécích osobní kontakt a podpora od abstinujícího člověka, který si v minulosti prošel léčbou závislosti na lécích. (Pacient 2: „*Určitě bych doporučila, aby šel do léčby. Od okolí potřebuje podporu a pochopení od člověka, který to prožil. S někým takovým se setkat moc pomůže.*”) (Pacient 3: „*Kdybych se potkal s někým, kdo má podobný problém, tak bych mu určitě doporučil, aby šel do léčby. Myslím, že by mu pomohl můj příklad, aby nastoupil. Jak to na mě fungovalo.*”)

7.6. Analýza šestého výzkumného cíle

Vyšší věk závislých

Závislost na lécích může postihnou osoby jakékoliv věkové kategorie. Z nich převažují zejména pacienti přibližně ve věku čtyřiceti až šedesáti let. Přesto se ale tato závislost týká i mladistvých, kteří léky začnou užívat po úrazu. Obecně se závislost na lécích dotýká zásadním způsobem seniorské populace, kteří se však na klasických odděleních pro léčbu závislosti objevují jen málo.

Personál v rámci třech ohniskových skupin se shodl na tom, že lékové závislosti se vyskytují u mladých osob jen málo a týkají se zejména dospělých a starších osob. (Personál 3: „*Tak já si myslím, že zrovna u tady těhle závislostí je to ve všech věkových skupinách. Samozřejmě problém je to u starších lidí, u kterých se takhle ne úplně trefně řeší úzkostné stavy a nespavost, než že by se s nimi nějak terapeuticky pracovalo nebo se to řešilo nějakými jinými léky.*”) (Personál 1: „*Je to spíš střední věk tak padesátníci,*

čtyřicátníci. Nebývají tu mladí závislí na lécích.”) Mladí se dle jedné ohniskové skupiny v léčbě vyskytují hlavně po úrazech, kdy z pouhrazového indikovaného užívání opiatových analgetik přecházejí k abúzu. Anxiolytika jsou problematická pro skupinu dospělých a hypnotika jsou zneužívána bez ohledu na stáří. (Personál 6: *„Měli jsme tu i mladé lidi po úrazech, pak dlouho brali analgetika a přešli do zneužívání. V produktivním věku tu jsou spíše lidi, kteří jsou úzkostní a léky na spaní jdou napříč věkovými kategoriemi”*)

Dobré finanční zajištění

Dle personálu jsou závislí na lécích často dobře finančně situovaní jedinci s vysokoškolským vzděláním.

Vyšší sociální status pacientů závislých na lécích z hlediska finančního zajištění či vzdělání vyzorovali respondenti dvou ohniskových skupin. (Personál 1: *„No jsou to většinou zajištění lidé, protože ty léky si musí kupovat. To není levná záležitost. Pracující.”*) (Personál 3: *„Často se setkáváme s vysokoškolsky vzdělanými, manažery. Řekl bych, že to byli spíš výše postavení lidé.”*)

Kombinace s jinou závislostí

Specifické vlastnosti lékově závislých se hodnotí obtížně z důvodu častého výskytu kombinované závislosti.

Respondenti v rámci dvou ohniskových skupin uvedli, že u pacientů s lékovou závislostí se často vyskytuje ještě jiná závislost nejčastěji na alkoholu. (Personál 4: *„Většina z nich měla kombinaci i s jinou závislostí, nejčastěji teda s alkoholem.”*) (Personál 3: *„Je to důležité zdůraznit, že to často bývají kombinované závislosti. Vyloženě ty benzodiazepiny, ne že by to nebylo, ale často to vidím třeba závislost na alkoholu a pod tím abúzus benzodiazepinů. Takovou izolovanou závislost na benzodiazepinech já už jsem ji dlouho neviděl. Nebo jenom na lécích, vždycky tam bylo ještě něco k tomu.”*)

Pracovníci ve zdravotnictví

Mezi těmi, u kterých se rozvine závislost na lécích, jsou často lidé zaměstnaní v odvětví zdravotnictví. Jedná se zejména o ty, kteří mají k návykovým lékům snadný přístup.

To, že se závislost na lécích objevuje častěji u osob, které jsou zaměstnáni v oblasti zdravotnictví, kteří mají k těmto lékům snadný přístup, zaznělo v rámci dvou ohniskových skupin s personálem. (Personál 3: „Často se setkáváme třeba i s lékaři a těmi kteří mají k těm lékům přístup. Znáám třeba magistru farmacie, která měla takovou kombinovanou závislost na benzodiazepinech, opioidech, ale i lécích proti chřipce s pseudoefedrinem. Už toho brala taková kvanta, že už to paradoxně nemělo ten benzodiazepinový efekt a že musela brát desítky hypnogenů denně, aby mohla vůbec fungovat.”) (Personál 5: „Mě utkvělo, že často jsem se setkala se zdravotníky, kteří k tomu mají blízko a často se sebededikují. Například tu byla zdravotnice, která si pomocí benzodiazepinů řešila své problémy.”) (Personál 1: Za další se to týká lidí, kteří mají ten přístup k lékům snadnější. Jsou to třeba lékárníci, zdravotní sestry. S tím se tady taky setkáváme.

Komorbidity s jiným psychiatrickým onemocněním

Pacienti závislí na lécích přicházejí do léčby často i s dalším diagnostikovaným psychiatrickým onemocněním, zejména z oblasti poruch osobnosti a z okruhu neurotických poruch.

V rámci všech ohniskových skupin zaznělo, že se závislost na lécích vyskytuje často u osob, které mají diagnostikované jiné psychiatrické onemocnění (Personál 3: „Mě napadá, že u některých byla diagnostikovaná jiná psychická porucha. Například generalizovaná úzkostná a tím, jak ty léky začli pomáhat, tak jim v tom bylo fajn a začli si přidávat. Původně tedy medikovaný lege artis až později zneužívaný.”) (Personál 5: „Často se u pacientů vyskytuje závislost na vztahu nebo úzkostné poruchy a fóbické poruchy.”) (Personál 1: „U nich jdou ruku v ruce ty depresivní a úzkostné poruchy. S nimi přicházejí.”) (Personál 3: „Napadají mě pruchy osobnosti: úzkostná, závislá, emočně nestabilní a možná histriónská.”)

7.7. Analýza sedmého výzkumného cíle

Podobné jiným závislostem

Ukázalo se, že závislost na lécích je ve své podstatě velice podobná jiným závislostem, jak vyplynulo z pozorování samotných pacientů.

Vysokou míru podobnosti léčby lékové závislosti k jiným jejím typům vnímají respondenti v rámci dvou ohniskových skupin. (Personál 3: „*Já tam moc rozdíl nevnímám. Samozřejmě, že mají tendenci manipulovat. Mají tendenci to bagatelizovat, racionalizovat, ale myslím, že to se týká všech těch závislostí. Než si člověk připustí, že tam nějaký problém je. Než se dostane do fáze, kdy už ho musí řešit. Že by se to u léků nějak lišilo. To si nemyslím.*”) Konkrétně v případě závislosti na benzodiazepinech shledávají respondenti v jedné ohniskové skupině projevy této závislosti v léčbě jako podobné těm, které mají pacienti s alkoholovou závislostí.

(Personál 3: „*Já vnímám ten obraz hodně podobnej u těch benzodiazepinů jako u těch alkoholiků. Ty klinické příznaky jsou takřka stejné. Hodně tam vnímám rysy organicity. Poměrně často tam dochází ke kognitivnímu deficitu. Mám pocit, že ten proces je rychlejší než u alkoholiků nebo než u jiných látek.*”)

Pomalý start v léčbě

Podle personálu trvá pacientům závislým na lécích výrazně déle ve srovnání s jinými druhy závislosti, než udělají první pokroky v léčbě. Detoxifikace těchto pacientů zabere více času, než je tomu u jiných návykových látek. I po přechodu z detoxifikačních oddělení na ta se středně či dlouhodobou léčbou nejsou pacienti zpočátku schopni plně se účastnit terapií a zapojit se do každodenního běhu.

Personál napříč všemi ohniskovými skupinami se shodl na tom, že u těchto pacientů trvá déle úvodní fáze léčby a terapeutická práce s nimi začíná v pokročilejší době léčby. (Personál 5: „*Mají delší start. Že kolikrát přijdou z detoxu a ještě nějakou dobu působí jako spící panna.*”) (Personál 6: „*V tom kolektivu je poznáte. Jsou takoví spomalení. Těžko se zapojují do kolektivu. Trvá to dýl, než jsou schopni se do toho kolektivu zapojit. Týden, čtrnáct dní trvá, než jsou vůbec schopni se orientovat, co se kolem nich děje. Je tam velká únava. Kolikrát neví, o čem se mluví na těch skupinách. Prostě jenom koukají.*”) (Personál 7: „*Zpětně říkají, že si první dny v léčbě vůbec nepamatují. Že to maj takové v mlze.*”) V rámci jedné ohniskové skupiny personál při terapiích pozoruje u těchto pacientů zpočátku větší ostych a sníženou rozhodnost. (Personál 2: „*Třeba co se týká pracovní terapie, tak jsou takoví, že si nevěří. Oni si závislí celkově moc nevěří, ale tady ti mi přijde jako víc. Dlouho jim trvá, než se k něčemu odhodlají.*”)

Alexithymie

Pacienti závislí na lécích působí apatickým dojmem, což při terapii s pacienty s jinými závislostmi může někdy působit drobné problémy. Pro ostatní bývá neschopnost těchto pacientů reflektovat vlastní pocity a prožívání nepochopitelná.

Personál v rámci všech ohniskových skupin se shodl na zúžené emoční prožívání a projevy pacientů závislých na lécích v úvodu léčby. (Personál 8: „*Když sem přijdou, tak vypadají jako roboti, kteří necítí pozitiva ani negativa. Emoce mají oploštělé. V průběhu ale rozkvetou.*”) (Personál 4: „*K tomu mě napadá, že ještě je těžké se dostat na té rovině emoční k tomu, jak se mají. Co zrovna prožívají. Tím užíváním jsou hodně oploštělejší a takoví alexithymičtí. Takový trochu prázdný jsou v tom začátku. Ty emoce pro ně nejsou zatím dostupné. Protože před tím, když nastalo něco, co jim nebylo pohodlný, tak vzali benzodiazepin a jako necítím, neprožívám. Tak to hlavně mi přijde v té terapii s nima těžší.*”) Podle personálu bývá tento projev ostatními pacienty odsuzován. (Personál 5: „*Spíš, co jsem si všimla, tak mají jakové oploštělé vnímání bez emocí. Těžko se k nim dostává. Může to být těžší pro někoho z těch ostatních pacientů s i k nim najít cestu. Kolikrát i ti spolupacienti je napadají, že neříkají, co prožívají, ale pro ně je to třeba těžký. Potřebujou delší rozjezd.*”)

Strach ze snižování dávek léků

V úvodu léčby se personál setkává u těchto pacientů se zvýšenou emoční labilitou spojenou se strachem z toho, že postupem léčby nebudou mít k dispozici své léky.

Personál dvou ohniskových skupin si všiml, že pacienti závislí na lécích obtížně snášejí snižování dávek léků, což u nich vyvolává výkyvy nálad. (Personál 6: „*Určitě jsou tam vyšší výkyvy nálad a nestabilita té nálady. U nich už jde hodně i o tu psychickou závislost. Mají problém se srovnat s tím, že nebudou už mít tu tabletku, jak se bez toho obejdou, jak budou spát... Tohle u nich dýl trvá.*”) (Personál 8: „*Snižování množství léků souvisí s jejich zvýšenou labilitou, kdy potřebují mít někoho při sobě, aby tu úzkost zvládli.*”)

Podávání léků v průběhu léčby

Personál bývá při práci se závislými na lécích vystaven komplikacím v situacích, kdy pacient deklaruje akutní zdravotní problém, zejména bolest. Tato pacientova tvrzení totiž mohou ve skutečnosti být pouhou záminkou k získání další návykové látky.

Personál proto musí situaci citlivě zhodnotit a rozlišit, kdy se jedná o skutečný zdravotní problém vyžadující medikaci a kdy jde naopak o pouhou manipulaci, jejímž prostřednictvím se závislý snaží získat přístup k droze.

Pro pacienty s lékovou závislostí je dle respondentů z jedné ohniskové skupiny typické, že po personálu vyžadují léky i v případě mírných zdravotních potíží. Personál v těchto případech nesmí podlehnout nátlaku pacientů a nejprve nabídnout alternativní pomoc při jejich obtížích. (Personál 1: „*Jakmile se jim udělá pupínek, tak hned běží a shání prášek. Ale je to těžký, protože alkohol tady nikdo nikomu nenalije, ale když řekne, že ho něco bolí, tak to je pro ten tým těžší práce rozlišit bolest a co je bažení po té látce. S tím někdy v týmu pracujeme. Je to hodně o individuálním přístupu. Všímáme si. Radíme se, jestli je to opravdu jenom, že chce do sebe něco kopnout. Takže pozor nedáváme nebo je tomu člověku opravdu zle a lék podáme.*”) (Personál 2: „*Hledají se i různé možnosti, jak tu situaci zvládnout, aby si ten lék nemusel vzít, takže když ho bolí hlava, tak doplnit tekutiny, jít na čerstvý vzduch, protože oni jsou zvyklí si ten lék hned vzít. Je to jednodušší. Jsou zvyklí, že jakmile nastane nepohoda, tak si vezmou prášek. Někdy je jim jedno jaký. A někdy za námi chodí s takovýma blbostma nebo nám tady i hrají epileptické záchvaty, abychom jim dali ten diazepam rektálně, a měli ten pocit, nebo že jim něco píchnem.*”) Dle personálu jedné ohniskové skupiny je také pro tyto pacienty typické, že se léku dožadují opakovaně. (Personál 7: „*Špatně spí. I když se nahrazují jinými léky, tak oni to mají v hlavě tak zakódované, že nedostali ten svůj lék. Většinou i několikrát za noc si tu chodí pro jiné léky.*“)

Rebound syndrom

U pacientů se po vysazení znovu ve velké míře objevují potíže, které léky dokázaly částečně utlumit, což navíc znesnadňuje terapeutickou práci. Častými projevy jsou nespavost a bolesti.

