



Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog

Příklady dobré praxe a využití v členských státech EU



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost



Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog

Příklady dobré praxe a využití v členských státech EU

Tento text je překladem prvního vydání publikace „Internet-based drug treatment Interventions – Best practice and applications in EU Member States“, kterou v roce 2009 vydalo v Lisabonu Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost.



**Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost**

© Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost, 2009
ISBN původního vydání:
978-92-9168-348-2

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2012
1. vydání v jazyce českém

ISBN 978-80-7440- 065-0

**Autor původního vydání/
EMCDDA**

**Překlad/
Mgr. Jiří Bareš**

**Editor a odpovědný redaktor
českého vydání/
Mgr. Lucie Grolmusová**

**Jazyková korektura/
PhDr. Alena Palčová**

Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog Příklady dobré praxe a využití v členských státech EU

Publikace EMCDDA z ediční řady Insights přináší informace o výsledcích studií a výzkumů zaměřujících se na aktuální adiktologickou problematiku.

Tuto publikaci zpracovali Dr. Hans-Peter Tossmann a Fabian Leuschner a projektová skupina EMCDDA: Roland Simon, Jennifer Hillebrand a Alessandro Pirona.

PŘEDMLUVA	8
SHRNUTÍ	10
Zdraví a internet	11
Definování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog (ITIUD)	11
Stav vývoje a potenciální pozitiva internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog	12
1 VÝCHODISKA	14
Internet jako interaktivní nástroj k zprostředkování informací se zdravotní tematikou	15
Diskrétnost	15
Dostupnost a nabídka intervencí	16
Léčba poruch spojených s užíváním tabáku a alkoholu a psychiatrických poruch prostřednictvím internetu	16
Léčba poruch spojených s užíváním nelegálních drog prostřednictvím internetu	18
2 METODY	22
Definování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog	23
Rozlišování mezi „webovou stránkou“ a „programem“	23
Metodika sběru dat	24
3 ZJIŠTĚNÍ	26
Weby obsahující internetové intervence	30
Know Cannabis Self-help	31
JellinekLive Online Behandeling Cannabis (online léčba pro uživatele konopi)	37
Cannabis Onder Controle	41
Quit the shit	47
Další webové stránky	54
Informační stránky	54
Webové stránky obsahující kontakty na další služby	55
Weby poskytující služby prostřednictvím mobilních telefonů	57
4 PŘEHLED INTERNETOVÝCH TERAPEUTICKÝCH INTERVENCÍ PRO UŽIVATELE DROG V EVROPĚ	60
Podrobněji analyzované ITIUD	61
Koncepce a teoretická východiska	61
Cílové skupiny	62
Technická realizace a provedení	62
Způsoby komunikace	63
Rozsah, průkaznost a účinnost	65
5 DISKUZE	68
Metody	68
Díličí aspekty programů	68
Omezení internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog	71
Vědecký výzkum v oblasti internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog	72

6	BUDOUCNOST INTERNETOVÝCH TERAPEUTICKÝCH INTERVENČÍ PRO UŽIVATELE DROG V EVROPSKÉ UNII	74
	LITERATURA	78

PŘEDMLUVA

Ještě před dvaceti lety bylo těžko představitelné, že by se léčba drogové závislosti dala poskytovat elektronickou cestou bez přímého osobního kontaktu terapeuta a uživatele drog. Myšlenka „internetové léčby“ závislosti na drogách je sice i v současnosti tématem, které je předmětem debaty mezi odbornou i laickou veřejností, ale domníváme se, že je načase informovat nositele rozhodovacích pravomocí, zdravotnické experty a širokou veřejnost v Evropě o stavu vývoje tohoto nového přístupu, který rozšiřuje spektrum do-
sadních služeb v oblasti léčby závislosti.

Na rozdíl od mnoha jiných témat, kterými jsme se již v rámci naší ediční řady „Insights“ zabývali, problematika léčby uživatelů drog prostřednictvím internetu patří stále mezi relativně nový prvek. Počet adekvátně fungujících evropských programů, které mají tímto způsobem pomáhat uživatelům drog, je stále velmi omezený a také důkazů o jejich efektivitě je zatím k dispozici jen málo. Nejsme tedy ještě v pozici, kdy bychom mohli nabídnout dostatečně fundovaný a vyčerpávající přehled o tomto tématu. Přes toto zjevné omezení považujeme za vhodné informovat čtenáře o tomto novém přístupu, neboť celý tento koncept a jeho prvotní výsledky se jeví jako slibné. Zdravotničtí pracovníci tak třeba v budoucnu budou moci využívat léčbu prostřednictvím internetu jako další nástroj řešení drogové závislosti.

Nabízet uživatelům drog léčbu přes internet by totiž mohlo mít řadu výhod: bylo by tak například možné proniknout ke skupině mladých lidí, jejichž vzorec užívání drog se pohybuje na pomezí experimentální a problémové formy a které aktuálně nelze oslovit žádnou jinou cestou. Tento způsob by mohl zprostředkovat nabídku specializovaných služeb ve venkovských oblastech, kde mohou příliš velké vzdálenosti znemožňovat návštěvu zařízení určených pro uživatele drog, neboť ta bývají většinou soustředěna ve větších městech. Mohlo by se rovněž ukázat, že tímto nákladově efektivním způsobem lze poskytovat podporu většímu počtu klientů, než je tomu z důvodů kapacitních a personálních omezení u tradičních léčebných středisek.

Než budeme schopni definitivně posoudit, zda lze těchto cílů skutečně dosáhnout, budeme muset mít k dispozici více průkazných faktů o účinnosti tohoto nového přístupu. Na základě vědecky ověřených skutečností budeme rovněž muset určit nejvhodnější cílové skupiny pro tuto intervenci. Pokud se v budoucnu podaří objektivně ověřit poznatky, o kterých se zde píše, internetová léčba by se mohla stát další významnou možností jak eliminovat, omezovat a řešit drogové problémy a léčit drogovou závislost.

Tento přehled představuje prozatím první zevrubnější pojednání o tomto inovativním přístupu a poskytuje čtenáři možnost k zamyšlení o eventuálním reálném uplatnění léčby prostřednictvím internetu. Rád bych v této souvislosti poděkoval následujícím osobám za jejich přínos. Jsou to: Dr. Hans-Peter Tossmann a Fabian Leuschner z berlínské organizace Delphi, kteří realizovali tuto studii a zpracovali tento přehled, Jennifer Hillebrandová a Alessandro Pirona, kteří pod vedením Rolanda Simona celý projekt řídili, a editoři Peter Thomas a Fiona Brownová.

Wolfgang Götz
ředitel EMCDDA

SHRNUTÍ

Zdraví a internet

Internet není zapotřebí představovat. Míra jeho užívání v posledním desetiletí v Evropě stabilně roste a v současnosti je již všudypřítomným médiem. Jeho uživatelskou základnu dnes tvoří všechny generace: děti, dospívající i dospělí. Evropané také stále více využívají internet jako zdroj různých informací, jako prostředek k podnikání, nakupování a provádění bankovních operací nebo jen čistě pro zábavu.

V poslední době sílí role internetu jako klíčového média z hlediska zprostředkovávání informací v oblasti veřejného zdraví. Vedle stránek poskytujících základní informace o otázkách zdraví vzniklo na webu množství klinických aplikací, jež nabízejí i náročnější a interaktivní intervence a léčebné programy. Jedná se mimo jiné o aplikace zaměřené na řešení duševních a motivačních problémů, na léčbu panických poruch a depresí a na odvykání kouření a problémové užívání alkoholu.

Obdobníci na problematiku užívání drog si dobře uvědomují potenciál, který z hlediska poskytování léčby poruch způsobených užíváním návykových látek internetové programy představují, neboť takové intervence mohou oslovit početně významnou cílovou skupinu. Poptávka po léčbě poruch způsobených užíváním návykových látek v rámci EU trvale roste, a to zejména mezi mladými uživateli konopí a sociálně integrovanými uživateli drog. Tito lidé se totiž často zdráhají využívat služby „tradičních“ léčebných center, která se zaměřují hlavně na injekční uživatele drog. Cílem tohoto přehledu je poskytnout podrobnější analýzu aktuální situace v oblasti internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog (ITIUD) se zvláštním zřetelem na internetové intervence vytvořené v rámci EU pro léčbu poruch způsobených užíváním konopných drog.

Definování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog (ITIUD)

Pro účely tohoto přehledu se za internetovou terapeutickou intervencí pro uživatele drog považuje služba, která se svým charakterem liší od obecněji zaměřených stránek s drogovou problematikou a je jednoznačně definovaná jako „internetový program obsahující speciálně vytvořenou/adaptovanou, strukturovanou a časově rozvrženou intervencí určenou k léčbě poruch způsobených užíváním návykových látek“. Informace o programech zmiňovaných v tomto dokumentu byly získány na základě rešerší literatury a internetu zaměřených na relevantní terapeutické intervence poskytované prostřednictvím internetu a spolupráce s národními monitorovacími středisky sítě Reitox EMCDDA, která byla požádána, aby o existenci takových programů podala informace.

Bylo zjištěno několik aktuálně fungujících ITIUD, jež jsou převážně určeny uživatelům konopí, kokainu a „klubových drog“ (např. extáze). Čtyři z těchto online intervencí jsou podrobně popsány v tomto přehledu. Tři programy jsou vedeny poradcem a v jednom případě se jedná o plně automatizovaný svépomocný program. Všechny čtyři ITIUD se zaměřovaly na mladé dospělé a dospívající mládež.

Evaluace účinnosti byla k dispozici pouze u jednoho z programů, a to německého *Quit the shit* (QTS). U programu QTS bylo možné zaznamenat určitý průkaz jeho účinnosti na

základě relevantních předběžných kvantitativních dat z randomizované kontrolované studie: po absolvování programu QTS údajně abstinovalo 32 % účastníků a z dat také vyplynulo dosažení 42–72% míry retence, tj. procenta klientů, kteří program dokončili. V současnosti probíhá evaluace jednoho z dalších programů, svépomocného nizozemského projektu, který nicméně vychází z modelu, u něhož již byla prokázána účinnost ve vztahu k problémům s alkoholem, a je tudíž pravděpodobné, že by mohl pozitivně působit také na problémy s nealkoholovými drogami. U zbývajících dvou programů nebyly v době vzniku tohoto dokumentu k dispozici žádné evaluace, které by bylo možné podrobit analýze. Publikování evaluačních studií teprve nedávno spuštěných programů bylo nicméně již ve fázi přípravy.

Stav vývoje a potenciální pozitiva internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog

V současnosti nemáme k dispozici tolik relevantních informací, abychom mohli dospět k definitivnímu závěru o efektivitě ITIUD nebo určit cílové skupiny, které by z hlediska těchto intervencí byly vhodné. Přesto se našlo hned několik důvodů, pro které má smysl publikovat výsledky této nerozsáhlé studie v rámci ediční řady EMCDDA. Větší informovanost o tomto novém přístupu může být přínosem nejen pro odborníky a nositele rozhodovacích pravomocí, ale i celou evropskou veřejnost.

Přestože bude ještě nutné dále zkoumat a vyhodnocovat stávající ITIUD, z dostupných dat vyplývají slibné vyhlídky pro další výzkum a rozvoj v této oblasti v rámci EU. Mezi výhody ITIUD patří potenciálně nízké náklady na spravování svépomocných programů, relativně snadná možnost přenesení a přeložení/lokalizace programů pro účely dalších členských států EU a atraktivita internetových programů pro osoby, které doposud nikdy léčbu nevyhledaly, zejména adolescenty a mladé dospělé (podíl prvožadatelů o léčbu mezi všemi klienty uváděný v evaluaci programu *Quit the shit* činil 78 %). Nad rámec těchto výhod by pak mohly obecně přednosti internetu jako média pro šíření informací se zdravotní tematikou přispívat k dalšímu rozšiřování ITIUD v zemích Evropské unie.

Tato publikace tedy referuje o dosavadním stavu věcí v této oblasti a chce současně vybědnout klinické a výzkumné pracovníky, aby se zabývali vývojem podobných aplikací, o nichž je pojednáno dále v textu, a uvědomovali si současně, že v této fázi je potřeba věnovat pozornost jejich důsledné evaluaci. I přes svá omezení výsledky této malé studie naznačují, že ITIUD se mohou osvědčit jako vhodný způsob zprostředkování kontaktu s populací uživatelů drog, jejichž poptávka po pomoci se s tradičním pojetím služeb často mívá. Jako slibná se rovněž jeví vyhlídka na finančně nenáročném sdílení těchto přístupů mezi jednotlivými zeměmi a jazykovými prostředními na základě využívání společné technologie a média, tj. internetu.



VÝCHODISKA

Internet jako interaktivní nástroj ke zprostředkování informací se zdravotní tematikou

Internet hraje významnou roli v každodenním životě většiny občanů Evropy. V březnu 2008 užívalo internet přibližně 60 % obyvatel zemí Evropské unie, což představuje více než 290 milionů osob. Norsko a Nizozemsko se svými přibližně 88 % obyvatel se stálým přístupem na web byly na konci roku 2007 uváděny jako státy, jimž patří v celosvětovém žebříčku využívání internetu první a druhá příčka (<http://www.Internetworldstats.com>). V posledních dvou desetiletích došlo k enormnímu nárůstu popularity i dostupnosti internetu. Například v Německu došlo v rozmezí let 1997–2007 k nárůstu podílu uživatelů internetu mezi obyvatelstvem z přibližně 6 % na 60 %, přičemž vyšší míra využívání tohoto média byla zaznamenána především mezi dospívající mládeží a mladými dospělými (věková skupina 14–29 let) (van Eimeren a Frees, 2007).

Přestože zejména pro mládež je internet do značné míry zdrojem zábavy, lidé jej obecně využívají hlavně k vyhledávání různých informací (van Eimeren a Frees, 2007). Ze studie mapující míru využívání zdravotních služeb prostřednictvím internetu u občanů v sedmi zemích EU (Andreassen et al., 2007) vyplynulo, že více než polovina (53 %) respondentů z řad uživatelů internetu uvedla internet jako „důležitý“ nebo „velmi důležitý“ zdroj informací se zdravotní tematikou. Více než čtvrtina (27 %) uživatelů byla zapojena do nějakých svépomocných aktivit a téměř třetina (30 %) již měla zkušenosti s komunikací se zdravotníky či lékaři prostřednictvím internetu. Celkem 71 % uživatelů internetu již toto médium využívá ke zdravotním účelům.

Diskrétnost

Proběhla již řada výzkumů, jejichž cílem bylo provést analýzu internetu jako zdroje informací o zdraví (např. Morahan-Martin, 2004). Výsledky těchto studií poskytují poněkud nejednotný pohled na danou problematiku. Jedna z těchto studií naznačuje, že je více pacientů, kteří hledají příslušné informace na internetu před tím, než kontaktují svého lékaře (Hesse et al., 2005). Jiná studie ukazuje na možnou existenci přímé úměry mezi používáním internetu a subjektivním zdravím (Wangberg et al., 2007). Z některých zjištění vyplývá, že u uživatelů internetu, kteří se jeho prostřednictvím obracejí na zdravotnické pracovníky, sehrává významnou roli prvek anonymity a diskrétnosti. Andreassen et al. (2007) zjistili, že 30 % všech uživatelů internetu již komunikovalo online s lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem, ale pouze 7 % prostřednictvím tohoto média někdy kontaktovalo svého obvodního lékaře. Ke stejným poznatkům dospěli Dumitru et al. (2007), kteří uvádějí, že 54 % uživatelů internetu již někdy komunikovalo se zdravotnickým odborníkem, s nímž se nikdy předtím osobně nesetkalo, zatímco pouhých 10 % se již alespoň jednou spojilo přes internet se svým praktickým lékařem. Respondenti uváděli, že své praktické lékaře nekontaktují přes internet hlavně kvůli obavě ze ztráty anonymity, což byl důvod, který uvedlo 82 % dotazovaných uživatelů internetu. Mezi další důvody patřilo upřednostňování osobního kontaktu a také

jednoduše nedostatek internetových služeb tohoto charakteru. Diskrétnost či anonymita tak v rámci online komunikace se zdravotnickými odborníky sehrává důležitou roli. Vyhledávání informací patří každopádně mezi nejdůležitější formy využívání internetu ve vztahu ke zdravotní problematice.

Dostupnost a nabídka intervencí

Vzhledem ke své popularitě a dopadu se již internet hojně, a právem, využívá jako prostředek realizace všeobecně preventivních kampaní. Výsledky realizovaných studií například svědčí o pozitivním vyznění adresně zaměřených informací ve srovnání s tradičními paušálně koncipovanými tištěnými materiály (Bull et al., 1998; Lilja et al., 2003; Tobler et al., 2000; De Vries a Brug, 1999). Interaktivní povaha internetu dobře koresponduje s takovými individualizovanými způsoby předávání informací a sdílení poznatků. Existují ještě další faktory, které z internetu činí atraktivní platformu pro poskytování jak preventivních, tak intervenčních programů (Griffith et al., 2006). Jedním z nich je nepřetržitá dostupnost programů. Lidé mohou většinou absolvovat danou intervenci svým vlastním tempem a kdy a kde chtějí. Jakmile jsou automatizované programy jednou vytvořeny, nevyžadují již nijak náročnou údržbu a jsou široce dostupné rozsáhlé populaci uživatelů internetu, kterým již v této souvislosti vznikají jen minimální náklady. K internetovým službám se mohou snadno dostat také fyzicky nepohybliví klienti nebo osoby žijící v odlehlých oblastech, neboť vzdálenost v tomto ohledu nepředstavuje žádnou překážku. Lze nabízet vrstevnickou podporu bez rizika křížové nákazy a anonymita internetu současně poskytuje nízkoprahový přístup ke službám pro stigmatizované klienty. Bezplatně nabízené programy mohou eliminovat problém nerovnosti přístupu ke zdravotní péči a širší formy komunikace prostřednictvím internetu (např. e-mail nebo chat), skýtají větší možnost (osobní) interakce. Internetové programy zaměřené na oblast duševního zdraví nejsou vnímány jen jako účinné a efektivní intervence, ale také jako prostředek k poskytování péče lidem ve venkovských oblastech, kde bývá přístup k odborné lékařské péči limitován značnými vzdálenostmi (Griffiths a Christensen, 2007).

Byť všechny tyto obecné faktory nelze vždy aplikovat na každou online intervenci, pro internet jako médium, které lze k těmto účelům využít, hovoří přesvědčivé argumenty, a to i pokud by měl nabídnout jen část svých pozitiv. Internet je svou povahou univerzální, takže určitá online intervence může být také například zajímavá pro sociálně dobře etablovaného člověka, který nežije v žádné odlehlé oblasti, ale jen se zdráhá vyhledat tradiční terapii. I pokud je nějaký program nabízen pouze jako placená služba a neposkytuje absolutní anonymitu, nadále bude skýtat některé z obecně platných výhod (dostupnost, interakci apod.) internetových intervencí.

Léčba poruch spojených s užíváním tabáku a alkoholu a psychiatrických poruch prostřednictvím internetu

Vzhledem k jejich uvedeným výhodám vznikají internetové intervence po celém světě. Jedná se mimo jiné o aplikace zaměřené na chronické bolesti hlavy (Devineni a Blan-

chard, 2004), nespavost (Strom et al., 2004), depresivní symptomy (Warmerdam et al., 2007), dětské úzkosti (Spence et al., 2006), panické poruchy (Klein et al., 2006; Shandley et al., 2008), trému (Botella et al., 2008), snižování rizika osteoporotických zlomenin u žen (Drieling et al., 2007) a poskytování informací v oblasti výživy (Oeneme et al., 2001). Značné množství online intervencí se zabývá problematikou odvykání kouření a konzumace alkoholu (Walters, Wright a Shegog, 2006; Riper et al., 2007; Blankers et al., 2007; Copeland a Martin, 2004). I když mezi těmito programy existují značné vzájemné rozdíly, ať už co se týká jejich koncepce, délky trvání, způsobů komunikace, formy realizace apod., většina těchto internetových intervencí je založena na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) a psychoedukaci a u většiny z nich již také byla prokázána jejich účinnost.

Výzkumy ukazují, že léčebné intervence nabízené prostřednictvím internetu, zejména ty zaměřené na poruchy související s užíváním alkoholu, se mohou dostat k určitým populacím, které jinak stojí mimo dosah tradičních poradenských a léčebných zařízení (Postel et al., 2005; Lieberman a Huang, 2008). Lieberman (2005) provedl srovnání vzorku uživatelů internetu představujících skupinu s minimálním potenciálem pro absolvování tradiční léčby s výběrovým souborem, který podstoupil léčbu v rámci tradičních programů pro uživatele návykových látek (Miller a Tonigan, 1996; Project MATCH Research Group, 1997). Internetové stránky navštěvovaly více ženy, zatímco ve věku a výši dokončeného vzdělání nebyly mezi oběma skupinami zaznamenány výraznější rozdíly. Ve srovnání s lidmi absolvujícími tradiční léčbu byl mezi uživateli internetu vyšší počet osob se zaměstnáním. Přes omezenou srovnatelnost těchto dvou skupin z daných výsledků vyplývá, že ženy a osoby se zaměstnáním lze zřejmě snáze podchytit formou internetu než prostřednictvím tradičních léčebných služeb.

