



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

METODIKA

Krátká intervence pro uživatele konopí

Kateřina Andrlová
Eva Maierová
Klára Myšáková
Marek Grepl
Františka Chovancová



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

> 13



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Krátká intervence pro uživatele konopí

**Autoři: PhDr. Kateřina Andrlová, PhDr. Eva Maierová, Ph.D.,
Bc. Klára Myšáková, Mgr. Marek Grepl, Mgr. Františka Chovancová**

Krátká intervence pro uživatele konopí
© Úřad vlády České republiky, 2016
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 296 153 222
rvkpp.vlada.cz, www.drogy-info.cz

Autoři: PhDr. Kateřina Andřelová, PhDr. Eva Maierová, Ph.D., Bc. Klára Myšáková, Mgr. Marek Grepl,
Mgr. Františka Chovancová
Oponent: Mgr. Kateřina Mladá
Editoři: Mgr. Kateřina Grohmannová, Mgr. Lucie Grolmusová, Ing. Lucia Kiššová
Odpovědný redaktor: Mgr. Lucie Grolmusová
Jazyková korektura: PhDr. Alena Palčová
Design Missing-Element
Sazba: Vladimír Vašek

© Úřad vlády České republiky, 2016
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 1. vydání

ISBN 978-80-7440-137-4

Obsah

Medailonky autorů	5
Úvod	7

Část A

Teoretická část	13
---------------------------	----

Kapitola 1

Motivační rozhovory, motivace k užívání konopí	15
---	----

1.1 Explorativní rozhovor	15
1.2 Mотиваční rozhovor	15
1.3 Motivace k užívání konopí	17
1.4 Uživatelé konopných drog	19
1.5 Dotazník CAST	20

Kapitola 2

Konopí – účinky a důsledky jeho užívání	23
--	----

2.1 Definice konopných látek	23
2.2 Klinické souvislosti konopí	27
2.3 Důsledky užívání kanabinoidů	29

Kapitola 3

Trestněprávní kontext užívání konopí	37
---	----

3.1 Užívání kanabinoidů ve světle právního postihu	37
--	----

Kapitola 4

Harm reduction a možnosti péče	41
---	----

4.1 Harm reduction	41
4.2 Formy léčby	42

Část B

Praktická část	45
--------------------------	----

První sezení	46
-------------------------------	----

Druhé sezení	50
-------------------------------	----

Třetí sezení	56
-------------------------------	----

Čtvrté sezení	60
--------------------------------	----

Shrnutí	67
--------------------------	----

Bibliografie	69
-------------------------------	----

Příloha 1 Zásady praktického vedení motivačního tréninku a explorativního rozhovoru	75
---	----

Příloha 2 Dotazník CAST	77
--	----

Příloha 3 Postava	78
------------------------------------	----

Příloha 4 Tabulka evidence užívání konopí	79
--	----

Příloha 5 Letáček pro uživatele – „Když už užíváte konopné látky, je také dobré vědět že...”	80
--	----

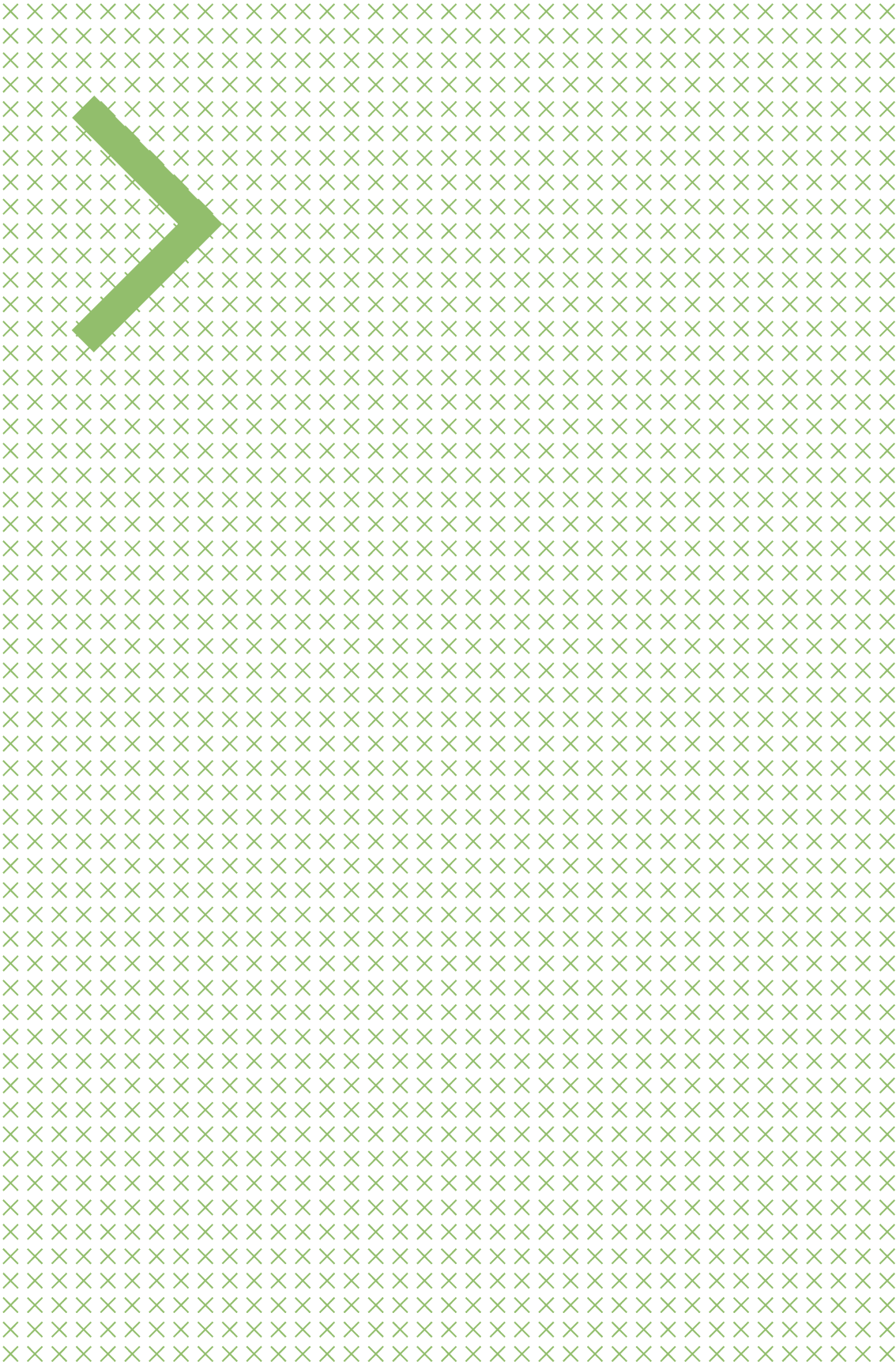
Příloha 6 Evaluační dotazník	83
---	----

Příloha 7 Krevní průtok	84
--	----

Příloha 8 Rozhodovací formulář	85
---	----

Příloha 9 Diagnostické vymezení prožívaných stavů po užití kanabinoidů a jejich léčba	86
---	----

Příloha 10 Působení externího kanabinoidu v mozku člověka	89
--	----



Medailonky autorů

PhDr. Kateřina Andrlová

Pracovala ve Společnosti Podané ruce o. p. s. jako vedoucí Terénních programů Olomouc a Ambulance adiktologie, kde současně pracovala jako psycholog/adiktolog. V současnosti pracuje jako psycholog ve zdravotnictví v Nemocnici Pardubického kraje, a.s., ve Svitavské nemocnici na Oddělení psychiatrie a psychoterapie.

PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

V minulosti pracovala jako terénní pracovník v Terénním programu Olomouc, dále jako psycholog v Ambulanci adiktologie ve Společnosti Podané ruce o. p. s. V současné době působí jako odborný asistent na Katedře psychologie na Univerzitě Palackého a jako psycholog/adiktolog v Adiktologické ambulanci prevence a léčby závislostí v Olomouci.

Bc. Klára Myšáková

V rámci studia pracovala s různými skupinami klientů v České republice i v zahraničí. Po dokončení studia nastoupila jako terénní sociální pracovníce do NZDM Khamoro pro etnické menšiny pod Charitou v Olomouci. Dále působila jako sociální pracovníce v Ambulanci adiktologie ve Společnosti Podané ruce o. p. s.

Mgr. Marek Grepl

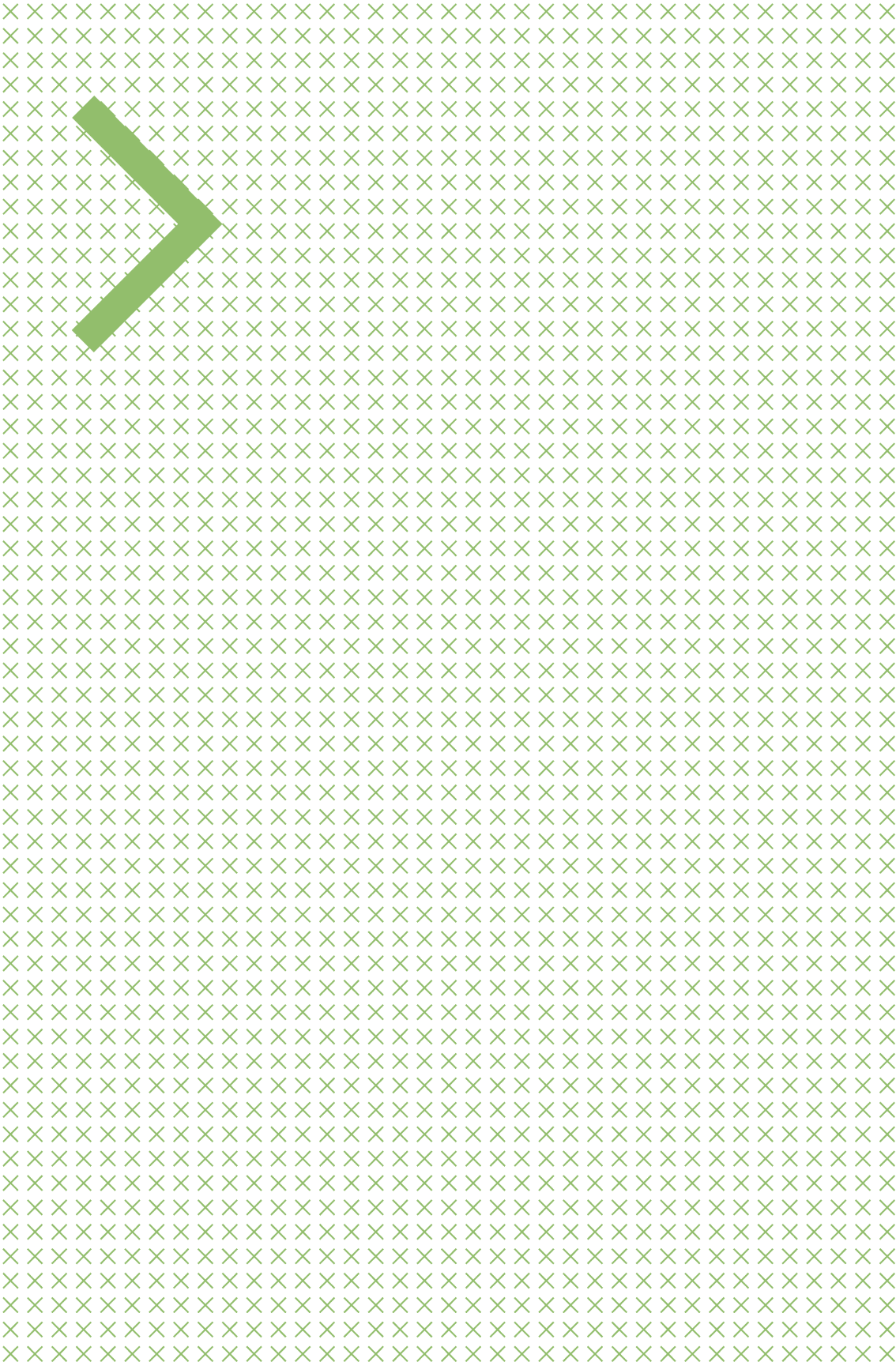
Svého času působil v doléčovacím programu v P-centru v Olomouci, kde se věnoval sociální práci. Ve Společnosti Podané ruce o. p. s. začínal jako sociální pracovník na kontaktním centru, posléze působil v Programu pro klienty v konfliktu se zákonem a později ve službě Ambulance adiktologie. V současné době je referentem sociálních věcí na úseku Sociálně právní ochrany dětí v Prostějově.

Mgr. Františka Chovancová

Působila jako dobrovolná pracovníce v A klubech o. p. s., v dobrovolnickém centru Motýlek o. s. Dále pracovala jako psycholog a následně i jako vedoucí služby Ambulance adiktologie ve Společnosti Podané ruce o. p. s. V současnosti pracuje jako psycholog v Ambulanci klinické psychologie a psychoterapie v Prostějově.

Mgr. Kateřina Mladá

Vystudovala magisterské studium adiktologie na 1. LF UK. Dokončuje pětiletý výcvik v kognitivně-behaviorální terapii v Mezinárodním institutu KBT Odyssey. Pracuje čtvrtým rokem jako adiktolog a terapeut v Denním stacionáři Sananim, z. ú. Vedla skupinu pro uživatele marihuany, nyní se věnuje individuální terapii závislosti na marihuaně a působí jako poradce v online programu Končím s hulením.



Úvod

Tento materiál vznikl na základě zadání veřejné zakázky jako součást zakázky „Vytvoření metodiky práce s uživateli konopných drog a vytvoření vzdělávacího curricula pro pracovníky v adiktologických službách pro specifickou oblast poradenství a léčby uživatelů konopných drog“ (č. j.: 09379/11- OPK), jejímž zadavatelem je Úřad vlády České republiky.

Obsažené informace byly čerpány z dostupné prostudované literatury a zkušeností získaných při práci s klienty v Ambulanci adiktologie. Při práci s uživateli konopí v ambulanci se setkáváme převážně s mladistvými uživateli, s experimentátory i s rekreačními či intenzivními uživateli konopí. Převážně přicházejí v doprovodu rodičů či na základě doporučení školy, tudíž se většinou nacházejí ve stadiu prekontemplace. V této fázi motivace často uživatelé konopí nepřemýšlí nad tím, zda jim závislost přináší nějaké problémy, případně zda jejich problémy souvisí se závislostí. Spolupráce s klientem nepřekročí 5 konzultací. Během těchto sezení je schopen pracovník uživateli nabídnout základní informace o užívání kanabinoidních drog, pracovat s jeho motivací, předat kontakty na důležité instituce a poskytnout základní materiály k tématu užívání konopí. Též zmapovat spokojenost uživatele s tím, co mu bylo v rámci spolupráce předáno. Pokud jsou tyto získané informace pro něho dostačující, není důvod pokračovat dál. A naopak, pokud pro něho to, co dostal, není úplné, s pracovníkem pokračují dál. A to podle jeho zakázky, podle jeho cíle, který společně s pracovníkem formulují. Na základě výše zmíněných důvodů jsme zvolili koncept krátké intervence.

Potřeba vytvoření specifické metodiky pro práci s uživateli konopí reaguje na aktuální situaci v České republice v souvislosti s užíváním konopí. Mezi roky 1995 a 2003 byl sledován výrazný nárůst zkušeností studentů s užitím konopí – v roce 1995 uvedlo užití marihuany 22 % studentů, v roce 2003 již 44 % studentů.

V roce 2001 byly nejčastěji užívanými nelegálními drogami v dospělé populaci konopné látky (23–34 %). Užití konopí v posledním roce uvedlo 10–15 % respondentů. Mladí dospělí ve věku 15–34 let vykazují vyšší míru užívání, přibližně pětina má zkušenosti s konopnými látkami v posledním roce (Grohmannová et al., 2011). V roce 2010 vyhledalo léčebné služby celkem 9 005 uživatelů, z toho 4 362 osob požádalo o léčbu poprvé a z toho tvořili uživatelé konopných látek 15,9 %, což je třetí nejpočetnější skupina (dominují uživatelé opiátů a stimulancií). Zároveň se v případech uživatelů konopí jedná o nejmladší žadatele o léčbu (Mravčík et al., 2011).

V roce 2011 byl poprvé zaznamenán pokles uživatelů marihuany na 42 %. Další v pořadí nejčastěji užitých nelegálních drog v populaci šestnáctiletých byly halucinogenní houby, LSD, extáze, pervitin, heroin nebo jiné opiáty. Relativně rozšířené byly také zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře a čichání rozpouštědel. V posledním roce užilo konopné látky téměř 30 % dotázaných a necelých 15 % je užilo v posledních 30 dnech (Grohmannová et al., 2011).

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) mělo v roce 2011 alespoň jednu zkušenost v životě s užitím nelegální návykové látky 43 % dotázaných šestnáctiletých studentů. Nejčastěji šlo právě o konopné látky.

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti užilo v roce 2012 konopí alespoň jednou v životě asi 80,5 milionu Evropanů, tj. téměř každá čtvrtá osoba ve věku 15–64 let. Mezi zeměmi existují značné rozdíly, přičemž národní prevalence se pohybují od 1,6 % do 32,5 %. Nejvyšší míru celoživotního užívání konopí u osob ve věku 15–16 let vykazuje Česká republika (42 %) a Francie (39 %). Žádná z ostatních zemí zařazených do průzkumu ani Španělsko, nevykázaly míru celoživotního užívání vyšší než 27 %. I když ČR vykazuje nejvyšší míru celoživotní prevalence u konopí mezi mladistvými, v intenzivním a pravidelném užívání patříme mezi průměr Evropské unie (EMCDDA, 2012).

Cílem publikace je představit možnost a postup práce s uživateli konopí v různých adiktologických službách, a poskytnout tak alternativu či doplnění ke stávající nabídce služeb a zároveň možnost rozšířit cílovou skupinu v adiktologických službách o tyto uživatele. Metodika není zcela jistě ve všech směrech dokonalá ani nechceme tvrdit, že pouze tento způsob je ten jediný možný, může však představovat inspiraci pro stávající či nově vznikající programy a každé zařízení si může představený koncept upravit „na míru“. Je potřeba zdůraznit, že pokud klient projeví po krátké intervenci zájem dál pokračovat v léčbě, například ambulantní/ústavní, je mu léčba doporučena. Pokud projeví zájem ambulantní program navštěvovat dál, pracujeme s ním již standardním způsobem formou psychoterapie zahrnující kroky prevence relapsu, motivačních rozhovorů atd.

Metodika je zaměřena zejména na klienty ve fázi prekontemplace ve vztahu ke své závislosti, tedy těm, kteří neuvažují o změně. Ti se mohou díky tomuto způsobu práce dostat do kontaktu s adiktologickými službami, navázat další spolupráci nebo se rozhodnout pro změnu. Dále je určena pro klienty ve fázi kontemplace či rozhodnutí, kdy může sloužit jako nástroj pro úvodní spolupráci s klientem. Podle našeho názoru je tedy vhodná pro příležitostné uživatele či experimentátory, kterým dává možnost dozvědět se více informací o konopí. U tohoto typu klientů netlačíme k jasnému cíli abstinence, respektujeme klientovo rozhodnutí v užívání pokračovat nebo užívat bezpečněji, kontrolovaně. Domníváme se, že postup práce podle metodiky může být dále vhodný i pro pravidelné, intenzivní uživatele konopí jako nástroj pro změnu, ale stejně tak jako metoda u klientů, kteří jakoukoliv změnu odmítají.

Metodika může být využita v adiktologických službách, například v nízkoprahových programech nebo v ambulantní léčbě. Užitečná může být také pracovníkům z oblasti duševního zdraví a všem profesím, ve kterých je možné setkat se s užíváním kanabinoidů. Pro práci s klienty je vhodné, když má pracovník výcvik v motivačních rozhovorech a zná principy prevence relapsu.

Publikace je sestavena z teoretické a praktické části, kdy teoretická část slouží především jako teoretický základ pro pracovníka, kde může získat informace, které pak vhodným způsobem předává klientovi. Praktická část obsahuje popis náplně jednotlivých sezení s klientem.

Metoda krátké intervence

Koncept krátké intervence byl vyvinut odborníky v osmdesátých letech minulého století za účelem včasné identifikace rizikových uživatelů alkoholu a k omezení jejich rizikového způsobu užívání. Na základě předpokladu, že tyto osoby vyhledají zdravotní služby pro své somatické potíže v důsledku nadměrného užívání alkoholu, byly tyto intervence umístěny do primární péče, nejčastěji do ordinací praktických lékařů (Fuller et al., 2010).

Krátké intervence (KI) jsou praktické postupy, jejichž cílem je rozpoznat reálný či potencionální problém s návykovou látkou a motivovat jedince k aktivní nápravě (Babor & Biddle, 2010). KI je zaměřena na redukci či eliminaci rizikového chování a zdravotních důsledků takového chování. KI z hlediska obecných východisek a teoretických přístupů vychází z transteoretického modelu změny chování a motivačních rozhovorů (Kabíček et al., 2010).

Krátké intervence splňují požadavek na nízké náklady, snadnou dostupnost a efektivitu. Metodiku je vhodné aplikovat nejen u škodlivého pití alkoholu, ale i u dalších prvků životního stylu, jako je nevhodná výživa, kuřáctví, nedostatečná tělesná aktivita aj. (Babor & Biddle, 2010).

Krátké intervence obvykle probíhají v rozsahu od jedné do šesti návštěv. Návštěva trvá obvykle 5–20 minut. Ve většině případů intervence začíná odhadem rozsahu klientových problémů s užíváním alkoholu na základě jeho výpovědi a somatického vyšetření. Poté následuje diskuse nad potencionálními zdravotními následky v případě, že klient bude dále pokračovat v pití alkoholu. V rámci intervence je nabídnuta možnost, jakým způsobem pití omezit (především v případě uživatelů s nadměrným pitím alkoholu) nebo jak přestat pít alkohol zcela v případě uživatelů s příznaky syndromu závislosti na alkoholu (Klinika adiktologie, 2012).

Miller & Sanchez vyjmenovali šest prvků, které by měly být zahrnuty v KI a jsou průkazně účinné. Tyto faktory jsou:

- ✗ *zpětná vazba* (nástroj pro podněcování změny),
- ✗ *odpovědnost* (vnímaná osobní kontrola byla uznána jako prvek motivace pro změnu a její udržení),
- ✗ *poradenství* (podstata krátké intervence),
- ✗ *nabídka* (nabídkou možných strategií, jak omezit či snížit rizikové chování, se zvyšuje pravděpodobnost, že jednotlivec najde přístup vhodný a přijatelný pro jeho vlastní situaci),
- ✗ *empatie* (klade se důraz na přijetí a porozumění),
- ✗ *zvyšování vlastní účinnosti* (optimismus ohledně možnosti změny je začleněn do efektivního motivačního poradenství) (Bien et al., 1993).