V rámci dvou ohniskových skupin zaznělo, že problémy při léčbě závislých na lécích působí znovuobjevení původních psychických či fyzických problémů. Které se projevují výrazně při závislostech na opiodních analgetických (Personál 6: „*Když jsou ty opiátové závislosti tak tím, že se jim odstaví ten opiát, tak vyvstane hodně těch tělesných potíží, které dřív neměli. Bolesti různého charakteru, který jim dřív překrývaly ty léky, tak vystoupí. S tím oni si taky neví rady, proč je najednou něco bolí, když před tím je nic nebolelo.*“)

Somatizace

Jedním z typických společných znaků pacientů závislých na lécích je podle některých respondentů sklon k somatickému prožívání, které mimo jiné souvisí i s potížemi správně prožívat a popsat své emoce. V důsledku se jeho psychické potíže projeví i v tělesné rovině. Fyzické problémy se následně jedinec snaží vyřešit opět užitím nějakého léku, který by mu od potíží pomohl.

Sklony k somatickému prožívání u pacientů s lékovou závislostí potvrdili respondenti v rámci dvou ohniskových skupin. (Personál 4: *„Ted' když si vybavím, že tam sklony k nějakému takovému somatickému prožívání určitě jsou. A vlastně je to pro ně těžké zvládat v té strážlivosti. Často jdou pak do nějakého úzkostného prožívání. Zvýší se, vyhýbání se, protože nechtějí, aby jim bylo špatně. Někdy to může dojít až do takových kolapsových stavů.“*)

(Personál 5: *„Mě to tak přijde i nejlogičtější. Když má problémy s těmi emocemi, že se to jakoby vrazí do toho těla. Že to pak prožívají skrz to tělo.“*) Tendence k somatizaci vede podle členů jedné ohniskové skupiny k bezvýchodné situaci. (Personál 3: *„Je to takovej začarovanej kruh vlastně. Maj ty léky dostupný, vezmou si je, úzkost se do značné míry potlačí, stejně tak ty somatický projevy. Cítí se lépe. Pak přijde odvykací stav a s tím vyplavou na povrch i ty psychosomatické potíže, které se do značné míry dají třeba těmi benzodiazepiny potlačit. Pak je snaha řešit to jinými farmaky bez návykovými.“*) V rámci dvou ohniskových skupin naopak zazněl názor, že pro tyto pacienty somatizace není typickým rysem.

Zvláštní péče

Podle zkušenosti personálu vyžadují pacienti se závislostí na lécích zpočátku speciální zacházení.

Tyto situace se podle participantů z jedné ohniskové skupiny nastávají zejména zpočátku léčby, kdy si tito pacienti ještě plně neuvědomují, že jejich závislost se nijak zásadně neliší od těch ostatních. (Personál 1: *„Někdy vyžadujou zvláštní péči, jako individuály od týmu, protože to nechtějí probírat na skupině, kde podle nich nemohou dostat zpětné vazby od těch alkoholiků. Takže někdy je ta práce v tom, že je vedeme k tomu, že ta závislost je jenom jedna a ty principy jsou stejný. Když tohleto přijmou, tak už to jede, tak se s nimi krásně pracuje.“*)

7.8. Analýza osmého výzkumného cíle

Vyhovující prvky léčby

Pacienti jsou s nastavením léčby spokojeni. Nicméně každý z nich upřednostňuje jiný přístup v léčbě a odlišné prvky v programu. K tomu, aby někteří pacienti dokázali své potíže ovládnout, potřebují se o podstatě a principech závislosti dozvědět více. Jiným zase spíše vyhovují terapie, ať už skupinové, nebo individuální.

Všichni pacienti jsou s organizací léčby spokojeni. Podle jednoho respondenta je pro závislého na lécích přínosné naučit se dodržovat plán a za jeho splnění se řádně odměnit. (Pacient 2: „*Se vším jsem tu spokojená. Učí nás tu řádu a plnit si povinnosti. Neplánovat si moc dlouhodobě a když něco splním, tak bych se měla odměnit třeba dobrým čajem a svíčkou večer. Nebo si něco hezkého koupím nebo něco dobrého.*”) Podle názoru jednoho respondenta, potřebuje pacient se závislostí na lécích podstoupit zpočátku edukační program a postupem času potřebuje více terapie. (Pacient 1: „*Kdo je hospitalizován poprvé, tak potřebuje určitě nějakou tu edukaci. Kdo už je víckrát, tak spíš terapii. Každý takhle závislý je úzkostný a potřebuje víc té psychoterapie, aby se řešilo to jádro toho problému. Nikdo to neudělá jen tak z legrace, že se začne otupovat. Tady poprvé vidím, že se snaží dobrat, proč se to s náma stalo. To se mi líbí.*”) Skupinové terapie považují za velmi přínosné tři respondenti (Pacient 2: „*Přínosný jsou tady pro mě ostatní. Ti lidi mě tady chápou a já chápu je. Venku to je úplně jiné. Třeba manžel ten to do dneška nepochopil, že to je nemoc. S léčbou jsem spokojená. Já si myslím, že mi tady zachránili život.*”) Naopak jeden z respondentů terapie v rámci léčby nepovažuje za přínosné. (Pacient 4: „*Víte, já ani nevím, co by mělo být jinak. Mě by asi ani nepomohlo, kdybych měl o tom hovořit pořád. To se člověk pak opakuje. Pořád používá ty samé výrazy. Takže nevím. Byla tam skupinová terapie, ale já jsem na ní nechtěl chodit. Ale já jsem o tomhle ani moc nepřemýšlel. Nevím, co by mělo být jinak.*”)

7.9. Analýza devátého výzkumného cíle

Obohacující společná léčba různých závislostí

Léčba pacientů s různými typy závislostí na jednom oddělení je pro všechny přínosná. Pomalejší start pacientů závislých na lécích je vyvážen rychlejším tempem ostatních. Pacienti s jinou závislostí působí na ty s lékovou závislostí aktivizačně.

Všichni z personálu se shodli, že smíšená oddělení jsou pro závislých na lécích přínosnější (Personál 9: „*Když jsou ve smíšeném kolektivu, tak čerpají od ostatních.*”), také se shodují v tom, že si díky této zkušenosti lépe uvědomí závažnost situace. (Personál 1: „*Když má kolem sebe i ty jiné závislosti, tak si lépe uvědomí, v jakém lítají průšvihy. Takže takhle vidí, že je to podobné a že to není dobře.*”) Další výhodou personál v rámci dvou ohniskových skupin vnímá z důvodu časté komorbidity lékové závislosti s jiným typem závislosti. Všichni se zároveň shodují, že ostatní tyto pomalejší pacienti pomyslně táhnou v léčbě kupředu. (Personál 5: „*Já si taky myslím, že je to dobře, že jsou tady pospolu. I právě proto, že se tu často léčí s těma kombinacema. Že tady maj možnost vidět i různé podoby té závislosti. A jak jsem říkala, že třeba ti závislí na benzodiazepinech jsou takoví pomalejší, tak ti jiní je mohou tak jako povzbudit v té skupině.*”) Podle jedné ohniskové skupiny je přes některé své nedostatky léčba této závislosti v současnosti nastavena správně. (Personál 3: „*Já si myslím, že tak jak je teď nastavená ta režimová léčba závislosti má svoje úskalí, má svoje limity, ale myslím, že nikdo nic lepšího dosud nevymyslel. Takže představa, že by tam byl jiný přístup, si nedovedu moc dobře představit jaký.*”)

Notování si ve společnosti dalších lékově závislých

Při představě, že by fungovalo oddělení, kde by byli pouze pacienti s lékovými závislostmi by mohlo dojít k ještě většímu zpomalení jejich léčby. Navíc by neměli objektivní zpětnou vazbu a mohli by se utvrzovat v představě, že užívání vysokých dávek léků není tak závažným problémem jako jiné závislosti. Pro pacienty je výhodné, že kolem sebe v léčbě vidí motivovanější členy například závislé na alkoholu.

Jeden z hlavních problémů, který by dle personálu v rámci jedné ohniskové skupiny nastal by byla stagnace ve stavu, kde by se pacienti vzájemně utvrzovali, že léky potřebují a nezískali by náhled. (Personál 2: „*Při oddělení specializovaném na lékovou závislost by se fakt jako podporovala ta výjimečnost.*”) (Personál 1: „*Nebylo*

by dobré, protože by je utvrdilo v té jejich představě a notovali by si. Oni někdy nejprve opovrhují těmi ostatními, ale pak když slyší, že je to úplně stejný, tak si uvědomí, jaký je to průšvih.“) V rámci jedné ohniskové skupiny také zazněl názor, že by takové oddělení, kde by bylo jen málo motivovaných jedinců, bylo pro personál velice komplikované a práce obtížná na zatížení psychiky zaměstnanců na oddělení. (Personál 10: *„To by byl horor. Takhle se ty jednotlivé problémy různě závislých rozprostrou. Oddělení čistě pro závislé na lécích by bylo také náročné pro personál.“)*

Delší léčba

Pacientům, kteří jsou hospitalizováni kvůli lékové závislosti by pomohlo, kdyby jejich pobyt na detoxifikačních odděleních a těch pro střednědobou léčbu mohl trvat déle, než je tomu v současné době. Kvůli pomalejšímu progresu v rámci léčby ukončují pacienti pobyt méně připraveni než ostatní pacienti. V dnešní době mohou tito pacienti využívat doléčovacích center, nebo si vybrat z nabídky následné ambulantní péče, nicméně možnost prodloužení základní doby pobytové léčby by v případě pacientů s lékovými závislostmi byla dle personálu prospěšná a smysluplná.

V rámci třech ohniskových skupin zazněl názor, že by závislým na lécích prospělo prodloužení doby léčby. (Personál 1: *„Já za sebe si myslím, že by potřebovali prodloužit léčbu, aby měli víc času. Protože to tělo se opravdu čistí pomaleji a než oni dojdou do té fáze, že už jsou čisti a dá se s nimi pracovat, tak už pomalu končí. Ten alkoholik má tohle kratší. Já osobně bych navrhovala prodloužení léčby.“)* Na druhou stranu mají pacienti dle členů jedné ohniskové skupiny možnost po skončení střednědobé pobytové léčby využít služby doléčovacího zařízení. (Personál 5: *„Možná ta délka, ale my jsme zase rádi, že vůbec takoví lidi přijdou do té léčby. Pak už je jen nanich, jestli půjdou ještě do doléčováku a budou se sebou něco dělat, což většinou nedělaj.“)*

Změny v odvykací léčbě

Podle personálu by mělo probíhat snižování dávek léků výhradně při současné hospitalizaci. S pomocí ambulantní léčby nejsou pacienti schopni odolat abstinenčním příznakům, a proto si dávky léků sami důsledně nesnižují. Při rychlém snižování dávek zase hrozí riziko těžkých i život ohrožujících stavů. V dnešní době je v úvodu léčby dle personálu využíváno systému postupného vysazování návykového léku. V některých zařízeních jsou pacientům ve snižujícím množství podávány přesně ty léky,

na kterých mají vybudovanou závislost, jinde využívají jednoho typu léku – v případě odvykání od hypnogenů a anxiolytik se například jedná o Diazepam ve snižujících dávkách. Pacienti těžce snášejí ubývání jednotlivých tablet podávaných v úvodu léčby, což přináší úzkostné stavy.

Dle personálu v rámci jedné ohniskové skupiny by v takovém případě pomohlo vyvinutí lékové sady určené k odvykací léčbě na návykových lécích, která by obsahovala jednu tabletu na každý den vždy se sestupným množstvím účinné látky. (Personál 8: „*Jednalo by se o takovou odvykací sadu s například dvaceti osmi tabletami, které by vypadaly stejně, ale byla by snižující dávka té látky. Poslední tablety by měly minimální dávku účinné látky, což by zároveň eliminovalo úzkost ze snižujících se dávek léků a přechod na prázdnou ruku by byl snesitelnější. Ale to je taková utopická představa.*”)

Snížení preskripce a vydávání návykových léků

Primárně by v rámci řešení problematiky závislostí na lécích prospěla legislativní změna v oblasti kompetencí k předepisování návykových léků lékaři různých odborností. Kritika stávajícího systému se zaměřuje zejména na předepisování léků s vysokým závislostním potenciálem praktickými lékaři bez dohledu lékaře s odborností v dané problematice. Zároveň by pomohla vyšší osvěta lékařů, kteří tyto léky předepisují.