Rozvoj léčby přes internet a elektronické medicíny jako takové je stále v počátcích, a k dispozici je tak jen minimum kvalitně evaluovaných programů. Ze závěrů kanadské výzkumné skupiny pod vedením P. Farvoldena, která studovala „využití a dlouhodobou efektivitu svépomocného kognitivně-behaviorálního programu léčby panické poruchy realizovaného prostřednictvím internetu“, vyplývá, že „mimo kontext kontrolovaných studií neexistuje dostatečné množství dat o vzorcích využívání a efektivitě volně dostupných webových intervencí“ (Farvolden et al., 2005). Na téma výzkumu v širší rovině se zaměřil Ritterband, který s odvoláním na Mezinárodní společnost pro internetové intervence podotýká, že „již počátkem roku 2006 bylo provedeno přibližně 25 randomizovaných kontrolovaných studií internetových intervencí zacílených na oblast duševního zdraví“. Zatímco vlastní proveditelnost zdravotních intervencí prostřednictvím internetu byla již dostatečně ověřena, účinnosti těchto programů se začala věnovat větší pozornost teprve nedávno (Ritterband et al., 2006).

Byl zpracován přehled studií zabývajících se elektronickými a internetovými intervencemi zaměřenými na kouření, které byly publikovány v období 1995 až srpen 2004. Celkem bylo identifikováno 19 studií na téma automatizovaných systémů pro prevenci a odvykání kouření. Tyto studie vykazovaly výrazné rozdíly v metodice, způsobu realizace intervencí, charakteristikách účastníků, délce intervalů dalšího sledování (katamněze) a způsobu měření míry úspěšného odvyknutí. U devíti (47 %) z hodnocených studií byly ve srovnání s kontrolní skupinou zaznamenány v rámci nejdelší katamnězy statistické

ky významné nebo lepší výsledky. V několika případech byla zaznamenána určitá souvislost mezi pozitivními výsledky a charakteristikami subjektů, výzkumného plánu nebo jednotlivých intervencí. Typickým formátem intervence, který současně vykazoval nejednoznačnější souvislost se zlepšením výsledků, byl formát „první generace“, kdy byla účastníkům zaslána zpětná vazba prostřednictvím počítačem generovaných výstupů. Autoři tohoto přehledu poukázali na potřebu studií, které by určily, zda mohou být tyto intervence pro některé pacienty prospěšnější než pro jiné a které farmakologické a behaviorální varianty mohou mít na odvykání nejvýraznější dopad (Walters et al., 2006).

Právě otázkou konkrétních typů klientů, pro které by intervence mohla mít největší užitek, se zabývali Riper et al. (2007) ve vztahu ke skupině problémových uživatelů alkoholu. Předmětem jejich zkoumání byla volně přístupná interaktivní svépomocná internetová intervence bez účasti terapeuta s názvem „Jak méně pít“, určená problémovým uživatelům alkoholu, kteří chtějí své pití omezit. Program byl založen na kognitivně-behaviorálních zásadách a na principu sebeovládání. V rámci pragmatické randomizované studie bylo 261 účastníků analyzováno z hlediska rozdílného vlivu pohlaví, vzdělání, dovedností při používání internetu, konzumace alkoholu, předchozí léčby a jejich očekávání. Přestože u žen a uživatelů s vyšším vzděláním byla zaznamenána nepatrně vyšší pravděpodobnost pozitivního vlivu intervence „Jak méně pít“, výrazný dopad na výsledek léčby neměl žádný ze zkoumaných parametrů. Intervence byla proto označena jako vhodná pro různorodou skupinu problémových uživatelů alkoholu.

Postel et al. (2008) provedli studii, jejímž cílem bylo systematicky zhodnotit metodologickou úroveň randomizovaných kontrolovaných studií zabývajících se léčbou duševních problémů prostřednictvím internetu. Dva hodnotitelé provedli nezávisle na sobě posouzení metodologické úrovně 14 randomizovaných kontrolovaných studií identifikovaných v rámci rešerše internetových databází, a to na základě jednotných kritérií pro hodnocení metodologické kvality podle doporučení *Cochrane Back Review Group*. Úroveň kvality těchto studií však byla hodnocena jako celkově nízká a byl vynesena závěr, že terapie prostřednictvím internetu se sice jeví jako slibný projekt, nicméně že v době práce na daném přehledu neexistují o její účinnosti přesvědčivé důkazy.

Léčba poruch spojených s užíváním nelegálních drog prostřednictvím internetu

Internetové intervence zaměřené na alkohol a kouření začaly vznikat ani ne před deseti lety (obrázek 1). Jak vyplývá z předchozí kapitoly, k dispozici je zatím jen málo důkazů o účinnosti těchto přístupů a ještě také dobře nevíme, kde, kdy a pro koho mohou být takové intervence vhodné. S ohledem na ranou fázi vývoje této oblasti tak nejsme schopni dospět ke konkrétním závěrům ani ohledně intervencí týkajících se nelegálních drog. Musíme se místo toho spolehnout na dosavadní korpus literatury vztahující se k intervencím věnovaným legálním psychotropním látkám a pokusit se vyvodit příslušné závěry na základě společných mechanismů v rámci rozvoje závislosti a její léčby, které se mohou uplatňovat u alkoholu, tabáku i nelegálních drog. V neposlední řadě je potřeba, aby byly aplikace určené k online léčbě poruch z užívání nelegálních drog předmětem nezávislé

diskuze a výzkumu a aby se veškeré výstupy těchto aktivit porovnávaly s aktuálními vědeckými poznatky v oblasti nelegálních i legálních návykových látek.

Atraktivním prvkem internetových intervencí zacílených na uživatele nelegálních drog může být právě jejich snadná dostupnost, neboť většina uživatelů drog má přístup k internetu (Cunningham et al., 2005). Epidemiologická data navíc indikují zvýšenou míru užívání konopí a „tanečních drog“ (kokain, extáze apod.) mezi mladými dospělými, což je populace, která se současně vyznačuje vyšší mírou využívání internetu. Je to tedy jen jeden z dalších argumentů ve prospěch prosazování adresných internetových intervencí zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek u této konkrétní populace (Copeland a Martin, 2004).

Obrázek 1: Příklad jedné z nizozemských webových stránek věnovaných problematice užívání alkoholu



Zdroj: The Trimbos Institute (<http://www.drinktest.nl>). Naposledy zobrazeno 23. ledna 2009.

Mezi lety 2003 a 2006 uvedlo v průměru 22 % obyvatel Evropy ve věku 15–64 let, že alespoň jednou v životě užilo nějakou konopnou látku (celoživotní prevalence), což činí z konopí nejčastěji užívanou nelegální látkou v Evropě (EMCDDA, 2008). V Německu uvedlo 17 % populace ve věku 18–24 let užití konopí za posledních 12 měsíců, přičemž více než třetina osob (39 %) ze stejné věkové skupiny uvedla, že konopí užila alespoň jednou v životě. Odhaduje se navíc, že 7,5 milionu mladých Evropanů (ve věku 15–34 let) již vyzkoušelo extázi, a lze se domnívat, že přibližně dva miliony Evropanů užily v posledním měsíci kokain.

Podle posledních údajů ze Statistického věstníku EMCDDA (EMCDDA, 2008b) jsou nové žádosti o léčbu stále registrovány hlavně u uživatelů heroínu, nicméně v období 2002–2006 se zdvojnásobila poptávka po léčbě související s užíváním konopí a téměř dvojnásobku dosáhly také žádosti o léčbu poruch z užívání kokainu, kdy současně došlo k 25% po-

klesu poptávky po léčbě závislosti na heroínu. Každý pátý (21 %) žadatel o léčbu a 28 % všech nových žadatelů o léčbu uvádělo konopí jako svou primární drogu. Podle údajů EMCDDA začínají prakticky všichni klienti z řad uživatelů konopí tuto drogu užívat před dvacátým rokem života. Značné množství mladých problémových uživatelů konopí navíc pravděpodobně zůstává léčbou nepodchyceno, neboť se zdráhají kontaktovat tradiční léčebná střediska, která se spíše orientují na poskytování služeb dospělým uživatelům opioidů. V této souvislosti je třeba podotknout, že v současné Evropě je obecně nedostatek služeb věnovaných mladým, sociálně integrovaným problémovým uživatelům konopí (EMCDDA, 2008a).

Je zde tedy značný potenciál pro internetové programy v oblasti snižování rizik a prevence, které by se zaměřovaly na populace mladých lidí. Online intervence s tematikou léčby poruch způsobených užíváním návykových látek určené uživatelům nelegálních drog jsou však nadále méně běžné a nebylo o nich zatím publikováno ani mnoho kontrolovaných studií (Copeland a Martin, 2004).

Cílem tohoto přehledu je poskytnout nástin aktuálního stavu v oblasti internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog v Evropské unii. Jsou zde uvedeny ITIUD, které jsou podle údajů od národních monitorovacích středisek sítě Reitox EMCDDA momentálně k dispozici v jednotlivých členských státech EU, jakož i celá řada dalších příkladů různých typů webových stránek věnovaných problematice léčby poruch způsobených užíváním návykových látek. Spojení „internetové terapeutické intervence pro uživatele drog“ je jednoznačně objasněno v úvodu této publikace, aby bylo zřejmé, co se vlastně v rámci této přehledové studie rozumí léčebnou intervencí. Podrobně jsou zde popsány některé z aktuálně existujících programů, jež lze označit za příklady „dobré praxe“, a to včetně charakteristik jejich provedení, koncepce a realizace, cílových skupin a teoretických východisek. Stejným způsobem jsou prezentovány rovněž výstupy případných evaluací či relevantních studií. Analyzovány jsou základní rozdíly, podobnosti a možná budoucí rozšíření internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog, jakož i různé problematické otázky týkající se poskytování takových programů a využívání webu jako média pro zprostředkování sdělení se zdravotnickým obsahem. V závěru je pak věnována pozornost možnostem případného dalšího rozvoje poskytování internetové léčby poruch způsobených užíváním návykových látek v rámci Evropské unie.



METODY

Definování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog

Na internetu lze najít nepřeberné množství nejrůznějších stránek s drogovou tematikou: od informačních a poradensky orientovaných webů, přes „sebeposuzovací“ dotazníky týkající se případných problémů s drogami až po komunikaci s terapeutem prostřednictvím telefonu/e-mailu/chatu. Je proto nutné „internetové terapeutické intervence pro uživatele drog“ (ITIUD) jasně definovat, neboť jedině na základě vymezení určitých mantinelů můžeme mezi stávajícími weby činit rozdíly a opodstatněně z nich vydělit ty programy, kterým se chceme věnovat podrobněji.

Pro účely této přehledové studie jsou ITIUD definovány jako „cíleně zpracované či adaptované strukturované a časově rozvržené terapeutické intervence pro uživatele drog nabízené či zprostředkované prostřednictvím internetu“. Je třeba, aby ITIUD vycházely z nějaké konkrétní koncepce, měly definován časový rámec a bylo je možné porovnat se stávající nabídkou „tradiční“ léčby. Tento materiál poskytuje samozřejmě také širší přehled stávajících internetových intervencí souvisejících s užíváním drog, a obsahuje proto také krátké charakteristiky několika dalších typů aktuálně existujících webů s drogovou tematikou.

Za zmínku v této souvislosti stojí výraz „intervence“. „Léčebná intervence“ se liší od pojmu (dlouhodobá) léčba, a to svým krátkodobým charakterem a zaměřením na konkrétní strukturované preventivní dopady. Způsob uplatnění dané definice lze dobře ilustrovat na dvou příkladech služeb, které se mezi ITIUD nepočítají. Terapeutickou intervencí pro uživatele drog se nerozumí služba ve formě jednorázového poradenského úkonu poskytnutého prostřednictvím internetu, a to i přes případný opakovaný kontakt poradce s klientem, neboť taková intervence postrádá jasnou pevnou koncepci, časový harmonogram a strukturu, kterou by se ITIUD měla vyznačovat. Druhým příkladem mohou být programy zaměřené na odvykání kouření a problémy s alkoholem, které se zabývají problematikou legálních, nikoli nelegálních návykových látek, a nejsou proto do tohoto přehledu zařazeny (byť o některých z nich může být zmínka v rámci charakteristiky ostatních léčebných intervencí). Příklady těchto intervencí jsou popsány v druhé kapitole.

Rozlišování mezi „webovou stránkou“ a „programem“

V rámci tohoto materiálu se výrazem „program“ označuje vlastní internetová terapeutická intervence pro uživatele drog. „Webovou stránkou“ či „webem“ se většinou rozumí internetová stránka, jejíž je daný program součástí. Jelikož všechny programy by se daly pokládat za samostatné části těžce související webové stránky, v rámci popisu jednotlivých ITIUD je z kontextových důvodů připojena stručná charakteristika příslušného webu a organizace, která jej provozuje.

Metodika sběru dat

Průzkum v rámci sítě Reitox

Autoři studie se obrátili na jednotlivá národní monitorovací střediska sdružená v síti Reitox EMCDDA s žádostí o poskytnutí ověřených informací o internetových terapeutických intervencích pro uživatele drog, které jsou aktuálně k dispozici v členských státech EU a dalších zemích, které se sítí Reitox spolupracují v oblasti výměny informací.

Prostřednictvím elektronické pošty bylo osloveno celkem třicet národních monitorovacích středisek¹. V úvodním emailovém sdělení realizátoři výzkumu vysvětlili cíle přehledové studie a nastílnili výše zmíněnou definici „internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog“. Adresáti sdělení byli požádáni, aby popsali aktuální stav v oblasti ITIUD v jejich zemi. K průvodnímu e-mailu připojili realizátoři výzkumu elektronicky vyplnitelný dotazník ve formátu PDF, jehož cílem bylo shromáždit vzájemně srovnatelná data od všech národních monitorovacích středisek sítě Reitox. Dotazník obsahoval tuto otázku:

„Víte o nějakých internetových terapeutických intervencích pro uživatele drog (respektive webových stránkách, které nabízejí nějakou internetovou terapeutickou intervenci pro uživatele drog) ve vaší zemi (jako členském státě EU, případně členském státě sítě Reitox?)“

Pokud zde byl nějaký takový program znám, příslušné národní monitorovací středisko bylo požádáno o poskytnutí základních informací o tomto programu (název programu, URL, rok spuštění, cílová skupina, kontaktní osoba apod.).

Termín pro zaslání odpovědi od jednotlivých národních monitorovacích středisek byl stanoven na dva týdny. V případě neobdržení odpovědi byl po uplynutí této lhůty zaslán urgentní e-mail. Všem národním monitorovacím střediskům, které do té doby neodpověděly, byl jako forma urgencye zaslán třetí e-mail bez příloh, jehož prostřednictvím jsme se chtěli ubezpečit, že předchozí e-mail nebyl zablokovaný nějakým spamovým filtrem. Průzkum mezi národními monitorovacími středisky se uskutečnil v období od poloviny dubna do poloviny června 2008.

Rešerše literatury a internetu

Souběžně s průzkumem mezi národními monitorovacími středisky jsme se prostřednictvím obecně známých databází (např. *Pubmed*, *ISI Web of Knowledge*) a internetových vyhledávačů (Google) snažili nalézt relevantní studie, programy a webové stránky zabývající se předmětnou problematikou. Po stávajících zdrojích informací jsme pátrali pomocí kombinací klíčových slov jako např. „internetový“, „webový“, „léčba/léčebný“, „program“, „droga/drogový“, „kokain“, „konopi“ apod.

¹ Celkový počet NÁRODNÍCH MONITOROVACÍCH STŘEDISEK je dán úhmem členských států EU (27), dvou kandidátských zemí (Turecko, Chorvatsko) a Norskem jako členským státem sítě Reitox. Monitorovací středisko Evropské komise do našeho průzkumu zahrnuto nebylo.

Dále byly do studie zařazeny všechny weby zmiňované ve výročních zprávách jednotlivých národních monitorovacích středisek. Následně bylo zkoumáno, zda identifikované webové stránky neobsahují nějaké programy, které by odpovídaly naší definici předmětných programů, případně odkazy na takové programy.

Průzkum mezi jednotlivými programy

Programy a weby uvedené národními monitorovacími středisky, společně s těmi, jež byly identifikovány jako potenciálně relevantní na základě rešerše internetu a literatury, byly kontaktovány za účelem získání bližších informací. Využita k tomu byla stejná metoda jako v případě průzkumu realizovaného mezi národními monitorovacími středisky. Byly rozeslány e-maily s připojeným dotazníkem ve formátu PDF s žádostí o bližší informace týkající se např. data spuštění programu, jeho cílové skupiny, délky fungování, případných provedených evaluací, výroční zprávy apod. Pokud se na konci tohoto procesu zdálo, že daný program splňuje kritéria internetové terapeutické intervence pro uživatele drog, bylo dále zvažováno, zda bude jeho podrobný popis zařazen do tohoto přehledu. V případě potřeby byl následně navázán osobní kontakt s představiteli programu za účelem získání podrobnějších informací o jeho implementaci, struktuře a teoretických východiscích.



ZJIŠTĚNÍ

Tato kapitola obsahuje informace o internetových terapeutických intervencích pro uživatele drog shromážděné během průzkumu popsaného ve druhé kapitole. Informace poskytnuté jednotlivými národními monitorovacími středisky jsou prezentovány ve formě přehledné tabulky. Následně jsou podrobně představeny čtyři vybrané aktuální programy splňující kritéria internetové terapeutické intervence pro uživatele drog. Pro doplnění jsou zde prezentovány také stručné charakteristiky dalších webových stránek, které specifikovaná kritéria nesplnily.

Platnou odpověď jsme obdrželi od 26 z celkového počtu 30 kontaktovaných národních monitorovacích středisek (87% response). Čtyři země na žádost o účast v průzkumu nereagovaly (Španělsko, Malta, Norsko a Irsko). Šest zemí (Německo, Dánsko, Nizozemsko, Polsko, Finsko a Česká republika) se zmínilo o existenci internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog a současně poskytlo údaje o jedné či více takových ITIUD, o nichž vědělo (tabulka 1).

Tabulka 1: Přehled respondentů z řad národních monitorovacích středisek a reakcí na otázku ohledně existence internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog

Členský stát	Instituce, organizace	Jméno	Existence ITIUD*
Belgie	Vědecký ústav veřejného zdraví	Marc Roelands	NE
Bulharsko	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti	Momčil Vassilev	NE
Česká republika	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti	Barbora Orliková	ANO
Dánsko	Národní zdravotní komise	Maria Winther Koch	ANO
Německo	DBDD (IFT) München	Tim Pfeiffer-Gerschel	ANO
Estonsko	Národní institut pro rozvoj zdraví	Kaire Vals	NE
Irsko			–
Řecko	Univerzitní výzkumný ústav duševního zdraví	Manina Terzidou	NE
Španělsko			–
Francie	OFDT	Jean-Michel Costes, Eric Janssen	NE
Itálie	Presidenza del Consiglio dei Ministri	Silvia Zanone	NE
Kypr	Kyperské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti	Maria Savvidou	NE
Lotyšsko	Úřad pro otázky veřejného zdraví	Sandra Perkone	NE
Litva	Litevský úřad pro kontrolu drog, koordinátor litevského národního monitorovacího střediska	Ernestas Jasaitis	NE
Lucembursko	Ministère de la Santé – Direction de la Santé – AST	Simone Schram	NE
Maďarsko	Národní monitorovací středisko	Orsolya Varga	NE

Členský stát	Instituce, organizace	Jméno	Existence ITIUD*
Malta			–
Nizozemsko	Trimbos Institute	André van Gageldonk	ANO
Rakousko	Gesundheit Österreich GmbH	Marion Weigl	NE
Polsko	Národní úřad pro prevenci drog	Artur Malczewski	ANO
Portugalsko	Institut pro drogy a drogovou závislost	João Goulão	NE
Rumunsko	Národní protidrogová agentura	Madi Surugiu	NE
Slovinsko	Národní monitorovací středisko	Mercedes Lovrecic, Andreja Drev	NE
Slovensko	Generální sekretariát výboru ministrů pro drogové závislosti a kontrolu drog	Lucia Kiššová, Eleonora Kastilová	NE
Finsko	A-Clinic Foundation Stakes Elämä On Parasta Huumetta ry	- Tiia Ruokosalo - Elina Kotovirta - Ilmo Jokinen	ANO
Švédsko	Švédský národní ústav veřejného zdraví	Bertil Pettersson	NE
Anglie (UK)	Britské monitorovací středisko pro otázky drog Ministerstvo zdravotnictví	Gail Eaton	NE
Chorvatsko	Úřad vlády Chorvatské republiky pro boj se zneužíváním omamných látek	Hrvojka Laušić	NE
Turecko	TADOC	Mustafa Pinarci	NE
Norsko			–

* podle sdělení národního monitorovacího střediska

Na základě informací z těchto šesti zemí bylo identifikováno celkem 13 potenciálně relevantních programů (tabulka 2). Další zkoumání poskytnutých webových adres vedlo ke zjištění, že 7 programů nespĺňuje stanovené podmínky internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog, přičemž jeden program byl uveden dvakrát pod odlišnými názvy a jiný program ještě nebyl k dispozici. Nakonec bylo rozhodnuto, že z těchto 13 původně vytipovaných aplikací splňují kritéria pro ITIUD 4 programy (tabulka 2).