Nejvíce se zatím krátké intervence používají u rizikového a škodlivého užívání alkoholu. Během posledních 20 let byla provedena řada randomizovaných klinických studií krátkých intervencí prováděných v prostředích různých forem zdravotní péče. V jedné ze studií dospěli Bien et al. (1993) na základě 32 kontrolovaných studií zahrnující 6 000 klientů k nálezu, že krátké intervence jsou často stejně účinné jako rozsáhlejší léčba.

Babor & Biddle (2010) ve své publikaci uvádí studii srovnávající krátkou intervenci s neléčenými kontrolními skupinami i se skupinami s rozsáhlejší léčbou. Studie došla k závěru, že krátká intervence není náhradou specializované léčby, ale může být velice účinná zejména u klientů s méně závažnými problémy. Také ovšem může dobře posloužit jako zahajovací intervence u těžce závislých klientů hledajících rozsáhlejší léčbu.

V ČR a v USA proběhla v letech 2006–2009 studie cSBIRT¹. V ČR bylo vyšetřeno v devíti ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost 586 dospívajících ve věku 15 let. Výsledky prokázaly, že používání screeningu rizikového chování a správné krátké intervence vede ke snížení užívání jakékoliv návykové látky během následujících tří měsíců (51,6 % u kontrolní skupiny vs. 45,6 % u intervenční skupiny). Došlo ke snížení užití marihuany (11,1 % vs. 5,3 %) a snížení počtu nových uživatelů (5,9 % vs. 3,0 %). Dále měla edukace lékařů v této studii za efekt častější intervenci ohledně rizika užívání (26 % vs. 84 %) a doporučení návykové látky neužívat (Kabíček et al., 2010).

KI zaměřené na redukci užívání návykových látek u dospívajících nejsou dosud v Evropě ani v ČR tak rozšířeny jako v USA. V ČR lze za první krok považovat vznik *Manuálu drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*, který v roce 2006 vydal CEPROS. Klade si za cíl identifikovat děti a dospívající s rizikem problémového užívání návykových látek, zhodnotit aktuální stav pacienta, provést krátkou intervenci a popřípadě odeslat pacienta do odborné péče. Pro odhad závažnosti problému s návykovými látkami se používá dotazník CRAFFT, který byl vyvinut pro použití v pediatrii. Při KI lékař využívá autority zdravotnického pracovníka, která může být z hlediska dospívajícího jiná než např. autorita rodičovská nebo autorita učitele. Rozhovor, který vede lékař s dospívajícím, by měl být důvěrný, neodsuzující a nedirektivní v tom smyslu, že dítěti nepřikazuje, ale nabízí radu. Z rozhovoru se nesmí stát přednáška (Kabíček et al., 2010).

V ČR se aplikací KI zabývá také MUDr. Karel Nešpor. Indikace KI u patologického hráčství zahrnují zejména situace rizikového hraní nebo hráčství a sázkařství. Dále ji můžeme využít u klientů s patologickým hráčstvím, kde není možná systematictější delší léčba, a u klientů, kteří jinou formu léčby odmítají. Pokud je KI zaměřena na posilování motivace, může sloužit jako dobrá příprava na jiné formy léčby (Nešpor et al., 2011).

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Turning Point Alcohol and Drug Centre vydali v roce 2010 unikátní publikaci *Efektivní regulace užívání marihuany – Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí*. V ČR se jedná o ojedinělou publikaci, která se jako první zabývá krátkou a skupinovou intervencí u uživatelů konopí. Organizace Turning Point vypracovala tuto metodiku ve snaze o poskytnutí komplexního a standardizovaného souboru metodických pokynů pro léčbu

1 cSBIRT – Computerized Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (počítačový screening, krátká intervence a doporučení léčby) vedená prof. Knightem, který je autorem dotazníku CRAFFT. Za českou stranu byli řešitelé PhDr. L. Csémy a MUDr. P. Kabíček, CSc.

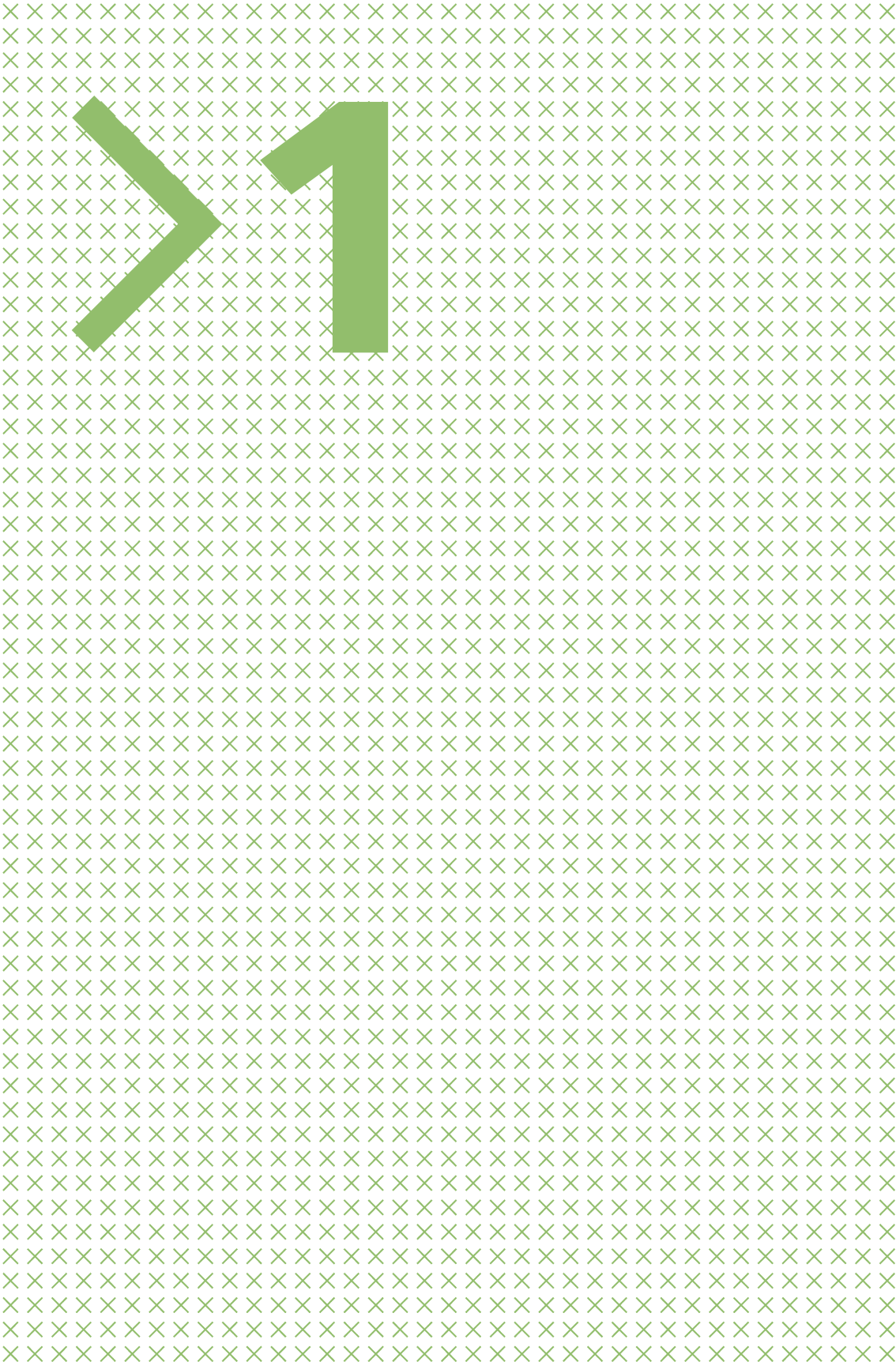
uživatelů konopí. Tato léčba je nejvhodnější pro osoby, které si samy uvědomují, že jim jejich užívání způsobuje mírné problémy, jsou motivovány ke změně a mají blízkou osobu, která je podporuje v tom, aby dosáhly změny ve svém chování. Autoři v případě KI navrhli jednorázové sezení, které má klientům poskytnout příležitost, aby si zformulovali cíle, jichž chtějí ve vztahu k užívání konopí dosáhnout, a stanovili si plán, jak změny ve svém chování dosáhnout (Engelander et al., 2010).

>A

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. Každá kapitola obsahově koresponduje s náplní jednotlivých sezení s klientem. První kapitola obsahuje stručný *úvod do motivačních rozhovorů, charakteristiku uživatele konopných látek a postup práce s dotazníkem CAST*. Ve druhé kapitole najdete *základní informace o konopných látkách* (o jejich složení, o působení v centrální nervové soustavě, o možných účincích a rizicích). Třetí kapitola se zabývá *trestněprávními souvislostmi spojenými s konopím*. Poslední kapitola obsahuje *informace o harm reduction v souvislosti s užíváním konopí a přehled forem (možností) léčby*.

V této části naleznete nejdůležitější informace, které pracovník při práci s klientem využívá. Každá kapitola pak obsahuje odkazy na literaturu, kde můžete nalézt podrobnější informace k popisovaným tématům.



Kapitola 1

Motivační rozhovory, motivace k užívání konopí

V této kapitole naleznete základní informace o metodách, které můžete využít při rozhovoru s klientem. Nejvyužívanější metodou pro práci s klientem je explorativní rozhovor a motivační rozhovory. Seznámíte se s motivací k užívání konopných látek, typologií uživatelů konopných látek a dotazníkem pro užívání konopí. Vzhledem k obsáhlosti metody motivačních rozhovorů uvádíme níže v textu základní stručný přehled a odkazujeme na příslušnou literaturu (viz Bibliografii).



1.1 Explorativní rozhovor

Explorativní rozhovor je založen na postupném mapování situace klienta. Cílem je získat rámcový obraz klientových potíží. Velmi důležitou součástí rozhovoru je navázání vztahu s klientem, formulace zakázky a dohoda o spolupráci. Pracovník využívá zejména motivačních rozhovorů (Miller & Rollnick, 2003).

1.2 Motivační rozhovor

Metoda motivačního rozhovoru je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Metoda je efektivní zejména v časných stádiích léčebného procesu a při doléčování, tj. v nejkritičtějších etapách vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. Ukazuje se, že tato metoda umožňuje ovlivnit nižší úroveň motivace (Dobiášová et al., 2008).

Cíle motivačního rozhovoru

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve směru méně rizikového a zdravějšího životního stylu, ať již při redukci užívání drog (např. model „harm reduction“), anebo při cílené trvalé abstinenci. Abstinence nemusí být přítomna v klientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. V kontaktu s klientem bychom měli odhalit to, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho si společně stanovit cíle.

Cíle mají být především realistické, dosažitelné, konkrétní, měřitelné a časově ohraničené. Klient s nimi musí vždy souhlasit (Kalina et al., 2008).

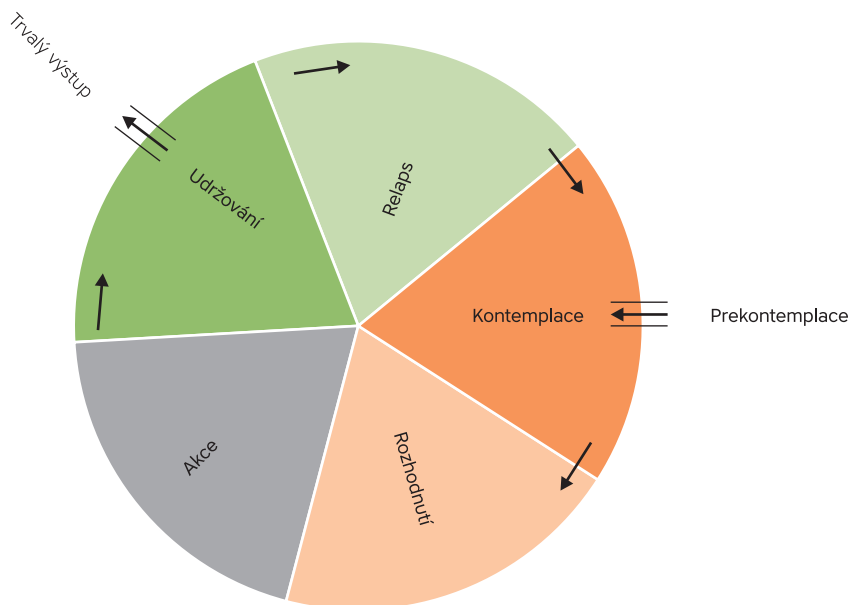
Koncept, se kterým se v rámci motivačních rozhovorů pracuje, je model od autorů Prochasky a Diclementeho.

Model Prochasky a Diclementeho

Prochaska a Diclemente popsali v devadesátých letech model pěti stadií, kterými jedinec prochází při zahájení a udržování změny (obr. 1) (Miller & Rollnick, 2003).

- 1. Prekontemplace:** Stadium, které předchází uvažování o možné změně. Klient nevnímá užívání návykových látek jako svůj problém, který by měl řešit, nebo ho externalizuje. Klientům nabízíme služby ve formě minimalizujících rizika jejich užívání a snažíme se udržet pravidelný kontakt. Doporučuje se ale také vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci klientovi lépe vnímat rizika.
- 2. Kontemplace:** Objevuje se výskyt problémů, kdy některé z nich jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním. Užívání jim stále ještě přináší uspokojení, ale začínají narůstat pochybnosti. Klient uvažuje o změně, ale se změnou váhá. V tomto stadiu můžeme posilovat klientovu sebedůvěru a rozhodovací kompetence, pokoušet se o zdůrazňování rozporu a motivovat klienty k drobným změnám.
- 3. Rozhodnutí:** V této fázi se klientova situace často zhoršuje, ztráty a nevýhody převažují nad výhodami z užívání. Nakonec se klient rozhoduje přistoupit k akci vedoucí ke změně („budu se sebou něco dělat“ – ale co?). V tomto stadiu, kterému také říkáme „stadium odhodlání“, je podpora ze strany pracovníka nejvíce potřebná. Pracovník pomůže klientovi formulovat realistické cíle, navrhnout konkrétní postup ke změně a následně cíle naplnit.
- 4. Akce/jednání:** V této fázi klient aktivně realizuje kroky k naplnění cíle. K naplnění cíle může přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a klientova motivace v předchozích stadiích.
- 5. Udržování:** Tato fáze přináší pro klienta schopnost žít bez drogy, udržet si dosažený cíl. Využívají se strategie k udržení změny a prevence relapsu: sebemonitorování, vyhýbání se rizikovým místům a situacím, upevňování přiměřeného životního stylu apod.
- 6. Relaps:** Klient selhává, může se dostat zpět do prvního stadia, kdy nestojí o změnu – zde je nejdůležitější zvládnout psychickou reakci na selhání (syndrom porušení abstinence) a užívání rychle zastavit. K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu.

Obr. 1: Šest fází průběhu změny (Miller & Rollnick, 2003)



Pracovník musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích tohoto modelu. Vždy vychází z možností klienta, navrhuje, podporuje a motivuje klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, v níž se nachází, nebo etapě následující (Kalina et al., 2008).

Otázky, které můžeme použít při explorativním rozhovoru a zásady praktického vedení, strategie a dovednosti motivačního tréninku, které uvádí Miller & Rollnick (2003) a Kalina et al. (2008), naleznete v příloze 1.

1.3 Motivace k užívání konopí

Samotný pojem motivace lze chápat různými způsoby. Nejčastěji motivaci pojmáme jako proces usměrňování, energetizaci či udržení způsobu jednání. Ovlivňuje zvýšení nebo pokles aktivity jedince. Vlivem užívání návykových látek se toto nastavení mění jednak poklesem zájmu o cokoliv vyjma braní drog, jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu (Miovská et al., 2008). Principem fungování je motiv k dosažení slasti. Tato slast je při uspokojování potřeby vždy všude přítomná (Freud, 1999).

Newcombe & Woodse (1999) popisují faktory, které ovlivňují motivy k užívání konopných látek:

- ✕ posílení pozitivních pocitů (vzrušení, relaxace, kreativita),
- ✕ zvládání negativních pocitů (únik z úzkosti, řešení obtížné situace),

- ✗ sociální koheze (pronikání bariérami mezi lidmi, konformita),
- ✗ závislost (neodolatelné nutkání, nutnost vzít drogu).

Simons et al. (2000) uvádí pořadí motivů pro užívání konopí:

- ✗ posílení pozitivních pocitů,
- ✗ sociální motivy,
- ✗ rozšíření vědomí,
- ✗ zvládání negativních pocitů,
- ✗ konformita.

Vývoj motivace klienta v léčbě

V rámci spolupráce s klientem se setkáváme s různými fázemi jeho motivace. Častá snaha pracovníka je motivovat klienta ke změně.

Kalina (2003) uvádí tento vývoj motivace klienta:

1. Klient popírá, že má vůbec nějaké problémy (problémy mají ostatní).
2. Klient připouští, že má nějaké problémy, ale popírá problémy s drogou.
3. Klient připouští, že má problémy s drogou, ale popírá, že potřebuje odbornou pomoc.
4. Klient připouští, že potřebuje odbornou pomoc, ale popírá, že potřebuje ten typ léčby či intervence, který mu nabízíme.
5. Klient smlouvá a uzavírá obchod.
6. Klient se pasivně podrobuje.
7. Klient vyvíjí aktivitu s žádostí o pomoc, pomoc přijímá se samozřejmostí a očekává ocenění za to, že ji přijímá nebo za banality – cítí se zraněn, nevytváří-li se kolem něj příhodné podmínky pro jeho úsilí (testování).
8. Klient vyvíjí stále zralejší iniciativu při řešení problémů aktuálních i budoucích.

Pro pochopení motivace klienta je třeba vždy zvažovat jeho konkrétní životní situaci a zkušenosti. Z obecného hlediska lze rozlišit čtyři úrovně motivačních faktorů (Miovský & Bartošíková, 2003):

1. zdravotní a psychické,
2. sociálně-psychické,

3. sociální,

4. trestněprávní.

Tyto úrovně jsou propojeny a nelze je od sebe zcela oddělit. Z hlediska kvality pro potenciální zahájení léčby jsou seřazeny podle významnosti shora dolů. Pokud klientovi není zle, netrpí žádnými zdravotními problémy, bolestmi, psychologickými problémy atd., nemívá obvykle mnoho důvodů se léčit. Důležitá je míra uvědomení si (reflexe) těchto problémů a dopadů. Čím více si uvědomuje problémy, které mu užívání návykových látek způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován (Miovský & Bartošíková, 2003).

1.4 Uživatelé konopných drog

Je velmi těžké charakterizovat uživatele konopných drog vzhledem k jejich věku či společenskému zařazení. Jedná se o nehomogenní skupinu s velkým rozptylem charakteristik (Miovský et al., 2008).

Na konci šedesátých a v sedmdesátých letech byly provedeny studie zabývající se osobností uživatelů konopných drog. Výsledky výzkumu ukazují, že nejen mezi uživateli a neuživateli konopných drog jsou behaviorální a psychosociální rozdíly, ale rozdíly najdeme i ve frekvenci užívání.

Miovský et al. (2001) rozdělují uživatele tzv. skryté populace na:

- ✕ experimentátory: mají více než jednu aktuální zkušenost s nelegální návykovou látkou, tuto zkušenost opakují,
- ✕ rekreační uživatelé: cílem užívání je pobavit se, odreagovat,
- ✕ závislé uživatelé: naplňují kritéria závislosti, patří do skryté populace.

Typologii uživatelů uvádějí také Kandel & Chen (2000) – pracují se čtyřmi typy uživatelů konopných látek. Tato typologie byla vytvořena na základě dvou kritérií – začátek užívání konopných látek a frekvence (množství) užívání:

- ✕ těžcí uživatelé s časným začátkem užívání,
- ✕ lehcí uživatelé s časným začátkem užívání,
- ✕ těžcí uživatelé s pozdějším začátkem užívání,
- ✕ lehcí uživatelé s pozdním začátkem užívání.

Miovský (1998) předkládá tuto typologii uživatelů konopných látek podle frekvence užívání a délky užívání:

- ✕ lehký uživatel (1–2× týdně),

- ✗ středně těžký uživatel (2–4× týdně),
- ✗ těžký uživatel (5× týdně a více),
- ✗ krátkodobý uživatel (0–4měsíce),
- ✗ střednědobý uživatel (4 měsíce – 2 roky),
- ✗ dlouhodobý uživatel (déle než 2 roky).

Kombinací těchto dvou kritérií lze uživatele rozdělit do devíti kategorií.

1.5 Dotazník CAST

Dotazník CAST (Cannabis Abuse Screening Test) vznikl ve Francii. Beck a Legleye ho otestovali na souboru 20 000 adolescentů. CAST zjišťuje míru prevalence užívání, rizikové chování, poškození zdraví a sociální poškození. Je určený pro dva druhy populace – adolescenty bez problémů s užíváním konopných drog a adolescenty, kteří potřebují diagnostiku s ohledem na jejich užívání konopných drog (EMCDDA, 2008).

Na podzim 2010 uskutečnilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ve spolupráci s EMCDDA a agenturou Median, s.r.o., validační studii v České republice (Mravčík et al., 2011).

Dotazník CAST se skládá ze šesti otázek, na které respondent odpovídá ANO/NE. Každá odpověď ANO se hodnotí jedním bodem.

Cílem je zmapovat rizikové chování v souvislosti s užíváním konopných drog v posledních 12 měsících. Výsledkem součtu jednotlivých kladných odpovědí na otázky dotazníku má respondent možnost získat 0–6 bodů:

- ✗ 0–1 bod představuje malé riziko rizikového chování,
- ✗ 2–3 body představují střední riziko rizikového chování,
- ✗ 4–6 bodů představují vysoké riziko rizikového chování užívání konopných drog.

Plné znění dotazníku naleznete v příloze 2.

Čím vyšší bodové skóre v dotazníku, tím může být klient více motivován pro spolupráci, tzn. že čím více problémů s užíváním klient má, tím více důvodů může mít pro abstinenci. Důležité je výsledek z dotazníku s klientem prodiskutovat.



Kapitola 2

Konopí – účinky a důsledky jeho užívání

V úvodu druhé kapitoly se věnujeme popisu konopí, jeho zástupcům a možným druhům aplikací. V další části je vysvětleno působení THC na centrální nervovou soustavu a poslední část kapitoly pojednává o důsledcích užívání konopí. Jsou popsány jak pozitivní, tak i negativní důsledky jeho užívání. Pozornost je také věnována souvislostem mezi užíváním THC a vznikem duševních poruch.



2.1 Definice konopných látek

Kanabis je pojem, který se vztahuje na všechny drogy pocházející z rostliny *Cannabis sativa* (konopí seté), mezi něž patří marihuana a hašiš.

Kanabis je látka, která způsobuje psychické změny, ovlivňující téměř všechny části mozku.