Shoda se projevila napříč dotazovaným personálem v potřebě zvýšení kontroly preskripce a vydávání návykových léků. (Personál 3: „*Stížení dostupnosti těch léků, které v dnešní době může bohužel psát i praktický lékař, což my vnímáme jako nešťastné. Protože ten člověk pak dělá takovou tu farmakoturistiku, kdy si obejde víc těch specialistů. Na jednu stranu tady regulují vydávání určitých léků s pseudoefedrinem na občanku, že je omezené množství na měsíc, ale na druhou stranu je možné, že praktik předepíše 100 tablet hypnogenu měsíčně, tak není v pořádku, pokud je to pro 1 osobu.*”) Problém dle personálu v rámci jedné ohniskové skupiny spočívá nedostatečné informovanosti lékařů o rizicích preskripce těchto léků. (Personál 8: „*Změna by měla nastat v systému. Je rozšířený mýtus mezi samotnými lékaři o bezpečí některých léků. Tvrdí se, že jsou lehká a účinná pomoc. Například se tvrdí, že hypnotika třetí generace nejsou návyková nebo, že Xanax při panické poruše návyk nevyvolává.*”)

Snížení preskripce léků určených pro substituční léčbu

V léčbě lékových závislostí se mimo jiné vyskytují také osoby, které v minulosti užívaly jiné drogy a při snaze zbavit se této závislosti začaly užívat substituční léčbu, se kterou ale nebyly schopny definitivně skončit. Jedná se tedy o specifickou skupinu abuzérů návykových léků, kteří v podstatě vyměnili jednu drogu za jinou. Dle personálu by měla být preskripce těchto substitučních léků omezena a lépe kontrolována.

Ve dvou ohniskových skupinách zaznělo, že poslední dobou jsou problémem závislosti na substitučních lécích, přes to že stále netvoří nejpočetnější skupinu pacientů závislých na lécích. (Personál 6: „*V poslední době míváme závislosti na substituci. Byli tu závislí na Subutexu a Metadonu. Už brali třeba substituci rok a půl a chtěli z ní odejít, ale nešlo jim to.*”) V rámci jedné ohniskové skupiny se personál pozastavoval nad rozšiřováním poskytování služeb substituční léčby do zařízení, kde postrádají význam. (Personál 8: „*Problém je rozšíření substituční léčby. Teď se i prosadilo, aby byla substituční léčba podávaná ve věznicích, což je nelogické, vzhledem k tomu, že smysl substituční léčby je snížit rizikové chování uživatelů a s tím i jejich kriminalitu. To ale ve vězení nemá význam, protože tam jsou pod dohledem a drogy by tam být neměly.*”)

8. Diskuze

V rámci diskuze kriticky zhodnotíme jednotlivé části této práce. Okomentujeme a porovnáme výsledky našeho výzkumu s informacemi od jiných autorů, na které se odvoláváme v této diplomové práci, zejména v teoretické části, která předkládá veškeré podstatné souvislosti. Jsou zde uvedena také výzkumná zjištění týkající se zneužívání návykových léků, závislosti na nich a také její léčbě. V závěru diskuze se zamyslím nad možným způsobem výzkumného pokračování zpracovaného tématu.

V úvodu výzkumné části je popsán záměr výzkumu a je zde uvedeno devět výzkumných cílů a otázek. Výzkumný soubor tvořilo celkem patnáct respondentů, z toho pět pacientů a deset členů personálu na odděleních pro léčbu závislostí. Data byla sbírána v Terapeutické komunitě Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, Psychiatrické léčebně Šternberk a Středisku sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci. Podmínkou pro zařazení do výzkumu bylo v případě pacientů aktuální podstupování léčby závislosti na lécích v rámci pobytové léčby. U respondentů z řad personálu bylo podmínkou alespoň aktuální pracovní zařazení a tříletá praxe na oddělení pro léčbu závislostí. Našeho výzkumu se zúčastnily tři pacientky ženy a dva pacienti muži. Dále se do výzkumu zapojilo dva psychiatři, dva psychologové, tři zdravotní sestry, jeden sanitář a jeden činnostní terapeut. Domníváme se, že rozložení pohlaví pacientů a jednotlivých pozic v rámci personálu přineslo vyšší diverzitu pohledů a názorů na problematiku léčby závislosti na lécích, nicméně vzhledem k malému počtu výzkumného vzorku, především v případě pacientů, zapříčinil tento aspekt nejednotnost výpovědí a obtíže při zpracování získaných dat, která proto můžeme interpretovat jen s opatrností. Původním záměrem bylo nasbírat data minimálně od deseti pacientů a deseti členů personálu. Výsledný počet pacientů, kteří se do výzkumu zapojili byl pouhých pět a z řad personálu se sběru dat zúčastnilo deset jedinců. Lze předpokládat, že s tak nízkým počtem respondentů nejsou data dostatečně saturovaná. Pokud by se našlo více respondentů, objevily by se pochopitelně i nové informace a další témata vhodná k analýze. Zásadním problémem při zajišťování respondentů pro náš výzkum byla neochota většiny oslovených zařízení realizaci výzkumu umožnit. Z nejvhodnějších jedenácti oslovených zařízení následně proběhla komunikace s osmi, z nichž většina náš výzkum odmítla z důvodů časové vytíženosti personálu nebo absence vhodných pacientů, kteří by mohli na výzkumu participovat. K získání povolení pro realizaci

výzkumu v dalších zařízeních nepomohla ani další e-mailová a telefonická komunikace, při které bylo zdůrazněno, že není nutno zapojovat do výzkumu obě skupiny respondentů, tedy že se mohou účastnit buďto pouze pacienti, nebo pouze personál. Výsledný počet zařízení, která náš výzkum umožnila byl tři, přičemž byli do výzkumu zapojeni všichni respondenti z řad pacientů, kteří byli k dispozici. Kontakt s těmito zařízeními byl opakovaný, abychom zjistili, zda se v léčbě závislosti nevyskytuje nový vhodný respondent.

Před realizací rozhovorů s pacienty je personál v daných zařízeních informoval o tom, kdo jsem a za jakým účelem přijdu. Pacienti se tudíž mohli na účast ve výzkumu připravit a byli méně nervózní. Žádný z pacientů nevedl, že o nějakém tématu rozhovoru nechce hovořit nebo odmítá odpovědět na některou z kladených otázek. Ani jeden z nich si nepřál rozhovor v jeho průběhu ukončit a všichni souhlasili s následným použitím dat ve výzkumu. Při dojíždění do jednotlivých zařízení bylo důležité s personálem domluvit vhodný čas příjezdu tím způsobem, aby výzkum výrazně nezasáhl do režimu na odděleních a abych měla k rozhovorům a realizacím ohniskových skupin dostatek času. Vzhledem k tomu, že jsem byla s personálem předem dohodnuta, respondenti byli vždy připraveni k účasti ve výzkumu. Ohniskové skupiny trávající dvacet až čtyřicet minut i rozhovory v časovém rozsahu třiceti až devadesáti minut byly realizovány během dvou až tří dní v jednotlivých zařízeních, což považujeme za adekvátní. V průběhu sběru dat nedošlo k žádným potížím. Respondenti koncentrovaně a ochotně odpovídali na dotazy a zamýšleli se nad nimi. To, že pacient neměli problém o daných tématech hovořit bylo způsobeno zejména tím, že jsou zvyklí otázky rozebírat v rámci právě probíhající léčby při skupinových a individuálních terapiích. Skupinové terapie jsou dle Tibenské, Čížeka, Martinka & Libigera (2008) základním prostředkem psychologické formy působení užívaného v rámci zařízení pro střednědobou léčbu závislostí. Výmluvnost pacientů mohla být také zapříčiněna tím, že výzkumníkem byl mladý člověk, kterého respondenti nepovažovali za autoritu, takže se mnou mohli hovořit otevřeněji než před personálem na oddělení. Někteří po skončení rozhovoru projeví vděk, protože jim rozhovor pomohl utřídit si vlastní myšlenky a zrekapitulovat svoji situaci. Rozhovory proběhly v prázdných pokojích, které nám personál předem k rozhovorům vyhradil. Vybrány byly takové pokoje, kde byl největší klid. Ohniskové skupiny byly realizovány na ošetřovně nebo terapeutické místnosti, kde jsme nebyli rušeni.

Zvolené metody sběru dat, tedy polostrukturované interview, bylo vhodným nástrojem k zodpovězení druhé až páté výzkumné otázky a polostrukturované ohniskové skupiny značně přispěly k dosažení prvního a šestého až devátého výzkumného cíle. K dosažení čtvrtého, ale zejména osmého výzkumného cíle by dle mého názoru přispělo zkonstruování písemného dotazníku, který by se zaměřoval na jednotlivé aspekty léčby a součásti jejího programu. Ten by byl pacientům předložen před zahájením interview. V rámci rozhovoru by došlo k doplnění těchto informací. Rozhovory k této výzkumné otázce přinesly chudý materiál pro provedení analýzy. Naopak ohniskové skupiny přinesly bohatá data pro zodpovězení výzkumných otázek zaměřených na hodnocení pacientů závislých na lécích v léčbě, efektivitu stávajícího systému léčby a předložení návrhů pro její zdokonalení. Myslím si, že ohniskové skupiny, byť malého rozsahu, byly vhodným nástrojem, protože personál nijak značně časově nezatížily a vedly ke sběru bohatých dat.

Etická pravidla byla v rámci tohoto výzkumu dodržena. Před zahájením samotných rozhovorů bylo respondentům zdůrazněno, že účast ve výzkumu je dobrovolná a data budou zpracovávána pod kódem. Anonymita byla zachována i při uvedení získaných dat v rámci této práce. Participanti byli také ujistěni, že mají možnost kdykoliv a bez udání důvodu od výzkumu odstoupit. Současně byl respondentům předložen informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (viz příloha č.3). Než byla participantům položena první otázka, byli také obeznámeni o tom, že rozhovor bude nahráván na diktafon a že tyto nahrávky budou po jejich přepsání smazány. Na závěr setkání bylo respondentům ústní formou poděkováno a v případě pacientů jsem se ujistila, že se v důsledku našeho rozhovoru necítí psychicky hůř. Kromě jednoho pacienta reflektovali rozhovory pozitivně a uváděli, že se dokonce cítí lépe. Jeden pacient hodnotil rozhovor z důvodu nervozity jako stresující a byl rád, když byl konec. Nicméně obsah rozhovoru hodnotil neutrálně.

Prvním cílem bylo zmapovat, **jak pacienti závislí na lécích vnímají svou závislost**. Z výzkumných dat vyplynulo, že si závislí na lécích **zpočátku léčby neuvědomují zcela závažnost své závislosti**. Což koresponduje s popisem těchto pacientů Popova in Kalina et al. (2003), který uvádí, že mají problém uvědomit si potíže, které jim užívání přináší.

To, že **svou závislost** dle personálu **považují za odlišnou**, zejména protože návykové léky museli původně užívat z terapeutických důvodů a byly jim předepisovány lékařem, odpovídá tvrzení Švihovce et al. (2018) o vnímání návykových

léků oproti jiným návykovým látkám jako důvěryhodného prostředku k řešení zdravotních problémů. Tuto informaci podporují také zjištění z rozhovorů s pacienty, kteří z počátku léčby vnímali své problémy jako **ne tak závažné jako u ostatních pacientů**.

Podle personálu jsou **důvody, proč se u pacientů s lékovou závislostí rozvíjí závislost stejně** jako u jiných závislostí. Stejně poznatky uvedli Švihovec et al. (2018), podle kterých se tato závislost svou podstatou nijak neodlišuje od závislostí na jiných návykových látkách.

Ukázalo se, že pacienti **chtějí po ukončení léčby závislosti abstinovat**, což je pro ně podle Popova in Kalina et al. (2003) při zahájení léčby obtížné a mají potíže si představit, že by jejich problémy řešili bez užití léku.

Zneužívání návykových léků, zejména benzodiazepinů vede podle Lincové et al. (2005) Martínkové et al. (2018) a Lüllmann, Mohr & Wehling (2004) k projevu značných nežádoucích účinků, což koresponduje s výzkumnými zjištěními o tom, že **léky pacientům při jejich zdravotních obtížích ve výsledku více škodily než pomohly**, takže se posléze vůči užívání léků stavěli negativně.

Dalším cílem bylo popsat **faktory podporující rozvoj závislosti na lécích u pacientů podstupujících léčbu závislosti na lécích**. Léková závislost se podle respondentů rozvíjí velice **pozvolna a nenápadně a bez vědomí okolí**. Na rozdíl od jiných závislostí, které jsou **společností dobře rozpoznatelné, nevnímá okolí v případě lékové závislosti užívání návykových léků jako problematické**. Tento fakt shodně uvádí také Marádová (2006), která upozorňuje na to, že k odhalení jedince závislého na lécích často nemusí dlouhou dobu dojít, protože je užívá skrytě, někdy za nevědomé podpory lékařů, od kterých si drogu nechává předepisovat.

Primárním důvodem pro užití návykových léků byly u respondentů zdravotní **potíže nejčastěji související s nespavostí, úzkostmi nebo somatickými nemocemi a bolestmi**. Toto užívání bylo indikováno a předepsáno **lékařem**. K rozvoji závislosti docházelo při chronických obtížích léčených návykovými léky pod odborným dohledem lékaře, což koresponduje s informacemi uvedenými Mikušovou (2010) o předepisování návykových léků kvůli terapii chronických obtíží dlouhodobě, případně také více lékaři.