Téměř všechny relevantní programy zmíněné v reakcích národních monitorovacích středisek již byly mezitím identifikovány na základě zkoumání internetových adres publikovaných ve výročních zprávách jednotlivých zemí. Britské monitorovací středisko v souvislosti se stávajícími internetovými terapeutickými intervencemi pro uživatele drog nereferovalo o jednom z programů uváděném v jejich výroční zprávě s odvoláním na skutečnost, že tento momentálně samostatný program se má stát součástí jiných aktuálně existujících webových stránek (*Talk to Frank a Know Cannabis Self-help*). Nizozemské národní monitorovací středisko také poslalo údaje o několika doposud neznámých programech, z nichž *Wat wil jij met wiet* ještě nebyl v době práce na tomto materiálu k dispozici, a není proto předmětem dalšího rozboru. V podstatě všechny programy a webové stránky, které se v rámci výzkumu podařilo identifikovat, byly analyzovány z hle-

Tabulka 2: ITIUD uváděné respondenty z řad jednotlivých národních monitorovacích středisek

Členský stát	Zmiňované programy	URL	Datum spuštění (programu) ¹⁾	Splňuje kritéria ITIUD? ²⁾	Zařazení detailního popisu do přehledu
Německo	Quit the Shit	http://www.drugcom.de	2004	Ano	Ano
Dánsko	SMASH		2006	Ne	Ne
Nizozemsko	JellinekLive Online Behandeling	http://www.jellinek.nl/hulp/content.php?l=89	2008	Ano	Ano
	Cannabis (léčba online)				
	Cannabis Onder Controle	www.cannabisondercontrole.nl	2008	Ano	Ano
	Grip op gras	www.gripopgras.nl	2008	Ano	viz Cannabis Onder Controle
	Wat wil jij met wiet	www.watwiljijmetwiet.nl	-	- 3)	Ne
Polsko	Internetová poradna	www.narkomania.org.pl	2004	Ne	Ne
Finsko	Päihdelinkki – stránky věnované problematice závislosti	http://www.paihdelinkki.fi	1997	Ne	Ne
	Voimapiiri (Kruu siily)	http://web10334.web1.kuulalaakeri.fi/	2007	Ne	Ne
	Mobiilivinkki, mobilní poradenství	http://www.eoph.fi/en	2005	Ne	Ne
Anglie	Cannabis Self-help – momentálně probíhá trans-formace tohoto svépomocného programu pro uživatele konopi, viz Know Cannabis („Vše o konopi“) a Talk to Frank („Na slovíčko s Frankem“)	http://knowcannabis.org.uk/ http://www.talktofrank.com	2004	Ano	Ano
Česká republika	Drogová poradna SANANIM	http://www.drogovaporadna.cz	2001	Ne	Ne
	Prevence zneužívání syntetických drog	http://www.extc.cz	2001	Ne	Ne

1) Je-li relevantní

2) Viz definice internetové terapeutické intervence pro uživatele drog

3) Data nejsou k dispozici

diska definice internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog. V případě, že program nebo web postrádal některý z aspektů ITIUD, nebylo přistoupeno ke zpracování jeho podrobnější charakteristiky.

Vzhledem k jazykovým rozdílům mezi jednotlivými 30 zeměmi poskytujícími svá data v rámci sítě Reitox nebylo možné provést úplnou či doplňující rešerši internetu z hlediska aktuálně existujících programů. Ani vyhledávání publikované literatury prostřednictvím databází *Pubmed* a *ISI Web of Knowledge* nevedlo k nalezení nějakých relevantních prací, které by se zmiňovaly o existenci dalších programů v rámci EU.

Na základě odpovědí národních monitorovacích středisek sítě Reitox a zkoumání internetových adres zmiňovaných ve výročních zprávách byla sestavena typologie stávající nabídky internetových stránek s drogovou tematikou. Pomocí této kategorizace lze lépe porozumět důvodům, které stojí za vznikem jednotlivých internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog, a současně mezi existujícími weby rozlišovat. Všechny webové stránky, které se během výzkumu podařilo identifikovat, odpovídají přibližně jednomu z níže uvedených typů; tyto typy jsou následně stručně charakterizovány, přičemž podrobnější popis je uveden u těch stránek, jejichž součástí je nějaká internetová terapeutická intervence pro uživatele drog:

- weby, jejichž součástí je nabídka strukturovaných intervencí (viz kapitolu „Weby obsahující internetové intervence“ níže v textu),
- weby jako doplněk dalších služeb (webové stránky poskytující informace, další kontakty, nepřetržitou telefonickou službu apod.; viz kapitolu „Další webové stránky“).

Weby obsahující internetové intervence

Některé weby slouží jako platformy pro elektronické terapeutické intervence, jejichž součástí je také množství informací, vědomostní testy a hry s tematikou drog či drogové závislosti, zatímco jiné jen krátce vysvětlí obsah připojeného programu a nabídnou virtuální sebesposuzovací testy týkající se konzumace drog. Společným rysem všech těchto webových stránek je dostupnost strukturované léčebné intervence. Tyto intervence lze rozdělit na dva typy:

1. Strukturované „prefabrikované“ svépomocné programy bez časově rozvrženého kontaktu s poradcem

Jedná se o plně automatizované samostatně fungující a zdarma poskytované programy. Využití takového programu je anonymní. Jeho účastníci pracují s různými virtuálními nástroji nebo moduly, mají přístup k určitým informacím a sami si řídí svůj postup jednotlivými fázemi programu. Na základě údajů zadaných účastníkem je pak generována interaktivní zpětná vazba. Novější verze navíc zprostředkovávají kontakt s jinými uživateli prostřednictvím jednotného fóra, čímž vzniká jakási virtuální svépomocná skupina (viz níže uvedený podrobný popis aplikace *Know Cannabis Self-help* a příslušných programů organizace *JellinekMentrum*, na něž se na stránkách *Know Cannabis Self-help* odkazuje).

2. Strukturované programy, jejichž součástí je časově rozvržený kontakt s poradcem
 Ve srovnání se samostatně fungujícími automatizovanými programy jsou účastníci těchto programů v pravidelném kontaktu s poradci. Komunikace prostřednictvím internetu je organizována a plánována různým způsobem (např. formou individuálních chatů nebo „vzkazovníků“ (*message boards*)). Frekvence kontaktů mezi poradcem a účastníkem, stejně jako doporučená doba trvání těchto intervencí, je různá. Tyto programy s účastí poradce často pracují s moduly a nástroji podobnými těm, které se využívají v rámci svépomocných programů. Na rozdíl od svépomocných intervencí je však většina těchto poradcem asistovaných programů zpoplatněna (tzn. za jejich použití se účtuje poplatek). V důsledku toho také nejsou nabízeny anonymně a podmínkou je zde také dosažení minimální věkové hranice. Příklady těchto programů jsou uvedeny v příslušných částech textu věnovaných podrobné charakteristice intervencí *JellinekLive Online Behanding Cannabis* (online léčba poruch z užívání konopí), *Cannabis Onder Controle* a *Quit the shit*.

Know Cannabis Self-help

Organizace:	HIT a JellinekMentrum
URL:	http://knowcannabis.org.uk/selfhelp.htm
Typ programu:	bezplatný svépomocný program bez časově rozvrženého kontaktu s poradcem
Datum spuštění (měsíc/rok):	12/2004
Cílová skupina:	„všichni potenciálně rizikovní, problémoví a závislí uživatelé konopí“ (cílové publikum kampaně: mladí lidé ve věku 16–24 let)
Doporučená/plánovaná délka trvání intervence:	4–6 týdnů
Počet účastníků v roce 2007:	1 558
Země:	Spojené království (UK)
Jazyk:	angličtina
Kontakt:	profesor Pat O'Hare (HIT) patrick.ohare@gmail.com

Stručná charakteristika

Bezplatný program *Know Cannabis Self-help* funguje na bázi interaktivních nástrojů integrovaných do prohlížeče, které mají účastníkům pomoci získat lepší náhled na jejich chování související s užíváním konopí. Program na základě účastníkem zadaných údajů poskytne podrobný přehled aspektů jeho života souvisejících s konzumací konopí, doplněný o informační materiály (*fact sheets*) obsahující rady jak úspěšně docílit změny v užívání konopí nebo tuto látku přestat užívat úplně.

Vznik a vývoj

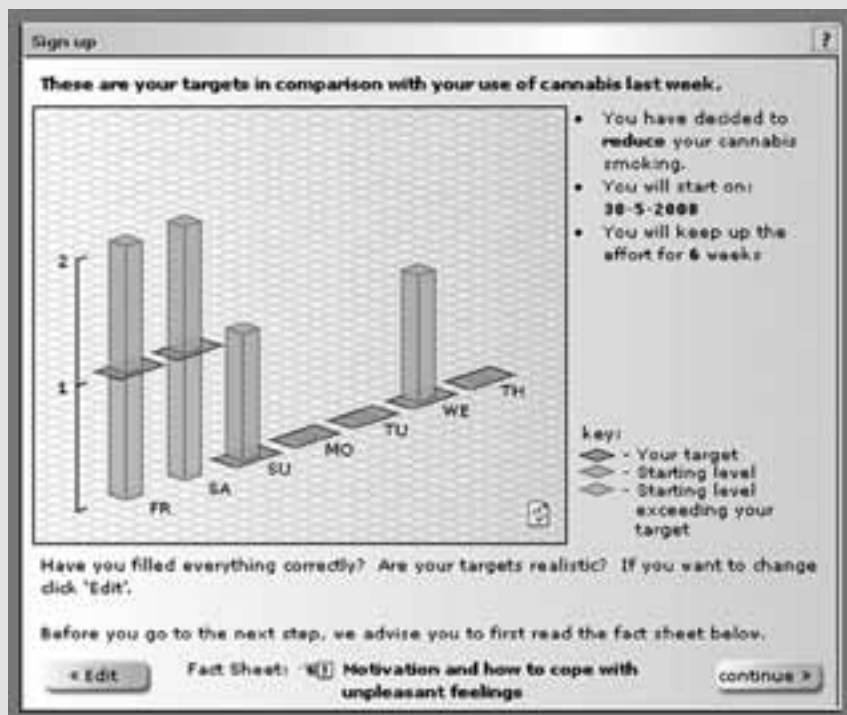
Webová stránka www.knowcannabis.org.uk byla původně spuštěna v létě roku 2004 v rámci britské kampaně zaměřené na šíření informací ohledně negativních dopadů a rizik pravidelného užívání konopí. Součástí této kampaně vedené britským sociálním podnikem s názvem HIT, věnujícím se problematice snižování negativních dopadů, které ve společnosti působí užívání drog a alkoholu, byly informační letáky, plakáty, rozhla-

sové spoty a právě internetové stránky *Know Cannabis*. Tento web byl dále propagován během celostátní vládní informační kampaně, která probíhala od prosince 2004 do května 2005. Od skončení kampaně organizace HIT nadále poskytuje tento bezplatný svépomocný program a tento web a příslušný svépomocný program ve Spojeném království propaguje mimo jiné prostřednictvím brožur, informačních příruček a letáků věnovaných tematice konopných drog.

Obrázek 2: Domovská stránka webu *Know Cannabis*



Svépomocný program tvořící součást webu www.knowcannabis.org.uk vytvořila nizozemská organizace *JellinekMentrum*. Na stránkách této organizace je také k dispozici o něco novější verze v nizozemštině, a to společně s dalšími bezplatnými svépomocnými programy zaměřenými na problematiku alkoholu, kokainu, patologického hráčství a kouření. Tyto programy jsou všechny koncipovány stejným způsobem, přičemž některé z nich jsou k dispozici ve verzi s účastí poradce (včetně chatového modulu), tak jak je o tom pojednáno v další části.

Obrázek 3: Ukázka z procesu registrace do aplikace *Know Cannabis*

Registrace

Všichni účastníci svépomocného programu musí absolvovat proces registrace sestávající z pěti kroků, během nichž jsou shromažďovány údaje, které hrají důležitou roli z hlediska pozdějšího využívání jednotlivých nástrojů programu. Uživatel si nejprve vytvoří svůj osobní účet zadáním uživatelského jména a hesla; jako nepovinný údaj může také uvést své pohlaví, věk, místo bydliště a e-mailovou adresu.

V rámci druhého kroku účastníci uvedou míru své spotřeby konopí za posledních sedm dní. Ve třetím kroku se prostřednictvím jakési bilanční tabulky formulují výhody a nevýhody, které užívání konopí pro daného člověka má, respektive výhody a nevýhody, které by pro něj plynuly z toho, kdyby s užíváním konopí přestal nebo je omezil. Pomocí této rozvahy by se pak uživatel měl být schopen v kroku 4 rozhodnout, zda chce s konopím úplně přestat, jeho užívání omezit či dostat pod kontrolu. Tento cíl (např. žádaná míra konzumace) je znázorněn v grafu zohledňujícím faktickou spotřebu během posledních sedmi dnů. Před posunem k dalšímu kroku jsou účastníci vyzváni, aby si přečetli „informační kartu“, kde se mohou dozvědět něco o tom, jak zvládat pocity „bažení“ po droze (*craving*). Na závěr si účastníci zvolí a upřesní svůj individuální postup a vzorce chování, které jim mají pomoci abstinovat nebo omezit užívání konopí. Program automaticky nabízí některé možnosti („Budu trávit více času s přáteli, kteří neužívají konopí“, „Každý den si budu znovu procházet svůj seznam výhod plynoucích z omezení konzumace ko-

nopí"), z nichž si účastníci mají vybrat vhodné kroky, případně si formulovat své vlastní. Po dokončení registrace se účastníci mohou pomocí svého uživatelského jména přihlásit na stránku *Know Cannabis* a zahájit svou účast v programu.

Program

Cílem svépomocného modulu je nabídnout účastníkům možnost získat lepší náhled na jejich návykové chování a pomoci jim v jejich snaze o změnu tohoto chování. Program proto nabízí množství nástrojů, s jejichž pomocí mohou uživatelé s užíváním konopí přestat nebo je dostat pod kontrolu.

Evidence bažení a kouření konopí

Hlavní součástí programu je „deník bažení a kouření“, do něhož se průběžně zapisuje vše, co v každodenním životě účastníka nějak souvisí s konopím: momenty a situace, v nichž se dostavuje silná touha užít konopí (bažení), momenty, kdy k užití konopí reálně došlo, osoby, které v té chvíli byly s uživatelem, související pocity a myšlenky apod.

Individuální zpětná vazba

Takto shromážděné údaje jsou v naformátovaném provedení zobrazeny na „výsledkové stránce“, kde je například z tabulek a grafů zřejmé, kdy a v jakém kontextu bylo pocíťováno bažení po droze nebo kdy a kde došlo k užití konopí. Pomocí této algoritmicky generované zpětné vazby založené na porovnávání evidované konzumace konopí s původně stanovenými cíli, vnitřními stavy a kontextem mohou získat účastníci lepší náhled na své návykové chování a být schopni lépe vyhodnotit a rozpoznat rizikové nebo obtížné situace, jakož i příslušné myšlenky a postupy, jejichž prostřednictvím se lze kouření konopí úspěšně vyhnout.

Prevence relapsu a nouzový plán

Účastníci si dále vytvoří osobní „plán prevence relapsu“, což je v podstatě osobní seznam potenciálně obtížných situací a konkrétních způsobů, jak se v takových situacích chovat. Aby byli účastníci připraveni na případný relaps, mají za úkol si vypracovat „nouzový plán“, který stanoví jak takovou situaci řešit a jak předejít dalšímu relapsu.

Informace

Do svépomocných modulů jsou ještě zakomponovány odkazy na další informace (označované jako informační karty, „fact sheets“) o příslušných tématech. Účastníci se jejich prostřednictvím mohou dozvědět něco více o sociálním tlaku, o potlačování bažení a zvládnání rizikových situací, o motivaci a nepříjemných pocitech a zvládnání relapsů.

Osobní deník

Účastníci jsou motivováni k tomu, aby si vedli svůj osobní online deník, ve kterém by reflektovali získané vědomosti a dovednosti.

Doporučená délka účasti v programu je přibližně 4–6 týdnů. Na základě průběžného využívání nástrojů, jakým je například „deník bažení a kouření“, bude mít uživatel během tohoto období možnost vytvořit si detailní náhled na své užívání konopí, změnit své chování a dosáhnout konkrétních cílů, které si předsevzal.

Obrázek 4: Program *Know Cannabis*

Teoretická východiska

Program *Know Cannabis Self-help* vychází z kognitivně-behaviorálních principů (kognitivně-behaviorální terapie, KBT). Cílem je zde ve skutečnosti minimalizace rizik. Tento svépomocný program je koncipován jako nástroj zacílený především na uživatele konopí, kteří by se neobrátili na tradiční léčebná nebo poradenská zařízení, a odvolává se na svépomocné příručky založené na kognitivních zásadách. Informace, které web *Know Cannabis* zprostředkovává, jakož i samotné nástroje, s nimiž tento program pracuje, by se daly nicméně stejně dobře využít v rámci osobních kontaktů mezi terapeutickými pracovníky a jejich klienty.

Evaluace

V souvislosti s programem *Know Cannabis Self-help* sice nebyly publikovány žádné evaluační zprávy, ale obdrželi jsme určité údaje o využívání programu od jeho autorů. Jak vyplývá z tabulky 3, v roce 2006 navštívilo stránky www.knowcannabis.org.uk 33 464 lidí, což je v průměru 2 788 návštěvníků měsíčně. Do svépomocného modulu se zaregistrovalo 1 419 uživatelů, přičemž 125 účastníků (8,8 %) program reálně absolvovalo, když jejich účast trvala nejméně 28 dní.

V roce 2007 se celkový počet uživatelů zvýšil o 58 % na 52 801, což odpovídá měsíčnímu průměru 4 807 návštěv. Do svépomocného programu se přihlásilo 1 558 uživatelů, což

je číslo, které procentuálně značně zaostává za celkovým nárůstem počtu návštěvníků stránek. Podíl uživatelů, kteří svépomocný program absolvovali, se mezi lety 2006 a 2008 výrazně nezměnil.

Tabulka 3: Využití programu *Know Cannabis*

Rok	Návštěvníci	Přihlášení účastníci	Účastníci, kteří program absolvovali
2006	33 464	1 419	125 (8,8 %)
2007 (změna oproti roku 2006)	52 801 (+58 %)	1 558 (+10 %)	138 (8,9 %)
2008	bude doplněno	bude doplněno	bude doplněno

Další informace

V současnosti se plánuje začlenění obsahu webové stránky *Know Cannabis*, včetně svépomocného modulu, do již zmiňovaného webu *Talk to Frank* („Na slovíčko s Frankem“), provozovaného britskou vládou jako poradenský servis v oblasti drog. Vzhledem ke značné oblibě „Frankových“ stránek se tím pravděpodobně zvýší počet návštěv.

V roce 2007 publikovala nizozemská organizace *JellinekMentrum*, která svépomocný modul *Know Cannabis* vytvořila, výstupy evaluace obdobného internetového svépomocného programu pro problémové uživatele alkoholu fungujícího v Nizozemsku (Blankers et al., 2007). Za zmínku stojí, že podle přihlašovacích údajů se 40 % činnosti v rámci svépomocného programu odehrává před a po pracovní době a dalších 27 % pak připadá na víkendy, což je doba, kdy by nebyla k dispozici tradiční střediska léčby. Ze statistických údajů tedy vyplývá, že tyto služby jsou využívány v těch částech dne, kdy lidé většinou využívají internet v soukromí.

Z 3 386 účastníků svépomocného programu pro uživatele alkoholu se jich po registraci 64 % (2 021) k programu nevrátilo. 31 % se k programu vrátilo a účastnilo se v průměru po dobu 18 dní, aniž však program dokončili. Pouhých 5 % program fakticky dokončilo a jejich účast trvala minimálně 28 dní (program *Know Cannabis* dokončilo pro srovnání téměř 9 % účastníků). Ve vztahu k problémovým uživatelům alkoholu tato evaluace nicméně vykazala významné snížení míry konzumace alkoholu v průběhu a po skončení jejich účasti na svépomocném programu.

