

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Mgr. Adiktologie – prezenční forma



**UNIVERZITA KARLOVA**  
1. lékařská fakulta

**Bc. Zuzana Jandová**

Faktory predikující setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti

Factors predicting remaining in medium-term addiction therapy

Diplomová práce

**Vedoucí:**

PhDr. Jiří Libra

Praha 2022



Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 07. 2022

Zuzana Jandová

Podpis:

JANDOVÁ, Zuzana. Faktory predikující setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti.

[Factors predicting remaining in medium-term addiction therapy]. Praha, 2022. 57.

Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Libra, Jiří.

**Poděkování:**

Moje poděkování patří mé matce MUDr. Gabriele Jinochové za námět na napsání této práce, její podporu a neocenitelné rady s provedením i zpracováním celé práce. Mé nadřízené paní primářce MUDr. Haně Houdkové za podporu a možnost tuto práci napsat. Za pomoc se statistickými výpočty a rady MUDr. Soně Fraňkové. A v neposlední řadě mému vedoucímu PhDr. Jiřímu Librovi za cenné rady.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Na středně dobou léčbu závislosti nastupují různorodé skupiny pacientů, u nichž se dají identifikovat podobné demografické a psychosociální faktory, které následně ovlivňují jejich motivaci v léčbě setrvat. Mezi hlavní z těchto faktorů patří sociální zázemí, věk, kriminální minulost, primární závislostní chování.

**Cíl:** Cílem práce bylo identifikovat faktory, jejichž přítomnost v anamnéze pacienta zvyšuje nebo naopak snižuje pravděpodobnost řádného dokončení léčby, a jaké faktory pozitivně a jaké negativně ovlivňují motivaci pacientů setrvat na léčbě dostatečně dlouhou dobu.

**Metody:** Do studie byli zahrnuti všichni pacienti, kteří dobrovolně nastoupili na střednědobou léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě (PNHB) v období od 1. ledna 2016 do 31. prosince 2019. Pro posouzení řádného dokončení byly celý výzkumný soubor zkoumaný jako celek, pro posouzení faktorů ovlivňující délku setrvání v léčbě, byli pacienti rozděleni do tří skupin, podle počtu dnů strávených v léčbě. První skupina zahrnovala pacienty, kteří v léčbě strávili méně než 60 dní, ve druhé byli ti, kteří v léčbě strávili 61–120 dnů, a ve třetí pacienti, kteří v léčbě setrvali 121–183 dny. Pacientská data byla získána retrospektivně z elektronické verze patientské dokumentace v PNHb.

**Výsledky:** Na střednědobou léčbu závislosti nastupují v 68,4 % muži, většina z pacientů byla bez stabilního partnerského vztahu (82,8 %), stabilní bydlení mělo 38,7 % pacientů, děti mělo 65,5 %, vzdělání měli převážně střední nebo střední odborné. Přes 60 % pacientů se se závislostí setkalo v rodině, 32,6 % mělo v rodině jinou psychickou nemoc a 37,5 % mělo k závislosti další psychiatrickou komorbiditu. Faktory, které ovlivňují řádné dokončení a délku léčby jsou srovnatelné, u obou to je pozitivně vyšší věk, stabilní bydlení, vyšší vzdělání a negativně zejména výkon trestu odnětí svobody (VTOS) v anamnéze.

**Závěr:** Délku setrvání pacientů na střednědobé léčbě závislosti a její řádné dokončení ovlivňují obdobné faktory, jimiž jsou: pozitivně vyšší věk, vyšší dosažené vzdělání, pacienti se základním vzděláním vykazovali horší výsledky v obou sledováních, stabilita bydlení, rodinný stav, svobodní lidé dosahují lepších výsledků a negativně přítomnost VTOS v anamnéze.

**Klíčová slova:** léčba závislosti, adherence k léčbě, vnější faktory související se setrváním ve střednědobé léčbě.

## Summary

**Background:** In patients starting mid-term addiction treatment, similar psychosocial and demographic factors can be identified, which subsequently influence patients' motivation to continue treatment. The main factors include social background, age, history of incarceration, type of primary addictive behaviour.

**Aims:** The aim of the thesis was to identify baseline factors influencing positively or negatively the probability of regular treatment completion, the factors predicting early treatment drop-out and factors predicting remaining in treatment long enough to complete it properly.

**Methods:** All patients (total number 411) who voluntarily entered medium-term addiction treatment in psychiatric hospital Havlíčkův Brod (PNHB) from 1<sup>st</sup> January 2016 to 31<sup>st</sup> December 2019 were included in the study. To assess regular treatment completion the entire group was analysed together. To assess the factors influencing the length of stay in treatment, patients were divided into three groups according to the number of days spent in the hospital (0–60, 61–120, 121–183). Patients' data were obtained from the electronic version of patients' medical records.

**Results:** The patients entering mid-term addiction treatment were men in 68.4%, most of them were without stable relationship (82.8 %), 38.7% had stable housing, 65.5% had children, and they mostly had secondary education. Over 60 % of patients had the family history of addiction, 32.6 % reported another mental illness in the family and 37.5% had a psychiatric comorbidity except from addiction. Factors influencing regular treatment completion and treatment length are comparable and they include older age, stable housing, being single, and a higher degree of education level as positive factors. Contrarily, history of incarceration was a factor negatively influencing treatment completion.

**Conclusion:** The length of stay in the mid-term treatment of addiction and its regular completion are influenced by similar factors, including older age, higher education (patients with elementary education had worse results in both observations). Individuals with stable housing and marital status „single“ had also better results. The length of stay as well as regular completion of therapy were negatively influenced by and the history of incarceration.