Pacientům závislým na jiných návykových látkách nebo těm, kteří se v minulosti s tímto problémem léčili, by lékař podle Švihovce et al. (2018) neměl léky s vysokým návykovým potenciálem vůbec předepisovat. Jak se ukázalo v rámci ohniskových skupin, rozvoj lékové závislosti se podle některého personálu objevuje u jedinců,

kterí již v minulosti měli **potíže s jiným typem závislosti**, ačkoli už v současné době od dané návykové látky úspěšně abstinují. Nejčastěji se údajně tento problém týká alkoholu, který je svým účinkem dle personálu podobný benzodiazepinům.

Z výpovědí pacientů vyplývá, že byli skutečně v minulosti buď léčeni s alkoholovou závislostí nebo si prošli epizodou **abúzu alkoholu**, což je také varovným signálem, protože Mack, Brady, Miller & Frances (2016) upozorňují, že užívání návykových léků naopak může vést k abúzu a závislosti na alkoholu u pacientů, kteří předtím problémy s touto návykovou látkou neměli.

Následujícím výzkumným cílem bylo zmapovat **intenzitu a průběh užívání léku způsobující závislost u pacienta v léčbě**. Užívání léků v podpoře zdravého spánku je vhodné zejména při akutních poruchách spánku, které netrvají déle než tři měsíce. Hypnotika by neměla být užívána dlouhodobě právě z důvodu rozvoje závislosti (Martínková, 2018). V případě našich respondentů jim byla skutečně předepsána **nízká dávka hypnotik, kterou měli pacienti užívat při akutních potížích s nespavostí**.

Prvně pacienti užíli léky po lékařském vyšetření. Většinou byla pacientům předepsána **terapeutická dávka, kterou užívali pravidelně dlouhodobě**. Pacienti zpočátku zvládali užívat pouze terapeutické dávky léku bez známek abúzu. Podle Hosáka & Hrdličky (2015) existují i pacienti, kteří dlouhodobě, někdy i celý život, užívají stejné malé množství bezodiazepinů a nemají potřebu ho navyšovat.

U pacientů však i tyto nízké terapeutické dávky někdy spustí rozvoj závislosti, a to zejména u těch, kteří jsou úzkostní (Hosák & Hrdlička, 2015). Tento fenomén se projevil u našich respondentů, kteří i po dlouhodobém užívání terapeutických dávek léku při **stresových situacích** přistoupili k **abúzu léků** a zjistili, že při vyšších dávkách léku dochází k příjemným účinkům. Užívání vyšších dávek léku pro vyvolání příjemných pocitů je podle Lejčka & Gabrhelíka (2017) jedním z hlavních důvodů rozvoje psychické závislosti na lécích.

Dle Plocové (2018) patří mezi důvody, které dovedou jedince ke zneužívání návykových léků nejčastěji stres v zaměstnání, ekonomické problémy, nespokojenost se vztahy nebo osamělost. V případě našich respondentů byly důvodem problémy ve **vztazích a partnerském životě**.

V oblasti užívání benzodiazepinů personál sleduje dvě **krajní skupiny uživatelů**. První tvoří ti, kteří užívání návykových léků naprosto odmítají, a to i v akutním případě. Stejný extrém popsal i Oliveira Júnior (2018) v případě opioidních

analgetik a obavách některý pacientů užít je v akutních stavech. Druhou skupinou jsou podle personálu ti, kteří tyto léky nedovedou užívat pouze v předepsaném množství nebo s užíváním přestat po uplynutí léčby, což patří mezi hlavní znaky závislosti na lécích (Hosák & Hrdlička, 2015).

Někteří při užívání vysokých dávek návykových léků pociťovali různé **nežádoucí účinky**, které jim **ztěžovaly jejich každodenní fungování**. DeVane (2016) popsal potíže s motorikou, které se při užívání vyšších dávek benzodiazepinů u pacientů účastnících se výzkumu projeví. Dále Lüllmann, Mohr & Wehling (2004) a Martínková (2018) upozornili na zhoršení paměti, pozornosti a kontroly emocí v důsledku užívání benzodiazepinů. Tyto nežádoucí účinky se před léčbou u našich respondentů objevily.

Podle Lincové et al. (2005) užívání vysokých dávek benzodiazepinů **snižuje efektivitu práce** v zaměstnání, působí nepozornost a jedinec přestává zvládat běžné činnosti. V našem výzkumném souboru naopak někteří respondenti pod vlivem vysokých dávek léků vykazovali **vysokou míru výkonnosti**, což zpočátku oceňovali jak oni sami, tak jejich okolí.

Pátým výzkumným cílem bylo zjistit, **co motivuje pacienty se závislostí na lécích k léčbě**. Podle personálu přicházejí pacienti do léčby bez vnitřní **motivace, ale hlavním důvodem nástupu do léčby je tlak blízkých**, což odpovídá prvnímu stádiu změny podle Norcross & Prochaska (1999), kdy je nutné pacientovi ukázat závažnost jeho situace a pokusit se o to, aby o problému začal sám uvažovat.

Přes to, že pacienti nastoupili do léčby **dobrovolně**, je zřejmé, že zjištění blízkých o abúzu léků daných jedinců a **tlak okolí** sehrál v jejich rozhodnutí nastoupit do léčby zásadní roli. Motivace k léčbě tedy může být podnícena okolím, například rodinou, nebo k tomu dají podnět problémy v zaměstnání; úplná dobrovolnost pro efektivitu léčby nemusí být přítomna (NIDA, 2012).

Dalším motivem, proč závislí na lécích nastoupili do léčby byl **nesnesitelný fyzický či psychický stav**, ve kterém se nacházeli. Ten uvádějí jako hlavní důvod, proč se oni sami rozhodli léčbu podstoupit. Při závislosti na benzodiazepinech se objevuje anterográdní amnézie, porucha pozornosti, porucha řeči, neklid, zmatenost, případně i delirium (Martínková et al., 2018). Mezi abstinenními příznaky při vysazení opioidů spadá svalová bolest, křeč, bolest břicha, zvracení, zažívací a střevní potíže (Čížek, 2002). Tyto příznaky se dle personálu u pacientů v léčbě se závislostí na lécích vyskytují.

Podle personálu je osob závislých na lécích mnoho, nicméně **v léčbě závislosti se jich vyskytuje jen málo.** Tato informace odpovídá poznatkům Mikušové (2010) o vysoké prevalenci lékových závislostí, které bývají jen málokdy řešeny.

Respondenti projevili názor, že odvykací léčba lékové závislosti je ambulantní cestou velice obtížně zvládnutelná a její realizace v rámci hospitalizace je mnohem vhodnější. Detoxifikace může podle Hosáka & Hrdličky (2015) proběhnout i ambulantně, ale při komplikovanějších abstinenčních příznacích je na místě ústavní pobyt, kdy je pacient lépe monitorován. Navíc, pro nástup do některých zařízení střednědobé léčby, je absolvování pobytové detoxifikace podmínkou.

Dle pacientů by těm, kteří si svůj problém alespoň trochu uvědomují a zvažují léčbu pomohlo, **kdyby je v této situaci podpořil člověk, který má s léčbou lékové závislosti osobní zkušenost.** Cennými členy terapeutického týmu jsou lidé s vlastní zkušeností se závislostí. Bývalí uživatelé drog mohou pomáhat jako součást terapeutického týmu v rámci některých terapeutických komunit (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina in Kalina et al., 2003).

Pacient podle Mikušové (2010) neví o rizicích rozvoje závislosti na látkách obsažených v návykových lécích. Issacson et al. (2005) popisuje důležitost profesionality v rámci lékařské péče, při které by nemělo docházet k přehlížení projevů abúzu léků pacienty. Dle našich respondentů je totiž velice důležité, aby do situace **zasáhl odborník,** který dá závislému jasně najevo **nutnost podstoupení léčby závislosti.**

V pořadí dalším výzkumným cílem bylo zmapovat **specifické vlastnosti pacientů závislých na lécích v rámci léčby.** Podle personálu může závislost na lécích postihnout osoby jakékoliv věkové kategorie. V léčbě se nicméně objevují zejména pacienti přibližně ve věku **čtyřiceti až šedesáti let** a obecně se závislost na lécích dotýká zásadním způsobem **seniorské populace;** toto zjištění koresponduje se zjištěním Mikušové (2010), která uvádí, že pacienti středního a vyššího věku užívají často benzodiazepiny v rámci předepsané léčby. Landreat et al. (2010) učinili poznatek o projevech závislosti na hypnoticích u seniorů, které byly identické k projevům u ostatní populace kromě toho, že se u nich neprojevovaly v takové míře sociální a somatické dopady užívání. Podle participantů ohniskových skupin se přes problémy s lékovými závislostmi senioři na klasických odděleních **pro léčbu závislosti objevují jen málo.**

Specifické vlastnosti lékově závislých se podle odpovědí personálu v našem výzkumu hodnotí obtížně z důvodu častého výskytu **kombinované závislosti**, což souhlasí s informacemi Macka, Bradyho, Millera & Francese (2016), kteří podotýkají, že se běžně vyskytují kombinované závislosti, kdy pacient kromě nadměrného užívání léků má problémy například s alkoholem nebo jinými návykovými látkami.

Dle personálu jsou závislí na lécích často **dobře finančně situovaní** jedinci **s vysokoškolským vzděláním**. Tento fakt koresponduje se zjištěním Mravčíka et al. (2018) o tom, že uživatelé sedativ a hypnotik jsou ve velké míře vysokoškolsky vzdělaní a mají stabilní bydlení oproti uživatelům jiných návykových látek.

Issacson et al. (2005) hovoří o tom, že existuje skupina lékařů, kteří sami mají problém s užíváním návykových léků. Mezi těmi, u kterých se rozvine závislost na lécích, jsou dle respondentů často lidé **zaměstnaní** právě v odvětví **zdravotnictví**, zejména pak ti, kteří mají k návykovým lékům **snadný přístup**.

Pacienti závislí na lécích přicházejí podle personálu častěji do léčby s dalším diagnostikovaným **psychiatrickým onemocněním** jako je například generalizovaná úzkostná, deprese nebo fobie. Busto, Romach & Sellers (1996) zjišťovali komorbiditu závislosti na benzodiazepinech s jinými duševními onemocněními Mezi nejčastější celoživotní psychiatrická onemocnění u výzkumného vzorku patřila těžká deprese, závislost na jiných psychoaktivních látkách a panická porucha.

Sedmým výzkumným cílem bylo popsat **obtížné aspekty léčby závislých na lécích**. Hampl (2003) uvádí, že vysazování benzodiazepinů by měla probíhat postupným snižováním dávek léků při hospitalizaci. Podle personálu s tímto souvisí fakt, že pacientům závislým na lécích trvá výrazně déle, než udělají první pokroky v léčbě, protože **detoxifikace těchto pacientů zabere více času**, než je tomu u jiných návykových látek. I po přechodu z detoxifikačních oddělení na ta se středně či dlouhodobou léčbou nejsou tyto pacienti schopni se zpočátku plně účastnit terapií a zapojit se do každodenního režimu.

Pacienti závislí na lécích působí dle personálu **apatickým** dojmem, což při terapii s pacienty s jinými závislostmi může někdy působit drobné problémy. Kalina (2008) k tomuto uvádí, že právě zaměření na aktuální emoční prožívání, exprese emocí a aktivní zapojení do skupinových terapií je podstatné v první fázi léčby v terapeutické komunitě.

Psychická závislost, mezi jejíž projevy lze zařadit bažení, se často projevuje ještě dlouhou dobu po odeznění odvykacího stavu (Fischer a Škoda, 2014). Dle personálu dochází v léčbě závislých na lécích k pro ně obtížně vyhodnotitelným situacím, kdy pacient vyžaduje medikaci kvůli akutním zdravotním problémům, nicméně často se jedná o pouhou **snahu získat přístup k návykové látce z důvodu bažení**. To, že je pro lékaře náročné rozeznat, jestli pacient lék opravdu potřebuje například z důvodů somatických bolestí, potvrzují Lejčko & Gabrhelík (2017). Podle nich je právě toto jedna z nejobtížnějších situací, se kterou se lékař při léčbě bolesti v praxi setkává. Na podkladě zjištění Dayala & Balhary (2016), lze konstatovat, že u rizikových pacientů by měla proběhnout nejprve snaha podpořit zvládání jejich bolesti nefarmakologickou cestou, o to se personál u pacientů závislých na lécích v léčbě snaží.

U pacientů závislých na lécích se může objevit sklon k **somatickému prožívání**, které mimo jiné souvisí i s potížemi správně prožívat a popsat své emoce. V důsledku se jeho psychické potíže projeví i v tělesné rovině. U pacienta se projevují různé zdravotní potíže, které si uživatel ani lékař zpočátku často nedá do souvislosti se škodlivým užíváním. (Lader, 2014).

Předposledním výzkumným cílem bylo zjistit, **jak pacientům se závislostí na lécích vyhovují stávající metody léčby v rámci oddělení pro léčbu závislosti**. K terapii závislosti by měla být využívána behaviorální terapie, ať už individuální, rodinná či skupinová. V těch by se mělo zaměřit na motivaci ke změně, na osvojování si dovedností, jak odolat touze vzít si lék a také na nácvik zvládání problémových situací a zlepšení interpersonálních vztahů. Potřeby pacienta se v průběhu léčby proměňují, proto by měla být léčba průběžně modifikována (NIDA, 2012). Pacienti jsou dle našeho zjištění s nastavením jejich léčby spokojeni. Nicméně každý z nich **upřednostňuje jiné metody léčby a odlišné prvky v programu**. K tomu, aby někteří pacienti dokázali své potíže ovládnout, potřebují se o podstatě a principech závislosti dozvědět více, jiným zase spíše vyhovují terapie, ať už skupinové, nebo individuální.