Odkazy:

<http://www.knowcannabis.org.uk>

<http://www.hit.org.uk>

<http://www.hit.org.uk/campaigns.asp?id=43>

<http://www.jellinek.nl/>

<http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/>

JellinekLive Online Behandeling Cannabis (online léčba pro uživatele konopí)

Organizace:	JellinekMentrum	
URL:	http://www.jellinek.nl/hulp/content.php?i=89	
Typ programu:	zpoplatněný program včetně časově rozvrženého kontaktu s poradcem	
Datum spuštění (měsíc/rok):	04/2008	
Cílová skupina:	„uživatelé konopí, kteří chtějí omezit jeho kouření nebo s ním úplně přestat“, minimální věk 18 let	
Doporučená/plánovaná délka trvání intervence:	10 týdnů	
Počet účastníků v roce 2008:	61 (od dubna 2008 do prosince 2008)	
Země:	Nizozemsko	
Jazyk:	nizozemština	
Kontakt:	Roel Kerssemakers rkerssemakers@jellinek.nl	Matthijs Blankers (výzkum) m.blankers@amc.uva.nl

Stručná charakteristika

Internetový léčebný program pro uživatele konopí *Online Behandeling Cannabis* (OBC) byl uveden do provozu v květnu 2008. Je založen na několika interaktivních nástrojích, které jsou k dispozici prostřednictvím osobní webové stránky. Pomocí těchto nástrojů mají účastníci možnost získat náhled na vlastní chování související s jejich konzumací konopí a pokusit se případně toto své návykové chování změnit. Během deseti týdnů trvání programu se koná sedm individuálních „sezení“ s poradcem prostřednictvím chatu. Účastníci mají vedle toho možnost přístupu na jednotné fórum. Účast v programu je zpoplatněna, ale uhrazenou částku následně doplácí zdravotní pojišťovna. Program tudíž není nabízen anonymně.

Vznik a vývoj

V roce 2003 začala organizace *JellinekMentrum* vyvíjet několik internetových svépomocných programů. Program zaměřený na problematiku užívání konopí byl v roce 2004 úspěšně přeložen a začleněn do britského webu *Know Cannabis* (viz kapitolu věnovanou svépomocnému programu *Know Cannabis* výše). Od roku 2007 se tyto bezplatné plně automatizované a anonymní svépomocné intervence určené klientům závislým na alkoholu, konopí a kokainu a patologickým hráčům uvádějí pod společným označením *JellinekLive*. Nejaktuálnější a nepatrně odlišné verze těchto svépomocných programů (které v současnosti také umožňují kontakt s dalšími účastníky prostřednictvím internetového fóra) jsou k dispozici v nizozemštině na stránkách www.jellinek.nl.

Jádro programu *Online Behandeling Cannabis* (OBC) je shodné s již zmíněným svépomocným programem *Know Cannabis Self-help*. Program OBC nicméně vychází z novější verze výše popsaného svépomocného programu, a má proto trochu odlišné provedení a propracovanější koncepci. Prostřednictvím funkce chatu nabízí také navíc možnost osobního kontaktu s poradcem. Tato komunikace s poradcem je zpoplatněna.

Obrázek 5: Domovská stránka projektu *JellinekMentrum*

Registrace

Vedle nového grafického zpracování s sebou nová verze programu přináší několik výrazných změn. Již během registračního procesu mají účastníci přístup k většímu množství informací, které si současně mají za úkol prostudovat. Účastníci programu OBC musí také při registraci uvádět všechny požadované osobní údaje (např. celé jméno, adresu apod.). Náklady na intervenci s účastí poradce jsou zčásti hrazeny ze zdravotního pojištění. Na osobním webu se každý týden objeví na úvodní stránce zadání nějakého úkolu, přičemž účastníci dnes již mají nově možnost přístupu na jednotné fórum, kde mohou komunikovat s dalšími účastníky programu. Základní struktura programu ovšem nedoznala žádných významných změn, a proto zde na základě informací z *JellinekMentrum* uvádíme pouze stručný popis jeho obsahu.

Program

První fáze programu spočívá v určení míry konzumace konopí, jasném stanovení cílů a identifikaci situací, které jsou pro daného jedince rizikové (např. prostřednictvím denních záznamů o kouření a bažení nebo prevence relapsu). V druhé fázi účastník programu obdrží zpětnou vazbu, která je automaticky generována na základě dat zaznamenaných v osobním „deníku kouření a bažení“. V třetí fázi jde o získání dovedností a vědomostí týkajících se zvládnání bažení, tlaku vrstevníků, motivace a vyhodnocování rizikových situací. Děje se tak prostřednictvím několika informačních textů, které si mají účastníci

za úkol přečíst, za současného využití osobního deníku. Čtvrtá a poslední fáze je věnována podpoře sociálních kontaktů prostřednictvím jednotného fóra. Účastníci si zde mohou vyměňovat zkušenosti a diskutovat o tom, jak přestat užívat konopí či omezit jeho konzumaci, jak v konkrétních situacích odolávat pokušení užít drogu a v neposlední řadě také o možnostech pomoci prostřednictvím internetu. Vzniká tak jakási online svépomocná skupina, jejíž členové se mohou navzájem motivovat a udílet si rady.

Zatímco všechny tyto nástroje/moduly jsou k dispozici i v rámci nových verzí bezplatných a anonymních svépomocných programů poskytovaných organizací *JellinekMentrum*, program OBC obsahuje navíc chatový modul.

Léčba v rámci programu OBC zahrnuje sedm 30–40minutových individuálních konzultací s poradcem organizace *Jellinek* realizovaných formou chatu. Během těchto chatových konzultací se probírají „domácí úkoly“ a zkušenosti účastníků, kteří jsou současně motivováni, aby zintenzivnili své snahy o omezení konzumace konopí či abstinenci.

Teoretická východiska

Program OBC je založen na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) a motivačním tréninku (*Motivational Enhancement Therapy, MET*). Jelikož se tyto přístupy využívají i v rámci tradičních léčebných programů organizace *JellinekMentrum*, online programy, zejména aplikace, jejichž součástí jsou individuální konzultace prostřednictvím chatu, se do značné míry podobají ověřeným léčebným postupům využívaným při standardní léčbě realizované v rámci osobního kontaktu mezi klientem a terapeutem.

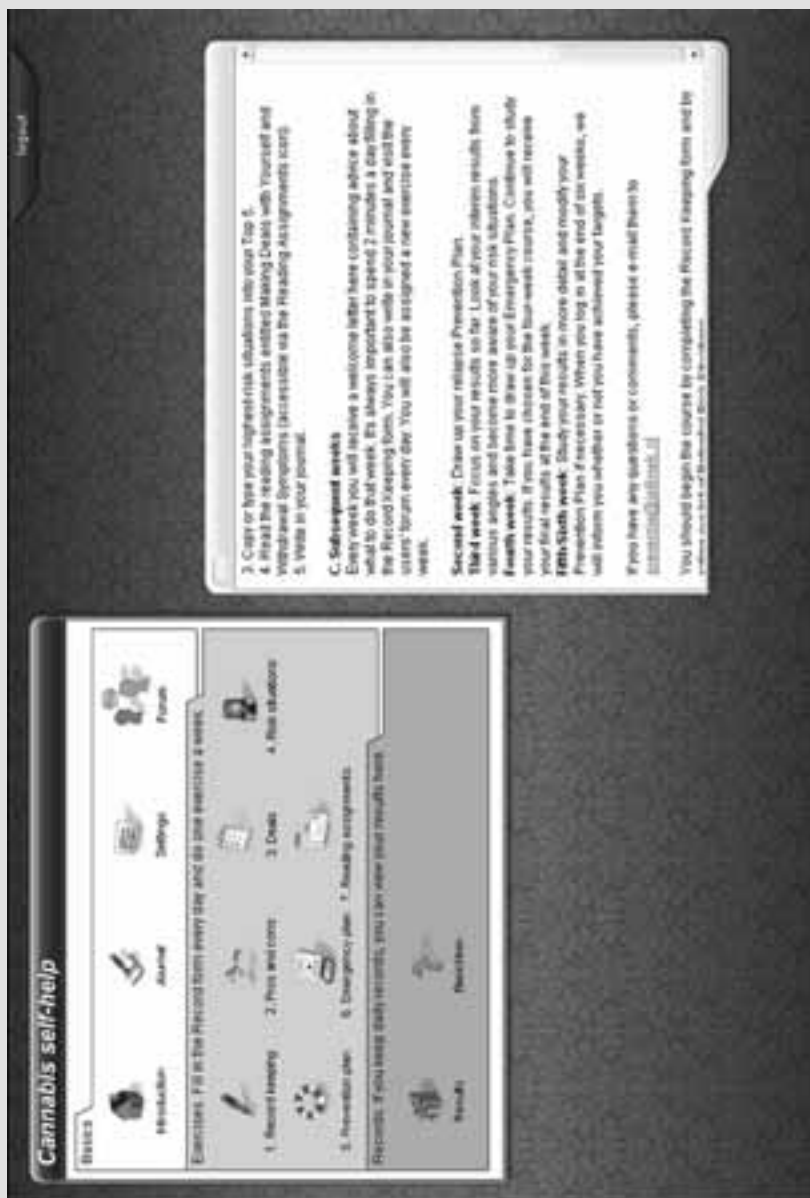
Evaluace

Momentálně probíhá evaluační studie, ale data zatím nejsou k dispozici, neboť program byl uveden do provozu teprve v květnu 2008. V době od 15. dubna 2008, kdy byly stránky OBC spuštěny, do 31. prosince 2008 si 438 lidí vyplnilo „screeningový“ test, na jehož základě bylo 209 z nich vyzváno k absolvování online léčby v souvislosti s jejich užíváním konopí. 229 osobám, které k takovému kroku vyzvány nebyly, byly poskytnuty rady a kontakt na jiné léčebné alternativy poskytované organizací *Jellinek/Arkin*. Hlavním důvodem, proč těmto osobám nebyla nabídnuta účast v programu, byla jejich (duševní, respektive somatická) komorbidita takového stupně, který již pracoviště *JellinekMentrum* nepovažuje za přijatelný pro online léčbu. Z 209 oslovených lidí se jich 61 zapsalo k absolvování léčby. Z těchto 61 lidí pak 45 léčbu fakticky absolvovalo tak, jak bylo plánováno.

Další informace

Stejně jako výše popsany program OBC je koncipována také online léčba, kterou organizace *Jellinek* nabízí lidem, kteří chtějí omezit své užívání alkoholu nebo úplně přestat pít. Aplikace *JellinekLive Online Behandeling Alcohol* byla představena v prosinci 2006 a již v roce 2007 registrovala 160 účastníků (od spuštění programu jich bylo celkem 260). Součástí tohoto programu v trvání 10 týdnů je rovněž sedm chatových relací v délce 30–40 minut. V červnu 2008 byla zahájena randomizovaná kontrolovaná studie tohoto programu (včetně jeho svépomocné internetové varianty pro uživatele alkoholu).

Obrázek 6: Program OBC – hlavní stránka



Projekt *Jellinek* také nabízí bezplatné svépomocné programy zaměřené na uživatele různých návykových látek, konkrétně alkoholu, konopí a kokainu, na nichž se nijak nepodílejí „živi“ poradci. Svépomocný program pro uživatele alkoholu byl zprovozněn v roce 2003. Následně byl přepracován a opětovně spuštěn v aktualizované verzi v prosinci 2006. Stávající verze programů zaměřených na konopí a kokain byly spuštěny v srpnu 2007. Program pro uživatele konopí měl doposud 1 933 účastníků a program věnovaný problematice kokainu využilo 847 účastníků. Do svépomocného programu pro uživatele alkoholu se během roku 2007 zaregistrovalo 2 875 účastníků. Jak již bylo uvedeno v předchozí části, svépomocný program pro uživatele alkoholu je předmětem evaluační studie (Blankers et al., 2007).

Odkazy:

<http://www.jellinek.nl/hulp/content.php?i=89> (lěčba pro uživatele konopí)
<http://www.jellinek.nl/hulp/content.php?i=59> (lěčba pro uživatele alkoholu)
<http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/> (svépomocný program pro uživatele konopí)
<http://www.jellinek.nl/zelfhulp/coke/> (svépomocný program pro uživatele kokainu)
<http://www.jellinek.nl>

Cannabis Onder Controle

Organizace:	Brijder verslavingszorg (součást ParnassiaBavo Groep)
URL:	http://www.cannabisondercontrole.nl
Typ programu:	zpoplatněný program včetně časově rozvrženého kontaktu s poradcem
Datum spuštění (měsíc/rok):	01/2008
Cílová skupina:	„uživatelé konopí starší 18 let se stabilním sociálním zázemím (včetně sociálních vazeb, stálého bydlení a zaměstnání) bez aktuálních psychiatrických problémů, z nichž většina nemá dosavadní zkušenosti s léčbou závislosti“
Doporučená/plánovaná délka trvání intervence:	3 měsíce
Počet účastníků v roce 2008:	687
Země:	Nizozemsko (NL)
Jazyk:	nizozemština
Kontakt:	Niels Bregman Niels.Bregman@brijder.nl

Stručná charakteristika

Program *Cannabis Onder Controle* (COC) je tříměsíční nácvikový program, jehož cílem je rozvíjet schopnosti účastníků v tom směru, aby byli schopni co nejlépe odolávat bažení a potažmo omezovat či zcela eliminovat svou konzumaci konopí. Účastníci absolvují v doprovodu poradce několik terapeutických „sezení“ a pracují s interaktivními nástroji,

kteří jsou jim poskytovány prostřednictvím osobní stránky. Kontakt s poradcem probíhá přibližně čtyřikrát týdně prostřednictvím osobního „vzkazovníku“. Terapeutický koncept a způsob provedení COC byl také rozšířen na jiné cílové skupiny a užívá se v současnosti jako forma internetové intervence orientující se na uživatele alkoholu a „tanečních“ drog. Program je zpoplatněn a není nabízen anonymně.

Vznik a vývoj

Program *Cannabis Onder Controle* nabízí organizace *Brijder verslavingszorg* zabývající se léčbou poruch způsobených užíváním návykových látek, která provozuje v Nizozemsku více než 60 lůžkových i ambulantních středisek péče. *Brijder* je součástí skupiny *ParnassiaBavo Groep*, která sdružuje několik nizozemských zařízení a organizací zabývajících se zdravotní problematikou.

Registrace

Během registrace probíhá zhodnocení aktuální situace účastníků (věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, zdravotní problémy fyzického i psychického rázu apod.). Účastníci, kteří uvedou nějaké závažné skutečnosti (např. užívání léků nebo sebevražedné sklony), jsou před začátkem programu kontaktováni prostřednictvím e-mailu nebo telefonicky.

Obrázek 7: Domovská stránka programu COC



Obrázek 8: Komunikační rozhraní programu COC



Náklady spojené s účastí na programu jsou z části hrazeny ze zdravotního pojištění. Přesnou částku připadající na účastníka zde není možné uvést. Vzhledem k podílu pojišťovny a ve snaze vyhnout se právním problémům souvisejícím s udělením souhlasu ze strany rodičů musí být účastníci starší 18 let a kromě jiných osobních dat musí také uvést své celé jméno a adresu. Léčebný program COC tedy není poskytován anonymně.

Program

Po zaregistrování mají účastníci přístup k osobní stránce. Během celého tříměsíčního programu jim pak poradce zprostředkovává přístup ke konkrétním intervenčním/nácvikovým modulům, jimiž je zároveň provází. K těmto modulům je možné se dostat prostřednictvím jednotlivých položek v nabídce na osobní stránce účastníka. Jejich obsah je zprostředkováván přes osobní stránku uživatele a je poradcem přizpůsoben specifickým okolnostem jeho individuální situace.

Poradce a účastník spolu komunikují prostřednictvím vzkazovníku (*message board*), takže není nutné sjednávat žádné pevné termíny konzultací. Mezi poradcem a účastníkem tak sice nedochází k přímému kontaktu (v reálném čase), ale účastník (i poradce) si tak mohou podle svých časových preferencí vybrat, kdy budou s programem COC pracovat. Ke kontaktu poradce s účastníky dochází přibližně čtyřikrát týdně. Odpovědi na dotazy a vzkazy účastníků jsou poskytovány nejpozději do dvou dnů. Komunikace prostřednictvím vzkazovníku slouží k motivování účastníka a ke zprostředkování dalšího obsahu programu COC. Účastníci mají přístup k následujícím modulům/tématům:

1. Deník (vedení záznamů o pocitech bažení)

Účastníci si pořizují záznamy o pocíťovaném bažení, o tom, co si v takových chvílích myslí a co cítí, jakož i o způsobech, jimiž se pocíťované touze po droze snaží čelit. K to-

Obrázek 9: Analýza rizik v rámci programu COC

Brijder
CannabisOnderControle.nl

Algemeen
Algemeen gegevens
Contactpersoon (1)
Bekijkbaar

Ernstige gezondheidsproblemen
Stap 0: Registratie
Stap 1: Evaluatie
Stap 2: Traanproblemen
Stap 3: Ruime analyse
Stap 4-1: Ontspanen met rozen
Stap 4-2: G schema
Stap 5: Nieuwsluis
Stap 6: Evaluatie

Nieuw probleem
Probleem
Functie van behandeling
Uitlokker

Uitdag risicoanalyse Voorbeeld risicoanalyse **Invulsterm risicoanalyse**
Hieronder zie je een voorbeeld van een risico-analyse (functie-analyse). De eerste twee kolommen zijn de risicosituaties, de middelste kolom is het gedrag en de laatste twee kolommen zijn de gevolgen.

Ernstige risicosituaties	Inbrengen risicosituaties	Gedrag	Effecten, gevolgen (korte, lange termijn)
Niet een [?]	Wat denk je [?]	Wetb. middel [?]	Korte termijn [?] Lange termijn [?]
Alleen marij., jan	"Een ontspannen" "Zonder joint kan ik niet slapen"	Wet	Ontspanning Even met een probleem denken Paniek
Waar [?]	Hoop veel je je [?]	Gewoonlijk gebruik [?]	
Thuis (B) fiets	Gespannen	1 gram per dag	
wanneer [?]	Emotioneel gesteld [?]	instelling gebruik je [?]	
Nis het werk, ruimt, voor het slapen.	Goed, Mij, tees	Van 17.00 tot 23.30	

rechten voor het CVR/COG

muto účelu slouží aplikace (deník), která je zakomponována do struktury osobní stránky uživatele.

2. Porovnávání pozitiv a negativ

Porovnává se, co pozitivního a negativního danému člověku přinese, když bude nadále užívat konopí, a jaká pozitiva a negativa pro něj plynou z toho, když přestane návykovou látku užívat nebo její konzumaci sníží na rozumnější míru. Tímto způsobem lze zaujmout co nejlepší osobní postoj k otázce abstinence či lepší kontroly nad užíváním návykových látek.

3. Zpracování individuálního plánu léčby

Účastník a poradce společně vytvoří plán léčby na celý zbytek programu. Definuje se osobní cíl a formuluje se první intervence zaměřená na schopnost sebekontroly v situacích, kdy se dostaví pocit bažení po droze.

4. Analýza rizik

Společně s poradcem se provede analýza situací souvisejících s užíváním návykových látek, myšlenek pojících se s návykovým chováním či bažením po droze. Na základě informací uvedených v rámci registrace a v deníku je zpracován přehled všech vysoce rizikových situací.

5. Práce s rizikovými situacemi

Účastníci se musí vystavovat situacím analyzovaným v rámci čtvrtého kroku, aby se tak naučili tyto rizikové situace řešit. Při analýze rizik se ke každému riziku hledá jedno nebo více potenciálních řešení. Účastníci se tak například učí jak odolávat bažení po droze a sociálnímu tlaku.

6. Vnímání

V rámci tohoto modulu se účastníci učí jak se vypořádat s dysfunkčním vnímáním a jak formulovat konstruktivní přesvědčení (kognice), která mohou přispět k dosažení pozitivního výsledku.

7. Nouzový plán

Vypracuje se plán obsahující všechny kroky nutné k překonání lapsu či relapsu. Poradce má kontrolu nad tím, které moduly jsou aktuálně účastníkům k dispozici, takže současně kontroluje jejich postup programem. Součástí některých z výše uvedených fází programu jsou konkrétní „domácí úkoly“ pro účastníky.

Kromě kontaktu s poradcem mají všichni aktuální i bývalí účastníci přístup na fórum, kde si mohou vzájemně vyměňovat své zkušenosti. Přístup na tuto platformu není časově omezen. V rámci fóra nejsou realizovány žádné intervence ze strany poradců programu COC.