Konopné látky (přírodní, syntetické) jsou velmi mastné látky, které se dobře váží na tuky a svou povahou jsou hydrofobní.¹ To vysvětluje důvod, proč je konopí detekovatelné v těle člověka po delší dobu (Fries, 2003).

Účinnou látkou konopných drog jsou kanabinoidy, nejaktivnější psychotropní látkou je *delta-9-trans-tetrahydrocannabinol*, tedy THC. Obsah THC není v každé rostlině stejný a obsah THC se liší i v jednotlivých částech rostliny. Dá se říci, že obsah THC v rostlině je závislý na určitých faktorech, kterými jsou například zeměpisná poloha, kde se konopí pěstuje, metoda a techniky použité při pěstování (Krménčik, 2008).

Prostředkem k účinku této psychotropní látky v těle člověka je vazba na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy. Ty způsobují pocity euforie a uvolnění. Pokud se do těla dostává látka THC inhalováním či perorálním užitím, dochází k vytěsňování endogenní látky z vazby na kanabinoidní receptory, což vede při dlouhodobém užívání k útlumu produkce endogenních kanabinoidů (Šulcová, 2008).

Rozlišujeme tři druhy kanabinoidů, a to *rostlinné kanabinoidy* (fyto**kanabinoidy**), *endogenní kanabinoidy* (endokanabinoidy), přirozené se vyskytující v těle živočichů včetně člověka, a *syntetické kanabinoidy* (uměle vytvořené kanabinoidy) (Fišar, 2009).

1 odpuzuje vodu

Zástupci konopných drog

Marihuana je rostlina skládající se z listů, větvíček, květů, semen a palic. Co se týče obsahu látky THC v jednotlivých částech rostliny, její největší množství je obsaženo v neoplozených květech rostliny. Od spodní části rostliny potence listů vzrůstá, tedy stonek a kořen rostliny obsahují minimální koncentraci látky THC. Obsah účinných látek není pevně daný, odvíjí se od stále propracovanějších technik pěstování konopí. Uvádí se, že v průměru obsahuje marihuana pěstovaná v evropských zemích 2–8 % THC. Ovšem u velmi specializovaných metod pěstování konopí lze získat až 20 % THC, samozřejmě ve velmi výjimečných případech může být obsah THC vyšší než uváděných 20 %. Mezi největší producenty konopí patří Albánie a Nizozemsko (Gabrhelík et al., 2008).

Hašiš je konopná pryskyřice. Obsah účinných látek je kolem 40 % (Kalina et al., 2008).

Konzistence, kvalita, barva, chuť a vůně závisí na způsobu zpracování, charakteru a kvalitě výchozí suroviny.

Hašišový olej je vyráběn extrakcí hašiše. Co se týče obsahu THC v hašišovém oleji, jedná se o 15–50 %, při užití speciálních technik je možné dosáhnout až 70 % THC. Barva hašišového oleje je jantarová až tmavě hnědá. Konzistence je při pokojové teplotě lepkavá až tužší hmota, v případě zahřátí dojde ke zkapalnění.

Dalšími méně obvyklými konopnými drogami jsou *konopné mléko*,² *himka*,² *shit*,³ *syntetické a farmaceutické drogy* (viz kapitolu Syntetické kanabinoidy) (Gabrhelík et al., 2008).

Syntetické kanabinoidy

Pojem „designer drugs“ se objevil v osmdesátých letech 20. století s příchodem sloučenin typu extáze (MDMA) a jiných na trh s nelegálními drogami. Označuje neregulované psychoaktivní látky, které mají imitovat účinky kontrolovaných drog po drobné změně jejich chemické struktury. Cílem je obejít stávající kontrolní mechanismy. Tyto látky jsou obvykle vyráběny z chemických prekurzorů v nelegálních laboratořích. Můžeme se setkat i s dalšími názvy, například „chemikálie pro výzkumné účely“, „koupelové soli“ a „výživa pro rostliny“, „dárkové či sběratelské předměty“. Za hlavní zdrojové země jsou označovány Čína a v menší míře Indie (EMCDDA, 2012).

Produkty bylo možné v České republice zakoupit v tzv. „Amsterdam shopech“, „Crazy shopech“ (v současnosti „Euphoria shopech“). Dále je lze zakoupit přes internet ke zdánlivě jinému účelu. Obsah všech produktů není dostatečně znám a neustále se mění. Designers drugs se mohou dělit do tří větších skupin na stimulanty (látky imitující např. pervitin), entaktogeny (látky imitující MDMA, kdysi hlavní složku extáze) a syntetické kanabinoidy (látky imitující konopné produkty) a některé látky mohou mít charakteristiky jak entaktogenů, tak i stimulantů (např. mefedron nebo butylon).

2 tabák namořený hašišem

3 zbylé usazeniny na stěnách kuřáckých potřeb obsahující značnou část psychoaktivních účinků drogy

Obecná rizika

- ✗ Rizika se zvyšují s užitím větších dávek a při kombinování s jinými drogami.
- ✗ Účinky, složení, kvalita a rizika jsou neznámé. Většina zdrojů, které o těchto látkách máme k dispozici, nejsou zcela objektivní. Zejména se jedná o subjektivní popisy uživatelů.
- ✗ Nelze určit „doporučenou denní dávku“.

Syntetické kanabinoidy (např. JWH-250)

Účinky:

- ✗ euforie, lepší nálada, smích,
- ✗ doba účinku je 0,5–1,5 hodiny,
- ✗ silnější účinky v porovnání s marihuanou; syntetický kanabinoid se na „marihuánové receptory v mozku“ váže rychleji než THC,
- ✗ mírné počáteční povzbuzení podobné „nájezdům“ halucinogenů,
- ✗ zrakové halucinace, např. intenzivnější barvy,
- ✗ intenzita rauše – halucinogenní efekt – je podobný účinkům marihuany v jídle,
- ✗ fyzické účinky (např. tlukot srdce) převyšují psychické,
- ✗ účinky mohou končit únavou až tvrdým spánkem.

Rizika:

- ✗ neklid až úzkost,
- ✗ nepravidelný tlukot srdce a jeho intenzivní vnímání,
- ✗ zvyšování tolerance.

Doporučení vedoucí k minimalizaci rizik spojených s jejich užíváním:

- ✗ set a setting – neužívat je v psychické nepohodě, v neznámém prostředí, při pochybnostech a obavě z účinků,
- ✗ konzumenti, kteří neměli zkušenosti s užíváním marihuany a halucinogenů, častěji popisují nepříjemné pocity – je třeba zvážit svoje zkušenosti,
- ✗ vyhnout se užití těchto produktů při psychických a fyzických problémech (EXTC, 2012).

Možné zdroje dalších informací:

✕ <http://www.extc.cz/>

✕ <http://www.drogovaporadna.cz/>

✕ <http://www.drogy-info.cz/nms/system-vcasneho-varovani/>

✕ <https://www.erowid.org/>

Aplikace

Možností, jak užít konopné drogy, je několik. Nejen kvalita samotné látky a obsah aktivních látek působí na výsledný stav uživatele. Jistým způsobem se na intoxikaci uživatele podílí i druh zvolené aplikace. V souvislosti s užíváním konopí mluvíme o čtyřech způsobech aplikace: inhalace, perorálně, injekčně⁴ a transdermálně⁵ (Gabrhelík et al., 2008).

Pro účely této intervence se zaměříme na dva nejčastější způsoby aplikace:

Aplikace inhalací

Tento způsob užívání konopí je nejčastější. Zpravidla uživatelé konopí inhalují sušinu, která je složena z květů a okvětních lístků samičích rostlin nebo z květenství smíchaného s listy. Ve velmi málo případech jedinci kouří listy rostliny, které ovšem obsahují jen minimální procento psychoaktivní látky. Nekouří se jen rostlinný materiál, ale i hašiš a hašišový olej. Nástup účinku při kouření se dostavuje relativně bezprostředně po užití, uvádí se od několika sekund do několika minut, a trvá okolo jedné až tří hodin.

Inhalace konopí probíhá prostřednictvím **jointu**, **bluntu**,⁶ **šlukovky**,⁷ **fajky** či **bongy**, **vodní dýmky**⁸ (Gabrhelík et al., 2008).

Perorální aplikace

THC se dostává do těla člověka požitím a následným vstřebáním prostřednictvím sliznice trávicího traktu. V mnoha případech se konzumuje formou jídla, nápoje a velmi ojediněle formou čípku. THC je hydrofobní látka, avšak je velmi dobře rozpustná v tucích, olejích a alkoholu. Samozřejmě lze marihuanu, hašiš a hašišový olej pozřít i v surovém stavu, ale účinky při tomto způsobu aplikace jsou daleko menší. Pro identické účinky musí uživatel pozřít větší množství látky, jedná se až o 4× větší množství než u aplikace inhalací.

4 jedná se o teoretickou formu užívání konopní z pohledu zdravotnického využití

5 využití ve zdravotnictví a kosmetice, aplikace je přes neporušenou pokožku, efekt této metody nedosahuje požadovaného efektu

6 konopná droga se balí do tabákového listu

7 jinak řečeno také „skleněnky“, pojmem malé množství směsi, často jen na jedno vdechnutí

8 mylně uživateli využíváno pro jejich menší toxicitu, pojmem větší množství drogy, stejně jako bongy a fajfky

Z nejčastěji využívaných nealkoholických nápojů pro konzumaci THC jsou to tzv. **bhangy**,⁹ **kakao a káva**. Co se týče jídel, existuje nespočet kuchařek zaměřených na úpravu konopných látek prostřednictvím vaření (Gabrhelík et al., 2008).

Doba nástupu účinků a doba, po kterou je THC detekovatelné v těle člověka

Doba, za kterou se THC dostane z těla po jednom užití, je až kolem 30 dnů. Nástup, intenzita a trvání akutních účinků závisí na několika faktorech.¹⁰ Při kouření nebo inhalaci drogy se účinky dostávají téměř okamžitě, během dvou až pěti minut. Intenzita účinků dosahuje svého maxima po 15 minutách a trvá až 60 minut. Poté však intenzita prudce klesá a po dvou až třech hodinách intoxikace ustupuje. U perorální aplikace dochází k intoxikaci pomaleji, droga působí po 30 minutách a maxima dosahuje po další hodině. Intoxikace může trvat 8–12 hodin. Důležitým faktorem je také množství požití drogy (Gabrhelík et al., 2008).

2.2 Klinické souvislosti konopí

Kanabinoidní receptor

V sedmdesátých letech 20. století medicína učinila jeden z prvních objevů v oblasti týkající se působení THC v mozku. Oním průlomem v lepším pochopení účinků THC na centrální nervovou soustavu bylo objevení *kanabinoidního receptoru* na konci osmdesátých let. Později bylo zjištěno, že nejde pouze o jeden druh receptoru, ale o druhy dva, z nichž každý je odpovědný za jinou funkci.

Receptor CB1 je zcela odpovědný za psychoaktivní účinky konopí, naopak *receptor CB2* se v mozku nenachází (je jinde v těle), a proto není odpovědný za psychoaktivitu.

Tyto objevy vedly k tomu, že dnes již víme, jak látka THC působí na procesy v mozku.

Medicína zmapovala místa, kde se tyto receptory v mozku nacházejí, a je proto schopna vysvětlit mnohé účinky, k nimž dochází při konzumaci konopných látek (Fries, 2003).

Výskyt kanabinoidních receptorů byl prokázán v těchto částech nervového systému a v perifériích (Miovska & Miovský, 2006):

- ✕ frontální a parietální oblast mozkové kůry (vyšší kognitivní funkce),
- ✕ cerebellum (oblast motorických funkcí a pohybu),
- ✕ hippocampus (učení a paměť),
- ✕ nucleus accumbens (odměna a slast),

9 konopné mléko, velmi oblíbený a rozšířený druh nápoje

10 kvalita konopí, množství, druh aplikace látky do těla, zdravotní stav jedince

- ✗ bazální ganglia (kontrola pohybů),
- ✗ hypothalamus (regulace teploty těla, rovnováha soli a vody v těle),
- ✗ amygdala (emoce, strach),
- ✗ mozkový kmen (spánek, vzrušení, regulace teploty, kontrola motoriky).

Příklady funkcí přirozených kanabinoidů v těle člověka:

- ✗ inhibiční (tlumící) účinek na pohyb, což znamená, že každý tělesný pohyb vyžaduje rovnováhu, musí docházet k inhibici a stimulaci,
- ✗ korekce vzpomínek – aby nedošlo k naprostému zaplnění paměťového prostoru, musí existovat přirozená látka, která pomáhá eliminovat počet vzpomínek či detailů za jednotlivé dny.

Samotný výskyt receptorů by byl sám o sobě stále velmi záhadný – znamenalo by to, že receptory se v těle nacházejí jen proto, aby reagovaly s jednou specifickou látkou – THC. Takovéto vysvětlení nebylo pro vědu akceptovatelné. V devadesátých letech 20. století se podařilo vědcům odpovědět na existenci kanabinoidních receptorů nalezením *endogenního*¹¹ *kanabinoidní systému* – *anandamidu* v mozku (Fries, 2003).

THC a mozek

Ať už konopné nebo jiné drogy působí na přirozené procesy, které v mozku probíhají. Mozek je plný neuronů, kde se prostřednictvím elektrických a chemických signalizací předávají a přenášejí informace. Každý z neuronů předává odlišné informace, některé kontrolují rovnováhu, jiné naopak odměnu nebo paměť. Spolu s neurony jsou v mozku také neurotransmitery, které procházejí malými synaptickými mezerami a zajišťují předávání signálu mezi každým neuronem a jeho dalšími sousedními neurony.

Neurony mají receptory, které jim zajišťují obdržení signálů. Jak neurony, tak receptory mohou vysílat nebo přijímat signály.

Kanabinoidové receptory jsou aktivovány neurotransmitery nazývanými anandamidy.

THC je kanabinoidní chemikálie. Jakmile se THC dostane do těla, začne napodobovat funkci anandamidu v mozku. THC se naváže na kanabinoidní receptory a aktivuje neurony. Konopná droga oklame mozek, který si myslí, že jde o anandamid. THC se tak dostává do částí mozku, kde začne ovlivňovat jeho jednotlivá centra (Hum London, 2012).

Kanabinoidy nacházející se přirozeně v mozku (endogenní) jsou velmi nestabilní povahy, jejich účinek trvá v intervalu několika málo sekund. Samotná produkce endogenních kanabinoidů je mnohem menší než množství, které se do těla dostane konzumací

¹¹ systém nacházející se v těle člověka

konopí. Opakem jsou ovšem externí kanabinoidy,¹² syntetické nebo rostlinné, které se velmi dobře vážou na endogenní receptory. Jejich doba rozpadu v těle je mnohem delší, než je tomu u endogenních kanabinoidů. Jejich účinky v mozku jsou z tohoto důvodu dlouhodobějšího charakteru (Fries, 2003).

Závislost na kanabinoidech

V posledních několika letech se v rámci klinických a epidemiologických studií prokázalo, že v souvislosti s užíváním konopných drog dochází k vytvoření syndromu závislosti (Engelander et al., 2010). Nejedná se ovšem o totožný syndrom závislosti, o kterém se hovoří v souvislosti s „těžkými“ drogami.

Při odnětí drogy se mohou vyskytovat tyto příznaky: podrážděnost, nervozita, tenze, ztráta chuti k jídlu, problémy se soustředěností, deprese atd. Abstinenční příznaky u uživatelů konopí jsou daleko lehčího charakteru, než je tomu u uživatelů jiných návykových látek, proto až na výjimky není potřeba farmaceutické intervence. Symptomy při odnětí drogy se u dlouhodobých uživatelů vyskytnou v průběhu dvou dnů s vrcholem mezi 2.–6. dnem. Ke stabilizaci stavu dochází nejpozději do jednoho měsíce s tím, že standardní doba se uvádí do 14 dnů (Dvořáček et al., 2008).

2.3 Důsledky užívání kanabinoidů

Tato podkapitola si klade za cíl obeznámit čtenáře s možnými dopady užívání konopných látek. Jedná se přitom nejen o zápory, ale také o pozitiva. Zde se snažíme přiblížit problematiku duševních poruch (konkrétně schizofrenie a tzv. kanabisových psychóz) jako jednoho z možných rizik při užívání konopných látek. Často však narážíme na nejednotnost v odborných kruzích, a i proto jsou důsledky na psychické zdraví popsány jako více či méně pravděpodobné. V takových případech vycházíme z výzkumů a kazuis-tických prací.

Pozitivní důsledky (aneb využití v medicíně) a negativní důsledky užívání kanabinoidů

Uživatelé mohou prožívat intoxikaci jako spektrum příjemných pocitů euforie, blažené vyrovnanosti, aktivizace, či nepříjemných pocitů dyskomfortu prožívaných jako úzkost, paranoia atd.

Nejcharakterističtějšími somatickými účinky jsou sucho v ústech, chlad a hlad (Dvořáček, 2008; Mioviský, 2003). Mýtem je dnes rozšíření zorniček, které bylo doposud chápáno jako jeden z příznaků intoxikace kanabinoidy. Někteří uživatelé však tento projev sami popisují.

12 jsou svou povahou mastné látky, které se velmi dobře váží na tuky, tedy na endogenní receptory, které jsou svou povahou bílkoviny

Celková kvalita marihuanového rauše závisí na více kvalitách, a to zejména těchto (Vacek, 2003):

- ✗ množství, druh a způsob konzumace konopných látek,
- ✗ kombinace konopných látek s dalšími látkami psychotropního (omamného) charakteru,
- ✗ celkové rozpoložení, které uživatel ještě před intoxikací má a s nímž do intoxikace vstupuje (set),
- ✗ prostředí a sociální složení (setting).

Za nepřímé faktory, které pravděpodobně nejvíc působí na prožívání intoxikace, jsou považovány *genetické a kulturní vlivy*. Nicméně subkultura má na prožitek přímější vliv, a to tak, že sdílené rituály a motivace k užití atd. mohou působit na aktuální psychický stav (set) a také i přímo určují konkrétní prostředí (setting) a způsob užití.

Podle Vacka (2004) uvádí uživatelé několik typů intoxikace:

„Vysmátost“ je typická smíchem, komunikativností, euforií a dobrým naladěním.

„Přemýšlivost“ je charakteristická tím, že probíhá o samotě. Zahrnuje stavy činnorodého myšlení, receptivní vnímavosti nebo cesty fantazií, pohlcení vnitřním světem, které se navenek projevují jako hloubání. Tento typ intoxikace je prožíván vesměs příjemně.

„Výkyd“ se objeví zejména v případech, kdy uživatel požil větší množství konopí. K tomu může dojít v důsledku únavy těla nebo mysli. Pro tyto stavy je tedy příznačné buď ochablé tělo nebo zakalená mysl, která je zproštěná veškerých myšlenek.

Jako do určité míry užitečné bychom mohli označit využití konopných látek v medicíně. Do určité míry proto, že jejich role v dnešní medicíně není jednoznačná a je zdrojem mnoha diskusí. Nepochybně existují zmínky o pozitivních účincích konopných látek. Využívání kanabinoidů pro jejich léčebné účinky (na snižování revmatismu) se datuje od 9. století př. n. l. v Číně (ústní zmínky pocházejí z 28. st. př. n. l.). Mezi další oblasti s využitím kanabinoidů patřila jižní Rus (zřejmě území dnešní jižní Ukrajiny), která ho používala na léčbu suchého kašle a proti nadýmání. Indové využívali kanabis pro jeho psychotropní účinky, ayúrvédské preparáty z konopí sloužily jako preparáty na usnutí, na povzbuzení libida, na zlepšení chuti k jídlu, metabolismu a zažívání, proti žaludeční nevolnosti a pro odchod větrů, pro mentální povzbuzení atd. V Čechách se listy konopí používaly jako obklad na záněty, v Evropě bylo konopí před prohibicí užíváno běžně ženami, které potřebovaly ulevit od menstruačních bolestí. Krom zmíněných oblastí se využívalo konopí v Brazílii (na zklidnění a usnutí), v Severní Americe se konopí užívalo až do 20. století k léčbě či úlevě od mnoha nemocí (Zábranský & Hanuš, 2008).

Tyto informace s historickým přehledem ve zkrácené podobě uvádíme jako součást vlivů kanabinoidů, která odkazuje na pozitivní využití této rostliny v minulosti.

Co je však možná důležitější zmínit, je využití konopí podle současné medicíny (Zábranský & Hanuš, 2008):

- ✗ *Nevolnosti a zvracení při chemoterapii rakovin, léčby HIV/AIDS*: oproti lékové či kapslové formě má kouření kanabinodů výhodu v rychlejší nástupu účinků a snazší možnosti dávkovat si množství podle potřeby, aniž by nastoupily nežádoucí účinky v podobě dysforie.
- ✗ *Glaukom (zelený zákal)*: konopí působí na snížení očního tlaku, a to bez ohledu na způsob užití – požitím, kouřením, inhalací par, intravenózní aplikací látky.
- ✗ *Roztroušená skleróza*: již od starověku jsou známy analgetické účinky konopí pro revmatické stavy a svalové křeče; podle pozorování: subjektivní zlepšení, zlepšení elasticity, zlepšení třesu rukou, nohou, zlepšení depresí.
- ✗ *Epilepsie*: v případech grand mal s generalizovanými částečnými záchvaty, varování při petit mal s mráкотnými stavy.
- ✗ *Parkinsonova nemoc a další neurodegenerativní onemocnění*: zlepšení pohybové koordinace, snížený třes, nestabilita ve stoje, snížená bolestivost.
- ✗ *Bolestivé stavy*: analgetický účinek.
- ✗ *Afektivní poruchy*: může zlepšovat mírně depresivní stavy, mírnou úzkostlivost a zhoršovat stav u těžké deprese, podle některých studií dokonce zvyšuje výskyt manických epizod, nicméně na toto nejsou jednoznačné závěry a studie se ve svých výsledcích liší.
- ✗ *Léčba obezity*: Acomplia,¹³ Rimonabant¹⁴ – v kombinaci s dietou a cvičením může pomoci v redukci váhy.

Kouření konopí může z dlouhodobého hlediska podle Halla, Sollowija & Lemona (1995) vyvolávat tyto chronické **negativní účinky**:

- ✗ jemné poruchy některých kognitivních funkcí: zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění, ty můžou a nemusí zmizet po období delšího neužívání, názory na tuto problematiku nejsou jednotné,
- ✗ syndrom závislosti na kanabinoidech ve smyslu neschopnosti neužívat konopí nebo hlídat si jeho užívání.

Krmenčík (2008) mluví o prokázaných rizicích při dlouhodobém užívání, která jsou převážně spojena s kouřem z konopí, jedná se tedy o rizika somatického charakteru:

- ✗ v případě chronického užívání poškození epiteliální výstelky trachey (průdušnice) a velkých bronchů (průdušek),
- ✗ poškození dýchacích cest, zápaly plic a obecně větší náchylnost k infekcím respiračního systému (při dlouhodobějším užívání),

13 lék na snížení nadváhy

14 účinná látka v přípravku Acomplia

- ✗ ohrožení oběhového systému (výstelka cév a srdce, zvýšená náchylnost k ateroskleróze – kornatění tepen).