Posledním výzkumným cílem bylo zjistit, **jaké změny v metodice léčby lékových závislostí by dle zdravotnického personálu přispěly ke zvýšení kvality léčby**.

Personál v našem výzkumu kritizuje v rámci současného preskripčního systému časté předepisování léků s vysokým závislostním potenciálem **praktickými lékaři**

bez dohledu lékaře s odborností v dané problematice. Podle Ashtona (2002) se v případě závislosti na lécích jedná většinou o iatrogenní záležitost, při níž jsou benzodiazepiny často předepisovány praktickým lékařem nebo více lékaři bez vzájemné kontroly.

Martínková (2018) upozorňuje, že benzodiazepiny způsobují potíže se zhoršenou pozorností, krátkodobou pamětí, motorikou, sníženou reaktivitou a celkovým útlumem. Podle respondentů je léčba pacientů s různými typy závislostí na jednom oddělení vhodná, protože pacienti **s jinou závislostí působí na ty s lékovou závislostí aktivizačně.**

Na oddělení pouze pro pacienti s lékovými závislostmi by podle našich respondentů docházelo k vzájemnému **utvrzování v představě**, že užívání vysokých dávek léků není tak závažným problémem jako jiné závislosti. To podporuje i tvrzení Popova in Kalina et al. (2003), který uvádí, že pacienti s lékovou závislostí mají potíže uvědomit si, že by měli zcela ukončit užívání léků. V jejich situaci považují užívání za legitimní a normální, ale potíže, které jim užívání léků přináší, už ignorují.

V rámci léčby závislosti na lécích často trvá detoxifikace několikanásobně déle, než tomu bývá u jiných typů závislostí (Popov in Kalina et al., 2003). Pacientům s lékovými závislostmi by dle výsledků našeho výzkumu pomohlo, kdyby jejich **pobyt na detoxifikačních odděleních a těch pro střednědobou léčbu mohl trvat déle**, než je tomu dnes. V některých případech závislost na předepsaných lécích podle Holmese (2012) představuje komplexnější problém než jiné závislosti. Tato skutečnost se projevila i v našem výzkumu: jak potvrdili naši respondenti, pacienti s lékovou závislostí postupují v léčbě pomaleji, a proto pobyt ukončují **méně připraveni** než pacienti s jinými druhy závislostí.

V dnešní době mohou pacienti závislí na lécích využívat doléčovacích center nebo si vybrat z nabídky **následné ambulantní péče**, což má jistě smysl. Jak zjistili Tibenská, Čížek, Martinek & Libiger (2008) ve svém katamnestickém šetření, pacienti, kteří absolvovali následnou ambulantní léčbu byli ve své abstinenci úspěšnější než ti, kteří absolvovali pouze pobytovou léčbu.

Za přínos předloženého výzkumu lze považovat získání náhledu na problematiku závislosti na lécích, jejíž prevalence je mnohem vyšší než množství jedinců, kteří se odhodlají podstoupit pobytovou léčbu této závislosti, a to i přesto, že odvykací stavy u těchto závislých jsou komplikovanější, než je tomu například u závislých na alkoholu (Mikušová, 2010).

Hlavním přínosem této práce je zmapování aspektů, které motivují závislé na lécích k léčbě a jejich specifických potřeb v rámci léčby. Tyto informace mohou odborníkům, kteří s touto klientelou pracují, pomoci porozumět jejich potřebám. Zároveň mohou být výsledky přínosné pro samotné závislé a jejich blízké v tom smyslu, že si uvědomí, že nejsou sami, kteří se potýkají s takovýmto problémem a že pobytová léčba je dobrým řešením. Lékové závislosti jsou totiž stále společností podceňovány (Švihovec et al., 2018).

Přínos měl výzkum i pro participanty samotné. Po ukončení rozhovorů uváděli, že díky interview si utřídili své myšlenky a pozorovali na sobě zároveň jistý terapeutický efekt.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů z řad pacientů v pobytové léčbě závislosti na lécích se nabízí opakování našeho výzkumu v delším časovém horizontu, který by zajistil vyšší počet dostupných pacientů vhodných k participaci v rozhovorech. Zároveň by během delší doby mohlo dojít k domluvě s vyšším počtem zařízení, která by byla ochotna se do výzkumu zapojit. Z ohniskových skupin s personálem vyplynulo, že pacienti se závislosti na lécích postupují v léčbě pomaleji ve srovnání s ostatními pacienty. Jistým řešením by bylo bližší zmapování této odlišnosti, a to takovým způsobem, že by se porovnávaly údaje získávané v různých fázích léčby a od pacientů s různými typy závislosti. Sledovanými faktory by mohlo být: posouzení motivovanosti k léčbě, motivovanost k abstinenci, aktivní zapojení do skupinových terapií, prožívání a exprese emočního prožívání, porozumění problému závislosti, připravenost k abstinenci mimo chráněné prostředí nebo rozhodnutí k využití následné ambulantní péče.

9. Závěry

V rámci této kapitoly shrneme hlavní zjištění, která se v rámci analýzy kvalitativních objevila a vedla k několika závěrům, které budou níže v bodech představeny.

- Pacienti závislí na lécích si zpočátku léčby zcela neuvědomují závažnost své závislosti. Svě postavení mezi ostatními pacienty vnímají jako výjimečné a neuvědomují si, že jejich stav skutečně vyžaduje hospitalizaci.
- Užívání návykových léků pacientům ve výsledku více škodí, než pomáhá. Pacienti většinou v kontrolovaném užívání nevidí východisko a chtějí se návykových léků vzdát úplně.
- Léková závislost je obtížně rozpoznatelná, protože se objevuje pozvolna a nenápadně. Užívání návykových léků okolí dlouhodobě nevnímá jako problematické, a proto závislost dlouho nerozpoznají ani nejbližší osoby závislého.
- Potíže, kvůli kterým pacienti léky začínají užívat nejčastěji souvisejí s nespavostí, úzkostmi nebo somatickými nemocemi a bolestmi. Kvůli těmto potížím lékař nejčastěji předepíše pacientům návykový lék, který u některých může vést k rozvoji závislosti.
- Závislí na lécích mají sklony k abúzu jiných drog. Pacienti v léčbě lékové závislosti měli v minulosti potíže s jiným typem závislosti nebo v průběhu rozvinuté závislosti na lécích prožili epizodu abúzu alkoholu.
- Uživatelé návykových léků přistupují k jejich abúzu ve stresových situacích, které se týkají především vztahů a partnerského života, v jehož důsledku se u nich na těchto lécích rozvíjí závislost.
- Někteří závislí na lécích pocítují výrazné nežádoucí účinky, které je omezují v běžném chodu života. Nicméně někteří pod vlivem vysokých dávek léků vykazují vysokou míru pracovní výkonnosti, což zpočátku oceňovali jak oni sami, tak jejich okolí.
- Ve společnosti existují dvě krajní skupiny uživatelů návykových léků: ti, kteří užívání návykových léků naprosto odmítají, a to i v akutním případě a ti, kteří tyto léky nedovedou užívat pouze v předepsaném množství nebo mají po

uplynutí léčby s užíváním přestat. Dlouhodobí uživatelé, nikoliv abuzéři, se vyskytují v malé míře.

- Závislí na lécích nastupují do léčby lékové závislosti bez vnitřní motivace. Hlavním důvodem rozhodnutí k podstoupení hospitalizace se stávají tlaky ze strany blízkých. Samotní pacienti uvádějí, že rozhodnutí nastoupit do léčby zapříčinil nesnesitelný fyzický či psychický stav, do kterého se kvůli závislosti dostali.
- Závislých na lécích je ve společnosti mnoho, v léčbě závislosti se jich nicméně vyskytuje jen málo. Osobám s touto závislostí by v rozhodnutí podstoupit léčbu pomohla podpora člověka, který má s léčbou lékové závislosti osobní zkušenost. Důležité zároveň je, aby do situace zasáhl odborník, který dá závislému jasně najevo nutnost podstoupení léčby.
- Specifické vlastnosti lékově závislých se hodnotí obtížně z důvodu častého výskytu kombinované závislosti. Většina pacientů závislých na lécích je ve věku čtyřiceti až šedesáti let. Jedná se často o dobře finančně situované jedince s vysokoškolským vzděláním. Další skupinou lidí ohrožených závislostí na lécích jsou zaměstnanci v odvětví zdravotnictví, což se především týká těch, kteří mají k návykovým lékům snadný přístup. Problém lékové závislosti zasahuje i seniorskou populaci. Senioři se však na klasických odděleních pro léčbu závislosti objevují jen málo.
- Detoxifikace pacientů závislých na lécích trvá déle, než je tomu u jiných návykových látek. V úvodu léčby působí závislí apatickým dojmem, což může při terapii ve skupině s pacienty s jinými závislostmi někdy způsobovat problémy.
- Pacienti závislí na lécích se někdy snaží od personálu získat léky pod záminkou akutních zdravotních problémů. Personál musí tedy situaci citlivě zhodnotit a rozlišit, kdy se jedná o skutečný zdravotní problém vyžadující medikaci a kdy jde o pouhé manipulace ze strany závislého toužícího po užití drogy.
- Pacienti jsou s nastavením jejich léčby spokojeni. Nicméně každý z nich upřednostňuje jiné metody léčby a odlišné prvky v programu. K tomu, aby někteří pacienti dokázali své potíže ovládnout, potřebují se o podstatě a principech závislosti dozvědět více, jiným zase spíše vyhovují terapie, ať už skupinové, nebo individuální.

- Ke snížení počtu lékových závislostí by pomohla legislativní změna v oblasti kompetencí k předepisování návykových léků lékaři různých odborností. Podle personálu je v léčbě závislostí zásadním problémem právě předepisování léků s vysokým závislostním potenciálem praktickými lékaři bez dohledu lékaře s odborností v dané problematice.
- Vytvoření oddělení zaměřené pouze na léčbu lékových závislostí by nebylo výhodné. Současná podoba léčby závislostí je pro všechny pacienty přínosná. Pomalejší start léčby pacientů závislých na lécích je vyvážen rychlejší léčbou ostatních. Pacienti s jinou závislostí působí na ty s lékovou závislostí aktivizačně.
- Pacientům, kteří jsou hospitalizováni kvůli lékové závislosti by pomohlo, kdyby jejich pobyt na detoxifikačních odděleních a těch pro střednědobou léčbu mohl trvat déle, než jak je tomu v současné době. Kvůli pomalejšímu progresu v rámci léčby ukončují pacienti pobyt méně připraveni než ostatní pacienti.

Souhrn

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V úvodu práce jsme nastínili důvody, které nás přivedly k výběru tématu: léčba závislosti na lécích z pohledu pacienta a personálu.

V úvodních kapitolách teoretické části představujeme problematiku závislosti obecně, její definici, mechanismus a psychické a fyzické projevy. Mezi projevy fyzické závislosti patří pocení, třes těla nebo křeče. Jde o příznaky, které se vyskytují u závislých po vysazení drogy i po dobu několika týdnů. Psychické projevy závislosti zahrnují bažení, přetrvávají delší dobu než symptomy fyzické závislosti a jsou častou příčinou relapsu. Uvádíme zde také bio-psycho-sociální teorii vzniku závislosti. Dále se zaměřujeme na lékovou závislost. Mechanismus a projevy lékové závislosti jsou totožné se závislostmi na jiných návykových látkách. Na vysoké míře lékové závislých se negativně podílí nevědomost společnosti, která o tomto riziku často neví a vnímá léky jako prospěšné prostředky pro zvýšení zdraví. Ohroženou skupinou osob jsou senioři, kterým návykové léky v dobré víře předepisuje praktický lékař.

V další kapitole se zaměřujeme na jednotlivé lékové skupiny, jež mohou závislost vyvolat, a jejich využití ve zdravotnictví. Lékové závislosti se projevují nejčastěji ve formě závislosti na opioidních analgetikách, sedativech, hypnoticích a anxiolyticích. Tam patří benzodiazepiny, barbituráty a Z-preparáty. Uvádíme nežádoucí účinky léků vyvolávajících závislost na lidský organismus, abstinenci příznaky a rizika užívání těchto léků. Užívání benzodiazepinů může vést ke zmatenosti, dezorientaci, apatii snižují pracovní efektivitu, dále působí nepozornost a způsobují zkrácení REM fáze. Závislost na opioidních analgetikách se týká především pacientů s chronickými bolestmi.

V další kapitole přecházíme k tématu léčby lékové závislosti. Ukazuje se při ní jako nevhodné léky pacientovi okamžitě odebrat. Pokud se dávky benzodiazepinů nesnižují postupně, může se projevit těžký odvykací stav. Detoxifikace by měla probíhat na specializovaných odděleních psychiatrické nemocnice. Léčba závislosti probíhá ambulantně nebo v případě lékových závislostí vhodnější pobytovou formu. Ta se dělí na krátkodobou detoxifikační hospitalizaci, střednědobou ústavní odvykací léčbu nebo léčbu v rámci komunitních zařízeních nabízející střednědobé a dlouhodobé pobyty. Pacienti s lékovou závislostí si jen stěží uvědomují, že by měli užívání této legální a všeobecně rozšířené látky zcela ukončit. Její užívání považují za normální.

Mají problém přiznat si potíže, které jim užívání drogy přináší a je pro ně nepředstavitelné, že by své problémy řešili bez užití léku.