Teoretická východiska

Nácvikové moduly používané v rámci programu COC vycházejí z konceptu tzv. „lifestylových intervencí“, kognitivně-behaviorálních terapeutických postupů, které jsou v Nizozemsku považovány za nejprogresivnější způsob léčby poruch způsobených užíváním

návykových látek a které se současně využívají při tradiční léčbě závislosti poskytované organizací *Brijder*. Forma komunikace prostřednictvím vzkazovníku slouží k uplatňování techniky motivačního rozhovoru (Miller a Rollnick, 2002), která je rovněž základem běžných léčebných programů. Využívání vzkazovníku k osobní komunikaci eliminuje možné problémy se zmeškáním chatových konzultací a umožňuje flexibilnější plánování jak ze strany účastníka, tak poradce, neboť příslušný vzkaz může být na stránku umístěn, kdykoli je to potřebné či žádoucí. Vzkazovník současně znamená další omezení komunikace, neboť tato forma se svou povahou ještě více vzdaluje osobnímu styku.

V rámci jednotlivých kroků a nástrojů programu se využívá několik specifických metod. Například k formulování osobního cíle v kroku 3 (zpracování individuálního plánu léčby) se využívají kritéria SMART, což znamená, že tento cíl musí být konkrétní, měřitelný, dosažitelný, realistický a časově vymezený.

Evaluace

S odstupem tří a šesti měsíců účastníci obdrží e-mail, v němž jsou požádáni, aby formou krátkého dotazníku charakterizovali svou aktuální situaci. Průběžně je realizována evaluační studie. Jelikož byl program uveden do provozu až v roce 2008, první zpráva z evaluace *Cannabis Onder Controle* bude k dispozici v roce 2009. V roce 2008 měl program COC 687 účastníků, z nichž 88 již absolvovalo celou léčbu a u 96 z nich v době vzniku tohoto textu proces léčby ještě stále probíhal. Zbývající účastníci program nedokončili.

Další informace

Stejným způsobem jsou koncipovány i obdobné programy *Drugs Onder Controle*, spuštěný organizací *Brijder* v polovině května 2008, a *Alcohol Onder Controle*. Oba mají stejnou strukturu a jejich cílem je pomáhat rekreačním uživatelům drog spjatých s prostředím zábavy (např. kokain nebo extáze) a problémovým uživatelům alkoholu, kteří chtějí své návykové chování změnit nebo dostat pod kontrolu. Totéž platí pro webovou aplikaci *Grip Op Gras*, která přizpůsobuje obsah programu *Cannabis Onder Controle* potřebám vysokoškolských studentů.

Sdružení *ParnassiaBavo Groep* dále prostřednictvím své webové stránky *PsyQ* nabízí terapeutické intervence pro osoby trpící mimo jiné depresemi, panickými poruchami a poruchami příjmu potravy.

Odkazy:

<http://www.cannabisondercontrole.nl>

<http://www.gripopgras.nl>

<http://www.brijder.nl/>

<http://www.psyq.nl/>

<http://www.parnassiabavogroep.nl/>

<http://www.drugsondercontrole.nl>

<http://www.alcoholondercontrole.nl/>

Quit the shit

Organizace:	Spolkové centrum zdravotní osvěty (BZgA)
URL:	http://www.drugcom.de
Typ programu:	bezplatný program včetně časově rozvrženého kontaktu s poradcem
Datum spuštění (měsíc/rok):	08/2004
Cílová skupina:	dospívající a mladí dospělí, kteří chtějí přestat užívat konopí nebo jeho konzumaci omezit
Doporučená/plánovaná délka trvání intervence:	50 dnů
Počet účastníků v roce 2008:	483
Země:	Německo
Jazyk:	němčina
Kontakt:	Evelin Strüber (BZgA) evelin.strueber@bzga.de

Stručná charakteristika

Cílem bezplatného anonymního programu *Quit the shit* je poskytnout pomoc těm uživatelům konopí, kteří chtějí s užíváním této látky přestat nebo její konzumaci omezit. Základním prvkem je osobní deník, kam si účastníci po dobu 50 dní zapisují vše, co se týká jejich užívání konopí. Osobní poradce poskytuje jednou týdně písemnou zpětnou vazbu. Před programem a po jeho skončení jsou realizovány doplňkové individuální konzultace prostřednictvím chatu. Účastníci mohou také poradce každý den kontaktovat prostřednictvím veřejného chatu nebo e-mailu.

Vznik a vývoj

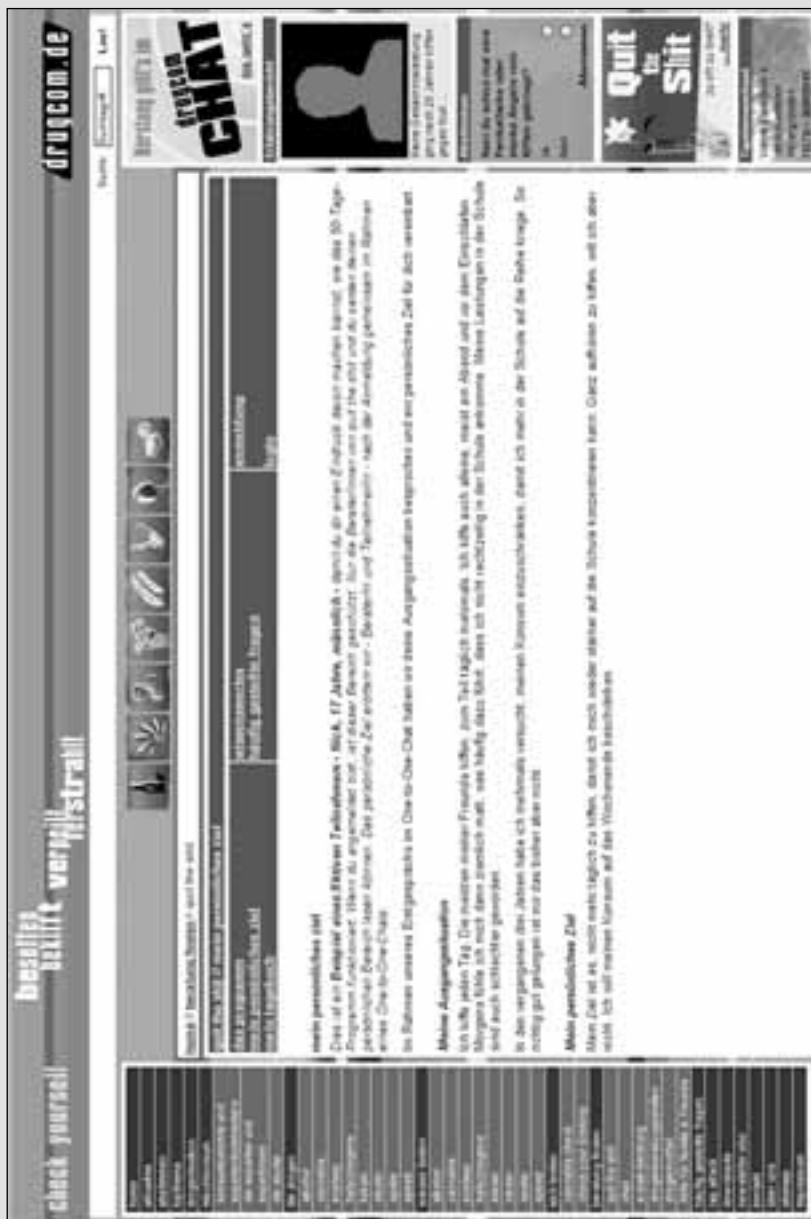
Program *Quit the shit* (QTS) je zakomponován do informativně-preventivní webové stránky www.drugcom.de, provozované Spolkovým centrem zdravotní osvěty (BZgA). Stránka *Drugcom*, jež byla uvedena do provozu v roce 2001, nabízí vedle informací o legálních i nelegálních drogách také několik vědomostních testů a testů zaměřených na posouzení míry konzumace alkoholu a konopí. Stránka www.drugcom.de jako taková měla v roce 2007 přibližně 900 000 návštěv.

Program QTS byl spuštěn v srpnu 2004 a až do léta 2006 byl jeho provoz organizován centrálně. Od té doby se o účastníky QTS stará v Německu přibližně 12 různých léčebných zařízení. Doposud (srpen 2004 až 2008) měl program již přes 1 500 účastníků.

Registrace

Uživatelé mají k programu přístup prostřednictvím webové stránky www.drugcom.de. Proces registrace začíná krátkým vysvětlením programu, jeho součástí a poučením o právních aspektech (např. o zabezpečení údajů). Dále zahrnuje autoevaluační test, který má ozřejmit reálný stav návykového chování účastníka ve vztahu k užívání konopí (počet dní za poslední měsíc, kdy konopí užil, denní množství jointů/bongů apod. během posledních sedmi dnů, počet užití konopí během typického dne, množství konopí zkonsumovaného v průběhu uplynulého měsíce, užívání jiných drog apod.).

Obrázek 10: Program *Quit the shit* jako součást webových stránek www.drugcom.de.



Podobným způsobem je zhodnocen stupeň motivovanosti účastníků a jejich psychická pohoda. Účastníci mají za úkol vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s několika tvrzeními (např. „Několikrát jsem se neúspěšně pokoušel(a) s užíváním konopí přestat“), posoudit důvody ke změně užívání (např. „...dostat svůj život pod kontrolu“) i několik rizikových situací (např. „Konopí užívám, když se cítím v depresi“). Účastníci, kteří uvedou, že nemají v úmyslu na svém užívání konopí cokoli měnit, jsou v tomto bodě z programu vyřazeni.

Po tomto zhodnocení si účastníci vytvoří své osobní uživatelské jméno a heslo. Účastník musí při registraci uvést svou e-mailovou adresu (např. bezplatný anonymní webmailový účet) sloužící k následnému potvrzení registrace. Účastníci si pak zvolí jeden z několika nabídnutých termínů úvodní chatové relace s poradcem programu QTS. Tento chat obvykle proběhne do sedmi dnů od registrace. Nedojde-li k výběru termínu chatu do čtyř týdnů od registrace, účet je zrušen.

Program

V průběhu 50minutové individuální chatové relace s poradcem programu QTS realizované před začátkem vlastního 50denního programu se mimo jiné probírají tato související témata: současná životní situace účastníka, jeho motivace a vzorce užívání konopí, důvody pro omezení konzumace konopí či úplnou abstinenci, situace, jež jsou pro daného člověka rizikové, individuální možnosti a způsoby jak dostat užívání pod kontrolu, předchozí pokusy o změnu v užívání konopí a definování osobních cílů (například, abstinence od konopí nebo omezení míry jeho užívání apod.).

Po úvodním chatu poradce aktivuje jednotlivým účastníkům jejich účty. Účastníci se pak mohou přihlásit na stránky *drugcom*, kde si mohou přečíst rekapitulaci své výchozí situace a osobních cílů, tak jak bylo oboje definováno v rámci úvodního chatu. Každého účastníka pak během programu QTS obvykle provází jako jeho osobní poradce tentýž člověk, který s ním již absolvoval úvodní chat.

Deník

Základním prvkem programu QTS je osobní deník. Účastníci jsou vyzváni, aby si zapisovali vše, co má v jejich každodenním životě nějakou souvislost s konopím (např. situace, v nichž užili konopí, důvody k užití, množství, myšlenky a pocity související s konopím, problémy s bažením apod.). Pokud se účastníkům podaří se užití konopí vyvarovat, mají za úkol stručně vysvětlit, jakým konkrétním způsobem toho dosáhli.

Poradce fungující v rámci programu QTS má k těmto údajům přístup a každý týden zpracovává písemné vyjádření, v němž reaguje na dosavadní postup účastníků a naznačuje či radí jak řešit konkrétní problémy.

Informace

Dalším důležitým prostředkem jsou v průběhu programu pro účastníky informační materiály nabízené na stránkách *www.drugcom.de*. Účastníci zde mají přístup k různým textům, které přinášejí informace o závislosti na konopí, změně chování, strategiích sloužících k dosažení kontroly nad návykovým chováním a způsobech zvládnání pocitů bažení po droze, rizikových situací apod. Během úvodního chatu a v rámci průběžné zpětné vazby ze strany poradců jsou účastníci vyzýváni, aby si tyto informace přečetli.

Obrázek 11: Deník vedený v rámci programu QTS – konzumace konopí během aktuálního týdne

quit the shit // mein tagebuch		wissenschaftler häufig gestellte fragen		anmeldung login				
das programm mein persönliches ziel mein tagebuch								
<p>mein 50-tagebuch</p> <p>Das Tagebuch dient dazu, alle Dinge, die mit dem Kiffen zusammenhängen, täglich zu notieren. Auch oder gerade wenn du nicht gekifft hast, sind Einträge sinnvoll. Vielleicht hast du es geschafft, in einer Situation, in der du normalerweise kifft, zu widerstehen. Es kommt nicht darauf an, unbedingt jeden Tag etwas einzutragen, aber jeder Tag, der im Zusammenhang mit dem Kiffen für dich von Bedeutung ist, sollte in diesem Tagebuch festgehalten werden.</p> <p>Du kannst dir hier ein Bild davon machen, wie das Tagebuch aufgebaut ist und beispielhafte Einträge eines fiktiven Teilnehmers (Nick, 17, männlich) anschauen. Für angemeldete User ist das persönliche Tagebuch geschützt. Nur die Beraterinnen von quit the shit und du werden deinen persönlichen Bereich lesen können. Durch einen Klick auf einen Tag gelangst du in die Tagesansicht.</p> <p>weitere Hinweise zur Bearbeitung des Tagebuchs</p>								
Hast du gekifft?		Mo. 1.1.	Di. 2.1.	Mi. 3.1.	Do. 10.1.	Fr. 11.1.	Sa. 12.1.	So. 13.1.
		ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
Rückmeldung zum Beratungsteam		<p>Hallo Nick,</p> <p>erst mal ein großes Lob für dich. Du hast geschafft, von sieben Tagen drei Tage nicht zu kiffen und an zwei Tagen, jeweils nur einen Joint zu rauchen. Außerdem warst du an einigen Tagen sehr aktiv und</p>						

Závěrečný chat

Na konci 50denního programu účastníci absolvují závěrečný individuální chat s poradcem, při němž se probere jejich dosažený osobní pokrok, další plány a kroky, které by bylo dobré po skončení programu uskutečnit. Diskutovanými tématy jsou tedy změna v užívání (ve vztahu k předem stanovenému cíli), úspěšné strategie zvládnání zátěžových situací a způsoby jak se v budoucnu držet cílů týkajících se užívání konopí. V případě potřeby jsou účastníkům zprostředkovány nebo zajištěny další možnosti podpory (místní poradenské služby, psychoterapie apod.).

Příklad chatové relace realizované v rámci programu QTS

Poradce: Dobrý den, vítám vás v našem programu! Právě vedeme soukromý chat. Jmenuji se R. a jsem psycholog a terapeut. Na náš chat máme asi 50 minut. Proč jste se rozhodl zapsat do našeho programu?

Účastník: Obrátil jsem se anonymně na charitu (Caritas) a ti mě poslali sem.

Poradce: Rozumím. Jsem rád, že jste tady. Víte už něco o našem programu?

Účastník: Díval jsem se na vaši domovskou stránku a podle mě je to super projekt a ty možnosti (poradenství přes chat) jsou skvělé. Chci a taky potřebuju přestat brát drogy a myslím, že jsem tady v dobrých rukou.

Poradce: Díky! Takže, jakého cíle chcete v rámci programu dosáhnout? Chcete úplně přestat?

Účastník: No, to je dobrá otázka... Není to buď 1 nebo 0, když někdo bere drogy? Je to dost divné, když si pomyslím, že už bych si nikdy nedal jointa.

Poradce: Ne, nemusí to tak být. Ale někdy je opravdu rozumné přestat úplně. Především si ale musíte za svým cílem stát. Možná bychom se zatím měli věnovat tomu, jak to s vámi vypadá momentálně, a vašim cílům se věnovat později.

Účastník: Co myslíte tím, „jak to se mnou vypadá momentálně“?

Poradce: Říkáte, že kouříte 2-4 jointy denně, většinou přes den nebo večer, je to tak?

Účastník: Je to tak. Pokud je k tomu příležitost.

Poradce: Co příjemného si spojujete s kouřením marihuany?

Účastník: Pohodu, uvolnění, následný sex.

Poradce: Uklidnění, uvolnění po vyčerpávajícím dni?

Účastník: Dalo by se to tak říct. Nemám ale rád to, co přijde potom. Zmatenost, únava, skleslost...

Poradce: Čím se živíte?

Účastník: Jsem webdesigner na volné noze.

Poradce: To zní zajímavě! Takže to můžete naši stránku posoudit z profesionálního hlediska...

Účastník: Je dost dobrá. Taky bych to tak zvládl :-).

Poradce: Takže se svou prací jste spokojen. To je dobře.

Účastník: Jde to dobře a dá se tím docela dobře uživit.

Poradce: Už jste se zmínil o tom, co nemáte na kouření marihuany rád. Skleslost, zmatení. Má to ještě nějaká jiná negativa?

Účastník: Jasně, ze všeho vycouváte, chcete být sám... nechcete vůbec nic dělat.

Poradce: Napadají vás ještě nějaké jiné nevýhody?

Účastník: Hm... horší schopnost soustředění, člověka nic nebaví a myslí si, že život je fajn, jenom když je zkouřený.

Poradce: Jsou tohle důvody, proč chcete kouření omezit, nebo je v tom ještě něco jiného?

Účastník: Taky to dost leze do peněz a člověk tím ztrácí hodně času.

Poradce: Co vás přivedlo k tomu, že jste se obrátil na charitu?

Účastník: Chtěl jsem přestat, ale nedařilo se mi to. Proto jsem se obrátil na odborníky.

Další kontakty

Kromě kontaktu s poradcem prostřednictvím deníku nebo elektronické pošty mají všichni účastníci každý den možnost využít chat s poradcem programu QTS v rámci stránky *drugcom*, který je k dispozici každý pracovní den odpoledne po dobu dvou hodin. Všichni bývalí účastníci programu *Quit the shit* tak mají i po uplynutí 50denní doby trvání vlastního programu přístup do tohoto „chat roomu“ a mohou zde s poradcem řešit své problémy. Také deník je nadále k dispozici i po absolvování programu, nicméně účastníci sem už nemohou přidávat žádné nové záznamy.

Teoretická východiska

Program QTS je primárně založen na sebemonitorování a autoregulaci. Teoretický rámec tvoří „teorie sociálního učení“ (Kanfer, 1986) a „strategie zaměřené na řešení problému“ (de Shazer, 1988; Berg a Miller, 1992). V rámci zpětné vazby ze strany poradce a chatových konzultací je uplatňována technika „motivačního rozhovoru“ (Miller a Rollnik, 2002).

Evaluace

Evaluace programu *Quit the shit* probíhá v ročních intervalech. Příslušné zprávy (v německém jazyce) si lze stáhnout z webu www.drugcom.de. Vedle toho byla také realizována randomizovaná kontrolovaná studie, jejíž výstupy zahrnující údaje o účastnících a účinnosti programu budou k dispozici v brzké době. Tato studie byla zahájena v prosinci 2006 a dokončena byla na podzim roku 2008. V rámci studie byly porovnávány různé parametry užívání konopí (množství, frekvence, sebeúčinnost ve vztahu k užívání) a osobní psychické pohody (spokojenost se životem, úzkost, nálada) u účastníků programu a u kontrolní skupiny tvořené jedinci, kteří intervenci neabsolvovali, ale kteří vykazovali stejnou motivaci k účasti na programu *Quit the shit*.

Osoby, které se zaregistrovaly do programu *Quit the shit*, byly pro účely studie náhodně přiřazeny buď k intervenční, nebo kontrolní skupině. Obě skupiny byly před vyplněním registračního dotazníku informovány o probíhající studii a upozorněny na skutečnost, že v důsledku toho možná nebudou moci program absolvovat. Jedinci přiřazení ke kontrolní skupině nemohli po registraci dále pokračovat v programu; nemohli tedy absolvovat úvodní chat ani využívat online deník. Toto omezení se však nevztahovalo na bezplatné využívání dalších poradenských služeb nabízených na stránkách *drugcom* (poradenství prostřednictvím volně přístupného chatu nebo elektronické pošty). Následně šetření proběhlo s tříměsíčním odstupem prostřednictvím online dotazníku.

Pro účely této publikace byla analyzována dílčí skupina klientů, u nichž bylo katanestické sledování uzavřeno před koncem září 2008. Obou hodnocení se účastnilo celkem 246 osob (N = 246). V zájmu vyloučení zavádějícího vlivu jiného typu odborné pomoci muselo být následně 64 participantů ze studie vyřazeno. Byla tedy analyzována data 182 osob, z nichž 89 (N = 89) absolvovalo danou intervenci, zatímco 93 účastníků studie bylo přiřazeno ke kontrolní skupině.