Mezi ostatní účinky kanabinoidů, které jsou negativního charakteru, můžeme zařadit:

- ✗ poruchy kognitivních funkcí, které se vyskytují u akutní intoxikace,
- ✗ zvýšené riziko při řízení motorových vozidel či obsluze nebezpečných strojů – děje se tak z důvodu „tunelového vidění“, kdy se člověk soustředí pouze na určité body před sebou, unikají mu však objekty, které jsou na periferiích, mimo tento tunel (Miovský, 2003),
- ✗ oslabení imunitního systému (na základě výzkumů na krysách),
- ✗ pravděpodobně snižuje sexuální touhu,
- ✗ může vést k menstruačním problémům,
- ✗ u těhotných žen může způsobit předčasný porod, snížení porodní váhy (Engelander et al., 2010).

V odborné veřejnosti se mluví o tzv. *amotivačním syndromu*. Jedná o stav, ve kterém uživatel nemá chuť podnikat cokoliv bez vlivu dané látky (Miovský, 2003; Gabrhelík, 2008). Pro klienta nic nemá cenu, nemá chuť do života. Běžné činnosti, jako chození do zaměstnání nebo do školy, se jeví jako nedůležité. Jakýkoliv i jednoduchý úkol se může protáhnout do celého dne. Zajímavé je, že vzpomínané symptomy se podobají klasické depresi, a i proto se existence tohoto syndromu zpochybňuje.

Ačkoliv se názory na přítomnost amotivačního syndromu u uživatelů kanabinoidů liší a tento syndrom byl metaanalýzou výzkumných studií vyvrácen, v praxi s uživateli kanabinoidů jsou tyto symptomy či zmínky o „nevůli k ničemu“ nezanedbatelné.

„*Bad trip*“ (Miovský, 2003; Horáček, 2008) – psychická komplikace během intoxikace; kromě úzkosti a paniky je typická paranoia, zmatenost, depersonalizace,¹⁵ derealizace,¹⁶ agresivita, halucinace, iluze, kognitivní poruchy¹⁷ a zhoršení psychomotorických funkcí¹⁸. Tyto stavy mohou přejít až do panického stavu, kdy hrozí riziko sebepoškození či naopak agrese k okolí – někdy se to může stát při nepřipravenosti k požití velmi vysoké dávky. V ojedinělých případech se můžou tyto stavy přehoupnout až do delirantního stavu, kdy je příčina organická či systémová.

15 označuje subjektivně velmi nepříjemné psychické stavy odcizení či oddělení od vlastního já, duševního nebo tělesného prožívání

16 znamená stejnou změnu vnímání jako u depersonalizace, týká se však vnějšího okolí; svět a druzí lidé se zdají být neskuteční, vzdálení či zautomatizovaní; vnější svět je vnímán, jako by byl nereálný.

17 postižení vyšších korových funkcí jako je paměť, všeobecné zpracování informací, chápání souvislostí, abstraktní a logické myšlení a uvažování, schopnost učení, rozhodování, motivace atd.

18 souhra motorických aktivit a psychických funkcí

Při pravidelném užívání se můžou dostavit „flashbacky“, při špatném naladění,¹⁹ tedy při dlouhotrvající depresi (rozchod, nepříjemné prostředí, nepříjemní lidé) může dojít k rozvoji paranoidního stavu, kdy má dotyčný pocit sledování, pozorování a hodnocení ze strany druhých; může se objevit strach ze zatčení za užívání „trávy“ (přestože již tuto nezákonnou látku u sebe nemá) atd. (Miovský, 2003).

V literatuře nebyl doposud popsán případ předávkování, které by mělo za následek smrt. Podle názorů odborníků (Kalina et al., 2003, 2008; Miovský et al., 2008) konopí nevyvolává somatickou závislost. Spíš než somatická závislost se vyvíjí závislost psychická (viz Závislost na kanabinoidech).

Negativní a pozitivní důsledky kanabinoidů z hlediska uživatele jako východisko pro změnu chování

V procesu změny je významná skutečnost, že ke změně v chování dochází tehdy, když převažují **negativní aspekty** nad **pozitivními**. Udržení dosažené změny je možné za předpokladu trvalé motivace a odhodlání.

Zejména negativa bývají těžištěm diskusí o užívání nejen konopných, ale i ostatních látek s psychotropním či omamným účinkem. Nicméně pojmenování pozitiv užívání kanabinoidů může nabídnout bližší pohled na konkrétní důvody jejich aplikace. Ve výčtu pozitiv se může objevit například uvolnění, únik z nudy, úleva od stresu, zlepšení nálady. Při práci na dlouhodobém odříkání konopných látek není možné opomenout tyto individuální potřeby, právě naopak, mělo by dojít k jejich naplnění, ale již novým způsobem, který v sobě nezahrnuje negativní důsledky (Engelander et al., 2010).

Neméně důležité než znát pozitiva a negativa užívání je znát **přínosy a ztráty neužívání**. Jedním z důležitých důvodů, proč by tomu tak mělo být, je uvědomení si, co který stav s sebou přináší.

Duševní poruchy a užívání konopných látek: užívání a schizofrenie, „kanabisové psychózy“

„Kanabisové psychózy“

Podle Halla & Degenhardta (2004) by měla psychóza, která je způsobená aplikací konopných látek, vycházet z několika parametrů:

- ✗ vzniká v časové a kauzální souvislosti s aplikací vyšších dávek konopných látek,
- ✗ neprojeví se, aniž by působily konopné látky,
- ✗ po vysazení konopných látek příznaky odeznívají,

19 v tomto případě by šlo o set, tj. aktuální psychické nastavení jako jeden z faktorů, které ovlivňují prožitek intoxikace

- ✗ vlastní příznaky psychózy se liší od akutního působení konopných látek (akutní intoxikace) a symptomatika se odlišuje od ostatních psychóz.

Psychózy indukované konopnými látkami podle kazuistik (Horáček, 2008):

- ✗ projevíly se pouze u skutečně silných uživatelů konopných látek,
- ✗ existuje příčinná souvislost mezi užitím konopných látek a rozvojem psychózy,
- ✗ na základě pozorování vyplynulo, že čím vyšší dávka, tím kratší období užití bylo potřeba k rozvoji psychózy,²⁰
- ✗ u osob s poruchami osobnosti nebo duševními poruchami trvaly příznaky déle (dny až týdny); stejně tak u lidí s pozitivní rodinnou²¹ anamnézou ve srovnání se skupinou s negativní rodinnou anamnézou, u kterých trvaly příznaky hodiny až dny.

Z těchto kazuistik vyplývá, že *vyšší dávky konopných drog mohou způsobit psychózu*, která vykazuje specifické rysy odlišující se od funkčních psychóz schizofrenního okruhu. Tyto psychotické stavy po vysokých dávkách trvají dny až týdny a pak odeznívají.

Pro srovnání psychotických stavů po požití konopných látek s funkčními psychózami můžeme vycházet z epidemiologických studií (Mathers et al., 1991; Rolfe et al., 1993). Podle nich srovnání 25 nemocných se schizofrenií se stejně velkou skupinou osob, které měly psychózu po konopných látkách, ukázalo, že po aplikaci těchto látek je psychóza častěji spojená s bizarním a násilným chováním a panickými stavy a naopak méně vyjádřenými formálními poruchami myšlení²² a lepším náhledem nemoci, než je tomu v případě schizofrenie (Horáček, 2008). To znamená, že schizofrenie a psychotický stav vzniklý jako důsledek aplikace kanabinoidů lze rozlišit podle výše zmiňovaných diskrepancí.

Při posuzování vztahu mezi užíváním konopí a rizikem vzniku psychózy se můžeme opřít o tato dostupná data:

- ✗ Užívání konopných látek zřejmě zvyšuje riziko rozvoje psychózy.
- ✗ Jsou-li psychózy asociované s konopím vůbec spojené s charakteristickým spektrem příznaků, příznaky by měly odeznít rychle po vysazení.
- ✗ Po odeznění nezanechávají reziduum.²³
- ✗ Pokud existuje tento druh psychózy, je v západních zemích léčen velmi ojediněle (Horáček, 2008).

20 lidé s negativní rodinnou anamnézou

21 v tomto případě u rodin s výskytem psychotického onemocnění, duševní poruchy

22 např. zrychlené/zpomalené myšlení, autistické, zabíhavé myšlení

23 zůstatek

V současnosti neexistuje prokázaná souvislost mezi psychózami a kanabinoidy (Horáček, 2008). Proto jsme i výše vycházeli z kazuistických případů, které svědčí ve prospěch či v neprospěch výskytu psychóz jako důsledku užití konopné látky.

Schizofrenie a konopné látky

Když chceme posoudit vztah mezi vznikem této nemoci a příčinou, je nezbytné brát do úvahy tři parametry: asociace (nemoc i příčina se vyskytují u jedné osoby společně), časová následnost (příčina působila ještě před projevem nemoci a má za následek změnu průběhu či prognózy nemoci) a směr ovlivnění.

Asociace mezi užíváním konopných látek a schizofrenií

Mimo akutní působení zvyšují konopné látky pravděpodobně také riziko psychotických reakcí – ty mohou přetrvávat i po odeznění akutního efektu a mohou vykazovat některé specifické klinické charakteristiky v oblasti příznaků a průběhu.²⁴

U nemocných se schizofrenií a dalšími psychózami je asi dvojnásobný výskyt pravidelného užívání těchto látek. Nicméně tyto studie nezkoumají tok kauzality, tudíž zda schizofrenií nemocní častěji užívají konopné látky, nebo zda užívání konopných látek zvyšuje riziko vzniku schizofrenie (Horáček, 2008).

Časová následnost rozvoje schizofrenie po užívání konopných látek

Časové hledisko je další z důležitých faktorů při posuzování vzniku schizofrenie. Prozatím nelze považovat za uspokojivě prokázané, že by užívání bylo nezbytnou, a dokonce ani dostačující příčinou pro rozvoj schizofrenie. Většina uživatelů konopných látek tedy schizofrenií neonemocní, avšak užíváním těchto látek se riziko zvyšuje řádově 2–3×.

Kanabinoidy můžeme považovat jen za jeden z mnoha komplexních mechanismů vzniku této nemoci. Zásadnější roli pravděpodobně sehrává především u vulnerabilních²⁵ jedinců. Ta nezahrnuje jen genetickou komponentu, ale taky jde i o vysoce rizikové mladé lidi (tzn. ty, kteří mají minimálně dva příbuzné se schizofrenií) i o osoby bez genetické zátěže (Horáček, 2008).

24 rychlejší odeznívání s tendencí nezanedbat zbytkové symptomy

25 zranitelných

3

Kapitola 3

Trestněprávní kontext užívání konopí

V této kapitole seznamujeme čtenáře s právním postihem užívání kanabinoidů, respektive s jejich držením a výrobou.



3.1 Užívání kanabinoidů ve světle právního postihu

Cílem kapitoly je nastínit pracovníkovi aktuální trestněprávní situaci v České republice,¹ která se týká konopných drog. Jedná se o základní přehled přestupků a trestných činů spojených s kanabioidy a možností řešení vzniku konfliktu se zákonem. Komplexnější informace lze nalézt v konkrétních zákonech, které uvádíme v seznamu literatury.

Užívání a držení kanabinoidů

V ČR není samotné užívání drog trestně postihováno, trestána je jejich výroba a držení, případně další způsoby nedovoleného nakládání s nimi (např. prodej, bezplatné předání apod.). Menší množství výsledného konopného produktu drženého pro vlastní potřebu je považováno za přestupek a je postihováno podle přestupkového zákona. Držení většího množství (zákon říká „množství větší než malé“) je pak považováno za trestný čin.²

Druhy drogových přestupků

- ✗ Umožnění neoprávněného požívání omamných a psychotropních látek osobě mladší 18 let.
- ✗ Výkon činností pod vlivem alkoholu nebo psychotropní návykové látky, při kterých by mohlo dojít k ohrožení zdraví lidí nebo poškození majetku.
- ✗ Neoprávněné přechovávání omamné nebo psychotropní látky v malém množství pro svoji potřebu.
- ✗ Neoprávněné pěstování konopí pro vlastní potřebu s obsahem vyšším než 0,3 % THC. Malé množství rostlin je maximálně pět rostlin konopí.

1 informace vycházejí z aktuálního Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb.

2 až do srpna 2013 byla hodnota množství většího než malého upravena nařízením vlády; za malé množství bylo považováno množství do 15 gramů sušiny marihuany a nejvýše 5 gramů hašiše. S účinností od 23. července 2013 bylo toto nařízení vlády zrušeno Ústavním soudem ČR; rozhodnutí o tom, co je a není přestupek či trestný čin související s držením konopí pro vlastní potřebu, tak bude muset v jednotlivých individuálních případech učinit správní orgán nebo soud

- ✗ Dopravní přestupky podle zákona 361/2000 sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů – zákon o silničním provozu (nepodrobení se výzvě policisty ke zjištění, zda je řidič ovlivněn alkoholem nebo návykovou látkou, nebo řízení vozidla bezprostředně po požití alkoholického nápoje nebo po užití jiné návykové látky). V případě, že se řidič uvede do stavu, který vylučuje způsobilost řídit motorové vozidlo, hrozí mu trestní stíhání pro trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky.

Druhy drogových trestných činů

- ✗ Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy. Kromě výroby se jedná o neoprávněný dovoz, vývoz, nabídku, zprostředkování, prodej, opatření nebo přechovávání pro jiného. V případě konopí by se o trestný čin jednalo tehdy, pokud by konopí obsahovalo více jak 0,3 % THC a bylo by pěstováno pro jiného nebo společně s některým jiným. Podle policejního výkladu je výrobou či jiným nakládáním též například proces sušení a odstraňování nepotřebných částí.
- ✗ Přechovávání omamné psychotropní látky pro vlastní potřebu – většího množství než malého, pro osobní konzumaci, ne pro jinou osobu.
- ✗ Nedovolené pěstování konopí v měřítku větším než malém. Tedy více jak pět rostlin s obsahem THC vyšším než 0,3 %. Pěstováním se rozumí produkce rostliny, tedy její zasetí nebo zasazení výpěstku a následná péče o její růst, eventuálně sklizeň. Podle policejního výkladu se o výrobu nedovolené látky jedná i v případě, že rostlina byla již sklizena a došlo k jejímu zpracování do podoby marihuany, např. sušením.
- ✗ Šíření toxikomanie. Jedná se o svádění jiného ke zneužívání návykových látek: podporováním, podněcováním nebo šířením zneužívání návykových látek.
- ✗ Ohrožení pod vlivem návykové látky. Činu se dopustí ten, kdo vykonává ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku.

Možnosti řešení vzniku konfliktu se zákonem

Konflikt se zákonem zapříčiněný držením konopných drog či jejich pěstováním znamená pro klienta riziko právního postihu.

Přestože ke spáchání skutku opravdu došlo, míra případného právního postihu se může odvíjet od další aktivity a chování klienta. Pokud začne klient po spáchání skutku vyvíjet iniciativu vedoucí k nápravě, nemusí pro něj např. trestní stíhání skončit nejpřísnějším postihem.

V případě konfliktu se zákonem je vhodné, aby klient kontaktoval např. Probační a mediační službu ČR. Probační a mediační služba (PMS) je státní instituce zřízená zákonem o Probační a mediační službě. Ve svém působení usiluje o řešení konfliktů spojených s trestnou činností a současně organizuje a zajišťuje výkon alternativních trestů a opatření s důrazem na zájmy poškozených, ochranu komunity a prevenci kriminality.

Pracovníci PMS mohou klientovi pomoci orientovat se v počínajícím řízení a připravit podmínky pro vhodné řešení celého případu.

Pro klienta, uživatele konopných drog, který se dostal do konfliktu se zákonem, může být také užitečné obrátit se na organizace poskytující služby uživatelům nealkoholových drog. Mohou to tedy být např. tzv. kontaktní centra, která se nacházejí ve větších městech. Adresy na konkrétní kontaktní centra je možné získat např. na internetu, u kurátorů, na informačních městských centrech, případně u praktických lékařů atp.

Rovněž je možné se bezplatně obrátit na Právní poradnu A. N. O. Právníci poradny poskytují telefonicky či e-mailem informace nebo konkrétní právní službu. Kontakt je: Právní poradna A. N. O., Koněvova 95, 130 00 Praha 3 Žižkov, tel.: 222 582 932, 736 760 701, e-mail: ppano@asociace.org



Kapitola 4

Harm reduction a možnosti péče

U uživatele nemotivovaného k abstinenci je cílem čtvrtého sezení seznámení s metodami, které snižují rizika užívání, tzv. harm reduction metody.

Naopak, pokud se jedná o typ uživatele, který po ukončení intervence chce abstinovat, pracovník s ním během čtvrtého sezení rozvíjí téma týkající se právě jeho budoucí abstinence a seznámí ho s možnostmi léčby.

Konkrétní doporučení, ať už z tématu harm reduction nebo abstinence, jsou uvedena v praktické části.

V následující teoretické části velice stručně uvádíme pracovníka do tématu harm reduction, minimalizace škod a přehledu typů léčby. Začínající pracovníky v adiktologických službách odkazujeme na studium příslušné literatury, například uvedených citovaných zdrojů.



4.1 Harm reduction

Harm reduction (HR) je název pro koncepty, programy a činnosti vedoucí k minimalizaci škod a rizik v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek, a to u osob, které chtějí v závislostním chování pokračovat. Není tedy zaměřena na prevenci užívání drog (Riley & O'Hare, 2000).

HR směřuje primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek (IHRA, 2012).

Jak bylo zmíněno ve druhé kapitole, konopí má vliv na fyzickou a psychickou stránku člověka, proto je nutné dbát na určité zásady, které tyto škodlivé jevy eliminují (Engelander et al., 2010).

4.2 Formy léčby

Detoxifikace

Smyslem detoxifikace je zastavit užívání drogy a snížit intenzitu příznaků odvykacího syndromu a rizik plynoucích z užívání. Tuto službu mohou poskytovat pobytové služby.

Primární je tedy učinit odvykací stav pro klienta snesitelným. Klient může na toto oddělení vstoupit již s odvykacími příznaky nebo v intoxikovaném stavu (Nešpor, 2003).

Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je vhodná pro klienty, u nichž hrozí menší riziko lapsu, s větší schopností sebekontroly, s motivací ke změně s podporou sociálního zázemí. Délka kontaktu, jeho frekvence a doba docházení do zařízení jsou čistě individuální záležitostí. Některá ambulantní zařízení kromě individuální formy terapie nabízejí terapii skupinou (párová, manželská, rodinná). V mnoha ambulantních zařízeních doplňuje terapeutickou práci také práce sociální (NMS, 2012).

Rezidenční léčba (pobytová, ústavní)

Rezidenční léčba je léčebný program, kde se klient pohybuje v chráněném prostředí léčebného zařízení. Snaží se vytvořit pozitivní prostředí bez drog. Psychoterapie probíhá, jak skupinově, tak individuálně, při práci s klienty se také využívá pracovní terapie.

Léčba se dělí na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Krátkodobá léčba trvá zpravidla do tří měsíců. Střednědobá léčba probíhá od tří do šesti měsíců, dlouhodobá léčba trvá v délce od půl roku do jednoho roku, výjimečně až dvou let, a probíhá v prostředí terapeutických komunit (Kalina et al., 2008).

Dalšími možnostmi léčby jsou terapeutické komunity, doléčovací programy či svépomocné aktivity.

>B

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je rozdělena do popisu jednotlivých sezení s klientem. Popis každého sezení obsahuje jeho cíle a kroky, podle kterých se může pracovník řídit, a informace, které klientovi předáváme. Obsahově navazují na teoretickou část. Přílohy pak obsahují praktické materiály použitelné jak pro pracovníky, tak také pro klienty. Při práci s klientem mohou pracovníci využívat také některé zmíněné internetové odkazy, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

První sezení

Cíl: Představit klientovi zařízení a program krátké intervence pro uživatele konopných drog

Kroky: Představení služby, metodiky, definování pravidel spolupráce

Mezi první setkání a mapování situace klienta počítáme i jeho objednání po telefonu či e-mailu, kdy se klienta snažíme objednat v maximálně nejbližší době. Již během objednání se často stává, že klient nastíní svůj stav, kvůli kterému se objednává. Pracovník se řídí podle zásad telefonického poradenství, kdy se klientovi snaží vyjádřit podporu, možnost řešení jeho situace. Zároveň se snaží klienta uklidnit a podpořit.

Pracovník klienta ve zkratce seznámí se základními principy a poskytovanými službami zařízení. Předává leták/brožuru o zařízení, kontakt na sebe. Představí program krátké intervence pro uživatele konopí. Vysvětlí důvody pro intervenci, nastíní strukturu, rozsah a témata sezení.

Pracovník by měl využít příležitost k zapojení klienta do procesu intervence, ocenit ho, získat si jeho důvěru, navodit příjemnou atmosféru, snížit jeho obavy.

Cíl: Zmapovat situaci klienta a jeho očekávání

Kroky: Mapujeme situaci, hledáme zakázku – použití praktických otázek (Příloha 1), vyplnění dotazníku CAST

Pracovník se doptává na klientovy obtíže („S čím přicházíte? S čím Vám mohu pomoci?“). Klient často pak začne mluvit o svém problému či situaci, popisuje to, co ho tíží. Někdy se stává, že je pro klienta těžké o problému začít mluvit a mlčí. Pracovník by v této situaci neměl dlouho mlčet, aby klienta ještě více nezúzkostňoval, ale spíše by měl klientovi pomoci, aby se rozmluvil, např. může zreflektovat situaci („Cítím, že je teď pro Vás těžké o tom mluvit, asi nevíte, kde začít.“ Nebo: „V telefonátu, kdy jsme spolu mluvili, jste mi řekl, že se jedná o to, že užíváte marihuanu. Přišel jste tedy pravděpodobně kvůli užívání.“ Nebo „Vidím, že se Vám o tom, co vás trápí, těžko začíná, můžu Vám nechat tolik času, kolik potřebujete, nebo pokud to bude pro Vás lepší, mohu se Vás ptát.“). Klienti na všechny tyto způsoby velice dobře reagují, tudíž se pak setkání odvíjí od reakcí klienta.

Nebo se naopak může stát, že klient velmi rychle a zmateně mluví o svém problému. Vyjmenovává příliš mnoho informací, což je pro pracovníka zahlcující a může se v situaci špatně orientovat. Důležitá je reflexe a zpětnou vazba – jak na nás takové tempo působí. Možností je i klientovi sáhodlouhé pasáže „stopovat“ a věnovat se jim postupně.