V praktické části je představen náš výzkum, který se zaměřil na popsání faktorů, které přispívají k rozvoji lékové závislosti, dále jakým způsobem závislí jedinci návykové léky obstarávají a zda je současný systém preskripce léků podle personálu, který pracuje na odděleních pro léčbu závislosti, správně nastaven. Výzkum se následně zaměřil na samotnou léčbu lékové závislosti na lůžkových odděleních pro léčbu závislosti, respektive s jakými problémy se personál potýká při léčbě lékových závislostí, zda mají tito pacienti nějaká specifika, jak hospitalizovaným stávající podmínky a způsob pobytové léčby vyhovují a jaké změny by podle zaměstnanců, kteří pracují na odděleních pro léčbu závislostí přispěly k tomu, aby jejich terapie probíhala efektivněji. Stanoveno bylo devět výzkumných cílů.

K jejich dosažení bylo využito kvalitativního přístupu, přesněji analýzy informací získaných v rámci polostrukturovaných rozhovorů a ohniskových skupin. Výzkumný soubor se skládal ze dvou odlišných skupin respondentů. První tvořili pacienti hospitalizovaní pro léčbu závislosti na lécích, kterých bylo pět. Druhou skupinu o počtu deseti respondentů tvořil personál, který na odděleních pro léčbu závislosti pracuje. Při výběru respondentů z řad pacientů nebylo přihlíženo na typ léků, který u nich vyvolal závislost, ani na množství léků, které před hospitalizací užívali. Pohlaví ani věk pacientů rovněž nebyl zvolen jako kritérium při výběru respondentů. Věk respondentů z řad pacientů se pohyboval mezi 45 a 63 lety a celkem se výzkumu účastnili tři pacientky ženy a dva pacienti muži. Průměrný věk pacientů byl 54,4 let. Do výzkumného souboru byli dále zařazeni lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé a pracovní terapeuti, kteří aktuálně působí na odděleních pro pobytovou léčbu závislostí. Pro výběr respondentů ze skupiny personálu byla stěžejní minimálně tříletá praxe na oddělení pobytové léčby závislostí se zkušeností práce s pacienty hospitalizovanými kvůli závislosti na lécích. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí účelového záměrného výběru přes instituce. Respondenty byli pacienti a personál z Terapeutické komunity Harmonie Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě, Psychiatrické léčebny Šternberk a Střediska sekundární prevence a léčby závislostí Vojenské nemocnice v Olomouci. Byl zvolen kvalitativní design, který zahrnoval polostrukturované rozhovory s pacienty a ohniskové skupiny s personálem. Data byla zpracována pomocí přepisu. Následně proběhla redukce první řádu a poté byly získané texty zpracovávány pomocí počítačového programu NVivo 10.

Ze získaných dat vyplývá, že léková závislost se objevuje pozvolna a nenápadně. Závislí na lécích mají sklony k abúzu jiných drog. Jsou to často buďto dobře finančně situovaní jedinci s vysokoškolským vzděláním, nebo zaměstnanci ve zdravotnictví. Uživatelé návykových léků přistupují k abúzu ve stresových situacích, což postupně vyvolá jejich závislost na lécích. Většina závislých má zkušenosti s nežádoucími účinky způsobenými užitím návykového léku. Někteří pod vlivem vysokých dávek léků vykazují vysokou míru pracovní výkonnosti, což zpočátku mohou oceňovat jak oni sami, tak jejich okolí. Podle personálu na odděleních pro léčbu závislostí je hlavním problémem předepisování léků s vysokým závislostním potenciálem praktickými lékaři bez dohledu lékaře s odborností.

Pacienti závislí na lécích si zpočátku léčby zcela neuvědomují její závažnost. Do léčby nastupují bez vnitřní motivace, hlavním důvodem k nástupu do léčby závislosti jsou tlaky ze strany blízkých. Jejich detoxifikace trvá déle, než je tomu u jiných návykových látek. V úvodu léčby působí apatickým dojmem, což ve skupině s pacienty s jinými závislostmi někdy komplikuje terapii. Vytvoření oddělení zaměřené pouze na léčbu lékových závislostí by se však ukázalo jako nevýhodné. Současná podoba lékové léčby je pro všechny pacienty přínosná. Pomalejší start léčby pacientů závislých na lécích je vyvážen rychlejším tempem ostatních. Pacienti s jinou závislostí působí na ty s lékovou závislostí aktivizačně.

Pacientům s lékovou závislostí by k uzdravení přispělo, kdyby jejich pobyt na detoxifikačních odděleních a těch pro střednědobou léčbu mohl trvat déle. Kvůli pomalejšímu progresu v rámci léčby ukončují pacienti svůj pobyt méně připraveni a do nechráněného prostředí vstupují více ohroženi než pacienti s jinou závislostí.

Seznam použité literatury

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti* (201-207). Praha: Úřad vlády České republiky.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Anglin, M. D., & Hser, Y. I. (1990). Treatment of drug abuse. *Crime and justice*, 13, 393-460.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current opinion in Psychiatry*, 18(3), 249-255.
- Behere, P. B., Das, A., & Behere, A. P. (2019). Anxiolytics and Hypnotics. In *Clinical Psychopharmacology* (pp. 89-98). Springer, Singapore.
- Benzodiazepinová poradna [Online]. (2010). Získáno z <http://www.benzo.cz/>. dne 20.2.2019.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1995). The mind of an addicted brain: neural sensitization of wanting versus liking. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 71-75.
- Borzová, M. C., Kozelek, M. P., & Kmoch, M. V. (2006). Léčba chronické nespavosti – Je věk rozhodujícím faktorem?. *Psychiatr. prax*, 1, 18-20.
- Busto, U. E., Romach, M. K., & Sellers, E. M. (1996). Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(1), 51-57.

Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A., Mrozowicz-Gaudyn, D., Vidal-Arenas, V., van-der Hofstadt, C., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Psychological Assessment of Opioid Drug Abuse. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 45–51.

Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and alcohol dependence*, 83, S4-S7.

Curran, H. V., Collins, R., Fletcher, S., Kee, S. Y., Woods, B., & Iliffe, S. (2003). Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychological medicine*, 33(7), 1223-1237.

Česká asociace farmaceutických firem. (2017). *Nadužívání léků studenty. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: STEM/MARK.

Čížek, M. J. (2002). Léková závislost – stručný přehled a poznatky z praxe. *Interní medicína pro praxi. Suppl*, 11-14.

Dayal, P., & Balhara, Y. P. S. (2016). Profile of female patients seeking in-patient treatment for *prescription* opioid abuse from a tertiary care drug dependence treatment centre from India. *The Indian Journal Of Medical Research*, 143(1), 95.

DeVane, C. L. (2016). Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of anxiolytics and sedative/hypnotics. In *Applied Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Psychopharmacological Agents* (pp. 247-266). Adis, Cham.

Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, 2. (195-200). Praha: Úřad vlády České republiky.

Eybl, V., & Černá, P. (2008). *Základy geriatrické farmakologie*. Karolinum.

Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2. rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada.

Fišar, Z. (2009) *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada.

Gerdner, A., Nordlander, T., & Pedersen, T. (2002). Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance use & misuse*, 37(1), 1-18.

Griffiths, M. (2005). The biopsychosocial approach to addiction. *Psyke & Logos*, 26(1), 18.

Hajak, G., Müller, W. E., Wittchen, H. U., Pittrow, D., & Kirch, W. (2003). Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction*, 98(10), 1371-1378.

Hakl, M. (2013). *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů, 2. vydání*. Mladá fronta.

Hanáková, M. T. (2010). Užití anxiolytik ve stáří a úskalí léčby. [Online]. *Farmi News*, 2, 19. Získáno z <http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2010/2/019-anxiolitika.pdf>. dne 20.2.2019.

Hegmonová, M.E. (2014). Léčba chronické bolesti silnými opioidy. *Med. praxi*, 11(1), 22-25.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Holmes, D. (2012). Prescription drug addiction: the treatment challenge. *The Lancet*, 379(9810), 17-18.

Hosák, L., & Hrdlička, M. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press.

Hýža, M. M., & Čechová, M. M. (2015). Abúzus tianeptinu. *Psychiatria Pre Prax*, 16(4), 166-68.

Isaacson, J. H., Hopper, J. A., Alford, D. P., & Parran, T. (2005). Prescription drug use and abuse: Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgraduate Medicine*, 118(1), 19-26.

Jaffe, J. H., Bloor, R., Crome, I., Carr, M., Alam, F., Simmons, A., & Meyer, R. E. (2004). A postmarketing study of relative abuse liability of hypnotic sedative drugs. *Addiction*, 99(2), 165–173.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. *Monografie*, (1).

Kang, M., & Ghassemzadeh, S. (2018). *Toxicity, Benzodiazepine*. StatPearls Publishing LLC.

Konečný, M. M. (2017). Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. *Psychiatrie pro praxi 2017*, 18, 135-139.

Konopka, A., Peřka-Wysiecka, J., Grzywacz, A., & Samochowiec, J. (2013). Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 40, 229-235.

Kratochvíl, S. (1979). Terapeutická komunita. In Češka, J. (Ed.), *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské*. (87-108). Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta.

Krombholz, R., Drástová, H., & Červenka, V. (2009). Poruchy spánku v gerontopsychiatrii a možnosti léčby. *Psychiatr pro Praxi*, 10, 26-30.

Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, 2. (117-124). Praha: Úřad vlády České republiky.

Lader, M. (2014). *Benzodiazepine harm: how can it be reduced?* *Br J Clin Pharmacol*, 77, 295-301.

Landreat, M. G., Vigneau, C. V., Hardouin, J. B., Bronnec, M. G., Marais, M., Venisse, J. L., & Jolliet, P. (2010). Can we say that seniors are addicted to benzodiazepines?. *Substance use & misuse*, 45(12), 1988-1999.

Lauhan, R., Hsu, A., Alam, A., & Beizai, K. (2018). Tianeptine Abuse and Dependence: Case Report and Literature Review. *Psychosomatics*.

Lejško, J., & Gabrhelík, T. (2017). Dlouhodobá léčba opioidy a závislost. *Anesteziologie A Intenzivní Medicína*, 2017(2), 106-113.

Lincová, D., & Farghali, H. (2005). *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén.

Lüllmann, H., Mohr, K., & Hein, L. (2012). *Barevný atlas farmakologie*. Praha: Grada.

Lüllmann, H., Mohr, K., & Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie: 47 tabulek*. Praha: Grada.

Mack, A., Brady, K., Miller, S., & Frances, R. (2016) *Clinical Textbook of Addictive Disorder*. NY: Guilford Press.

- Marádová, E. (2006). *Prevence závislosti*. Vzdělávací Institut ochrany dětí.
- Martínková, J. (2018). *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada.
- Mash, D. C., Duque, L., Allen-Ferdinand, K. D., & Page, B. (2018). Ibogaine detoxification transitions opioid and cocaine abusers between dependence and abstinence: Clinical observations and treatment outcomes. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 529.
- Mikušová, K. (2010). Závislost na benzodiazepinech a hypnoticích - společensky závažný, zdravotně nebezpečný, ale stále podceňovaný jev [Online]. *Farmi News*, 7(3), 14-15. Získáno z <http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2010/3/zavislost.pdf>. dne 20.2.2019.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1994). Dissociation of "conscious desire"(craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(2), 99-106.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov, Sdružení SCAN.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miroslav, O. (2015). *Nervové buňky a jejich svět: jak přesvědčivě, srozumitelně a působivě prezentovat*. Praha: Grada.
- Morgan, D. L. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Sdružení SCAN.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Tion Leštíková, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Vlach, T., Fidesová, H.,

Vopravil, J. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nacional Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville: MD:Author.

Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, 2. (190-194). Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2006). *Moderní léčba návykových nemocí. Studijní texty*.

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. 4. aktualizované vydání*. Praha: Portál.

Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.

Noller, G. E., Frampton, C. M., & Yazar-Klosinski, B. (2018). Ibogaine treatment outcomes for opioid dependence from a twelve-month follow-up observational study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(1), 37-46.

Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1999). Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi. Praha: Grada, 33, 1-6.

O'Brien, C. P., Childress, A. R., Ehrman, R., & Robbins, S. J. (1998). Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion?. *Journal of psychopharmacology*, 12(1), 15-22.

Oliveira Júnior, J. O. D. (2018). Opiophobia and opiophilia: the war continues. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(5), 393-396.

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.

Pastecká, L. (2016). Užívání návykových látek v domovech pro seniory z pohledu pracovníků – zkušenosti a vliv na sociální interakce (Diplomová práce). Získáno z Informační systém Masarykovy univerzity: https://is.muni.cz/th/440366/fss_m/. dne 1.12.2018.

P-centrum: Prevence, podpora, poradenství. [Online]. Česko:P-centrum. [cit. 2019-02-21]. 2018. Dostupné z <http://www.p-centrum.cz/dolecovaci-centrum-co-nabizime/> dne 20.2.2019.

Pickens, C.L., Airavaara, M., Theberge, F., Fanous, S., Hope, B.T., Shaham, Y. (2011). Neurobiology of the incubation of drug craving. *Trends Neurosci.* 34(8), 411–20.

Piper, M. E. (2015). Withdrawal: expanding a key addiction construct. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(12), 1405-1415.

Piskorska, B., Miziak, B., Czuczwar, S. J., & Borowicz, K. K. (2013). Safety issues around misuse of antiepileptics. *Expert opinion on drug safety*, 12(5), 647-657.