Účastníci této průběžné studie (N = 182) byli většinou muži (69 %) průměrného věku 25 let (SD = 7; rozmezí: 15–54 let). Průměrná spotřeba zaznamenaná před studií činila 19,7 gramů za posledních 30 dnů, přičemž dnů, kdy účastníci za posledních 30 dnů užívali, bylo 25 (SD = 6,2). Více než 90 % účastníků bylo možné během registrace diagnostikovat jako závislé na konopí (podle kritérií DSM-IV). Pro 78 % účastníků byla účast v programu QTS prvním pokusem o využití odborné pomoci.

Bylo možné zaznamenat drobné, nikoli však významné rozdíly mezi kontrolní skupinou (N = 89 v kontrolní skupině) a intervenční skupinou (N = 93 v programu QTS), jakož i mezi účastníky, jež se podíleli na studii, a běžnými účastníky QTS, kteří do studie zařazeni nebyli.

Například zatímco celý program obvykle absolvuje 42 % účastníků QTS, u účastníků randomizované kontrolované studie zařazených do intervenční skupiny (tzn. absolvujících program QTS) se to podařilo v 72 % procentech případů. Podobné míry setrvání klientů v léčbě vykazuje v Německu i tradiční ambulantní léčba poruch z užívání konopí. Řádné ukončení intervence bylo totiž zaznamenáno u 44 % uživatelů konopí, kteří v roce 2007 využili alespoň dvakrát služeb tradičních terapeutických zařízení (Deutsche Suchthilfestatistik, 2007)². Z důvodu značné rozmanitosti tradičních ambulantních terapeutických zařízení pro uživatele konopí (např. diametrální rozdíly v míře strukturovanosti a délce trvání) je však dosti obtížné srovnávat míry retence mezi QTS a intervencemi realizovanými v tradičních poradenských zařízeních. Účastníci zařazení do randomizované kontrolované studie měli navíc v průměru o něco vyšší vzdělání než běžní účastníci QTS (64 % účastníků studie mělo ukončeno vyšší vzdělání, zatímco mezi účastníky QTS, kteří se na studii nepodíleli, bylo 53 % vysokoškoláků).

Jak dokládá tabulka 4, u účastníků programu *Quit the shit* (přiřazených k intervenční skupině) došlo k významnému snížení množství měsíčně konzumovaného konopí (22 g v den registrace oproti 7,8 g 3 měsíce od skončení intervence), jakož i počtu dnů, během nichž v posledních 30 dnech konopí užívali (z 26 na 10,5 dne).

U účastníků programu QTS došlo navíc ke zvýšení sebeúčinnosti ve vztahu k užívání (DTCQ-8; Sklar a Turner, 1999), poklesu míry vykazované úzkostnosti (STAI-T; Laux et al., 1981) a zaznamenali rovněž lepší výsledky na škálách deprese (ADS-K; Hautzinger a Bailer, 1983) a spokojenosti se životem (SWLS; Schumacher, 2003). Významné rozdíly mezi kontrolní a intervenční skupinou bylo možné pozorovat u všech těchto faktorů s výjimkou životní spokojenosti. Míra abstinence u intervenční skupiny dosahovala s odstupem tří měsíců 32,6 % (v porovnání s 5,4 % u kontrolní skupiny). Zevrubnější publikace reflektující data za celý výběrový soubor bude k dispozici v druhé polovině roku 2009.

2 <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm> (naposledy zobrazeno 12. února 2009)

Tabulka 4: Předběžné výsledky randomizované kontrolované studie programu *Quit the shit*

Parametry hodnocené v rámci randomizované kontrolované studie	Kontrolní skupina (čekatelé)		Intervenční skupina (program QTS)		p-value
	Registrace	Katamnéza	Registrace	Katamnéza	
Konzumace (počet gramů za posledních 30 dní)	17,5	16,9	22,0	7,8	**
Počet dní konzumace (z posledních 30 dní)	24,5	20,6	26,0	10,5	**
Abstinence (%)	–	5,4	–	32,6	**
Sebeúčinnost ve vztahu ke konzumaci (DTCQ-8)	45,9	42,6	46,4	61,5	**
Úzkostnost (STAI-T)	51,2	47,5	50,5	41,2	**
Deprese (ADS-K)	19,0	15,3	18,9	12,0	*
Spokojenost se životem (SWLS)	19,1	20,6	19,2	21,8	°

Pozn.: p-value – hladina významnosti rozdílu mezi oběma skupinami

** vysoká významnost, tj. $p < 0,01$

* významnost, tj. $p < 0,05$

° bez významnosti

Další informace

V současné době se plánuje přenesení programu QTS do Francie. Byly v tomto směru podniknuty první nezbytné kroky, ale žádné další relevantní informace zatím nejsou k dispozici.

Odkazy:

<http://www.drugcom.de>

<http://www.bzga.de>

Další webové stránky

V této kapitole jsou popsány další typy webů, které byly identifikovány během našeho výzkumu, a také je zde poskytnuta stručná charakteristika webů uvedených národními monitorovacími středisky, které nakonec mezi internetové terapeutické intervence pro uživatele drog nebyly zařazeny.

Informační stránky

Tyto weby se drží základní myšlenky internetu jako takové, a sice nabízet informace, ať už jsou to informace o samotných návykových látkách, jejich účincích a možných negativních dopadech, rady zaměřené na bezpečnější užívání, epidemiologická data ur-

čitých zemí, kontaktní adresy na léčebná zařízení, údaje o léčebných metodách atd. Tyto webové stránky nabízejí základní informace pro uživatele drog, jejich příbuzné a přátele, jakož i pro odborníky. Tato kritéria mohou splňovat i domovské stránky tradičních léčebných zařízení, projektů či klinik, jakož i preventivně orientované weby celostátních orgánů, informační weby vytvářené skupinami uživatelů apod. Je pochopitelné, že žádná webová stránka této kategorie nebyla národními monitorovacími středisky uváděna jako internetová terapeutická intervence pro uživatele drog.

Některé z těchto webů nicméně nabízejí „hry“ nebo testy s drogovou tematikou, jejichž cílem je většinou poskytnout náhled na individuální návykové chování, možnost ověřit si vlastní znalosti o problematice drog anebo iniciovat změnu ve vnímání drog a jejich užívání. Jako součást těchto testů nebo v rámci informačního kontextu dané webové stránky lze často nalézt rady týkající se změny chování a prvních kroků k abstinenci či kontrole užívání, jakož i rady ohledně možné škodlivé konzumace jiných návykových látek, např. alkoholu. Některé z těchto nástrojů by tak mohly mít určitý vliv na změnu individuálního chování a přesvědčení ve vztahu k drogám.

Webové stránky obsahující kontakty na další služby

Některé z těchto informačních webů zprostředkovávají další kontakty s poradci nebo terapeutů. Není-li nabízen žádný kontakt, uživatelé často naleznou odkazy na jiné internetové stránky, kde mohou navázat komunikaci s odborníky. Téměř všechny weby s kontakty na další služby také opět nabízejí další informace s drogovou tematikou, i když objem a kvalita těchto informací se značně různí. Kontakty na poradce mají telefonickou, e-mailovou nebo chatovou formu.

Dostupnost telefonních horkých linek vykazuje značné rozdíly: od nepřetržitých služeb až po několik hodin provozu jen v určité dny. Některé weby nabízejí různá čísla, což znamená, že k jednotlivým konkrétním tématům (např. medicína nebo právo) se vyjadřují jiní odborníci.

Je-li součástí nabídky podpora prostřednictvím elektronické pošty, některé weby v takovém případě garantují obdržení reakce v určitém časovém intervalu (např. v pracovní dny do 48 hodin). V zájmu zaručení anonymity kontaktu jsou součástí některých webů aplikace, jimiž lze jakýkoli požadavek vznést přímo prostřednictvím webové stránky. Reakci si pak lze přečíst po přihlášení na tuto stránku pomocí osobního kódu nebo jsou odpovědi anonymně umístovány na veřejném fóru. Klient může tuto formu komunikace využívat, aniž by musel mít zřízen e-mailový účet.

Případné veřejné chaty jsou většinou nabízeny v předem určené dny ve stanovených časech (např. každý čtvrtek ve 14.00 po dobu přibližně dvou hodin, v pracovní dny od 15.00 do 17.00 apod.). Některé weby mají chatové místnosti přímo zakomponovány do svých stránek, zatímco jiné využívají externí software/služby integrované do vyhledávačů. V době vzniku tohoto textu nebyl doposud v nabídce žádný osobní chat prostřednictvím softwaru Instant Messenger (např. MSN, Skype, ICQ).

V rámci našeho výzkumu jsme přišli na množství webových stránek nabízejících poradenskou službu (např. prostřednictvím e-mailu), telefonický kontakt, sebesposuzovací testy nebo čistě informativní obsah. Tyto typy webů jsou sice většinou zmiňovány i ve výročních zprávách jednotlivých zemí, nicméně nespĺňují kritéria uvedené definice „internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog“. Přestože jsou mnohdy zpracovány na vysoké úrovni, určeny speciálně pro internetovou komunikaci a nabízené poradenské služby dokonce vycházejí z konkrétního teoretického rámce, postrádají jasnou strukturu a schéma adekvátně koncipované léčebné intervence (například jednoznačně definovaný program sestávající z různých komponentů či kroků, časový rámec s rozvržením průběžných kontaktů apod.). I přesto jsou tyto weby velmi důležitým záchytným bodem pro osoby, které anonymně hledají radu či podrobnější informace. Všechny tyto weby jsou obzvláště důležité také tím, že se snaží oslovit nejen uživatele drog, ale také jejich příbuzné a přátele, kteří v této souvislosti hledají pomoc. V následující části jsou popsány webové stránky a programy, které sice národní monitorovací střediska uváděla jako internetové terapeutické intervence pro uživatele drog, ale které při bližším zkoumání nespĺnily specifikovaná kritéria.

Například český web www.drogovaporadna.cz nabízí online bezplatné anonymní poradenství společně s informacemi o různých drogách. Tato stránka určená pro uživatele drog i jejich příbuzné, přátele, pedagogy a odborníky na problematiku drog obdržela v roce 2005 celkem 2 989 dotazů (Mravčík et al., 2006). Uživatelé mohou své otázky na dané stránce vznášet prostřednictvím fóra. Odpověď obvykle obdrží během 2–3 dnů. V případě potřeby je možné odeslat další dotaz. Jednotlivé dotazy vznášeli většinou samotní uživatelé drog (990 otázek), dále rodiče a jiní rodinní příslušníci (431 otázek) a partneři (252).

Provozovatelé polského poradenského webu www.narkomania.org.pl poskytli podrobné informace o dotazech směřovaných na jejich online poradnu, na jejichž základě je možné získat dobrou představu o skupině jejich uživatelů.

V roce 2007 obdržel tento web 1 789 dotazů směřovaných na psychologa (63 %), psychiatra (30 %) a právníka (7 %). Většinu těchto otázek vznesly ženy (74 %) a uživatelé ve věku od 16 do 34 let (69 %). 63 % dotazů pocházelo od rodinných příslušníků, partnerů a přátel uživatelů drog, zatímco uživatelé drog tvořili pouze třetinu klientů. Zbývající část tazatelů nebyla problémem drog nijak přímo dotčena (7 %). Většina kladených otázek se týkala drog obecně (33 %), dále pak konopí (22 %), kombinací látek (16 %) a amfetaminů (15 %).

Ještě větší množství dotazů obdržela britská linka pomoci *Talk to Frank* (FRANK, <http://www.talktofrank.com>). Podle evidence provozovatelů webu za roky 2004–2006 navštívilo jejich stránky během šestiměsíčního období od října 2005 do března 2006 více než 3,5 milionů osob. V téže době bylo přijato téměř 17 000 e-mailů a služba FRANK vyřídila přibližně 9 900 telefonátů od mladých lidí a přes 5 000 hovorů s rodiči.

Služba FRANK vznikla v roce 2004 jako náhrada za dosavadní britskou národní linku pomoci pro uživatele drog (*UK National Drug Helpline*). Uživatelé drog, jejich rodiče, přátelé apod. se mohou obrátit na odborníky s žádostí o radu prostřednictvím bezplatné

telefonní linky nebo e-mailu odeslaného z příslušného webu. Telefonní linka i web jsou hojně inzerovány na pohlednicích, samolepkách, v televizních a rozhlasových spotech a prostřednictvím nejrůznějších kampaní. Uživatelé mají možnost si službu FRANK přidat do seznamu kontaktů ve své aplikaci Instant Messenger provedením příslušné volby na webu *Talk to Frank*. Automatický systém (počítačový skript) pak sám dodává informace o tématech souvisejících s drogami. V plánu je realizace plně automatizovaného svépomocného programu, který by byl přímou součástí webové stránky *Talk to Frank*. Tento program, který byl v době vzniku tohoto materiálu (červen 2008) k dispozici pouze prostřednictvím jiné samostatně fungující stránky *Know Cannabis*, je společně s dalšími známými internetovými terapeutickými intervencemi pro uživatele drog podrobně popsán v kapitole 4 v rámci oddílu věnovaného technickým realizacím a provedením.

Weby poskytující služby prostřednictvím mobilních telefonů

Mezi internetovými intervencemi pro uživatele drog uváděla často národní monitorovací střediska také služby využívající ke zprostředkování předmětného obsahu mobilní telefony. Jedním z příkladů je bezplatný dánský program SMASH (<http://www.smash.name>), který ke sdělování svého obsahu využívá krátké textové zprávy (SMS), a není tudíž internetovou službou v pravém smyslu slova. Registrace zde nicméně probíhá prostřednictvím webové stránky SMASH, kde lze také získat bližší informace o programu. Cílem programu Restart je mimo jiné pomoci uživatelům konopí abstinovat nebo konzumaci této látky omezit. Za dobu 36 dnů je účastníkům odesláno 68 předdefinovaných informačních sdělení (prostřednictvím SMS), s jejichž pomocí si mohou účastníci vyjasnit své osobní cíle, překonat pocity bažení po droze, analyzovat rizikové situace apod. Vedle programu Restart nabízí SMASH několik dalších služeb na bázi krátkých textových zpráv, např. *Hashfacts*, což je soubor SMS obsahující 40 sdělení s tematikou konopných drog doručovaných v rozmezí 21 dnů. V dánštině je k dispozici evaluační zpráva, kterou si lze stáhnout na stránkách SMASH.

Krátké textové zprávy úspěšně využívá také finská nadace A-Clinic v rámci svého programu *Voimapiiri* (Kruh síly) (<http://web10334.web1.kuulalaakeri.fi/>). Žádné další informace o obsahu tohoto programu nám však poskytnuty nebyly. Program Kruh síly je součástí webu <http://www.paihdelinkki.fi/>, který nabízí všeobecné informace o různých tématech souvisejících s problematikou závislostí, informace o jednotlivých návykových látkách, různé testy (např. dotazník AUDIT navržený týmem expertů WHO), možnosti dalších kontaktů a poradenství v rámci svépomocných aktivit, s jejichž přispěním mohou účastníci například omezit nebo zcela eliminovat své užívání alkoholu. Je zajímavé, že se zde hovoří i o většině důležitých nástrojů uplatňovaných při výše popisovaných internetových terapeutických intervencích pro uživatele drog (např. evidence užívání pomoci diáře, stanovování konkrétních cílů apod.), ale nejsou ještě spojeny do jednotného programu s pevnou strukturou. Jak vyplývá z informací poskytnutých provozovateli webu *A-Clinic*, služby nabízené prostřednictvím internetu využívá každý měsíc přes 50 000 lidí.

Ve spolupráci s nadací *A-Clinic* vytvořila finská NNO EOPH (*Elämä On Parasta Huumetta Ry*, což v překladu znamená Bez drog život chutná lépe) bezplatnou poradenskou službu

Mobiilivinkki, která spočívá v zasílání SMS s informacemi o provozní době a adresách nepřetržitě dostupných zdravotnických služeb působících v oblasti hlavního města Helsinek. Organizace EOPH (<http://www.eoph.fi/en/>) dále vyvíjí činnost v oblasti zdravotní výchovy a školní prevence užívání návykových látek, distribuuje preventivně zaměřené herní aplikace pro mobilní telefony a nabízí na internetu chatovací místnosti věnované mimo jiné problematice závislosti.



PŘEHLED INTERNETOVÝCH
TERAPEUTICKÝCH INTERVENČÍ
PRO UŽIVATELE DROG V EVROPĚ

Podrobněji analyzované ITIUD

Tabulka 5 poskytuje přehled internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog, které jsou dále v textu podrobeny detailnější analýze. Tyto čtyři ITIUD se zaměřují na velmi podobné skupiny, pokud se týká věku a problémového chování, ale pouze polovina z nich akceptuje klienty mladší 18 let. Součástí tří programů jsou časově vymezené kontakty s poradcem. Délka intervencí se pohybuje od 4 do 12 týdnů.

Tabulka 5: Analyzované terapeutické intervence pro uživatele drog

Program	Know Cannabis Self-help	JellinekLive Online Behandelning	Cannabis Onder Controle	Quit the shit
Náklady	zdarma	zpoplatněno	zpoplatněno	zdarma
Časově rozvržený kontakt s poradcem	ne	ano	ano	ano
Datum spuštění	12/2004	05/2008	01/2008	08/2004
Cílová skupina	všichni potenciálně riziková, problémová a závislí uživatelé konopí	uživatelé konopí, kteří chtějí omezit jeho kouření nebo s ním úplně přestat	uživatelé konopí se stabilním sociálním záze- mím bez aktuálních psychiatrických problémů	osoby, které chtějí přestat užívat konopí nebo jeho konzumaci omezit dospívající a mladí
Věk	16–24	18+	18+	dospělí
Doba trvání (v týdnech)	4–6	10	12	7
Počet účastníků za rok	1 558 (2007)	61 (2008) (8 měsíců)	687 (2008)	483 (2008)
Země	Spojené království	Nizozemsko	Nizozemsko	Německo

Koncepce a teoretická východiska

Mezi jednotlivými terapeutickými programy pro uživatele drog popsanými v tomto materiálu lze pozorovat jisté podobnosti. Nejmarkantnějším společným rysem je to, že všechny programy jsou založeny na kognitivně-behaviorální terapii (KBT). Platí, že programy mají více méně danou strukturu nebo je možné je přizpůsobit individuálním potřebám, ale ať už mají svépomocný charakter nebo jsou vedeny poradcem, realizace všech programů probíhá ve stejných krocích:

- účastníci si mají možnost definovat své vlastní cíle (omezit užívání/abstinovat),
- učí se sami vyhodnocovat své užívání (množství, situace, pozitiva a negativa),

- jak zvládat bažení (nepříjemné pocity apod.),
- jak rozpoznat rizikové situace a jak je řešit (např. umět odmítnout, nestýkat se s přáteli, kteří berou drogy apod.).

Na základě uplatňování těchto poznatků pak mohou účastníci lépe kontrolovat své užívání nebo zcela abstinovat. Hlavním nástrojem v rámci programů je práce s osobním deníkem sloužícím k evidování všech podstatných aspektů užívání a změny v chování. Všechny programy navíc nabízejí množství dalších informací o problematice drog a závislosti. Programy, které pracují s individuální zpětnou vazbou ze strany poradců, využívají také určité prvky techniky motivačního rozhovoru, jejichž prostřednictvím motivují účastníky ke zdárnému absolvování programu a dosažení cílů, které si stanovili.

Cílové skupiny

V souvislosti s pozorovanými podobnostmi v hlavní struktuře jednotlivých programů lze konstatovat, že složení konkrétních cílových skupin se ani tak neodvíjí od koncepce programu, jako spíše od modelu jeho financování: programy (spolu)financované zdravotními pojišťovnami mají pro zájemce stanovenou minimální věkovou hranici 18 let (OBC, COC), zatímco například u bezplatného programu QTS žádné takové věkové omezení neexistuje. Všechny programy se však obecně snaží oslovit zejména mladé lidi. Účast ve svépomocných programech je umožněna komukoli z uživatelů drog. Neplatí zde žádná omezení. Také v tomto případě jsou hlavní cílovou skupinou mladí dospělí a adolescenti.

Technická realizace a provedení

Přestože všechny programy se do značné míry vyznačují stejnými teoretickými východisky a srovnatelnou strukturou, lze u nich pozorovat mnohé rozdíly v provedení a technické realizaci, zejména v rovině různých detailů.

Co se týká technického a grafického provedení, tři z těchto čtyř programů (*Know Cannabis Self-help*, *Online Behandeling Cannabis* a *Cannabis Onder Controle*) zprostředkovávají svůj obsah přes další obrazovku (například v samostatném okně prohlížeče), zatímco program *Quit the shit* je přímo zakomponován do primární domovské stránky webu www.drugcom.de a jednoduše figuruje v „hlavním rámu“ dané webové stránky. Chatový modul programu je nicméně prezentován ve zvláštním okně.