Pokud klient přijde s doprovodem, ptáme se ho, zda bude doprovod přítomen u prvního sezení. Často chtějí být klienti během konzultace s pracovníkem o samotě, což dává prostor pro podrobnější zmapování celé situace. Doprovod představíme pro spolupráci jinému kolegovi, kde si mohou najít prostor pro řešení svých témat. Krátká intervence pro uživatele konopí je pouze pro individuální formu spolupráce s uživatelem konopí.

Pracovník může a nemusí v této fázi využít některé z těchto otázek (pořadí otázek není striktně stanoveno), popřípadě je může dále rozvíjet.

✕ Úvod

„Jaké máte očekávání od tohoto setkání a spolupráce?“

„Co byste si chtěl/a odnést?“

„Co se stalo, že to řešíte až teď?“

„Co předcházelo Vaší návštěvě?“

✕ Oblast užívání

„Jak dlouho užíváte?“ Popřípadě se doptává, co vše užívá, s čím konopí kombinuje.

„Jak často a s kým užíváte?“

„Kdy nejčastěji užíváte?“

„Jaké problémy vám užívání způsobuje ve vztazích; jaké máte zdravotní, psychické komplikace, problémy ve škole v zaměstnání, finanční, trestněprávní problémy apod.?“

„Kde konopí získáváte a kolik za něj utratíte za týden?“

„Jak čelíte těmto omezením, která Vám užívání způsobuje?“

„Co získáte/ztratíte, když přestanete užívat?“

„Léčil jste se někdy?“ „Co jiného Vám pomáhalo?“

„Jak se v současné době snažíte o vyřešení problému?“

✕ Oblast vztahů

„Ovlivnil Váš problém lidi, které máte kolem sebe, a jak?“

„Změnil se Váš postoj k nim?“

„Máte kolem sebe někoho, kdo je pro Vás oporou?“

„Máte kolem sebe někoho, kdo konopí neužívá?“

✕ Otázky na to, co se děje, tady a teď

„Jak se cítíte, když o těchto věcech mluvíme?“

„Jak tuto situaci nyní prožíváte?“

„Co je pro Vás nejakutnější, na čem chcete pracovat?“

„Co by se teď muselo stát, aby Vám bylo lépe?“

Důležité je zmapovat oblast užívání, důsledky užívání, motivaci ke změně, sociální oporu, nejakutnější obtíže.

Během tohoto mapování situace si pracovník dělá obrázek o situaci klienta – v **jaké motivační fázi** se klient nachází, jak má silnou podpůrnou sociální síť, zda má zaměstnání, jaké jsou jeho strategie zvládání apod.

Poté pracovník předává k vyplnění klientovi dotazník CAST, kde si klient i pracovník mohou zmapovat probíranou situaci. Dotazník ihned pracovník vyhodnotí a výsledek s klientem rozebírá – co si o něm myslí a zdali je to důvod pro absolvování programu krátké intervence.

Pokud klient nechce dotazník vyplňovat (z důvodů úzkostlivosti, nemotivovanosti apod.), může pracovník otázky klientovi číst a zaznamenávat odpovědi do dotazníku. Dotazník může pracovník ihned vyhodnotit a o výsledku mohou společně diskutovat.

Cíl: Vytvořit si základní představu o fungování klienta a užívání konopí

Kroky: Zhodnotit získané informace

Pracovník zhodnocuje získané relevantní informace od klienta o jeho užívání, o kombinaci s jinými návykovými látkami, jeho zdravotním stavu a užívaných lécích. Zhodnocuje, jak často klient užívá, zdali jde o experimentátora, rekreačního nebo pravidelného uživatele. Zda jde o škodlivé užívání, závislost apod. Zhodnocuje rizikové chování v souvislosti s užíváním konopných látek. Jak velké problémy mu užívání způsobuje (viz výsledky dotazníku). Zmapuje psychosociální stav a dopad užívání konopí na oblasti, jako je volný čas, práce, škola, vztahy v rodině, trestněprávní oblast atd., předchozí léčbu či zkušenost s psychologií.

Během tohoto sezení by měla **vzniknout první formulace zakázky** klienta. Zároveň by se mělo vyjasnit jeho očekávání od zařízení a společné spolupráce.

Cíl: Dohodnout se na cílech spolupráce

Krok: Dohoda s klientem, závěr

Pracovník klienta podporuje a oceňuje za snahu se svou situací něco dělat. Pokud se pracovník s klientem dohodnou na spolupráci a absolvování programu, vymění si telefonní čísla a je dohodnuto další setkání (interval setkání 1 × týdně), popřípadě je klientovi nabídnuta možnost zavolat pracovníkovi či odkaz na jinou službu. Pracovník provede krátké shrnutí situace klienta a doptává se ho, jaké pro něj sezení bylo. Pokud je klient přeposlán např. ze školy nebo dochází na doporučení rodiče, je s ním komunikováno, co smí pracovník třetím stranám sdělovat a co ne. Je kladen důraz na mlčenlivost a etiku vztahu pracovník-klient.

Nezapomeňte

- ✕ Základní techniky, které pracovník využívá: otevřené otázky, zpětná vazba, reflektivní naslouchání, vyjádření empatie, rozvíjení rozporů, vyjádření podpory a ocenění za snahu situaci řešit.
- ✕ Důležité je také pracovat s tzv. nemotivovaností, když klient nechce svoji situaci řešit. Pracovník na základě rozhovoru dokáže rozpoznat, zda motivace pro změnu vychází ze samotného klienta, či je spíše klient „donucen“ partnerem, rodinou, institucí apod. Důležité je citlivě reagovat na jeho projevy během konzultace. Lze se na spolupráci dohodnout, pokud má klient chuť a důvod projít programem krátké intervence. Každá motivace pro spolupráci může být nosná.

Druhé sezení

Cíl: Předat klientovi informace o dělení kanabinoidů a o jejich složení, formách a aplikaci, věnovat se informacím o syntetických kanabinoidech a upozornit ho na možná rizika, která vyplývají z jejich užívání.

Kroky: Pracovník klientovi předává obecné informace o konopí a dostupné informace o syntetických látkách se zaměřením na syntetické kanabinoidy. Vyzdvihuje potencionální riziko jejich užití a odkazuje na možné zdroje dalších informací.

Cíl: Seznámit klienta s principem fungování THC v mozku a souvisejícími negativními důsledky, které THC může u zdravého jedince způsobit.

Kroky: Pracovník klientovi nejprve vysvětlí dělení kanabinoidů na rostlinné, endogenní a syntetické a ke každému přiřadí charakteristickou rostlinu nebo látku.

Tím naváže na vysvětlení přirozeného kanabinoidního systému v těle člověka. Poté klientovi vysvětlí proces, kdy do těla vstupuje kanabinoid jiného charakteru, než je pro tělo přirozený, tedy rostlinný či syntetický.

Pracovník může využít následujících odkazů, aby se lépe zorientoval v tom, jak externí kanabinoid v těle působí. V tomto případě může také pracovník s klientem využít Přílohu 10: <http://www.jellinek.nl/informatie-over-alcohol-drugs/drugs/drugs-in-de-hersenen/>

Dále může pracovník uvést klientovi několik případů negativních důsledků spojených s externími kanabinoidy (tedy THC). Na závěr zdůrazní možné negativní účinky plynoucí z užívání konopí, ale nebojí se pojmenovat i pozitivní.

Cíl: Rozpracovat pozitivní a negativní aspekty užívání kanabinoidů z pohledu uživatele

Kroky: Tato část spočívá ve vysvětlení pozitiv a negativ, pracovník se může inspirovat návodem, který vychází z teoretické části (Engelander et al., 2010):

Pozitiva a negativa

Příloha má sloužit jako inspirace či jako „kostra“ při vysvětlení pozitiv a negativ.

Pozitiva

V době, kdy jste s kouřením konopí začínali, se vám mohlo zdát, že má tato látka mnoho kladných stránek. Jak plyne čas, možná zjistíte, že již neskýtá pouze klady a že se navrch dostávají i zápory jejího užívání. Pokud na začátku užívání mohlo kouření pomáhat potlačovat pocity úzkosti, blokovat depresivní myšlenky, časem může tuto depresi a úzkost ještě prohlubovat.

Mezi důvody, proč je pro některé lidi náročné přestat či omezit užívání (v tomto případě konopí), je, že i přesto postrádají to dobré, co jim tato látka přinášela. Tyto pozitivní stránky nelze přehlízet už jen z toho důvodu, že mnohokrát představují důvody, pro které jste s kouřením začali.

Negativa

Mohou být často důvodem, pro který chcete s užíváním přestat nebo je dostat pod kontrolu. Připomínáním těchto negativ (zejména u nutkání si zakouřit) své rozhodnutí, zda kouřit či nikoli, můžete ovlivnit.

Zvažování pozitiv a negativ

Vypište, co je pro Vás na užívání příjemné, a vedle toho uveďte, co se Vám zdá být nepříjemné. Když si budete tato fakta o užívání připomínat a zvažovat obě stránky užívání, můžete tím ovlivnit své rozhodnutí přestat či omezit užívání a tohoto přesvědčení se držet.

Přínosy a ztráty

Jakou změnu ve Vašem životě může přinést změna v užívání konopných látek? Do sloupce „Přínos“ vypište, jaký zisk byste z toho mohl mít.

A podobně, o co můžete být ochuzen, když v užívání nic nezměníte? Vše, co Vás napadne, uveďte do „Ztrát“ (viz Přílohu 8).

Klient dostává návod na vyplňování v rámci rozhodovacího formuláře (Příloha 8).

Cíl: Seznámit klienta, s jakými důsledky se může potkat při dlouhodobém a intenzivním užívání kanabinoidů

Kroky: Za využití postavy (Příloha 3 – postava), které pracovník nabídne klientovi, se klient snaží vybavit si negativní účinky z hlediska dlouhodobého užívání. K jednotlivým částem postavy může klient dopsat pro něho známé stavy po požití. Toto zadání může vyplňovat pracovník spolu s klientem a doplňovat případně další možné důsledky. V závěru tohoto cvičení pracovník shrne dopady, které má na klienta užívání kanabinoidů.

Smyslem přílohy je zprehlednit i zpestřit možná negativa užívání kanabinoidů. Příloha může být užitečná zejména u méně motivovaných klientů, kteří se můžou cítit zahlceni či znechuceni teorií. Zároveň toto cvičení vyžaduje jistou míru zaangažovanosti a kreativity, což jej může dělat do jisté míry zajímavým. Vyznačené orgány můžou sloužit i jako nápodoba, na které části lidského těla je potřeba se zaměřit. Z technických důvodů nejsou vyznačeny všechny orgány, jejichž fungování můžou kanabinoidy ovlivnit.

Cíl: Seznámit klienta s možnými potencionálními stavy a riziky užívání, seznámení s diagnostickými kritérii

Kroky: V Příloze 9 naleznete několik diagnostických vymezení, se kterými se v rámci své práce s klienty můžete setkat. Dané kategorie ukotvujeme podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Pracovník i klient se tak mohou lépe zorientovat v situaci klienta, v jeho uživatelské kariéře zaměřené na nepříjemně prožívanou intoxikaci.

Ptáme se na nejhorší zážitek, jaký klient v souvislosti s užitím marihuany měl, podle klasifikace se tento zážitek snažíme správně pojmenovat a nabídnout klientovi možnosti řešení takové situace. Klient dostane popis jednotlivých stavů v kostce (Příloha 9), pracovníkovi slouží následující tabulka, která oproti přehledu, který dostane klient, podrobněji popisuje jednotlivé stavy, které mohou souviset s užitím konopí.

Akutní intoxikace konopné látky (F12.0)

Jedná se o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti nebo psychotické poruše (WHO, 2013).

Projevy akutní intoxikace u kanabinoidů

Pozitivní dopady akutní intoxikace marihuanou, které lákají jedince k užívání této látky, jako jsou pocity euforie neboli stavy „high“, uvolnění, zlepšení nálady, zbavení se stresu, potěšení, relaxace, introspekce a další. Dále lze jmenovat zvýšenou chuť k jídlu, sucho v dutině ústní někdy způsobující špatné vyjadřování, zarudlé spojivky, tachykardii nebo zvýšený krevní tlak. Co se týče chování a vnímání, jejich projevy se různí. U jednoho

člověka může nastat euforie až dezinhibice, u druhého se intoxikace může projevit zvýšenou úzkostí nebo agitovaností. Účinek se u jednotlivých osob značně různí v závislosti na dávce, okolnostech požití a premorbidní osobnosti. Během intoxikace se aktivita jedince nejčastěji přesouvá od vnějších procesů k vnitřním, tzn. nejprve svoji činnost směřuje do okolí, postupně se však zaměřuje na vlastní nitro. Záleží také na míře intoxikace. Při menší intenzitě převládá spíše zaměření směrem ven, u větší intenzity pak spíše vnitřní aktivita a nakonec při velké míře intoxikace pasivita.

Jedinec s převládajícím zaměřením na okolí je komunikativní, společenský, upovídaný, pozitivně naladěný. Typickými projevy jsou smích a aktivní pohyb. Pokud převládá vnitřní aktivita, pak je intoxikovaný jedinec zahloubaný do sebe, přemýšlí, fantazíruje, je odpoutaný od světa a v tělesném klidu. V poslední fázi, ve fázi pasivity, pak intoxikovaní popisují bezvládné tělo, prázdnou mysl a neutrální nebo spíše negativní myšlenky spojené s únavou a apatií. Častá je ve stavu akutní intoxikace mimo jiné podezřívavost až paranoidní představy, pocit zpomaleného času a rychlého toku vlastních myšlenek. Jedinec má prodloužený reakční čas, zhoršuje se jeho pozornost i úsudek. Prožitek intoxikace se mění v čase: při prvních intoxikacích nebývá prožíván euforický raus, namísto subjektivně příjemných účinků zaznamenávají prvouživatelé většinou jen různé tělesné příznaky (Kalina et al., 2008; Miovský et al., 2008).

Nepříznivé reakce na akutní intoxikaci (negativní prožitky) se objevují většinou při vyšších dávkách. Alespoň mírnou dysforii zažili v intoxikaci téměř všichni, ale četnost výskytu komplikací vztahená k počtu nekomplikovaných užití je relativně nízká – nepříjemné prožitky jsou výjimečné a zkušenost uživatelé dokážou účinky drogy vědomě potlačit, a to včetně nepříjemných. Typy nepříznivých reakcí v akutní intoxikaci, které se vyskytují nejčastěji, jsou následující: tělesná bezvládnost, delirantní stavy, úzkostné až panické stavy, depresivní reakce, psychotické reakce.

Subkultura uživatelů konopných drog si pro tento typ akutních psychických komplikací zavedla název „bad trip“, přesněji převzala tento pojem ze zkušeností s komplikacemi s užíváním halucinogenů. Pojmem „bad trip“ se v širším slova smyslu označuje jakákoli psychická komplikace akutní intoxikace konopnými drogami, která je uživatelem (někdy okolím uživatele) prožívána nepříjemně a jejíž základní znaky a příznaky jsou odlišné od uživatelem očekávaného efektu (Kalina et al., 2008; Miovský et al., 2008).

Léčba akutní intoxikace: U těžších intoxikací je třeba neprodleně volat lékaře, důležité je zajistit vitální funkce (dýchání, krevní oběh) a také bezpečnost intoxikované osoby, která může např. pod vlivem konopí v kombinaci s pervitinem nebo halucinogenní drogou jednat nebezpečně. V lehčích a středních případech akutní intoxikace lze zvládnout situaci bez pomoci lékaře.

Škodlivé užívání (F1x.1)

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. získaná astma, úraz způsobený pod vlivem látky) nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo tělesného zdraví uživatele. Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. Skutečnost, že nesouhlas druhých lidí a kulturně podmíněné postoje ke způsobu užívání nebo k určité látce mohou vést k sociálně negativním důsledkům, jako je zatčení nebo manželské spory, není sama o sobě důkazem škodlivého užívání. Akutní intoxikace

nebo „kocovina“ nejsou samy o sobě dostatečným důkazem poškození zdraví, které se vyžaduje pro kódování škodlivého užívání. Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti nebo psychotická porucha, nebo jiné specifické poruchy vyplývající z požívání drog nebo alkoholu (WHO, 2013).

Léčba škodlivého užívání: Vhodná je některá z technik časné a krátké intervence, k nimž patří doporučení přestat zneužívat návykovou látku, předání svépomocné příručky, spolupráce s rodinou, posilování motivace (podrobněji viz dále), sebemonitorování (zaznamenávání si výskytu návykového chování nebo bažení – v jakém čase a v jaké situaci k nim došlo, co se osvědčilo při jejich zvládnutí), krizová pomoc na lince důvěry (klientovi je třeba příslušné zařízení doporučit a poskytnout mu i jeho telefonní číslo) a dlouhodobé sledování.

Syndrom závislosti (Fx.2)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (WHO, 2013) se uvádí, že „... užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látku (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky,
- c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Syndrom závislosti má podobu psychické, respektive spíše psychologické závislosti. Tolerance se vyvíjí spíše jako adaptační mechanismus CNS, než jako urychlení metabolismu, proto ani při pravidelném dlouhodobém užívání většinou nedochází k výraznému zvyšování dávek.

Léčba závislosti: Bývá časově i terapeuticky náročnější než léčba škodlivého užívání. Většinou se při ní využívá více postupů zároveň (např. Nešpor & Csémy, 1996; Nešpor, 2000).

Odvýkací stav (F1x.3)

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle dlouhodobém) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav u konopných látek se vyskytuje výjimečně (vzhledem k velmi pomalému vylučování kanabinoidů). Projevuje se psychomotorickým neklidem, podrážděností, cravingem, nervozitou, úzkostí, depresivní rozladou, bolestmi hlavy, nespavostí, náladovostí, třesem, nevolností, pocením, stav paniky.

Nevyžaduje většinou léčbu, pokud nedojde ke komplikacím. Během několika dní dochází ke spontánní úpravě stavu, v mírné podobě však uvedené příznaky mohou přetrvávat několik týdnů. Vylučování THC z organismu trvá velmi dlouho, biologický poločas je 30 hodin. Účinná látka, respektive její metabolity, jsou poměrně dlouho detekovatelné v moči, při pravidelném intenzivním užívání až několik týdnů od posledního užití (WHO, 2013).

Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy, kód F1x.5)

Je to porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi, typicky sluchovými (časté jsou halucinace více smyslů), záměnou osob, bludy (často paranoidními nebo perzekučními) anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor) a abnormálními emocemi (od intenzivního strachu až k extázi). Vědomí je většinou jasné, nicméně někdy se může projevit i určitý stupeň poruchy vědomí, který se však nevyvine v těžkou zmatenost. Psychotická porucha zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárliivost, alkoholickou paranoiu a tzv. toxické psychózy po pervitinu, konopí nebo halucinogenech (WHO, 2013).

Léčba toxických psychóz vyžaduje většinou vhodnou farmakoterapii a lékařskou péči. Někdy se mylně zaměřuje toxická psychóza a intoxikace pervitinem, konopím nebo halucinogeny. Aby se diagnostikovala psychotická porucha vyvolaná návykovými látkami, musí stav trvat nejméně 48 hodin. Na druhé straně by měla psychotická porucha po návykových látkách při abstinenci částečně vymizet nejpozději do jednoho měsíce a plně do šesti měsíců. Pokud by se tak nestalo, jednalo by se nejspíše o jinou duševní poruchu (např. schizofrenii), jejíž propuknutí mohlo být návykovými látkami spoluzapříčiněno (Nešpor, 2000).

S užíváním kanabinoidů také souvisí další nozologické jednotky, o kterých se zde pouze heslovitě zmiňujeme a které splňují charakteristiky psychózy. Konkrétně se jedná o:

- ✗ psychotickou poruchu s pozdním začátkem – má vleklý průběh, začíná po delší době od posledního požití (2–6 týdnů) a příznaky tedy nejsou závislé na přítomnosti kanabinoidů v organismu,
- ✗ „kanabisové psychózy“¹ – psychotické komplikace, které nesouvisí s vlastní akutní intoxikací,
- ✗ funkční psychózy schizofrenního okruhu.

1 psychózy asociované s konopnou látkou

Třetí sezení

Cíl: Monitorovat užívání konopných látek pomocí evidence v tabulce užívání konopí (Příloha 4)

Evidence užívání konopí slouží klientovi k lepšímu přehledu o jeho užívání kanabinoidů (Příloha 4). Získá tak přehled o frekvenci užívání, užívaném množství a dalších aspektech, které s užíváním souvisí. Cílem je, aby klient sám získal přehled o situacích, ve kterých má potřebu kanabinoidy užívat. Zapsané situace dávají klientovi zpětnou vazbu také o tom, z jakého důvodu se mu jeho záměr omezit nebo přestat s užíváním nedaří apod.

Pokud by měl klient zájem své užívání řešit další spoluprací s pracovníkem, jedná se o dobrou pomůcku v následné terapeutické práci.

Pokud klient směřuje ke kontrolovanému užívání, tabulka může sloužit jako přehled, kdy užil, a tedy udržet užívání pod jeho kontrolou.

Kroky: Připravit kopii tabulky užívání konopných látek a vysvětlit klientovi princip jejího vyplnění. Klient si tabulku s návodem na vyplnění s sebou odnáší domů a den po dni mapuje své užívání. Předtím pracovník klientovi vysvětlí, jak s tabulkou pracovat:

DEN/DATUM – první datum vepište ten den, kdy budete tabulku vyplňovat.

MNOŽSTVÍ – jaké množství THC jste užil/a (1, 2 atd.).

VE KTEROU DENNÍ DOBU – zde napište, kdy v průběhu celého dne jste užil/a.

KDE JSEM BYL/A)/S KÝM JSEM BYL/A – zkuste se zamyslet a vzpomenout si na to, kdo byl u Vás, když jste užil/a a kde jste se v dané chvíli užití nacházel/a.

DŮVOD UŽITÍ THC (PARTA, STRES ATD.) – zamyslete se nad tím, co Vás dovedlo k tomu, že jste se nakonec rozhodl/a užít, které faktory to mohly být, které ovlivnily Vaše užití.

KOLIK JSEM UTRATIL ZA THC – uveďte finanční obnos, který jste vložil/a do toho, abyste si obstaral/a konopí.

DRŽEL JSEM SE SVÉHO CÍLE, NEBO NE – když jste přemýšlel/a nad tím, zda užít či nikoliv, nakolik jste si byl/a vědom/a svého cíle, na kterém pracujete?

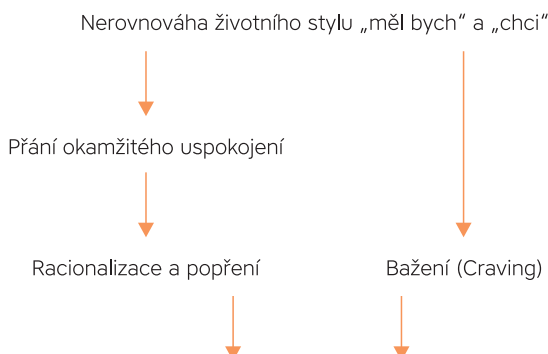
POKUD ANO, CO MI V TOM POMOHLA – vypište, které okolnosti Vám pomohly v tom, abyste se držel/a svého rozhodnutí neužívat.