Plocová, M. (2018). Pohodlná cesta tabletek? *Med. praxi*, 15(3), 119.

Portenoy, R. K., & Foley, K. M. (1986). Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain*, 25(2), 171-186.

Prozialeck, W. C. (2016). Update on the pharmacology and legal status of kratom. *J Am Osteopath Assoc*, 116(12), 802-9.

Příkryl, M. R. (2015). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatr. prax*, 16(2), 67-72.

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské [online]. Česko: Czechproduct.cz, 2019 [cit. 2019-02-21]. Získáno z: <https://www.pnmo.cz/> dne 20.2.2019.

QSR International. (2012). NVivo 10 [computer software]. *Available*.

Riemann, D., & Nissen, C. (2011). [Substance-induced sleep disorders and abuse of hypnotics]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(12), 1325–1331.

Robbins, T. W., Ersche, K. D., & Everitt, B. J. (2008). Drug addiction and the memory systems of the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 1-21.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). Incentive-sensitization as the basis of drug craving. *Behavioural Pharmacology*, 4(4), 443.

Ross, H. E. (1993). Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependence in treated alcoholics. *Addiction*, 88(2), 209–218.

Sananim. [Online]. (2007). Získáno z: <http://www.sananim.cz/o-nas.html>. dne 20.2.2019.

Schuckit, M. A., Smith, T. L., Kramer, J., Danko, G., & Volpe, F. R. (2002). The Prevalence and Clinical Course of Sedative-Hypnotic Abuse and Dependence in a Large Cohort. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 28(1), 73–90.

Sláma, O., Kabelka, L., & Vorlíček, J. (2007). *Paliativní medicína*. Galén.

Smolík, D.M.P. (2011). Farmakologie nespavosti a související lékové interakce v klinické praxi. *Med. praxi*, 8(5), 219-221.

Springer, J., & Cudała, W. J. (2018). Tianeptine abuse and dependence in psychiatric patients: a review of 18 case reports in the literature. *Journal of psychoactive drugs*, 50(3), 275-280.

Středisko sekundární prevence a léčby závislosti [Online]. (2019). Získáno z: <https://www.vnol.cz/index.php/cs/oddeleni/stredisko-sekundarni-prevence-a-lecby-zavislosti>. dne 20.2.2019.

Švihovec, J., Bultas, J., Anzenbacher, P., Chládek, J., Příborský, J., Slíva, J. & Votava, M. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.

Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby. *Čes a slov psychiat*, 104(5), 230-235.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2013. The challenge of new Psychoactive substances. A Report from the Global SMART Programme March 2013. Získáno z: http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf. dne 20.2.2019.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2014) *Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech podstupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2013*. Získáno z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/udaje-detoxifikacnich-jednotkach-pacientech-podstupujících-detoxifikaci-od-navykovych-latek-roce-2013> dne 20.2.2019.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018a) *Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech podstupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2017*. Získáno z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/udaje-o-detoxifikacnich-jednotkach-pacientech-podstupujících-detoxifikaci-od-navy-1> dne 20.2.2019.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018b). *Statistika psychiatrické péče za rok 2017*. Získáno z <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2017> dne 20.2.2019.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Verster, A., & Buning, E. (2007). *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Úřad vlády České republiky.

Vlčková Zenáhlíková, V. & Kmoch, V. (2017). *Dobrou noc: ironie či tabu v souvislosti se Z-drugs*. AT konference 2017. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.

Volkow, N. D., Wise, R. A., & Baler, R. (2017). The dopamine motive system: implications for drug and food addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(12), 741.

Weaver, M. F. (2015). Focus: Addiction: Prescription Sedative Misuse and Abuse. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(3), 247.

World Health Organization. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – Desátá revize. Aktualizovaná verze k, 1, 2014.*

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Závislost na lécích z pohledu pacienta a zdravotnického personálu

Autor práce: Bc. Tereza Ortová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová Ph.D.

Počet stran a znaků: 112 stran; 230 460 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 103

Abstrakt (800 – 1200 zn.):

Magisterská práce se věnuje tématu léčby závislosti na lécích. Teoretická část vychází z aktuálních poznatků psychologie, adiktologie a farmakologie. Výzkumná část je zpracována na základě kvalitativních dat zaměřených na specifika pobytové léčby závislosti na lécích a možná zlepšení jejího přínosu pro pacienty. Výzkumný soubor (n=15) byl tvořen pěti pacienty se závislostí na návykových lécích, kteří podstupovali pobytovou léčbu této závislosti a deseti členy personálu pracujícími na odděleních pro léčbu závislostí. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty a ohniskových skupin s personálem. Analýza dat ukázala, že pacienti závislí na lécích si zpočátku léčby neuvědomují závažnost jejich problému. Hlavním motivem k podstoupení hospitalizace jsou tlaky ze strany blízkých. Zpočátku tito pacienti působí alexithymickým dojmem a požadují po personálu léky pod záminkou akutních zdravotních problémů. Detoxifikace pacientů závislých na lécích trvá déle, než je tomu u jiných návykových látek. Pacienti jsou s nastavením jejich léčby spokojeni, nicméně by pomohlo, kdyby jejich pobytová léčba mohla trvat déle, než je tomu dnes.

Klíčová slova: závislost, škodlivé užívání, benzodiazepiny, opioidy, léčba závislosti

ABSTRACT OF THESIS

Title: Drug dependence from patient and medical staff point of view

Author: Bc. Tereza Ortová

Supervisor: PhDr. Eva Maierová Ph.D.

Number of pages and characters: 109 pages; 230 460 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 112

Abstract (800 – 1200 characters):

The thesis addresses the topic of prescription drug addiction treatment. The theoretical part discusses findings from psychology, addictology, and pharmacology. The practical part analyses qualitative data concerning the specifics of residential drug addiction treatment and the possible enhancement of treatment benefits for patients. The sample (n=15) included five patients undergoing residential drug addiction treatment and ten members of staff working at an addiction treatment department. Data collection consisted of semi-structured interviews with patients and focus groups with staff members. The analysis revealed that the patients who are at the beginning of their treatment are not aware of the severity of the problem. Their motivation to undergo the treatment is pressure exerted by their family and friends. At first, patients are alexithymic and demand prescription drugs from the staff under the pretense of acute health problems. Detoxification of these patients requires more time than detoxification of patients addicted to other addictive substances. They are satisfied with the nature of the residential treatment, nevertheless, it would be beneficial to increase its duration.

Key words: addiction, abuse, benzodiazepines, opioids, addiction treatment

Příloha č. 2: Průvodní dopis zasláný do léčebných zařízení

Vážení (Vážený pane, Vážená paní),



moje jméno je Tereza Ortová a jsem studentka 2.ročníku navazujícího magisterského programu Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Ve své diplomové práci se zaměřuji na téma léčby závislosti na lécích. Ve svém kvalitativním výzkumu bych ráda tuto problematiku zkoumala pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty hospitalizovanými s lékovou závislostí. Dále bych ráda uspořádala ohniskové skupiny s personálem, který s těmito pacienty pracuje. Ve výzkumu bych se chtěla zaměřit na to, co motivuje pacienty se závislostí na lécích k léčbě, jaké jsou specifické projevy těchto pacientů v rámci léčby a jaké jsou obtížné aspekty léčby závislých na lécích.

Výzkum by měl přispět k porozumění tomu, jaký specifický přístup pacienti závislí na lécích v rámci pobytové léčby vyžadují, jaké faktory přispívají k rozvoji závislosti, a naopak k jejich léčbě.

Touto cestou bych Vás velmi ráda požádala o to, zda bych mohla s Vaším zařízením spolupracovat.

Celý výzkum je koncipován na bázi dobrovolnosti účastníků výzkumu a jejich anonymitě, pacienti i personál jsou vedeni pod číselným kódem. Základní podmínkou je dodržení etických zásad výzkumu. Snažila bych se, co nejméně narušit chod oddělení a v maximální míře mu přizpůsobit sběr dat. Plánovaný termín zahájení sběru je říjen/listopad 2018.

K průvodnímu dopisu přikládám otázky připravené k rozhovorům a ohniskovým skupinám. Ráda Vám zodpovím jakékoliv otázky ohledně tohoto výzkumu. V případě Vašeho zájmu se velmi ráda dostavím a osobně si s Vámi o své diplomové práci a výzkumu promluvíme.

S pozdravem
Bc. Tereza Ortová

V Olomouci, 25.9. 2018

Kontakt:

Tel. [REDACTED]

e-mail: [REDACTED]

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu



Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Závislost na léčích z pohledu pacienta a zdravotnického personálu*“.

Autor práce: Bc. Tereza Ortová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Tímto Vás žádám o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Tereza Ortová

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne

Jméno a příjmení..... **Podpis:**

Příloha č. 4: Otázky k rozhovorům s pacienty a ohniskovým skupinám s personálem

otázky pacienti

1. Jak se dnes cítíte?
2. Proč jste zde hospitalizovaný?
3. Bylo to vaše rozhodnutí?
4. Jak toto rozhodnutí vnímají vaši blízcí?
5. Jaké léky jste užíval, kvůli kterým jste zde hospitalizovaný?
6. Jaké množství toto léku jste denně užíval, než jste šel do léčby?
7. Jak dlouho jste ho užíval pravidelně?
8. Kdy jste se s tímto lékem setkal poprvé? (Jak probíhalo seznámení s tímto lékem? Byl vám lék předepsán lékařem nebo jste získal doporučení z okruhu svých známých nebo jste se o něm dozvěděl jinak? Proč jste ho začal užívat?)
9. Trápilo vás tehdy něco? (Co? Kdy to začalo?)
10. Měl jste nějaký zdravotní problém? (Jaký? Jak dlouho jste ho měl?)
11. Bylo užívání léku v některém období součástí vaší předepsané léčby?
12. Měnilo se v čase množství užívaného léku? (Jak?)
13. Jak jste léky získával? (Vše vám předepisoval 1 lékař? Měl jste předpisy od více lékařů? Kupoval jste léky přes internet, na černém trhu?)
14. Byl jste lékařem upozorněn na riziko závislosti na léku?
15. Už jste se někdy snažil dávku užívaných léků snížit, či je úplně vysadit? (Kdy to bylo? Jak to probíhalo? Jak to dopadlo? Co byl největší problém? Co vám v tu chvíli chybělo, abyste to zvládl? Co vám v tu chvíli pomáhalo?)
16. Užíval jste někdy léky společně s alkoholem? (Jak často?)
17. Užíval jste ještě před tím jiný lék s podobným účinkem? (Jaký? Jak dlouho? Jak probíhalo seznámení s tímto lékem? Proč jste ho začal užívat? Jaké množství jste užíval před jeho vysazením?)
18. Jaké máte problémy spojené s vysokou mírou užívání léku?
19. Upozorňovali někdy vaši blízcí na problém spojený s užíváním léků?
20. Stalo se někdy, že abyste se dostal do problému kvůli zhoršené pozornosti? (Bylo to pod vlivem léků?)
21. Léčil jste se někdy s jinou závislostí? (Jakou? Abstinujete nyní? Kolik alkoholu/ jiné drogy jste užíval v době před hospitalizací?)

22. Léčil se ze závislosti někdo z rodiny (rodiče, prarodiče, sourozenci)?
23. Užíval jste někdy alkohol, abyste posílil účinek léků?
24. Užíval jste někdy drogy? (Užíval jste někdy drogu ke zmírnění psychických či fyzických problémů? Bolest, spánek, úzkost, strach...)
25. Jak probíhá vaše léčba?
26. Co je pro vás přínosné?
27. S čím ohledně léčebného programu máte problém?
28. Jaké změny týkající se užívání daného léku u vás nastaly?
29. V čem vám léčba pomáhá?
30. Jak si rozumíte s ostatními pacienty?
31. Jsou zde spolupacienti, se kterými máte problém? (Proč? Jaký?)
32. Jak vnímáte problémy ostatních pacientů?
33. Jsou vaše problémy podobné? (V čem ano a v čem ne?)
34. Jste spokojený s tím, jak probíhá váš léčebný program? (Proč?)
35. Změnil byste na něm něco? Co? Proč? (Materiální, personální, terapeutický program)
36. Trápí vás právě něco? (Co by vám pomohlo, abyste se cítil lépe?)
37. Jak budete řešit v budoucnu podobný či stejný problém, který vás k závislosti přivedl?
38. Vyskytuje se tento problém stále ve vašem životě? (Co když se znovu objeví?)
39. Dokážete si představit život bez těchto léků?
40. Budete užívat dané léky nadále např. v nižších dávkách nebo vůbec?
41. Jak budete pokračovat, až odejdete z této léčby? (Budete v léčbě pokračovat? Kde?)
42. Máte v okruhu svých blízkých někoho, kdo má podle vás podobný problém jako vy? (Kdo to je? Co užívá? Jak to řeší?)
43. Doporučil byste mu, aby nastoupil do léčby jako vy?
44. Co myslíte, že by tomuto člověku pomohlo, aby se pro léčbu rozhodl?
45. Co by mohla nemocnice\léčebna udělat pro to, aby motivovala závislé k léčbě?
46. Napadá Vás ještě něco k tématu závislosti na lécích, o čem jsme nemluvili, ale je to podle vás důležité?

otázky personál

1. Jaká mají závislí na lécích specifika oproti ostatním pacientům? (s ohledem na věk, pohlaví, zázemí, sociální vrstva, projevy v léčbě ve smyslu spolupráce, motivaci k léčbě)
2. Jaké jsou důvody rozvoje lékové závislosti? (Dá se říci, že k této závislosti přispívají nějaké specifické faktory? Jaké?)
3. Jak přistupují tito pacienti k léčbě oproti pacientům s jinou formou závislosti? (Zapojují se do programu stejně jako ostatní?)
4. Jak tito pacienti fungují v kolektivu a interakci s ostatními pacienty s jinými závislostmi? (mají s pacienty s jinou závislostí problémy?)
5. Na co je třeba dávat si pozor při komunikaci s nimi? (V čem je rozdílná komunikace u pacientů závislých na farmakách oproti ostatním závislostem?)
6. Co by pomohlo k vyšší efektivnosti jejich léčby? (materiální, personální, legislativní, systémový, následná péče?)
7. Pomohla by specializovaná léčba pouze na lékovou závislost? (V čem by pomohla? Jaké by měla výhody, nevýhody?)
8. S jakými typy léků u závislých pacientů se nejčastěji setkáváte?
9. Je pro tyto pacienty typické, že se více pozorují a somatizují?
10. Je u nich častější nějaká komorbidita? (Psychiatrická nebo jen závislosti? Jaká?)
11. Napadá Vás ještě, co tu nezaznělo, ale je to důležité ve vztahu k pacientům s lékovou závislostí a jejich léčbě?