Obecně lze říci, že vstupní stránky programů provozovaných organizací *JellinekMentrum* (svépomocná aplikace a OBC) se ve srovnání s ostatními programy vyznačují barevnějším a graficky propracovanějším provedením. Jsou zde navíc použity grafy, jež účastníkům znázorňují, jaké množství konopí konzumují. Design stránek *JellinekMentrum* se svým provedením podobá stylu operačního systému Windows, zatímco programy QTS a COC vypadají spíše jako webové aplikace (například fóra, diskuzní platformy, webmailové služby).

Kromě grafického provedení se programy liší ještě v několika jiných aspektech. Vzhledem k různému způsobu poskytování zpětné vazby (reakce „živých“ poradců nebo počítačem generované hodnocení) nabízejí programy účastníkům například množství různých způsobů vykazování a zaznamenávání informací týkajících se jejich užívání (od složitějších po méně složité). Zatímco v rámci svépomocné varianty a OBC (pracující s automaticky generovanou zpětnou vazbou) se každá relevantní situace zaznamenává do „deníku kouření a bažení“ pomocí široké škály předdefinovaných proměnných, účastníci QTS zase například každou situaci popisují svými vlastními slovy.

Způsoby komunikace

Hlavní rozdíly mezi jednotlivými programy spočívají v jejich odlišném přístupu ke komunikaci s účastníky. Využívají se všechny obecně rozšířené formy komunikace prostřednictvím internetu. Lze přitom rozlišit mezi synchronními a asynchronními způsoby: zatímco v rámci programu OBC se využívají synchronní individuální chatové konzultace, v programu COC se komunikace mezi poradcem a účastníkem odehrává prostřednictvím asynchronního osobního vzkazovníku. S hybridním modelem pak pracuje program QTS, kdy úvodní a závěrečné „sezení“ probíhá formou chatu mezi účastníkem a poradcem, zatímco v průběhu programu je individualizovaná zpětná vazba poskytována prostřednictvím vzkazovníku.

Rozdíly jsou rovněž v četnosti i charakteru kontaktů. Účastníci programu OBC absolvují během deseti týdnů trvání programu sedm 40minutových chatových relací. Poradci COC naváží za celých 12 týdnů (3 měsíce) kontakt prostřednictvím vzkazovníku přibližně čtyřikrát týdně. Součástí programu QTS jsou dva povinné 50minutové chaty a každotýdenní zpětnovazební komunikace po dobu přibližně 7 týdnů (50 dní) (tabulka 6).

V souvislosti s těmito kontakty je nutné se zamyslet nad některými jejich aspekty. Například účastníkům programu OBC je ještě poskytována počítačově generovaná zpětná vazba vycházející z jejich záznamů ohledně bažení a kouření; chatové konzultace tak nepředstavují jedinou formu zpětné vazby. Sdělení umístovaná na vzkazovník programu COC jsou současně podle všeho méně obsáhlá a mají více formu dialogu než písemná zpětná vazba, kterou každý týden produkují poradci v rámci programu QTS. Zatímco programy COC a OBC nabízejí účast ve fóru, kde si účastníci mohou vyměňovat své zkušenosti, program QTS takovou službu nenabízí, ale místo toho zde účastníci najdou veřejný „chat room“ monitorovaný poradcem, který je zdarma k dispozici každý pracovní den po dobu dvou hodin.

Výše popsané charakteristiky, jakož i některé výhody i nevýhody používaných způsobů komunikace uvádí tabulka 6. O kladech a záporech by jistě bylo možné dále diskutovat, ale jelikož nebyla provedena žádná kontrolovaná studie, která by se zabývala přímým srovnáním jednotlivých komunikačních metod, není možné rozhodnout, kterou z nich, či snad dokonce který z programů, by bylo možné považovat v tomto ohledu za lepší či účinnější.

Tabulka 6: Přehled komunikačních metod v rámci internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog

Program	Specifikace	Výhody (metod)	Výhody (metod)
Chat (OBC)	7 chatových relací (30/40 minut) 10 týdnů další automaticky generovaná zpětná vazba fórum jako doplňková forma komunikace	<ul style="list-style-type: none"> - osobní, přímé, komunikace v reálném čase - co nejbližší běžnému dialogu - okamžitá možnost vyjasnění případných nedorozumění - možnost kladení a zodpovídání otázek, možnost okamžitého řešení problémů - možnost písemného vyjádření volných spontánních asociací - fórum jako virtuální svépomocná skupina 	<ul style="list-style-type: none"> - nutnost dodržet několik pevných termínů - účastníci mají menší možnost volby vlastního tempa postupu - omezenější možnost komunikace prostřednictvím chatu (např. pomalejší tempo vzniku písemných sdělení) může být zdrojem problémů - málo času na promyšlená sdělení
Vzkazovník (COC)	kontakt prostřednictvím vzkazovníku přibližně čtyřikrát týdně 12 týdnů (3 měsíce) fórum jako doplňková forma komunikace	<ul style="list-style-type: none"> - není nutné sjednávat konkrétní termíny chatu - značná míra svobody pro poradce i účastníka - v nutných případech možnost pokračování v komunikaci - možnost promyšlených sdělení - je možné si znovu projít celou komunikaci - fórum jako virtuální svépomocná skupina 	<ul style="list-style-type: none"> - absence interakce - absence spontánních reakcí - nemožnost okamžitého vyjasnění případných nedorozumění plynoucích z prezentovaných sdělení - aktuální problémy či otázky se mohou lišit od situace prezentované v rámci fóra o dva dny dříve
Kombinace metod	úvodní a závěrečný chat (50 minut) zpětná vazba v týdenních intervalech 7 týdnů (50 dní) možnost chatu jako doplňkové formy komunikace	<ul style="list-style-type: none"> - úvodní chat jako forma synchronní osobní komunikace určené k vyjasnění aktuální situace - zpětná vazba za celý týden vztahující se na různé situace - potřeba pouze dvou pevných termínů chatových relací - každodenní možnost dalších kontaktů prostřednictvím chatu - účastníci si mohou podle svých preferencí zvolit objem kontaktů 	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatek přímé komunikace, interakce v rámci hlavní části programu - aktuální problémy se mohou lišit od situace probírané v rámci zpětné vazby poskytované v pravidelných týdenních intervalech

Rozsah, průkaznost a účinnost

Ve vlastním rozsahu implementace existují značné rozdíly. Dva (OBC a COC) ze tří programů nabízejících časově rozvržený kontakt byly spuštěny teprve v roce 2008, a nebyly tudíž schopny předložit obsáhlejší data. Z dat, která jsou prozatím k dispozici, nicméně vyplývá, že program *Online Behandeling Cannabis* vykazoval během prvních osmi měsíců svého fungování 61 účastníků, přičemž jeho cílem je dosáhnout počtu minimálně 150 účastníků za rok; program *Cannabis Onder Controle* registroval 687 zájemců o léčbu již během prvního roku (podle jejich vyjádření). *Quit the shit* jako jediný dlouhodoběji provozovaný program (uveden do provozu v roce 2004) vykázal v roce 2008 přibližně 483 účastníků. Více než 1 500 účastníků se pak v roce 2007 přihlásilo do automatizovaného svépomocného programu *Know Cannabis Self-help*.

Co se týká počtu účastníků, je důležité rozlišovat mezi počtem uživatelů, kteří se do určitého programu přihlásí, a počtem účastníků, kteří program nakonec absolvují. Z dostupných údajů o programu *Know Cannabis Self-help* vyplývá, že pouze přibližně 9 % zájemců program ve skutečnosti absolvovalo a účastnilo se jej po dobu minimálně 28 dní. Tento úbytek klientů je zřejmě možné přičíst počátečnímu nízkoprahovému přístupu k programu, kdy není nutné uvést ani platný e-mail nebo pravé jméno. Vyšší míra retence by se tak dala spíše očekávat u neanonymních zpoplatněných programů. Avšak i bezplatné a anonymní programy, jako je např. QTS, dokazují, že je v těchto případech možné dosáhnout relativně vysoké míry retence (42 %); na každých pět účastníků připadali dva, kteří tento 50denní program reálně absolvovali.

Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog by v konečném důsledku neměly být hodnoceny podle počtu účastníků či podílu těch z nich, kterým se podaří příslušný program absolvovat celý. Finálním výstupem jakékoli kontrolované studie by měla být přesná data o účinnosti programu. K tomu jsou například zapotřebí informace o počtech účastníků, u nichž v konečném důsledku došlo k významnému snížení míry konzumace konopí nebo nakonec přestali užívat úplně, jak dlouho se jim jejich cíle dařilo plnit apod. Předmětem evaluačních studií jsou momentálně programy *Online Behandeling Cannabis* i *Cannabis Onder Controle* a organizace *JellinekMentrum* (poskyvatel programu OBC) dále realizuje randomizovanou kontrolovanou studii zkoumající jejich podobně koncipovaný program zaměřený na uživatele alkoholu. V době vzniku této publikace tak mohl reálně poskytnout taková přesná data jedině program *Quit the shit*. Předběžné závěry randomizované kontrolované studie tohoto programu vypovídají o povzbudivých a slibných výsledcích, které pravděpodobně přispějí k dalšímu rozvoji a oblibě internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog.

Pokud jde o zásady správné praxe, všechny programy vycházejí z objektivně prokázaných tradičních léčebných metod a podkladů, přičemž se tyto metody snaží uplatňovat a zprostředkovávat pomocí internetu. Děje se tak více méně standardizovaným způsobem a jednotlivé přístupy tak dosahují až pozoruhodné podobnosti s tradičními metodami (např. chatové konzultace jako ekvivalent terapeutických sezení). Lze tedy předpokládat, že všechny programy mají potenciál pomoci účastníkům při dosahování cílů, které si sami vytyčí.

Vzhledem k jejich relativně podobné terapeutické koncepci a předběžným výsledkům randomizované kontrolované studie programu *Quit the shit* se lze v souvislosti s internetovými terapeutickými intervencemi pro uživatele drog domnívat, že se jedná o perspektivní přístup v léčbě té skupiny klientů, které je často obtížné podchytit a léčit tradičnějšími prostředky. Nelze však na tomto místě jednoznačně konstatovat, zda jakékoli jednotlivosti v provedení, koncepci, poplatcích či metodách komunikace mohou zásadním způsobem ovlivňovat účinnost těchto programů. Všechny programy lze tudíž považovat za příklady dobré praxe. Nicméně jediným programem, jehož účinnost byla doposud prokázána na základě kontrolované studie a který tak může být označen za vědecky podložený, je program QTS. Také *Know Cannabis Self-help* a svépomocné programy organizace *JellinekMentrum* lze oprávněně považovat za příklady dobré praxe s ohledem na jiné studie, které již prokázaly účinnost podobných svépomocných programů zaměřených na problémové uživatele alkoholu (Blankers et al., 2007).

Potřeba dalšího výzkumu je nabíledni, a to zejména proto, že je ještě nutné prokázat samostatnou účinnost každého jednoho programu. Vzhledem k dílčím datům, která jsou doposud k dispozici, různým probíhajícím evaluačním studiím a výhodám, které internet jako médium nabízí z hlediska zdravotní prevence a komunikace, máme však již nyní v ruce přesvědčivé argumenty pro další rozvoj a uplatňování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog v rámci EU.



DISKUZE

Metody

Přes zdvojený postup při mapování předmětných programů spočívající v prohledávání internetu a shromažďování příslušných informací od jednotlivých národních monitorovacích středisek sítě Reitox nelze zaručit, že se v rámci tohoto výzkumu podařilo identifikovat všechny programy, které v Evropě aktuálně existují. Tento přehled však podle všeho zahrnuje nejpodstatnější internetové terapeutické intervence pro uživatele drog, které k datu jeho vzniku byly v rámci EU k dispozici. Výsledky šetření provedeného mezi národními monitorovacími středisky do značné míry korespondovaly s informacemi získanými na základě rešerší internetu a odborné literatury. V době práce na tomto přehledu bylo několik programů těsně před uvedením do provozu, takže je možné, že v brzké době budou k dispozici další intervence tohoto typu (např. nizozemský program *Wat wil jij met wiet*).

Pro lepší srovnání a vzhledem k jejich vzájemné podobnosti se tento materiál podrobněji zabývá internetovými programy pro uživatele konopí. Existují však i programy, orientující se například na uživatele kokainu nebo tanečních drog (např. extáze), které nabízejí podobné nebo téměř identické verze popisovaných intervencí.

Definice internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog a potažmo i selekce popisovaných programů se řídila výzkumným zájmem tohoto přehledu a potřebou odlišit předmětné intervence od jiných existujících internetových přístupů k dané problematice. Jak již bylo uvedeno, definice ITIUD by se dala pojmout mnohem širěji a v závislosti na konkrétních výzkumných záměrech by tak mohla zahrnovat i více různých služeb. Pro účely této přehledové studie posloužila daná definice dokonale, neboť se podařilo objevit vzájemně srovnatelné programy, čímž se potvrdila důvodně a jasně definovaná výběrová kritéria, a bylo tak možné nabídnout jeden z prvních analytičtějších pohledů na problematiku účinnosti těchto programů.

Dílní aspekty programů

Celková koncepce, na níž jsou všechny programy popsány v tomto přehledu založeny, vykazuje společné rysy. Jelikož jsou však tyto programy a jejich kontext složitým systémem, při porovnávání jednotlivých internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog, je nutné zohledňovat několik aspektů. O většině těchto aspektů jsme se již zmiňovali dříve při popisu předmětných programů, ale nebyla jim věnována bližší pozornost v rámci pozdější charakteristiky a vzájemného srovnání. Mezi tyto aspekty patří například typ organizace, která stránky provozuje, zda je program zpoplatněn, jakou má propagaci apod.

Jedním z výrazných aspektů může být například rozdíl mezi placenou a bezplatnou internetovou terapeutickou intervencí pro uživatele drog. Nízkoprahový přístup lze považovat za jednu z největších výhod ITIUD. Zpoplatněné programy přitom toto kritérium

splňovat nebudou, neboť v jejich případě nelze nabídnout rychlý, snadný a zejména anonymní a bezplatný (první) přístup k dané intervenci. Budeme-li nabízené služby posuzovat a zkoumat ze sociálně kritického hlediska, můžeme nabyt dojmu jakéhosi „dvourychlostního“ systému, v němž si lidé s příslušnými finančními prostředky mohou dovolit osobního poradce, zatímco jiní, kteří za takové služby nejsou připraveni platit, se budou muset spokojit s automatizovaným svépomocným programem (pokud je taková intervence vůbec k dispozici). V tomto ohledu lze také podotknout, že při paralelní nabídce bezplatné ITIUD vedené poradcem a bezplatného svépomocného programu by měli všichni účastníci mít možnost svobodné a univerzálnější volby terapeutické intervence podle svých preferencí.

Programy poskytované za poplatek, z nichž všechny jsou provozovány v Nizozemsku, jsou alespoň částečně hrazeny ze zdravotního pojištění. Výhodou těchto programů může být potenciálně vyšší motivovanost jejich účastníků daná uhrazeným poplatkem, jak o tom svědčí výsledky výzkumu v oblasti psychoterapie. V rámci plánování eventuálního zřízení online intervence pro uživatele drog je však zapotřebí při řešení otázky finanční účasti klientů zohlednit mimo jiné konkrétní cílovou skupinu, místní podmínky z hlediska legislativy a systému zdravotnictví a v neposlední řadě také širší kontext sociální odpovědnosti a z ní vyplývající poskytování zdravotní péče potřebným.

Vedlejším účinkem individuální platby za léčbu je však ztráta anonymity. Z principu je nutné, aby mezi klienty a organizacemi poskytujícími léčbu existovala smlouva, což vedle vlastní platební transakce komplikuje, pokud přímo neznemožňuje, zachování plné anonymity dané osoby. Například hlavním uváděným důvodem pro zavedení věkové hranice 18 let pro účast v programu byla automatická ztráta anonymity v důsledku dodržování administrativních požadavků v případech, kdy byly náklady hrazeny zdravotní pojišťovnou. Jednoduše řečeno, za osoby mladší 18 let by platby museli stvrzovat svými podpisy jejich rodiče. Vzhledem k relativně nízkému věku uživatelů konopí se jedná o dosti výrazné omezení, které by mohlo oslabovat potenciál tohoto typu intervence.

Mnohé další relevantní faktory nebylo možné v rámci tohoto výzkumu vyhodnotit či vůbec popsat. Patří sem odborná kvalifikace a dosavadní praxe poradců, jejich osobní způsob (online) komunikace s účastníky, počty terapeutů či poradců a léčebných zařízení spolupracujících na realizaci programu, otázky týkající se ochrany soukromí v kyberprostoru apod. Při tvorbě či evaluaci internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog je třeba všechny tyto aspekty zohledňovat, avšak rámec tohoto přehledu takovou komplexní analýzu neumožňoval.

Žádné podrobnější informace nejsou k dispozici ohledně nákladů spojených s tvorbou a provozováním programů popisovaných v této zprávě. Lze však odhadovat, že vytvoření nového programu vyžaduje počáteční investici ve výši minimálně 50 000–100 000 euro. Provozní náklady a výdaje spojené s tvorbou programů se budou značně lišit podle typu a jednotlivých atributů programu. Plně automatizované svépomocné programy (například *Know Cannabis Self-help*) tak budou zjevně vyžadovat výrazně nižší provozní náklady než programy s aktivní účastí poradců. Nákladovost programů vedených poradci pak bude opět spíše určovat například počet účastníků v programu. V souvislosti s omezeními internetových intervencí pro uživatele drog, které jsou popsány v následující části, je

nutné předeslat, že s ohledem na rozdílné charakteristiky předmětných cílových skupin a populací by bylo velmi obtížné provádět porovnání internetových programů a tradiční léčby.

Omezení internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog

Zatímco o výhodách ITIUD již pojednáno bylo, stejně tak je třeba mít na paměti jejich omezení a možné nevýhody. Jeden z největších problémů z hlediska zavádějících zjištění představuje komorbidita účastníků. Léčba jiných závislostí nebo dalších duševních poruch by totiž nutně přesahovala možnosti konkrétně a úzce vymezeného rámce internetové terapeutické intervence. Z tohoto důvodu je mimořádně důležité, aby poradci věděli o omezeních daného programu a v případě potřeby odkázali účastníky na jiná pracoviště, například tradiční léčebná střediska nebo terapeutické ambulance, kde jim bude poskytnuta odpovídající péče. Na stránkách daného programu by o těchto omezeních mohli být rovněž poučeni i sami účastníci.

Některé formy léčby nelze dobře přenést do virtuálního světa internetu. Například substituční léčba závislosti na opioidech se přes internet poskytovat nedá, i když případná doplňková podpora prostřednictvím internetu je eventuálně možná. Totéž omezení může také platit pro dlouhodobé uživatele návykových látek. Pro chronické intenzivní uživatele konkrétních návykových látek nebudou zřejmě online dostupné terapeutické intervence přínosem, neboť všechny tyto programy jsou koncipovány a realizovány způsobem, který evidentně není schopen reagovat na specifické potřeby této cílové skupiny (např. nutnost detoxifikace). Některé internetové terapeutické intervence pro uživatele drog již tyto otázky konkrétně řeší tím, že například jasně deklarují své zaměření na účastníky se stabilním sociálním zázemím, kteří aktuálně nemají žádné psychiatrické problémy (např. nizozemský program OBC).

V souvislosti s analýzou zdravotních služeb poskytovaných prostřednictvím internetu je obecně nutné počítat s kritikou ohledně využívání internetu jako média pro zprostředkování sdělení se zdravotní tematikou. Komunikace prostřednictvím počítače nemůže například nabídnout specifickou a komplexní formu osobní komunikace a pomoci, která je právě v terapeutickém kontextu tolik potřebná (zejména u intenzivních problémových uživatelů drog). Nedostatek osobního kontaktu by stávající problémy mohl pravděpodobně ještě prohloubit. Lidé, kterým hrozí sociální izolace, by totiž mohli využívat nějakou anonymní internetovou službu, aniž by to ovšem mělo pozitivní vliv na jejich sociální situaci (byť se těmto tématům může věnovat poradce v rámci elektronických konzultací). Pro účastníky může být rovněž obtížné vyvodit závěry o spolehlivosti online poradce či internetové léčby obecně. Dále je třeba mít na paměti, že lidé, kteří dostatečně nezvládají práci s počítačem (nebo jsou „počítačově negramotní“), např. neumí psát na klávesnici nebo vůbec používat počítač, by byli z internetové léčby poruch souvisejících s užíváním návykových látek předem zcela vyloučeni. V neposlední řadě se pak v souvislosti s ITIUD počítá s pravidelným přístupem k internetu, pokud možno v soukromí.