POKUD NE, PROČ JSEM PŘEKROČIL/A SVŮJ LIMIT – vypište, které okolnosti hrály roli v tom, že jste porušil/a své rozhodnutí neužívat.

Cíl: Obeznámit klienta se situacemi, které mohou vést k užití konopí

Existují situace, které se mohou výrazně podílet na tom, zda klient užije konopí či nikoliv. Správné rozpoznání těchto situací pak může napomoci vyhnout se okolnostem, při kterých by mohlo dojít ke zvýšenému riziku „uklouznutí“ a znovu užití konopných drog.

Riziko *lapsu* (jednorázové užití konopných drog – „uklouznutí“) nebo *relapsu* (návrat k opětovnému užívání) má svoji dynamiku vývoje. Vystavení se rizikové situaci předchází několik faktorů. Mezi tyto faktory patří nerovnováha životního stylu, což je rozpor mezi tím, „co bych měl“ a „co chci“. Tento rozpor může následně vést k touze po okamžitém uspokojení potřeby. Nastává racionalizace či popření přání (např. „*do toho baru se jdu jen podívat*“), které vede následně k touze užít drogu nebo k přímému vystavení se rizikové situaci (např. „*v baru potkám známé, kteří kouří marihuanu*“) (Marlatt & Gordon, 1985).



(Marlatt a Gordon, 1985)

Typy rizikových situací mohou být následující:

- ✗ negativní emoční (duševní) stavy – příčiny intrapersonální (deprese, frustrace, úzkost, nuda, vztek), podílí se až na 35 % relapsů,
- ✗ interpersonální konflikty – jedná se o negativní konfliktní vztahy s partnery, přáteli a členy rodiny, konfrontace v zaměstnání a jinde (např. při jednání s úředníkem apod.); podílí se na 16 % relapsů,
- ✗ sociální tlak – může se jednat o setkání s drogovými známými, kteří nabízejí drogy, pobývání s blízkými osobami nebo skupinami (nebo v prostředí), kde se droga vyskytuje, případně kde prostředí vybízí k užití drogy; podílí se na relapsech 20 % (Marlatt & Gordon, 1985),
- ✗ pozitivní emocionální stavy – dobrá nálada, radost z nějaké situace,
- ✗ zkouška sebekontroly,

- ✗ přístup k penězům/drogám,
- ✗ negativní fyzické stavy – vyčerpanost, únava, fyzická bolest,
- ✗ další situace – jde např. o dlouhodobé bolesti, testování kontroly, stres z nadcházející situace (např. příchod do nového zaměstnání, zkouška ve škole) (Engelander, 2010).

Vysoce riziková situace je charakterizována jako situace, která ohrožuje klientův pocit kontroly nad abstinencí. Zvyšuje se tak riziko opětovného užívání (Wanigaratne et al., 1990). Pro úspěšnou abstinenci je dobré připravit si vlastní výčet nejvíce rizikových situací, které mohou nastat, a předem se připravit na jejich možné zvládnutí (Příloha 4).

Kroky: Poté, co je klient obeznámen s teorií VRS, vyzveme ho, aby zrekapituloval svůj uplynulý týden. Pobízíme ho k tomu, aby vyjmenoval, které z prožitých situací, které má za sebou, vnímá jako ty, které ho eventuálně můžou dovést k užití (osoby, časové hledisko, prostředí a citové rozpoložení).

Pracovník by neměl zapomínat na možnost, kdy klient ani po dvou sezeních není motivován k úplné abstinenci či se ještě definitivně nerozhodl a zvažuje, co dál. Tzn., že v takovém případě mohou VRS pro klienta nabývat pouze informační hodnotu.

Pracovník využije schéma z teoretické části, kde je znázorněn celý proces vzniku situace, kdy je klient ohrožen či má blízko k užití.

Cíl: Seznámit klienta s tím, jaké právní následky mohou nastat v případě pěstování, výroby či držení konopných drog nebo bude-li řídit pod vlivem THC. Předat informace např. o tom, kam by se měl klient obrátit v případě konfliktu se zákonem

Kroky: Formou pokládání otevřených otázek se klienta dotázat na okruhy související s legislativou a řešením případného konfliktu se zákonem

Jednotlivá témata, která předkládá pracovník klientovi v diskusi:

V této praktické části by měl pracovník s klientem probrat určité okruhy témat, která se týkají trestně právní problematiky související s konopnými drogami. Cílem je nastínit klientovi právní důsledky, které souvisejí s užíváním, výrobou a držením kanabinoidů, upozornit na rizika, možnosti jejich řešení a zároveň apelovat u klienta na zodpovědnost za jeho chování.

- 1. téma:** vymezení trestněprávní problematiky konopných drog – užívání, vývoz, dovoz, pěstování (kapitola 3.3).
- 2. téma:** vysvětlení rozdílu mezi přestupkem a trestným činem (Příloha 5), vyjmenování základních druhů přestupků a trestných činů spojených s užíváním kanabinoidů (kapitola 3.3). Popřípadě podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích v platném

znění, a zákona č. 400/2009 Sb., trestního zákoníku v platném znění, lze dohledat jednotlivé konkrétní sankce za spáchané přestupky a činy. Je vhodné upozornit klienta i na další typ dopravního přestupku podle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů – zákon o silničním provozu, který se zabývá řízením pod vlivem návykové látky či alkoholu (Příloha 5).

- 3. téma:** možnosti řešení již vzniklých konfliktů se zákonem. Pracovník zjišťuje klientovi zdroje, které by mu mohly pomoci jeho případný problém řešit. Informuje klienta o dalších zdrojích podle kapitoly 3.1. V závislosti na lokalitě, ve které klient bydlí, jej vybaví informacemi a kontakty na Probační a mediační službu ČR, kontaktní centrum pro uživatele drog, případně sociální kurátory či místní občanské poradny apod. Dále předává klientovi letáček s názvem „Když už užíváte konopné látky, je dobré vědět že...“, do kterého je možné zapsat zmíněné kontakty podle lokality (Příloha 5).

Čtvrté sezení

Cíl: Seznámit klienta s praktickým využitím harm reduction

Kroky: Pracovník s klientem projde několik zásadních návodů, jak pracovat s metodou harm reduction.

Jedním ze základních postupů, jak kontrolovaně užívat, je stanovení si určitých pravidel. Pro inspiraci na začátek může pracovník klientovi doporučit níže uvedená pravidla.

Příklad pravidel

1. Časové intervaly užívání – tzn. určit si den a hodinu, kdy bude chtít klient užívat.
2. Určení dávky v gramech tak, aby měl klient přehled o tom, kolik za den užívá, což může pomoci postupně denní dávky snižovat.
3. Finance – pracovník doporučí klientovi tvorbu rozpočtu souvisejícího s užíváním a klient si stanoví limit financí, které je schopen utrácet za nákup konopí.
4. Přemýšlení nad pozitivy kontrolovaného užívání – vždy si připomenout, že mi pomáhá snižovat toleranci, neutrácím za dávky již tolik peněz, jsem schopen zvládnout daleko více věcí, než když jsem užíval nekontrolovaně, a tím pádem mi taky droga vydrží delší čas (Engelander et al., 2010).
5. Pokud už užít konopí, tak nejlépe v prostředí, ve kterém se klient cítí bezpečně a příjemně.
6. Nenosit u sebe velké množství konopí.
7. Plánovat si aktivity dopředu – nehrozí tak, že se klient dostane do situace, ve které nemá co dělat.
8. Vyhybat se alkoholu – snižuje vůli a může způsobit zhoršení stavu při užití marihuany.
9. Ve špatném psychickém stavu je lepší si konopí odepřít (Dekontaminace, 2013).

Pokud hrozí, že by uživatel chtěl tato pravidla z jakýchkoli důvodů porušit, promluví si pracovník společně s klientem o tom, proč daná pravidla nefungují, co je překážkou v jejich dodržování, případně specifikují pravidla nová. Je třeba, aby klient nezapomněl na svou motivaci, pracovník klienta oceňuje, podporuje ho v jeho odhodlání.

Mám nárok se odměnit

Každý člověk se za dobře odvedenou práci rád odmění. Proto by měl pracovník klientovi zdůraznit, že i on má právo se za dodržování zásad kontrolovaného užívání odměnit, protože i v jeho případě je to dobře odvedená práce.

Odměny si klient stanoví sám, můžou být po delším čase nebo i po každém dni. Proces odměny slouží i z toho důvodu, že klient má možnost vidět, že je schopen ušetřit nějaké peníze. Podporuje jej to v motivaci, protože vidí výsledky pravidel, která si stanovil (Engelander et al., 2010).

V případech, že se klient ocitne v situaci, kdy by mohlo dojít k tomu, že některé pravidlo poruší, může využít některou z následujících rad:

1. Najít si činnost, u které vím, že mě jistě od nutkavého pocitu porušit stanovená pravidla odpoutá (viz níže rady, jak nakládat s volným časem).
2. Zavolat přátelům, partnerce/partnerovi, se kterými můžu probrat svoji situaci.
3. Někomu zavolat, aniž bych se zmiňoval o svém problému, a tím odvést pozornost.
4. Nepohybovat se v rizikovém prostředí, kde hrozí porušení stanovených pravidel (jak reagovat v rizikových situacích viz níže).
5. Jít do společnosti, kde mě podpoří a můžu ji brát jako útočiště (Nešpor, 2007).

Cíl: Minimalizace škod užívání u klienta

Kroky: Pracovník klientovi sdělí informaci týkající se minimalizace škod u užívání konopných drog (Engelander et al., 2010):

1. Obsah materiálu

- ✗ Přidáváním tabáku k marihuanovému materiálu se zvyšuje množství dehtu a karcinogenů, které jsou obsaženy v kouři.
- ✗ Když už přidáváte tabák, tak s nízkým obsahem nikotinu.
- ✗ Hlídejte si poměr tabák/marihuana (1 gram konopí na jednu cigaretu).

2. Užívání formou marihuanové cigarety

- ✗ Lepší kontrola konzumovaného množství.
- ✗ Bongy a dýmky škodí člověku nejvíce – při tomto způsobu aplikace dochází k intenzivnímu návalu kouře do plic, tím pádem se do plic dostává větší množství karcinogenů a dehtu.

3. Filtry

- ✗ Při použití cigaretového filtru snižujete množství THC o 60 %, abyste docílili stejného efektu jako při konzumaci bez filtru, museli byste vykouřit dva a půl krát víc konopí.
- ✗ Cigaretové filtry zvyšují poměr dehtu k THC.
- ✗ Improvizované filtry z papíru kouř nefiltrují, prodlužují pouze vzdálenost mezi hořícím koncem marihuanové cigarety a Vašimi rty, tímto filtrem minimalizujete pouze odpad materiálu.

- ✗ Používejte pouze obyčejný papír, snižuje se tak riziko působení karcinogenů a dehtu na rty.

4. Bongy a dýmky

- ✗ Pozitivum je to, že si můžete odměřit přesné množství dávky.
- ✗ Při inhalování nezadržujte dech (do těla a plic se dostává velké množství dehtu a karcinogenních látek).
- ✗ Inhalujte pomalu – neplatí, že čím rychleji inhalujete, tím větší množství THC se dostane do těla.
- ✗ Používejte bongy jen ze skleněného, keramického, nerezového či mosazného materiálu, snižujete riziko poškození plic. U jiných typů materiálů naopak riziko poškození plic zvyšujete.
- ✗ Udržujte náčiní v čistotě.

5. Užívání jiných látek

- ✗ Nekombinujte užívání konopí s jinými látkami či alkoholem.
- ✗ Zvyšuje se riziko intoxikace, které vede k nežádoucím účinkům (zmatenost až dezorientace, zvracení, výpadky paměti).

6. Vaporizéry

- ✗ Konopí se v nich pouze zahřívá, nedochází ke spalování.
- ✗ Škodlivé látky se zachycují ve vaporizéru, a tak se nedostávají do dýchacích cest.

7. Vyhněte se řízení motorových vozidel a řízení jakýchkoli strojů (viz nežádoucí účinky, kapitola 2)

8. Konzumace formou jídel a nápojů

- ✗ Aplikace perorální formou nezatěžuje plíce.
- ✗ Vyžaduje se větší množství konopí, aby účinky byly srovnatelné jako při inhalaci.
- ✗ Nástup intenzity je ve srovnání s inhalací pomalejší.

Cíl: Práce na abstinenci

Kroky: V průběhu intervence se klient mohl rozhodnout abstinovat. Již během intervence si měl možnost zmapovat s pracovníkem určité rizikové situace, ve kterých užívá konopí. V rámci posledního sezení má možnost tyto situace simulovat s pracovníkem. Jako vodítko lze využít těchto deset rad, které mohou sloužit jako předloha. Klient si může vybrat jednu z těchto možností a s pracovníkem si vypracovat strategii reakcí.

Klient by měl hledat svoje vlastní řešení těchto situací, pracovník by měl fungovat jen jako poradce a usměrňovat klientovy někdy „nerealistické“ návrhy.

Pracovník s klientem probere možnosti relaxace a aktivity, které může využít v situacích, kdy dojde k bažení po droze.

Deset důležitých rad, jak se vyhnout rizikovým situacím spojeným s užíváním (Novotný, 2012):

1. Rozpoznání nebezpečných situací, např.: koncert, telefon.
2. Vyhnout se rizikovému prostředí a společnosti.
3. Pokud mi někdo nabízí drogu, nereagovat na nabídku a jít pryč, nebo vysvětlit důvody, proč nechci (zdravotní důvody, prostě říci „Ne“).
4. Nabídnout jinou možnost aktivity („Pojďme dělat něco smysluplného“).
5. Odmítnutí a převedení řeči jinam („Nechci, co je u vás nového?“).
6. Odložit nabídku, a tak odmítnout.
7. Opakovat odmítnutí a být v této věci neústupný a vypadat velmi rozhodně.
8. Protiútok jako odmítnutí (kritika jednání druhého) („Starej se o sebe“).
9. Odmítnutí jednou provždy („Já už nekouřím“).
10. Odmítnutí jako pomoc („Nechci a ty toho taky nech, dokud je čas“).

Pokud se klient rozhodne po ukončení intervence pro abstinenci, můžeme mu nabídnout několik rad a doporučení, které napomáhají zvládat stavy bažení po droze, a postupy, jak těmto stavům předcházet (Nešpor, 2007):

1. Pomoc druhých – mít na koho se obrátit v situacích, kdy pocítuji chuť na drogu.
2. Bezpečné prostředí
 - ✗ Zlikvidovat všechny zásoby doma.
 - ✗ Vyhýbat se nebezpečnému prostředí, kde je konzumace drogy běžnou aktivitou.
 - ✗ Změna zaměstnání, pokud je stresující a zvyšuje bažení po droze.
3. Minimalizovat konzumaci jiných návykových látek ač legálních.
 - ✗ Jestliže je máme spojené s užíváním drogy.
 - ✗ Jejich nadměrná konzumace může navozovat nepříjemné stavy, jako je podrážděnost, nespavost a podobně, což může vyvolávat chutě na drogu.

4. Umění sebeovládání

- ✗ Umět identifikovat rizikové situace a mít připravené scénáře reakcí na ně.
- ✗ Práce s emocemi (smutek, radost, hněv, bažení) – v těchto situacích využít například relaxačních technik (jóga, hluboké dýchání).

Velmi důležité je, aby člověk nejednal zkratkovitě. Když se ocitne v nevhodných situacích, je lepší se několikrát nadechnout a vydechnout, jasně si danou situaci promyslet a pak teprve reagovat. Někdy může být právě zkratkovité chování krokem k lapsu – uklouznutí.

Cíl: Zhodnocení intervence a spolupráce

Kroky: Pracovník s klientem projde tyto tři základní body sloužící jako návod ke zhodnocení průběhu intervence a spolupráce (Engelander et al., 2010).

Pracovník samozřejmě může zhodnocení přizpůsobit podle sebe. V rámci zhodnocení klientovi nechává vyplnit evaluační dotazník, který slouží jako přímá zpětná vazba pro pracovníka. Dotazník je anonymní.

1. Co se změnilo v průběhu intervence, zhodnocení stavu klienta

Pracovník s klientem diskutuje o možných změnách, které během intervence u klienta nastaly. Mapují, z jakých důvodů přesně ke změnám došlo, anebo naopak, proč ke změnám nedošlo. Společně také hodnotí užívání konopí během intervence. Zajímá se o to, kam klient během intervence „došel“ (například jestli v užívání bude dál pokračovat, či se rozhodl pro abstinenci nebo kontrolované užívání atd.).

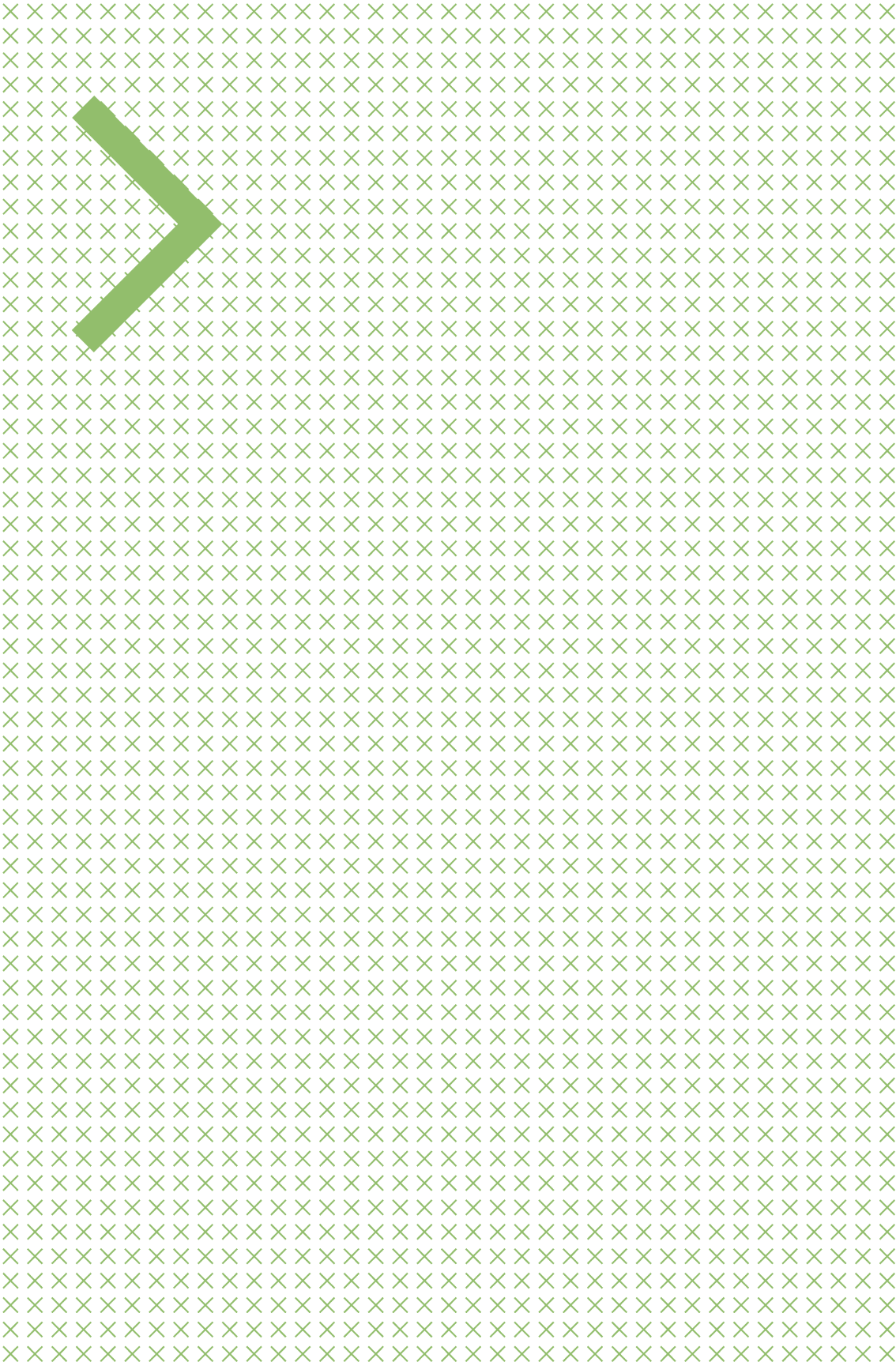
2. Rekapitulace a shrnutí předchozích sezení

V tomto bodě klient společně s pracovníkem rekapituluje všechna předchozí sezení. Pracovník by se měl zaměřit na dotazování, v čem byla jednotlivá sezení přínosná, jestli zazněly pro klienta zcela nové informace, nebo naopak. Pracovník se ptá klienta na to, co mu během předchozích sezení chybělo a nebylo dostatečně zdůrazněno.