Příloha č. 5: Ukázka přepisu získaných dat

1. Jaká mají specifika, oproti ostatním pacientům s ohledem na věk, pohlaví, zázemí, sociální vrstva, projevy v léčbě ve smyslu spolupráce, motivace?

Personál 3: *Tak já si myslím, že zrovna u tady těhle závislostí je to ve všech věkových skupinách. Často se setkáváme s vysokoškolsky vzdělanými, manažery nebo i lékaři, kteří mají k těm lékům přístup. Zním třeba magistru farmacie, která měla takovou kombinovanou závislost na benzodiazepinech, opioidech, ale i lécích proti chřipce s pseudoefedrinem. Už toho brala taková kvanta, že už to paradoxně nemělo ten benzodiazepinový efekt a že musela brát desítky hypnogenů denně, aby mohla vůbec fungovat. Řekl bych, že to byli spíš výše postavení lidé.*

Personál 4: *Mě k tomu napadá, že ti pacienti, na které já si vzpomínám tak to byly ženy ve středním věku, většina z nich měla kombinaci i s jinou závislostí, nejčastěji teda s alkoholem.*

Personál 5: *Mě utkvělo, že často jsem se setkala se zdravotníky, kteří k tomu mají blízko a často se sebemedikují. Například tu byla zdravotnice, která si pomocí benzodiazepinů řešila své problémy.*

Personál 3: *Samozřejmě problém je to u starších lidí, u kterých se takhle ne úplně trefně řeší úzkostné stavy a nespavost, než že by se s nimi nějak terapeuticky pracovalo nebo se to řešilo nějakými jinými léky.*

2. Jaké jsou důvody rozvoje lékové závislosti?

Personál 5: *Většinou jde o to utéct od problémů, vyčistit si hlavu. Ale prostě to je otázka, jestli je to specifikum, protože i u jiných návykových látek se s tím setkáváme. U těch benzodiazepinů jde tedy o to se utlumit.*

Personál 4: *Mě napadá, že u některých byla diagnostikovaná jiná psychická porucha. Například generalizovaná úzkostná a tím, jak ty léky začli pomáhat, tak jim v tom bylo fajn a začli si přidávat. Původně tedy medikovaný lege artis až později zneužívaný.*

3. Jak přistupují tito pacienti k léčbě oproti pacientům s jinou formou závislosti?

Personál 5: *Mají delší start. Že kolikrát přijdou z detoxu a ještě nějakou dobu působí jako spící panna. Spíš se setkáváme s nemotivovanou klientelou, která přijde na tlak rodiny a okolí. Nebo už je nějaký velký problém, který je dotlačí, ale oni sami se sebou ještě nechtějí nic dělat. Ta motivační práce je hodně potřeba., že chtějí hned při nějaké překážce ven a vzít si tu drogu ať už ten benzodiazepin.*

Personál 3: *Já vnímám ten obraz hodně podobnej u těch benzodiazepinů jako u těch alkoholiků. Ty klinické příznaky jsou takřka stejné. Hodně tam vnímám rysy organicity. Poměrně často tam dochází ke kognitivnímu deficitu. Mám pocit, že ten proces je rychlejší než u alkoholiků nebo než u jiných látek*

Personál 4: *K tomu mě napadá, že ještě je těžké se dostat na té rovině emoční k tomu, jak se mají. Co zrovna prožívají. Tím užíváním jsou hodně oploštělejší a takoví alexithymičtí. Takový trochu prázdný jsou v tom začátku. Ty emoce pro ně nejsou zatím dostupný.*

Personál 5: *Kolikrát i ti spolupacienti je napadají, že neříkají, co prožívají, ale pro ně je to třeba těžký. Potřebujou delší rozjezd.*

Personál 4: *Protože před tím, když nastalo něco, co jim nebylo pohodlný, tak vzali benzodiazepin a jako necítím, neprožívám. Tak to hlavně mi přijde v té terapii s nima těžší.*

Personál 5: *Co jsem se setkala, tak to, že šli do léčby, bylo na tlak rodiny. Že nebyli schopni si ani dojet nakoupit.*

Personál 3: *To sociální setkávání obecně.*

4. Jak tito pacienti fungují v kolektivu a interakci s ostatními pacienty s jinými závislostmi?

Personál 5: *Spíš, co jsem si všimla, tak mají takové oploštělé vnímání bez emocí. Těžko se k nim dostává. Může to být těžší pro někoho z těch ostatních pacientů s i k nim najít cestu.*

Personál 4: *Je jich méně. Jsou taková specifická. Někdy mám pocit, že i tu svou závislost vnímají nadřazeně. Že je to trošku jiné než pít a fetovat. Často je to v té kombinaci s něčím, takže je to takové těžké diferencovat.*

5. Na co je třeba dávat si pozor při komunikaci s nimi? V čem je rozdílná komunikace u pacientů závislých na farmakách oproti ostatním závislostem?

Personál 3: *Já tam moc rozdíl nevnímám. Samozřejmě, že mají tendenci manipulovat. Mají tendenci to bagatelizovat, racionalizovat, ale myslím, že to se týká všech těch závislostí. Než si člověk připustí, že tam nějaký problém je. Než se dostane do fáze, kdy už ho musí řešit. Že by se to u léků nějak lišilo. To si nemyslím.*

Personál 5: *Vyhýbavý chování tam taky patří, ale to je u všech.*

6. Co by pomohlo k vyšší efektivnosti jejich léčby? (materiální, personální, legislativní, systémový, následná péče?)

Personál 3: *Možná stížení dostupnosti těch léků, které v dnešní době může bohužel psát i praktický lékař, což my vnímáme jako nešťastné. Protože ten člověk pak dělá takovou tu farmakoturistiku, kdy si obejde víc těch specialistů. Najednu stranu tady regulují vydávání určitých léků s pseudoefedrinem na občanku, že je omezené množství na měsíc, ale na druhou stranu je možné, že praktik předepíše 100 tablet hypnogenu měsíčně, tak není v pořádku, pokud je to pro 1 osobu.*

Personál 4: *Navíc ještě, když mi to na začátku předepíše doktor, tak nepřemýšlím nad tím, jestli to má nějaké negativní účinky, však mi to píše doktor. To že později přizobávají víc, to už je jiná věc.*

Personál 3: *Bohužel se stává, že je návykový lék předepisován dlouhodobě praktikem. My se s tím snažíme bojovat. Ti lidi třeba chodí do adiktologické ambulance, ale mají pocit, že jim to nevyhovuje, bojí se to tomu odborníkovi říct a jdou radši k tomu praktikovi, řeknou mu, že nespí a on jim ty léky napíše. I když benzodiazepiny, pokud se nebavíme o těch vysokopotentních na spaní, ale o lécích určených na stavy úzkosti, tak tam ten praktik to píše i na spaní, což je podle mě chyba. Tím, že se rozvolňují preskripční omezení pro praktické lékaře, tak to má vliv na to, že do toho di lidé spadnou.*

7. Pomohla by specializovaná léčba pouze na lékovou závislost? V čem by pomohla? Jaké by měla výhody, nevýhody?

Personál 3: *Já myslím, že ne. Já si myslím, že tak jak je teď nastavená ta režimová léčba závislosti má svoje úskalí, má svoje limity, ale myslím, že nikdo nic lepšího dosud nevymyslel. Takže představa, že by tam byl jiný přístup, si nedovedu moc dobře představit jaký. Protože princip závislosti je podle mě jeden. Podle toho, o jakou látku se jedná, je samozřejmě jiný klinický obraz odvykacích stavů, dopadů na somatický stav. Ale kritéria závislosti jsou stejná, ať je to alkohol, pervitin nebo třeba benzodiazepiny.*

Personál 5: *Já si taky myslím, že je to dobře, že jsou tady pospolu. I právě proto, že se tu často léčí s těma kombinacema. Že tady maj možnost vidět i různé podoby té závislosti. A jak jsem říkala, že třeba ti závislí na benzodiazepinech jsou taková pomalejší, tak ti jiní je mohou tak jako povzbudit v té skupině. Kdyby tam byli jen stejní typy, tak nevím, jak by se navzájem táhli dopředu. Možná ta délka, ale my jsme zase rádi, že vůbec taková lidi přijdou do té léčby. Pak už je jen na nich, jestli půjdou ještě do doléčování a budou se sebou něco dělat, což většinou nedělají.*

Personál 4: *Ted' mě taky nenapadají výhody.*

8. S jakými typy léků u pacientů se nejčastěji setkáváte?

Personál 4: *Benzodiazepiny jsou nejčastější. Samozřejmě opiáty, což jsou případy takových těch tramalů, analgetik silnějších.*

Personál 3: *Jinak celkem nic.*

9. Je pro tyto pacienty typické, že se více pozorují a somatizují?

Personál 4: *To možná i jo. Teď když si vybavím, že tak sklony k nějakému takovému somatickému prožívání určitě jsou.*

Personál 5: *Mě to tak přijde i nejlogičtější. Když má problémy s těmi emocemi, že se to jakoby vrazí do toho těla. Že to pak prožívají skrz to tělo.*

Personál 4: *A vlastně je to pro ně těžké zvládat v té strážlivosti. Často jdou pak do nějakého úzkostného prožívání. Zvýší se, vyhýbání se, protože nechtějí, aby jim bylo špatně. Někdy to může dojít až do takových kolapsových stavů.*

Personál 3: *Je to takovej začarovaný kruh vlastně. Maj ty léky dostupný, vezmou si je, úzkost se do značné míry potlačí, stejně tak ty somatický projevy. Cítí se lépe. Pak přijde odvykací stav a tím vyplavou na povrch i ty psychosomatické potíže, které se do značné míry dají třeba těmi benzodiazepiny potlačit. Pak je snaha řešit to jinými farmaky bez návykovými.*

10. Je u nich častější nějaká komorbidita?

Personál 4: *Alkohol*

Personál 3: *Neurózy*

Personál 5: *Úzkostné poruchy*

Personál 3: *Fobické poruchy*

Personál 5: *Závislosti na vztahu*

Personál 4: *Napadají mě poruchy osobnosti úzkostná, závislá, emočně nestabilní, histrionská možná.*

Personál 3: *Ono už to tady padlo, ale myslím, že je to důležité zdůraznit, že to často bývají kombinované závislosti. Vyloženě ty benzodiazepiny, ne že by to nebylo, ale často to vidím třeba závislost na alkoholu a pod tím abúzus benzodiazepinů. Takovou izolovanou závislost na benzodiazepinech, já už jsem ji dlouho neviděl. Nebo jenom na lécích, vždycky tam bylo ještě něco k tomu.*

11. Napadá Vás ještě, co tu nezaznělo, ale je to důležité ve vztahu k pacientům s lékovou závislostí a jejich léčbě?

Personál 4: *Ještě když si vybavím ty případy, tak mi přijde, že ta závislost na benzodiazepinech je poměrně dobře po dlouhou dobu skrývatelná. Nejde z nich cítit chlast, extrémně nemění chování jako třeba na drogách. Proto se na to přijde později. Ty strategie mají takové vychytanější.*

Personál 3: *Oni to mají předepsané, mají to legálně. Oni si nic neobstarávají. Je to takové plíživé. Nehledě na to, že je to legální návyková látka. Je to léčivo, které se poměrně dobře shání. Ti lidi se s tím nemusí nějak extrémně tajit. To souvisí s tím, že se cítí taková nadřazení. Já jsem přeci závislý na lécích né na drogách. Ty jsou legální, ale že ten mechanismus působení je podobný to už nevidí. Otázka je, kdo by to povědomí o návykovosti toho léku měj především mít, jestli ten pacient nebo ten praktik, který ten lék předepíše i přes jeho návykový potenciál. Měl by asi toho pacienta nějak edukovat. Dnes existují takové dvě skupiny lidí. Jedna má úplně úzkostné stavy strachu vzít si benzodiazepin i když jejím indikován, například na přechodnou dobu, než se dostaví efekt antidepresiva. Na druhou stranu jsou lidi, kteří to zneužívají ty léky. Je to buď jeden extrém nebo druhý, ten střed trošku chybí.*