V rámci této konkrétní analýzy aktuálního vývoje internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog však není třeba otevírat obecnou diskuzi o kladech a záporech. Některé z otázek je možné vyřešit již tím, že budeme akceptovat omezení, která jsou těmto specificky koncipovaným intervencím pro uživatele drog vlastní (například tím, že se budou orientovat na uživatele internetu jako na cílovou skupinu, internetovou léčbu budou nabízet autorizované/oficiální organizace a pozornost bude věnována problematice komorbidit a chronicity). I kdyby se v době práce na tomto materiálu teprve chystalo publikování výsledků první randomizované kontrolované studie o internetové terapeutické intervenci pro uživatele drog v Evropě, zjištění, k nimž se mezitím dospělo, byla dostatečným příslibem. Z předchozích publikovaných evaluací a randomizované kontrolované studie o programu *Quit the shit* totiž vyplývá, že tento program je účinný. Více informací o potenciálu internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog přinese několik dalších publikací (týkajících se nizozemských programů OBC a COC). Budoucí diskuze na toto téma se tak budou spíše zaměřovat na reálnou potřebu dalšího rozvoje a výzkumu této specifické oblasti.

Vědecký výzkum v oblasti internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog

Dá se říci, že poskytování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog je v rámci EU stále ještě „v plenkách“. Nicméně se vznikem prvních programů již v roce 2004 a celosvětovým rozvojem dalších forem léčby prostřednictvím internetu se poznatky o této specifické oblasti stále rozšiřují a roste také počet poradců, kteří získávají zkušenosti s komunikací přes počítač. Jak však dokládá i tento přehled, stále není k dispozici dostatek výzkumem podložených faktů, což je dáno skutečností, že se většinou jedná o nové programy. Další informace o účinnosti internetové léčby poruch způsobených užíváním návykových látek lze očekávat od několika publikací, které mají v brzké době vyjít.

V souvislosti s těmito očekávanými studii je třeba poukázat na několik aspektů a omezení vyplývajících ze specifické povahy internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog. Vzhledem k anonymitě anebo fyzické vzdálenosti mezi účastníkem a poradcem není například dost dobře možné provádět testování na návykové látky. Při absenci studie, jejíž výsledky by reflektovaly testování na přítomnost drog, tak musí výzkum vycházet zcela z údajů uváděných samotnými klienty, přičemž validita dat získaných na základě sebeuposuzování není vědecky ověřena. Například v rámci metaanalýzy intervencí zaměřených na jiné návykové chování – kouření – bylo při porovnání údajů získaných na základě tvrzení účastníků a objektivních parametrů zjištěno, že až 30 % účastníků uvedlo nepřesné údaje o míře svého kouření (Wu, Wilson, Dimoulas, Mills, 2006). Je navíc pravděpodobnější, že katamnestické dotazníky budou častěji vyplňovat abstinující účastníci a ti, kteří si splnili stanovený cíl, čímž může dojít k nadsazení míry abstinence, nebudou-li tyto aspekty při výpočtech zohledněny.

K zajímavým výsledkům lze dále dospět při zkoumání rozdílů mezi stávajícími programy. V důsledku odlišných způsobů komunikace nebo frekvence či intenzity osobního kontaktu mezi poradcem a účastníkem mohou tyto intervence vykazovat rozdíly v účinnosti. Výsledek může ovlivnit dokonce i grafické zpracování programu nebo subjektivní

vnímání individualizované zpětné vazby. Dále je třeba podotknout, že přestože formy kognitivně-behaviorální terapie jsou pro svou jasnou strukturu a standardizovaný způsob uplatnění v rámci léčby přes internet veskrze přirozeným přístupem, existují i jiné metody a přístupy, které mohou dobře fungovat jako nástroj realizace ITIUD. Některé organizace nabízejí prostřednictvím internetu léčbu i uživatelům jiných látek než kofeinu. Bylo by proto užitečné získat konkrétní data například o účinnosti internetových intervencí pro uživatele kokainu nebo tanečních drog, neboť i tyto látky mají dopad na značný počet obyvatel EU (EMCDDA, 2008a).

Tato oblast zažívá dynamický rozvoj. Problematice online intervencí se věnuje stále více adiktologických publikací. Konání první konference na téma elektronického zdravotnictví (e-Health) je plánována na podzim roku 2009. Měníci se vzorce komunikace v každodenním životě stále častěji vypovídají o rostoucím významu internetu jako média. Rozvoj léčby závislosti prostřednictvím internetu je tak možné vnímat jako logický krok. Její možnosti například z hlediska pokrytí poptávky popsali Griffiths a Christensen (2007) na dvou australských programech zaměřených na oblast péče o duševní zdraví. Neměli bychom však zapomenat, že léčebné programy, diagnostické nástroje a testy doposud vznikaly a byly vyhodnocovány v kontextu osobního styku. Jakkoli vypadají první výsledky slibně, je nutné pokračovat v dalším výzkumu, který by prokázal účinnost přístupů založených na využití internetu, vyjasnil, pro které cílové skupiny se takové přístupy hodí a pro které nikoli, formuloval praktická doporučení ohledně optimalizace konkrétních intervencí a ověřil validitu testů, jimž jsou tyto intervence podrobovány.



BUDOUCNOST INTERNETOVÝCH
TERAPEUTICKÝCH INTERVENČÍ
PRO UŽIVATELE DROG V EVROPSKÉ UNII

Internetové intervence nemají a ani nemohou plně nahradit tradiční léčbu založenou na přímém osobním kontaktu, který kromě verbální složky skýtá také neverbální formy komunikace. Programy, které zde popisujeme, však mohou nabídnout služby cílové skupině, která se za normálních okolností míne s péčí poskytovanou tradičními poradenskými nebo terapeutickými zařízeními. Lze předpokládat, že v rámci Evropské unie se budou internetové terapeutické intervence pro uživatele drog dále rozvíjet, neboť do dnešního dne nabízejí jen dvě evropské země takové internetové programy, jejichž součástí je také časově strukturovaná účast poradce. Působnost tradičních léčebných zařízení je většinou omezena na nějakou konkrétní lokalitu, zatímco ITIUD mají tu výhodu, že mohou nabídnout příslušné služby na celém území daného státu.

S ohledem na celkovou poptávku po léčbě, zejména v souvislosti se závislostí na konopí, společně s širokou dostupností internetu v Evropě, se lze domnívat, že podobná nabídka by mohla být přínosem pro mnoho zemí. Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog lze relativně snadno překládat a přenášet do jiných členských států EU, jak se již ukázalo na příkladu svépomocného programu organizace *JellinekMentrum*, jenž byl úspěšně adaptován pro potřeby britského webu *Know Cannabis*. V současnosti se plánuje překlad poradcem vedeného programu *Quit the shit* do francouzštiny. Již nyní tak lze v rámci EU pozorovat další šíření internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog. Atraktivita ITIUD, zejména pro prvožadatele o léčbu, kterou například dokládají výsledky randomizované kontrolované studie programu *Quit the shit* (78 % účastníků tímto způsobem poprvé vyhledalo odbornou pomoc), ukazuje, že tyto intervence lze považovat za důležitý prvek rané prevence, zejména v oblasti minimalizace rizik. Z ekonomického hlediska pak mohou předpokládané nízké náklady na správu aplikací, zejména v případě svépomocných programů, a jejich relativně snadná přenositelnost poskytnout další argumenty pro širší uplatňování programů, které mají obzvláštní význam pro další cílové skupiny, například účastníky, kteří nemají zájem o osobní vedení, ale upřednostňují větší samostatnost.

Dalšími argumenty pro širší uplatňování internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog jsou pak automaticky výhody vyplývající z podstaty internetu jako média pro výměnu informací se zdravotní tematikou (např. anonymní komunikace, široká a nízkoprahová dostupnost 24 hodin denně, vysoká míra svobody pro účastníky apod.). Rozsah působnosti i účinnost obou terapeutických přístupů pak může zvýšit provázání internetových terapeutických intervencí s tradičními léčebnými zařízeními, kdy se několik komunikačních kanálů spojí v jednom léčebném procesu přizpůsobeném konkrétním individuálním potřebám každého účastníka.

Přestože mnohé z webů by mohly potenciálně poskytovat interaktivní pomoc na bázi expertních systémů, prvky umělé inteligence zatím ve velkém na internetové stránky se zdravotní tematikou nepronikly. Většina aplikací se v současnosti stále spoléhá na konvenční formy poskytování informací. Díky dalšímu vývoji techniky bude snad také možné zvýšit kvalitu testování a zdokonalit dělení na jednotlivé uživatelské skupiny s různými potřebami z hlediska léčby, a to na základě propracovanějšího sběru a kombinace informací o jejich vzorcích užívání návykových látek a rizikových/ochranných faktorech.

Další potenciál lze také spatřovat v zapojení mobilních telefonů či multimediálního obsahu do ITIUD. Širokopásmový přístup k internetu pak poskytuje možnost dalšího využití datově objemného multimediálního obsahu, jaký představují například edukační videa, animace apod. Inspirací pro komplexnější využívání obou těchto nových technologií, tj. internetu a mobilních telefonů, mohou být programy zmiňované v kapitole 3 v části věnované webům, které poskytují služby prostřednictvím mobilních telefonů. Tento prvek může mít mimořádný ohlas s ohledem na skutečnost, že v dnešní době již téměř každý člověk vlastní mobilní telefon a stále častěji je také možné se prostřednictvím mobilního telefonu připojit na internet. Doplnkové využívání krátkých textových zpráv nebo speciálně vyvinuté programy/moduly určené pro mobilní telefony by mohly do budoucna představovat další kroky v rámci rozvoje „multimediálních“ terapeutických intervencí (pro uživatele drog).

O významu a potenciálu internetu v oblasti podpory zdraví vypovídá rostoucí počet jeho uživatelů, kteří dále rozšiřují již tak úctyhodné řady uživatelů internetu mladšího věku (14–29 let), v kombinaci s využíváním tohoto média pro zdravotní účely, zejména k vyhledávání informací. Evropa se momentálně potýká s vysokou prevalencí užívání konopí mezi mladými lidmi, s nárůstem užívání kokainu v této populaci a s rostoucí poptávkou po léčbě související s užíváním těchto návykových látek. Internetové intervence popsané v této zprávě tak mohou příslušníkům těchto populací poskytnout přístup k léčbě, která by jim jinak v tradiční formě nemusela být k dispozici nebo by k ní nemuseli mít snadný přístup. Zdá se tak, že výhody těchto intervencí, mimo jiné snadná dostupnost, nízkoprahový přístup a přitažlivost pro provozatele o léčbu, převažují nad některými nevýhodami. Je nutné pokračovat ve výzkumu, který by dále posílil důkazní základnu léčby prostřednictvím internetu a umožnil v souvislosti s postupným budováním těchto programů přijímat racionální rozhodnutí. Ve prospěch účinnosti takových programů jako doplňkových a dalších prostředků uplatňujících se na širokém poli léčby a prevence užívání drog již svědčí první průkazná zjištění. Význam internetových terapeutických intervencí pro uživatele drog proto bude v rámci Evropské unie silít. Je však třeba dát pozor na definování vhodných cílových skupin pro internetové intervence, neboť tyto přístupy nemusí být správnou volbou pro vysoce problémové případy a pro osoby vykazující psychiatrickou nebo somatickou komorbiditu. Pro takové situace je nutné zajistit, aby byla internetová léčba integrována do struktur primární péče a péče o drogově závislé, což v případě potřeby umožní rychlé a snadné zprostředkování další vhodné odborné péče.

V Evropě si nositelé rozhodovacích pravomocí uvědomují význam využívání internetu a dalších nových technologií při navazování kontaktu s různými cílovými populacemi, o čemž mimo jiné svědčí zmínky o internetových metodách v národních protidrogových strategiích jednotlivých států. Zatímco v mnoha národních protidrogových strategiích se o internetu hovoří jako o důležité platformě pro zprostředkovávání preventivních sdělení nebo informování uživatelů o rizicích spojených s užíváním nezákonných drog (např. ve Francii, Itálii, Maďarsku, Portugalsku, Slovinsku a Spojeném království), pouze německý akční plán realizace protidrogové politiky také výslovně poukazuje na léčbu prostřednictvím internetu a zmiňuje v této souvislosti program *Quit the shit*. Nově přijatý Protidrogový akční plán EU na období 2009–2012 v rámci svého cíle č. 20 členské státy vyzývá, aby v této oblasti rozvíjely nové přístupy a technologie. Členské státy tak

mohou být motivovány k tomu, aby v rostoucí míře tuto inovativní metodu zaváděly v oblasti léčby poruch z užívání nezákonných drog s cílem navázat kontakt s těžko dostupnými cílovými skupinami. K tomuto vývoji bude v příštích letech a měsících přispívat i průběžná výzkumná činnost i chystané publikace zmiňované v této zprávě.

LITERATURA

- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C.E., et al. (2007) European citizens' use of e-health services: a study of seven countries [online]. *BMC Public Health* 2007, Volume 7, p. 53 [cit. 25. března 2009]. Dostupné na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/53>.
- Berg, I. K., Miller, S. D. (1992) *Working with the problem drinker: A solutionfocused approach*. New York: Norton.
- Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., Schippers, G. (2007) Eerste ervaringen met Internet-zelfhulp voor probleemdrinkers (Initial experiences with Internet self-help for problem drinkers) [online]. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, Volume 62(12), pp. 1032–1043 [cit. 30. června 2008]. Dostupné na: <http://www.mblankers.com/pdf>.
- Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A. et al. (2008) Telepsychology and selfhelp: the treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 14, pp. 46–57.
- Bull, F.C., Kreuter, M.W., Scharff, D.P. (1999) Effects of tailored, personalized, and general materials on physical activity. *Patient Education and Counseling*, Volume 36, pp. 181–192.
- Copeland, J., Martin, G. (2004) Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 26, pp. 109–116.
- Cunningham, J. A., Selby, P.L., Kypri, K., Humphreys, K. N. (2006) Access to the Internet among drinkers, smokers and illicit drug users: Is it a barrier to the provision of interventions on the World Wide Web? *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, Volume 31(1), pp. 53–58.
- de Shazer, S. (1988) *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton and Company.
- Devineni, T., Blanchard, E. B. (2004) A randomized controlled trial of an Internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 43, pp. 277–292.
- De Vries, H., Brug, J. (1999) Computer-tailored interventions motivating people to adopt health promoting behaviours: Introduction to a new approach. *Patient Education and Counseling*, Volume 36, pp. 99–105.
- Drieling, R. L., Ma, J., Stafford, R. S. (2007) Development of a web-based intervention to reduce women's risk for osteoporotic fractures through risk assessment, education, and behaviour change. In Abstracts of Seventh International Symposium on Osteoporosis: Translating Research into Clinical Practice. *Osteoporosis International*, Volume 18 (Supplement 2), S193–S244.
- Dumitru, R. C., Bürkle, T., Potapov, S. et al. (2007) Use and perception of the Internet for health-related purposes in Germany: results of a national survey. *International Journal of Public Health*, Volume 52, pp. 275–285.
- EMCDDA (2008a) *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe* [online] [cit. 20. ledna 2009]. Dostupné na: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.
- EMCDDA (2008b) *Statistical bulletin 2008* [online] [cit. 20. ledna 2009]. Dostupné na: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08>.
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R. M., Rudy, L. (2005) Usage and longitudinal effectiveness of a web-based self-help cognitive behavioural therapy programme for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, Volume 7(1), e7.
- Griffith, F., Lindemeyer, A., Powell, J., Lowe, P., Thorogood, M. (2006) Why are health care interventions delivered over the Internet? A systematic review of the published

- literature [online]. *Journal of Medical Internet Research*, Volume 8(2), e10 [cit 25. března 2009]. Dostupné na: <http://www.jmir.org/2006/2/e10>.
- Griffiths, K. M. and Christensen, H. (2007) Internet-based mental health programs: a powerful tool in the rural medicine kit. *Australian Journal of Rural Health*, Volume 15, pp. 81–87.
- Hautzinger, M., Bailer, M. (1983) ADS. *Allgemeine Depressionsskala*. Weinheim: Beltz.
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., et al. (2005) Trust and sources of health information – the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of Internal Medicine* 2005, Volume 165, pp. 2618–2624.
- Internetworldstats.com., data for the European Union [online] © 2001–08, Miniwatts Marketing Group. All rights reserved worldwide [cit. 9. června 2008]. Dostupné na: <http://www.Internetworldstats.com/europa.htm>.
- Kanfer, F. H. (1986) Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviours. In: Miller, W. R., Heather, N. (eds.). *Treating Addictive Behaviors: Volume II, Process of change*. New York: Pergamon Press, pp. 272–314.
- Klein, B., Richards, J. C., Austin, D. W. (2006) Efficacy of Internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 37, pp. 213–238.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D. (1981) *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.
- Lieberman, D. Z., Huang, S. W. (2008) A technological approach to reaching a hidden population of problem drinkers. *Psychiatric Services*, Volume 59(3), pp. 297–303.
- Lilja, J., Wilhelmsen, B.U., Larsson, S., Hamilton, D. (2003) Evaluation of drug use prevention programmes directed at adolescents. *Substance Use and Misuse*, Volume 38, No 11–13, pp. 1831–1863.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Morahan-Martin, J. M. (2004) How Internet users find, evaluate and use online health information: a cross-cultural review. *CyberPsychology and Behavior*, Volume 7, Number 5, pp. 497–510.
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B. et al. (2006) *Annual report: the Czech Republic – 2005 drug situation*, Prague: Office of the Government of the Czech Republic.
- Oenema, A., Brug, J., d Lechner, L. (2001) Web-based tailored nutrition education: results of a randomized controlled trial. *Health Education Research*, Volume 16(6), pp. 647–660.
- Postel, M. G., De Jong, C. A. J., De Haan, H. A. (2005) Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, Volume 162(12), p. 2393.
- Postel, M. G., De Haan, H. A., De Jong, C. A. J. (2008) *Telemedicine and e-Health*, Volume 14(7), pp. 707–714.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., et al. (2007) Web-based self-help for problematic drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, Volume 103, Issue 2, pp. 218–227.
- Schumacher, J. (Ed.) (2003) *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Shandley, K., Austin, D. W., Klein, B. et al. (2008) Therapist-assisted, Internet-based treatment for panic disorder: can general practitioners achieve comparable patient outcomes to psychologists? *Journal of Medical Internet Research*, Volume 10, e14.

- Sklar, S. M. and Turner, N. E. (1999) A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, Volume 94(5), pp. 723–729.
- Spence, S. H., Homes, J. M., March, S., Lipp, O. V. (2006) The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behaviour therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 74, pp. 614–621.
- Ström, L., Pettersson, R., Andersson, G. (2004) Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 72(1), pp. 113–120.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshom, P., et al. (2000) School-based adolescent drug prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, Volume 20, No 4, pp. 275–336.
- Van Eimeren, B., Frees, B. (2007) ARD/ZDF Online-Studie 2007: Internetnutzung zwischen Pragmatismus und YouTube-Euphorie. *Media Perspektiven*, Volume 8, pp. 362–378.
- Wangberg, S. C., Andreassen, H. K., Prokosch, et al. (2007) Relations between Internet use, socio-economic status (SES), social support and subjective health. *Health Promotion International*, Volume 23, No 1, pp. 70–77.
- Warmerdam, L., Straten, A. van, and Cuijpers, P. (2007) Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: the protocol of a randomized controlled trial [online]. *BMC Psychiatry*, Volume 7, p. 72 [cit. 25. března 2009]. Dostupné na: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/72>.
- Walters, S. T., Wright J. A., Shegog, R. (2006) A review of computer and Internet-based interventions for smoking behaviour. *Addictive Behaviors*, Volume 31, pp. 264–277.

**Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog
Příklady dobré praxe a využití v členských státech EU**

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2012
1. vydání v jazyce českém
Redakčně uzavřeno 5. září 2012

Design Missing-Element
Sazba Michal Korecký

ISBN 978-80-7440-065-0

INTERNETOVÉ TERAPEUTICKÉ INTERVENCE PRO UŽIVATELE DROG PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE A VYUŽITÍ V ČLENSKÝCH STÁTECH EU

■ Základní údaje o EMCDDA

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Bylo založeno v roce 1993, sídlo má v Lisabonu a slouží jako ústřední zdroj komplexních informací o drogách a drogových závislostech v Evropě. EMCDDA shromažďuje, analyzuje a šíří objektivní, spolehlivé a vzájemně srovnatelné informace o drogách a drogových závislostech. Všem zájemcům o tuto problematiku tak poskytuje obraz o situaci ve věcech drog na celoevropské úrovni, který vychází z ověřených faktů. Publikace EMCDDA z ediční řady Insights přináší informace o výsledcích studií a výzkumů zaměřujících se na aktuální adiktologickou problematiku.

■ Publikace se zabývá problematikou internetových intervencí pro uživatele drog. Nabízí je jako dostupnou alternativu v době značné dostupnosti internetu. Poskytuje přehled a popis některých stávajících programů v různých zemích, mapuje jejich východiska, podmínky účasti i samotný terapeutický program, dále také jeho technickou realizaci a v neposlední řadě také přináší informace o účinnosti těchto programů.

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



neprodejně