3. Budoucí směřování klienta

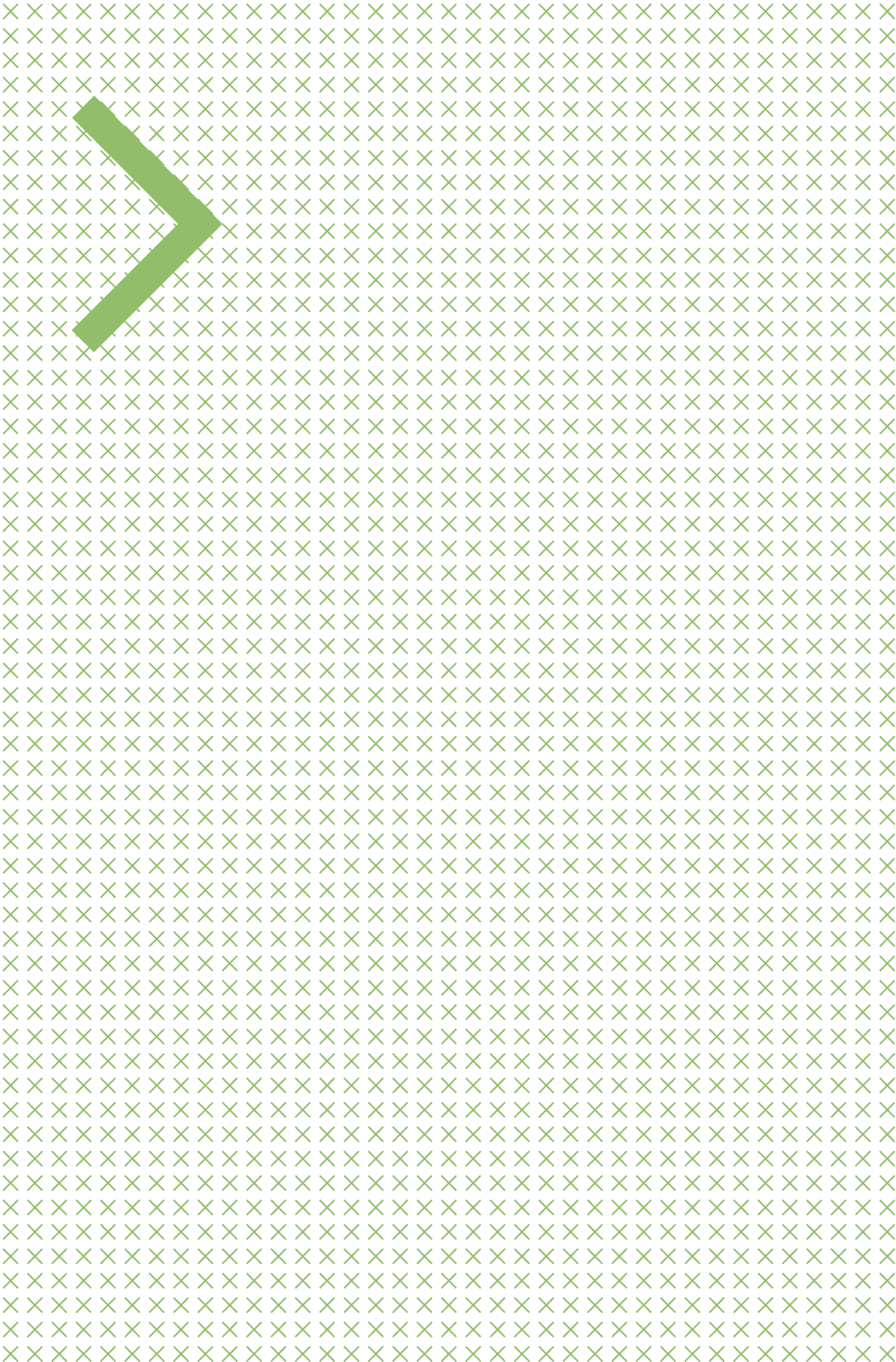
V posledním bodě zhodnocení se klient s pracovníkem zaměřují na budoucí směřování klienta. Diskutují možné cíle, které si klient po absolvování intervence stanovil. Pracovník klienta informuje o různých formách léčby, popřípadě o (ne)vhodnosti konkrétního typu léčby pro klienta.

Na konci sezení klient vyplňuje evaluační dotazník (Příloha 6), který zhodnocuje přínos sezení.



Shrnutí

Předložená publikace se skládá ze dvou částí. V úvodu publikace autoři popisují důvody a praktické využití publikace. Cílem publikace je představit možnost a postup práce s uživateli konopí v různých adiktologických službách, a poskytnout tak alternativu či doplnění ke stávající nabídce služeb a zároveň možnost rozšířit cílovou skupinu o tyto uživatele. S metodikou může pracovat pracovník v adiktologických službách. Je možné ji použít v nízkoprahových programech, ale například i v ambulantní léčbě. Vhodné je, pokud má pracovník výcvik v motivačních rozhovorech a také zná principy prevence relapsu. Publikaci tvoří teoretická a praktická část, každá obsahuje čtyři kapitoly. Teoretická část slouží především jako základ pro pracovníka, který zde může čerpat informace, které pak vhodným způsobem využívá při práci s klientem. Praktická část pak obsahuje popis náplně jednotlivých sezení s klientem.



Bibliografie

- Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J. C. (2010): Krátké intervence u škodlivého a rizikového pití. Manuál pro použití v primární péči. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Beck, F. & Legleye, S. (2008): Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA, (Ed.) A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II. EMCDDA: Luxembourg.
- Bien T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88 (3): 315–336.
- Dekontaminace (2013): Jak tolik nehulit. Praha: Sananim.
- Dobiášová, D., Broža, J. & Kalina, K. (2008): Poradenství a práce s motivací. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáček, J. (2008). Akutní psychické komplikace po užití konopných drog: bad trip. In Kalina K. et al. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáček, J., Mioviský, M. & Šulcová, A. (2008): Klinická a behaviorální úroveň pohledu na závislost. In *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Engelander, M., Lang, E., Lacy, R., & Cash, R. (2010): Efektivní regulace marihuany: Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí. 1. vydání v českém jazyce. Praha: Úřad vlády ČR.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (2012): Výroční zpráva za rok 2012, Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Fišar, Z., Jiráček, R., Bob, P., & Papežová, H. (2009): Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing.
- Freud, S. (1999). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1906–1909*. Praha: Jiří Kocourek.
- Gabrhelík, R., Kubů, P., Mioviský, M. & Zábranský, T. (2008): Vzorce užívání konopných drog a parafernálie. In *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Gabrhelík, R., Zábranský, T. & Mioviský, M. (2008): Modality konopných drog. In *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Grohmannová, K., Grolmusová, L. & Chomynová, P. (2001): *Zaostřeno na drogy 6/2011, (ročník devátý)*. Úřad vlády ČR.
- Hall W., & Degenhardt, L. (2004): Is there a specific “cannabis psychosis”? In Castle D., & Murray R. (Eds.), *Marijuana and Madness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, W., Solowij, N., & Lemon, J. (2010): Rozsah a závažnost negativních dopadů užívání konopí. In Engelander, M., Lang, E., Lacy, R., & Cash, R. *Efektivní regulace užívání marihuany*. Úřad vlády ČR.
- Horáček, J. (2008): Užívání konopných drog a problematika psychotických stavů a schizofrenie. In Mioviský et al. *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing.

- Inciardi, J. & Harrison, L. (2000): Harm reduction: National and International perspectives. California: Sage Publications.
- Jelínek, J. (1998): Poškozený v českém trestním řízení. Praha: Karolinum.
- Kabíček, P., Csémy, L., Sulek, Š. & Mizerová, L. (2010): Zaostřeno na drogy 3/2010 ročník 8. Úřad vlády ČR.
- Kalina K. (Eds.) (2003): Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup. 1. vyd. Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008): Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. In Kalina, K. et al. (2010): Základy klinické adiktologie. Praha, Grada Publishing.
- Kalina, K. (2008): Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.
- Kandel, D. B. & Chen, K. (2000): Types of marijuana users by longitudinal course. Journal of Studies on Alcohol 5 (3): 367–378
- Krmenčík, P. (2008): Farmakokinetika THC. In Miovský, M. et al. Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Krmenčík, P. (2008): Somatická rizika spojená s užíváním konopných drog In Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse Prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press.
- Mathers, D. C., Ghodse, A. H., Caan, A. W., & Scott, S. A. (1991). Cannabis use in a large sample of acute psychiatric admissions. British Journal of Addiction, 86 (6), 84–779.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2003): Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Miovská, L. & Miovský, M. (2006): Kognitivní deficity způsobené užíváním konopných drog. In Neuropsychologie v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Miovská, L., Vacek, J. & Gabrhelík, R. (2008). Uživatelé konopných drog. In: Miovský, M. et al. Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium. Praha: Grada Publishing.
- Mioviský, M. & Bartošíková, I. (2003): Možnosti a meze psychoterapie v léčbě. In Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mioviský, M. (1998): Cannabis: Nejvýznamnější predátory úspěšnosti (resp. neúspěšnosti) léčby z hlediska systematické psychoterapie uživatelů cannabis. Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně.
- Mioviský, M., Blaha, T., Dědičová, M., Dvořáček, J., Gabrhelík, R., Gabrielová, H., Gajdošíková, H., Hanuš, L., Horáček, J., Krmenčík, P., Kubů, P., Mioviská, L., Neradová, A., Nerad, J., Radimecký, J., Ruman, M., Sivek, V., Šejvl, J., Šulcová, A., Vacek, J., Vopravil, J., Vorel, F., Záborský, T. (2008): Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- Mioviský, M. & Urbánek, T. (2001): NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy. Boskovice: Nakladatelství Albert.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2011): Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády ČR.

- Nešpor, K. et al. (2011). Jak překonat hazard. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1995). Alkohol, drogy a vaše dítě. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum.
- Nešpor, K. (2000): Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky In Kalina, K. Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. 1. vyd. Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál.
- Newcombe, R. & Woods, R. (1999): How risky is ecstasy? A Model for Assessing and Comparing the Mortality Risk of Ecstasy Use, Dance Parties and Related Activities. Working paper for students: 3D Research Bureau. Liverpool: John Moores University.
- Riley, D. & O'hare, P. (2000): Harm Reduction: History, Definition and Practice. In Harm Reduction: National and International Perspectives. Thousand Oaks=London=New Delhi:Sage Publications, Inc.
- Rinder, I. D. (1978): The effects of marijuana: a social psychological interpretation. Psychiatry, 41 (2): 202–206.
- Rolfe, M., Tang, C. M., Sabally, S., Todd, J. E., Sam, E. B.; Hatib N'Jie, A. B. (1993). Psychosis and cannabis abuse in The Gambia: A case-control study. British Journal of Psychiatry, 163: 798–801.
- Simon, R. (1997): Estimating Prevalence using the Case-finding method:an overview. Lisbon. EMCDDA.
- Simons, J., Correia, C. J. & Carey, K. B. (2000). A comparasion of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. Addictive Behaviors.
- Šulcová, A. (2008). Farmakodynamika kanabinoidů. In Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. 1 vyd. Praha: Grada Publishing.
- Vacek, J. (2008). Prožitek akutní intoxikace. In Miovský, M. et al., Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium. Praha: Grada Publishing.
- Vacek, J. (2004). Klasifikace prožitku akutní intoxikace konopnými drogami: klinické souvislosti s drogovou kariérou. Adiktologie, 4, (4): 526–542.
- Vacek, J. (2003). Prožitek akutní intoxikace konopnými drogami. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Wanigarante, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F & Farmer, R. (1990). Relapse Prevention for Addictive Behaviours: A Manual for Therapists. Oxford: Blackwell.
- WHO (2011). MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2011): desátá revize. – 2. aktualizované vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- WHO (2013). MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2013): desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Zábranský, T. & Hanuš L. O. (2008): Současné perspektivy medicínského a hospodářského využití konopí. In Miovský et al.: Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. Praha: Grada Publishing.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění.

Zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě, v platném znění.

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů – zákon o silničním provozu, v platném znění.

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění.

Zeman, P., Gajdošíková, H. (2010). Zaostřeno na drogy 1/2010, roč. 8. Praha: Úřad vlády ČR.

Elektronické zdroje

European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction, EMCDDA [online cit. 8. 11. 2012]. Dostupné z <http://www.emcdda.europa.eu/>

Hum London [online cit. 11. 19. 2012]

Dostupné z <http://www.humlondon.org.uk/resources/free-treatment-tools-and-work-books>

Fries, B. Je cannabis neškodná droga? [online]. Adobe system, 2003 [cit. 11. 19. 2012]. Dostupné z http://www.rekninedrogam.cz/sbornik_cannabis.pdf

Harm Reduction International. Co je "harm reduction"? [online]. c2012, [cit. 11.19. 2012]. Dostupné z <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/BriefingWhatisHR%28czech%29amended2.pdf>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR. Drogy info [online]. Datum publikování 23. 4. 2003, Datum poslední revize 14. 10. 2010 [cit. 11. 12. 2012]. Dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/ambulantni_lecba

Novotný, M. Závislost na alkoholu: KBT přístupy [online]. Adobe system, [cit. 19. 11. 2012]. Dostupné z http://www.kbt-odyssea.cz/storage/vycviky/Vycvik%202007%20-%202012/10%20setkani/zavislost_na_alkoholu_k_tisku.pdf

Genetic Science Learnig center. Mouse party [Mp4 program] c2006 [citováno 19. 11. 2012]. Dostupné z <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/drugs/mouse.html>

Klinika adiktologie, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, Univerzita Karlova v Praze. Léčba a následná péče, Online krátká intervence pro uživatele návykových látek [online cit. 28. 11. 2012]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1836/Online-kratka-intervence-pro-uzivatele-navykovych-latek>

Klinika adiktologie, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, Univerzita Karlova v Praze. Léčba a následná péče, Krátká intervence pro problémové uživatele alkoholu [online cit. 19. 10. 2012]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1392/Kratka-intervence-pro-problemove-uzivatele-alkoholu>

Krátké intervence [online cit. 19. 10. 2012]. Dostupné z <http://kratkeintervence.cz/>

- Sdružení Podané ruce, o. s. Programy, [online cit. 29. 10. 2012]. Dostupné z <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/>
- Sdružení Podané ruce, o. s. O Sdružení, Výroční zprávy, [online cit. 29. 10. 2012]. Dostupné z <http://www.podaneruce.cz/informace-o-sdruzeni/vyrocní-zpravy/>
- Probační a mediační služba ČR [online cit. 21. 11. 2012]. Dostupné z https://www.pmscr.cz/images/clanky/PMS_letak_MLADEZ_cz.pdf
- Právní poradna A. N. O. [online] [cit. 22. 11. 2012]. Dostupné z <http://www.asociace.org/pravni-poradna-webova-poradna.php?id=4687>
- Právní poradna A. N. O. [online] [cit. 23. 11. 2012]. Dostupné z <http://www.asociace.org/pravni-poradna-webova-poradna.php?id=4529>
- Drogová poradna Sananim [online] [cit. 23. 11. 2012]. Dostupné z <http://www.drogo-vaporadna.cz/dotazy/21799/indikace-thc-ze-slin.html>



Příloha 1

Zásady praktického vedení motivačního tréninku (Miller & Rollnick, 2003; Kalina et al., 2008) a explorativního rozhovoru

Zásady motivačního rozhovoru

- 1. Vyjádření empatie** – schopnost dát klientovi najevo, že mu rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co dělá a říká, souhlasit. Ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta.
- 2. Vytváření rozporu** – pracovník pracuje se zesilováním rozporu, který klient ne/pocitčuje mezi svým chováním a osobními cíli nebo představami o sobě. Rozpor vzniká při mapování následků chování, které klient v konfrontaci s pracovníkem rozebírá. Uvědomuje si svoje důvody ke změně.
- 3. Vyhýbání se sporu** – spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace, a proto je dobré se jim vyhnout. Spor s klientem může mít řadu podob (klient se s terapeutem hádá, přerušuje ho, popírá, odmítá apod.). Také „nálepkování“ se může stát zdrojem odporu nebo konfliktu mezi terapeutem a klientem. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku („alkoholik“, „problém“, „feták“).
- 4. Práce s odporem** – snížení klientova odporu je nejdůležitějším smyslem motivačních rozhovorů. Odpor může vzniknout na základě vnucené léčby nebo například kvůli negativním zkušenostem z předchozích terapií. Odpor může být také vyjádřením nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny, a zaměřením terapie. Namísto konfrontace se využívá dovedností vedení konstruktivního rozhovoru (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování, potvrzování, rekapitulace a přerámování). Odpor má i pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm uložena. Je důležité s ním pracovat.
- 5. Podpora sebedůvěry** – abychom pomohli člověku, který očekává změnu chování spojeného s užíváním drog a cítí tíhu odpovědnosti za rozhodnutí změnu uskutečnit, je naším úkolem dodat klientovi sebedůvěru a zvýšit vědomí vlastních schopností pro dosažení výsledku. Vždy je důležité věnovat hodně pozornosti drobným krokům a detailům (význam drobných dovedností), ze kterých se skládá výsledek.

Strategie motivačního rozhovoru

V motivačním rozhovoru můžeme použít následující strategie, které je možné využívat podle stadia, ve kterém se klient nachází (Kalina et al., 2008).

- ✗ *Probírání typického dne nebo sezení* – může poskytnout informace o míře klientovy motivace, poskytuje podklad pro diagnostické posouzení užívání drog a umožňuje odhadnout možnosti reálné změny v ambulantních podmínkách.
- ✗ *Dobré a méně dobré při užívání drog* – při klientově zhodnocení pro a proti užívání získáme představu o stadiu změny klienta a stupni jeho ambivalence. Pracovník by označení problematických a méně dobrých věcí měl nechat na klientovi. Jeho úkolem je pomoci rozpoznávat a zesilovat moment rozhodování, poskytovat nástroje pro hodnocení (aby klient mohl nejen sám sebe slyšet, ale i určité věci vidět, dělat).
- ✗ *Poskytování informací* – zpětná vazba (feedback), vyžádaná anebo vhodně načatá informace či rada se mohou stát těžištěm poradenství. Je věcí tréninku a dovedností, stejně jako zkušenosti, jestli způsob poskytování informací bude vhodně volenou intervencí, anebo konfrontační formou vyvolá odpor. Jednou z pastí v rámci výkonu pomáhajících profesí je udílení rad z pozice experta, což klienta staví do pasivního či obranného postoje. Důležité je zajímat se o dopad poskytnuté informace (k čemu je klientovi dobrá rada a jak s ní naloží). Je na klientovi, zda využije to, co jsme mu nabídli.
- ✗ *Probírání problémů* – účelem této strategie je posunout klienta k cíli motivačního tréninku tak, že s ním probereme příčiny jeho problémů a zjistíme, zda je ve stadiu, kdy vidí v souvislosti s užíváním nějaký problém. Důležité je nechat klientovi čas a prostor, aby mohl projít rozhodovacím procesem.

Dovednosti motivačního rozhovoru

Dovednosti a techniky, které se při motivační práci s klientem využívají, shrnuje akronym OARSS (Miller & Rollnick, 2003):

O (open questions) – používání otevřených otázek, kterými motivujeme klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech.

A (affirming) – potvrzování kladných postojů, při kterém klienta oceňujeme a projevujeme uznání. Terapeut se snaží být autentický a upřímný.

R (reflecting) – reflektující naslouchání, které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává.

S (summarising) – schopnost/dovednost průběžně shrnout to, co klient popisoval.

S (self-motivation) – pracovník vytváří prostor pro sebemotivující prohlášení klienta a měl by si všimnout všech sebemotivujících projevů. Na konci sezení by je měl zdůraznit.

Příloha 2

Dotazník CAST

Datum:

Kód klienta:

Pohlaví:

Věk:

Dotazník CAST

Užívání konopí může mít vliv na Vaše zdraví. Dotazník má za cíl zmapovat rizikové chování v souvislosti s užíváním konopných drog v posledních 12 měsících.

Instrukce:

U každé otázky označte křížkem jednu možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi.

Otázky:

1. Užil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš před polednem?
ANO ☐ NE ☐
2. Užil/a jste někdy marihuanu nebo hašiš, když jste byl/a sám/sama?
ANO ☐ NE ☐
3. Měl/a jste problémy s pamětí, které podle Vás mohly souviset s užíváním marihuany nebo hašiše?
ANO ☐ NE ☐
4. Řekli Vám někdy Vaši přátelé nebo rodinní příslušníci, že byste měl/a omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš?
ANO ☐ NE ☐
5. Zkusil/a jste omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš, ale nepodařilo se Vám to?
ANO ☐ NE ☐
6. Měl/a jste kvůli svému užívání marihuany nebo hašiše někdy problémy (např. hádka, rvačka, nehoda, špatné výsledky ve škole)?
ANO ☐ NE ☐

Příloha 3

Postava



Příloha 4

Tabulka evidence užívání konopí

Den	Množ- ství	Denní doba	Kde a s kým?	Dů- vod užití	Útrata za THC	Držel jsem se svého cíle?	ANO, co mi v tom pomohlo?	NE, proč jsem překročil svůj limit?
Po								
Út								
St								
Čt								
Pá								
So								
Ne								

Návod pro práci s tabulkou:

DEN/DATUM – první datum vepište ten den, kdy začnete tabulku vyplňovat.

MNOŽSTVÍ – jaké množství THC jste užil/a (1, 2 atd.).

VE KTEROU DENNÍ DOBU – zde napište, kdy v průběhu celého dne jste užil/a.

KDE JSEM BYL(A)/S KÝM JSEM BYL(A) – zkuste se zamyslet a vzpomenout si na to, kdo byl u Vás, když jste užil (a) a kde jste se v dané chvíli užití nacházel/a.

DŮVOD UŽITÍ THC (PARTA, STRES ATD.) – zamyslete se nad tím, co Vás dovedlo k tomu, že jste se nakonec rozhodl/a užít, které faktory to mohly být.

KOLIK JSEM UTRATIL/A ZA THC – uveďte finanční obnos, který jste vložil/a do toho, abyste si obstaral/a konopí.

DRŽEL/A JSEM SE SVÉHO CÍLE, NEBO NE – když jste přemýšlel/a nad tím, zda užít či nikoliv, nakolik jste si byl/a vědom/a svého cíle, na kterém pracujete?

POKUD ANO, CO MI V TOM POMOHLA – vypište, které okolnosti Vám pomohly v tom, abyste se držel/a svého rozhodnutí neužívat.

POKUD NE, PROČ JSEM PŘEKROČIL/A SVŮJ LIMIT – vypište, které okolnosti Vám pomohly v tom, abyste porušil/a své rozhodnutí neužívat.

Příloha 5

Letáček pro uživatele – „Když už užíváte konopné látky, je také dobré vědět že...”

„Když už užíváte konopné látky, je také dobré vědět, že...”

- ✗ Žádné pěstování, držení ani další způsoby nakládání (prodej, bezplatné předávání) s konopnými drogami není u nás povoleno.
- ✗ Malé množství držení pro vlastní potřebu je považováno za přestupek. Držení většího množství (zákon říká „množství větší než malé“) je považováno za trestný čin. Rozhodnutí o tom, co je a není přestupek či trestný čin související s držením konopí pro vlastní potřebu, určuje v jednotlivých individuálních případech správný orgán nebo soud.
- ✗ Dalším souvisejícím typem přestupků jsou přestupky dopravní podle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů – zákon o silničním provozu (např. nepodrobení se výzvy policisty ke zjištění, zda je řidič ovlivněn návykovou látkou nebo alkoholem, řízení vozidla bezprostředně po požití alkoholického nápoje nebo jiné návykové látky. V případě, že se řidič uvede do takového stavu, který vylučuje způsobilost řídit motorové vozidlo, hrozí mu trestní stíhání pro trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky. V této souvislosti bývá diskutována otázka pozitivivity slinného testu, kterým hlídka policie při silniční kontrole zjišťuje u řidiče, zda není pod vlivem návykové látky, a tzv. aktivních či neaktivních metabolitů THC (Sananim – Drogová poradna, 2012). Vzhledem k tomu, že se THC ukládá v lidském organismu delší dobu, slinný test může detekovat i ty metabolity THC, které znamenají, že uživatel THC látku užil např. před několika dny a aktuálně pod vlivem THC není. Je pak na laboratoři, aby při následných krevních testech nezjišťovala pouze množství metabolitů, ale zaměřila se především na přítomnost metabolitů aktivních, které prokazují to, zda řidič řídil pod vlivem návykové látky, či nikoliv (Právní poradna A. N. O., 2012).
- ✗ Přechovávání pro jiného, výroba, prodání nebo darování konopných drog jiné osobě je trestně stíhatelné (§ 283 trestního zákoníku).
- ✗ Svádění, přemlouvání, navádění, podporování někoho jiného může být trestně stíhatelné jako šíření toxikomanie (§ 287 trestního zákoníku).

Přestupek vs. trestný čin

Charakteristika přestupku

- ✕ Přestupek je zjednodušeně řečeno takové nedovolené jednání, jehož znaky jsou vyjmenovány v přestupkovém zákoně (nebo v jiných zákonech a je jako přestupek označeno), ale které není ještě tak závažné, aby jej bylo nutné stíhat podle trestního zákona.
- ✕ Čin, který je posouzen podle přestupkového zákona jako přestupek, je trestán nejčastěji pokutou v blokovém, příkazním nebo řádném přestupkovém řízení. Další formou sankce může být např. napomenutí, propadnutí věci atd. Blokovou pokutu uděluje příslušník policie přímo na místě činu, řádné přestupkové řízení je projednáváno před přestupkovou komisí úřadu obce s rozšířenou působností po sdělení podezření ze spáchání přestupku.

Charakteristika trestného činu

- ✕ Trestný čin je jednání oproti přestupku závažnější. Znaky tohoto jednání jsou vymezeny v trestním zákoníku. V případě podezření, že spáchaný skutek může být trestný čin, vše začíná policejním vyšetřováním a případným sdělením obvinění (formou usnesení o zahájení trestního stíhání). Po uzavření spisu státní zástupce vypracovává obžalobu, zasílá ji soudu a řízení následně pokračuje před soudem vydáním trestního příkazu nebo nařízením hlavního líčení.
- ✕ Za spáchaný čin může být udělena sankce v podobě peněžitého trestu, zákazu pobytu, zákazu činnosti, obecně prospěšných prací či trestu odnětí svobody s případným podmíněným odkladem na stanovenou zkušební dobu. Kromě těchto sankcí, může soud též rozhodnout o povinnosti podrobit se protitoxikomanickému léčení. Zejména u dosud netrestaných osob připadá v úvahu i podmíněné zastavení trestního stíhání, jehož podmínkou je zejména tzv. kvalifikované doznání a projev účinné lítosti.
- ✕ Odsouzení za trestný čin může mít další následek v podobě zápisu v Rejstříku trestů. Zápis bude v případě podmíněného odsouzení v Rejstříku veden po dobu, než soud vydá rozhodnutí o osvědčení se, v případě nepodmíněného trestu bude záznam v Rejstříku déle (délka závisí na délce nepodmíněného trestu) a o výmaz je nutné požádat soud. Žádat o výmaz z Rejstříku trestů je nutné také u např. u peněžitých trestů atd. U trestu obecně prospěšných prací se trest zhlazuje automaticky po jejich vykonání. Konkrétní výčet druhů přestupků a trestných činů v souvislosti s užíváním návykových látek je uveden v kapitole 3.1.

Čím dřív začnete konflikt se zákonem řešit, tím lépe!

V případě potíží se můžete obrátit a problém řešit s:

- ✕ Pracovníky Probační a mediační služby ČR – pomohou Vám orientovat se v řízení a řešit celou záležitost. Probační služba je ve větších městech, kontakt je možné sehnat na internetu (www.pmscr.cz), u policie či u pracovníků kontaktních center nebo kurátorů.

Kontakt na Probační a mediační službu ve Vašem regionu

.....

- ✕ Pracovníky kontaktních center – poskytnou Vám základní právní poradenství, asistenční službu a podporu při jednání s probační službou, policií atp.

Kontakt na kontaktní centra ve Vašem regionu

.....

- ✕ Právní poradnou A. N. O. – telefonicky či e-mailem je možné se spojit s právníkem poradny, který Vám poskytne bezplatně právní informace nebo konkrétní právní službu. Kontakt je: Právní poradna A. N. O., Koněvova 95, 130 00 Praha 3 Žižkov, tel.: 222 582 932, 736 760 701, e-mail: ppano@asociace.org

Kontakt na další službu poskytující sociálně-právní poradenství v místě Vašeho bydliště

.....

Příloha 6

Evaluační dotazník

Smyslem tohoto dotazníku je zhodnotit sezení krátké intervence, která jste absolvovali.

Prosím, odpovězte na otázky co nejpřímněji. Vaše hodnocení nám pomůže vylepšit poskytované služby.

Odpovědi na své otázky zakroužkujte.

1. Jak celkově hodnotíte program?

neužitečný 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 velmi užitečný

2. Která sezení byla podle Vás nejužitečnější (nejvíce se Vám líbila)?

Úvod	Vyplnění a výsledky dotazníku CAST	Zdravotní důsledky
Spouštěče	Práce s rizikovými situacemi	Ovládání bažení
Trestněprávní problematika	Sebemonitoring	Zdravotní důsledky
jiné.		

3. Která sezení byla podle Vás nejméně užitečná?

Úvod	Vyplnění a výsledky dotazníku CAST	Zdravotní důsledky
Spouštěče	Práce s rizikovými situacemi	Ovládání bažení
Trestně-právní problematika	Sebemonitoring	Zdravotní důsledky
jiné.		

4. Které stránky programu byly podle Vás nejužitečnější?

Znalosti terapeutů	Struktura sezení	Získání vědomostí
Pracovní listy	Nácvik dovedností	
Něco jiného.		

5. Pomohla Vám sezení s užíváním návykových látek?

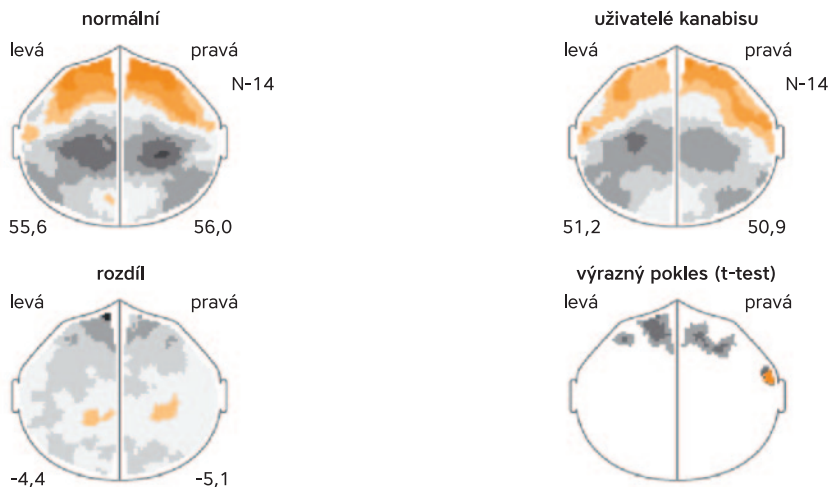
nepomohla 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 velmi pomohla

6. Zde je prostor pro cokoli, co byste nám chtěli sdělit a na co jsme se nezeptali.

Děkujeme za vyplnění dotazníku a účast v programu.

Příloha 7

Krevní průtok



Lundqvist et al. (2001) měřili úroveň krevního toku u 14 chronických uživatelů kanabisu po skončení užívání (v průměru 1,6 dne).

Schéma vlevo znázorňuje kontrolní skupinu a schéma vpravo uživatele kanabisu, obě v klidovém stavu (bez přemýšlení). Čísla představují průměr, oranžová barva znázorňuje zvýšení a šedá barva snížení krevního toku.

Normální subjekty mají ve frontálních oblastech více oranžové barvy. Rozdíl v úrovni krevního toku mezi normálními subjekty a uživateli kanabisu je znázorněn vlevo dole. Na obou stranách je patrné snížení krevního toku. Vpravo vidíte výrazný pokles v oblastech odpovídajících za exekutivní funkce, tj. řešení problémů a rozhodování. Výsledky ukazují výrazně (-9,5 %) nižší hodnoty a výrazně nižší frontální hodnoty u uživatelů kanabisu oproti normálním subjektům. Z výsledků vyplývá, že funkčnost čelních laloků je ovlivněna dlouhodobým užíváním kanabisu (Fries, 2003).

Příloha 8

Rozhodovací formulář

Pozitiva	Negativa	Přínos	Ztráty

Návod pro práci s rozhodovacím formulářem:

Pozitiva – vypište, co je pro Vás na užívání příjemné.

Negativa – vypište, co se Vám zdá být na užívání nepříjemné.

Přínosy – co Vám může přinést, když uděláte změnu ve svém životě ohledně užívání konopných látek? Vypište, jaký zisk byste z toho mohl/a mít.

Ztráty – o co můžete být ochuzen/a, když v užívání nic nezměníte? Vypište vše, co Vás napadne.

Příloha 9

Diagnostické vymezení prožívaných stavů po užití kanabinoidů a jejich léčba

Akutní intoxikace konopné látky

Jedná se o přechodný stav po užití drogy vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, prožívání nebo chování.

Projevy akutní intoxikace u kanabinoidů

Pocit euforie neboli stavy „high“, uvolnění, zlepšení nálady, zbavení se stresu, potěšení, relaxace, pohroužení se do sebe a další. Dále zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech někdy způsobující špatné vyjadřování, zarudlé spojivky, zrychlenou srdeční činnost nebo zvýšený krevní tlak. Euforie až odbržděnost, na druhou stranu u někoho úzkost nebo zvýšenou pohybovou aktivitu bez zjevného cíle. Nejprve směřování své činnosti do okolí (komunikativnost, společenskost, upovídanost, pozitivní naladění, smích, aktivní pohyb), postupně zaměřování na vlastní nitro (zhloubání do sebe, přemýšlivost, fantazírování, odpoutání od světa a tělesný klid). Při menším množství THC v těle převládá spíše zaměření směrem ven, u většího množství THC v těle pak spíše vnitřní aktivita a nakonec při velkém obsahu THC v těle pasivita (bezládné tělo, prázdná mysl, neutrální nebo spíše negativní myšlenky spojené s únavou a nezájmem).

Častá je podezřívavost až paranoidní představy, pocit zpomaleného času a rychlého toku vlastních myšlenek. Opožděná reakce, zhoršuje se pozornost i úsudek. Prožitek při užití kanabinoidů se mění v čase: při prvních zkušenostech jen různé tělesné příznaky.

Nepříznivé reakce na akutní intoxikaci (negativní prožitky)

Vnitřní nepohoda, nepříjemné prožitky jsou výjimečné a zkušený uživatelé dokážou účinky drogy vědomě potlačit, a to včetně nepříjemných. Tělesná bezvládnost, úzkostné až panické stavy, depresivní reakce, psychotické reakce. „Bad trip“, tedy jakákoli psychická komplikace při velkém obsahu kanabinoidů v těle, která je uživatelem (někdy okolím uživatele) prožívaná nepříjemně a jejíž základní znaky a příznaky jsou odlišné od uživatelem očekávaného efektu.

Léčba akutní intoxikace

V těžších případech, u osoby, která užila kanabinoidy, je třeba neprodleně volat lékaře, zajištění životních funkcí (dýchání, krevní oběh) a bezpečnosti takové osoby. Lehčí a střední případy lze zvládnout bez pomoci lékaře.

Škodlivé užívání

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví (tělesné či duševní). Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky.

Léčba škodlivého užívání

Doporučení přestat užívat kanabinoidy, využití svépomocné příručky, zapojení rodiny do léčby, posilování motivace, sebemonitorování (zaznamenávání si výskytu chutí na látku s obsahem kanabinoidů – v jakém čase a v jaké situaci k nim došlo, co se osvědčilo při jejich zvládnutí), kontaktování linky důvěry a dlouhodobé sledování sebe sama (např. formou spolupráce s odborníkem).

Syndrom závislosti

Užívání kanabinoidů má mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si člověk kdysi cenil více. Charakteristická je touha (často silná, někdy přemáhající) užívat kanabinoidy. Definitivní diagnóza závisí na dalších kritériích, která stanoví odborník.

Léčba závislosti

Formou spolupráce s odborníkem, bývá časově náročnější.

Odvykací stav

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení kanabinoidů po tom, co byly opakovaně nebo dlouhodobě užívány. Projevuje se neklidem, podrážděností, nutkáním k užití kanabinoidů, nervozitou, úzkostí, depresivní rozladou, bolestmi hlavy, nespavostí, náladovostí, třesem, nevolností, pocením, stavem paniky.

Nevyžaduje většinou léčbu, pokud nedojde ke komplikacím. Během několika dní dochází ke spontánní úpravě stavu, v mírné podobě však uvedené příznaky mohou přetrvávat několik týdnů.

Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy)

Je to porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití kanabinoidů a která se projevuje smyslově živými halucinacemi, typicky sluchovými, záměnou osob, bludy (často paranoidními nebo bludy o pronásledování) anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo setrávání ve strnulých polohách) a abnormálními emocemi (od intenzivního strachu až k extázi). Někdy poruchy vědomí, zmatenost.

Léčba toxických psychóz

Vyžaduje většinou vhodnou farmakoterapii a lékařskou péči. Aby se diagnostikovala psychotická porucha vyvolaná kanabinoidy, musí stav trvat nejméně 48 hodin. Na druhé straně by měla psychotická porucha po užití kanabinoidů při abstinenci částečně vymizet nejpozději do jednoho měsíce a plně do šesti měsíců.

S užíváním kanabinoidů také souvisí:

Psychotická porucha s pozdním začátkem – má vleklý průběh, začíná po delší době od posledního požití (2–6 týdnů), a příznaky tedy nejsou závislé na přítomnosti kanabinoidů v organismu.

„Kanabisové“ psychózy¹ – psychotické komplikace, které nesouvisí s vlastní akutní intoxikací a díky kterým se člověk dostává do psychiatrické léčebny.

Funkční psychózy schizofrenního okruhu²

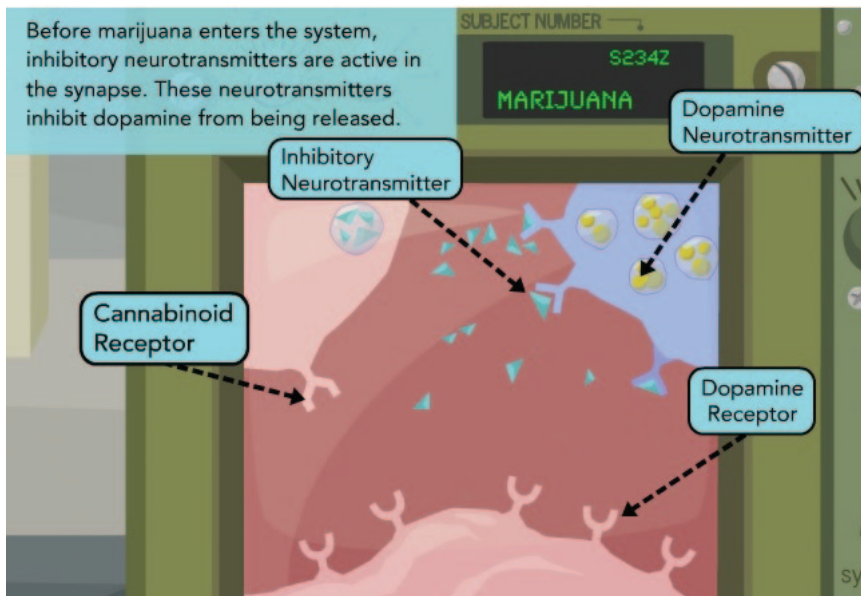
1 psychózy asociované s konopnou látkou

2 vznikají bez organického podkladu v tomto případě intoxikací; patří sem schizofrenie atd.

Příloha 10

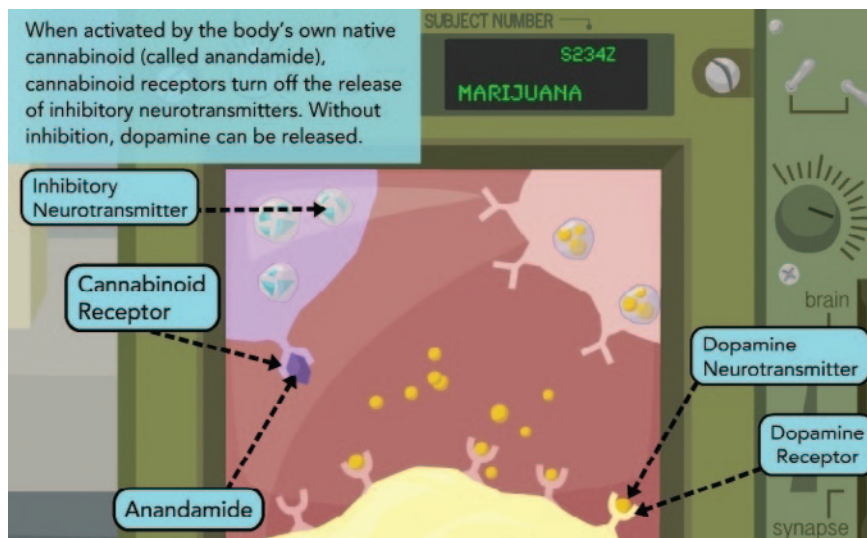
Působení externího kanabinoidu v mozku člověka

- 1) Před tím než marihuana vstoupí do systému mozku, jsou inhibiční neurotransmitery³ v synapsi⁴ aktivní. Tyto neurotransmitery brání uvolnění dopaminu.⁵

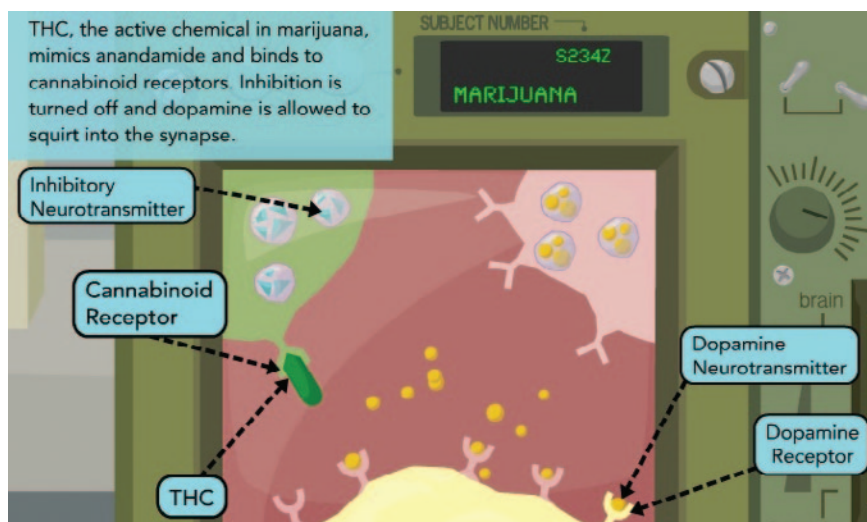


- 3 nízkomolekulární chemická látka, vznikající přirozeným způsobem v nervové soustavě živočichů, která slouží k přenášení vzruchů; buňky nervové soustavy – neurony jsou vybaveny speciálními receptory, citlivými na výskyt specifického neurotransmiteru
- 4 spojení dvou neuronů sloužící k předávání vzruchů
- 5 má v nervové soustavě rozmanitou řadu funkcí; nejznámější je funkce v mezolimbické dopaminové dráze vedoucí ze středního mozku vedoucí přes nucleus accumbens až do čelní kůry; tato dráha hraje významnou roli ve vzniku motivace, v systému odměn, emocí; člověku způsobuje pocit potěšení, příjemné pocity v závislosti na určité události; tyto pocity mohou vzniknout také po požití drog

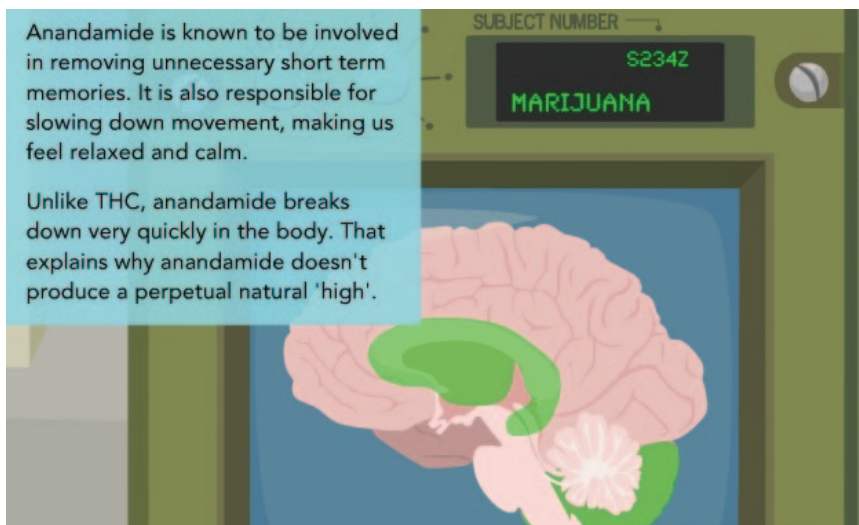
- 2) Při aktivaci kanabinoidu, který je tělu člověka přirozený, kanabinoidové receptory vypnou vypouštění inhibičních neurotransmiterů. Bez zábrán může být dopamin uvolněn.



- 3) Jestliže do těla vstoupí THC, napodobí tělu přirozeně vlastní anandamid a naváže se na kanabinoidové receptory. Zákazka je uvolněna a dopamin může být vypuštěn do synapse.



- 4) Anandamid je znám pro svou funkci odstraňování nepotřebných krátkých vzpomínek. Také je ovšem zodpovědný za zpomalené pohyby, za pocity klidu a uvolnění. Na rozdíl od THC se anandamid v těle odbourává velice rychle. To vysvětluje, proč anandamid nevyvolává pocit „zhulenosti“ jako THC.



<http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/mouse/>

Krátká intervence pro uživatele konopí

- Cílem publikace Krátká intervence pro uživatele konopí je představit možnost a postup práce s uživateli konopí v různých adiktologických službách a poskytnout alternativu či doplnění k nabídce služeb. Užitečná může být také pracovníkům z oblasti duševního zdraví a všem profesím, ve kterých je možné setkat se s užíváním kanabinoidů. Na její tvorbě se podílel tým autorů, který čerpal informace z dostupné literatury a zkušeností získaných při práci s klienty.
- Metodika Krátké intervence je zaměřena zejména na klienty ve fázi prekontemplace ve vztahu ke své závislosti, tedy těm, kteří neuvažují o změně a dále je určena pro klienty ve fázi kontemplace či rozhodnutí, kdy může sloužit jako nástroj pro úvodní spolupráci s klientem.
- Publikace je sestavena z teoretické a praktické části, kdy teoretická část slouží především jako teoretický základ pro pracovníka k získání informací, které pak vhodným způsobem předává klientovi. Praktická část obsahuje popis náplně jednotlivých sezení s klientem.
- Publikaci čtenářům přináší sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je organizační součástí Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách rady na <http://rvkpp.vlada.cz>.
- Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-137-4



9 788074 440137 4