**Key words:** addiction therapy, adherence to therapy, factors associated with treatment completion.

## Obsah

Abstrakt .....	6
Summary .....	7
Obsah .....	8
Seznam zkratk .....	10
Úvod .....	10
1 Teoretická část .....	12
1.1 Systém léčebné péče v České republice .....	12
1.1.1 Historie .....	12
1.1.2 Terénní práce .....	13
1.1.3 Nízkoprahová kontaktní centra .....	13
1.1.4 Detoxifikační jednotky .....	14
1.1.5 Substituční léčba .....	14
1.1.6 Denní stacionáře .....	15
1.1.7 Krátkodobá ústavní léčba .....	15
1.1.8 Střednědobá ústavní léčba .....	15
1.1.9 Terapeutické komunity .....	25
1.1.10 Doléčování .....	27
1.2 Rozličnost služeb .....	27
1.3 Komplexní zhodnocení pacienta .....	28
1.3.1 EuropASI .....	29
1.3.2 „Matching“ .....	30
1.4 Historie faktorů ovlivňujících léčbu .....	30
1.5 Negativní revers .....	31
2 Praktická část .....	34



2.1	Cíle výzkumu .....	34
2.2	Hypotézy (výzkumné otázky).....	34
2.3	Výběr subjektů hodnocení a charakteristika zkoumaného souboru .....	34
2.3.1	Základní soubor .....	34
2.3.2	Výběrový soubor .....	34
2.4	Střednědobá léčba.....	35
2.5	Metody sběru dat .....	35
2.6	Zkoumané faktory .....	35
2.7	Postupy k udržení pacienta v léčbě .....	36
2.8	Použité statistické metody .....	37
2.9	Etické standardy .....	37
2.10	Výsledky.....	37
2.10.1	Základní charakteristiky souboru .....	38
2.10.2	Řádné dokončení léčby .....	40
2.10.3	Délka léčby .....	42
3	Diskuze .....	49
4	Závěr .....	52
5	Použitá literatura .....	53

## **Seznam zkratek**

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ASI Addicition Severity Index

AT Alkohol a toxikomanie

BZD Benzodiazepiny

CDZ Centrum duševního zdraví

EuropASI Evropská verze Addicition Severity Index

LS léčebný stupeň

PK psychiatrická komorbidita

PN psychická nemoc

PNHB Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

RA Rodinná anamnéza

RVKPP Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

TK Terapeutická komunita

SOU Střední odborné učiliště

SŠ Střední škola

VTOS Výkon trestu odnětí svobody

VŠ Vysoká škola

ZŠ Základní škola

## **Úvod**

Rozpoznání faktorů, ovlivňujících rozhodování závislých o tom, jak dlouho setrvají v léčbě závislosti je důležité pro matching daného člověka ke službě v rámci systému léčebné péče v ČR. Tato služba pro něj bude v jeho aktuální situaci nejvhodnější, nejlépe naplní jeho potřeby a pokud možno ho podpoří v posunu na kruhu změny, jak ho popsali Procházka a DiClemente.

V tradičním pojetí léčby závislosti byla za hlavní hybnou sílu motivace považována frustrace, plynoucí z bezvýhodnosti situace, v níž pacient padl na dno. V tu chvíli považoval léčebnu za nutné zlo (Kalina, 2015). Dnešní systém léčebné péče, od adiktologických poraden a ambulancí až po terapeutické komunity, směřuje k tomu, aby se klient do léčby zapojil v pravou chvíli a na pravé místo (do pro něj nejvhodnějšího typu služby). V této práci se zaměřuji na střednědobou ústavní léčbu, u které platí: ani příliš brzy - ve fázi rizikového užívání, která se dá zastavit ambulantní cestou za možné podpory terénních služeb, nebo ve chvíli, kdy jsou na něj podmínky léčeben příliš náročné, ale ani pozdě - ve fázi kdy už pacient kvůli své závislosti přišel o fungující sociální zázemí a kontakty, a tím přišel o potřebnou motivaci a podpůrné zázemí, do kterého by se mohl vrátit po léčbě. Motivaci pro samotný vstup do léčby mají klienti různou, v mnoha případech se jedná o nátlak z klientova/pacientova okolí tedy partnerů, dětí, rodičů či zaměstnavatelů (Miovský & Bartošíková 2003), často přicházejí k léčbě až po dekompenzaci fyzického nebo psychického stavu.

## **1 Teoretická část**

### **1.1 Systém léčebné péče v České republice**

#### **1.1.1 Historie**

Vůbec první specializované pracoviště zaměřující se na léčbu závislosti vzniklo v roce 1909, kdy byla založena protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě a hned rok na to protialkoholní poradna v Brně. Následně vznikaly a zase zanikaly další podobná zařízení.

Jaroslav Skála 10. září 1948 založil první specializované zdravotnické zařízení pro léčbu alkoholových závislostí v Praze u Apolináře. Na základě potřeb pacientů i zahraničních zkušeností se z Apolináře zrodilo zdravotnické zařízení střednědobé ústavní péče, na jehož příkladu vznikla více než desítka podobných programů na mnoha dalších místech tehdejšího Československa. Tyto střednědobé léčebné programy byly obvykle více či méně oddělenou součástí velkých psychiatrických léčeben.

Ve spojitosti s ústavní péčí o závislé pacienty se začala vytvářet síť AT (alkohol a toxikomanie) ambulantních ordinací, v roce 1992 jich bylo ještě 160.

Jako odpověď na zvyšující se prevalenci nealkoholových drog se ústavní i ambulantní programy přestaly specifikovat pouze na protialkoholní a začali své zaměření rozšiřovat popřípadě měnit zcela. V roce 1978 v Apolináři MUDr. Rubeš založil první ambulanci přijímající pouze pacienty závislé na nealkoholových drogách, z ní se později vyvinul dnešní DROP-IN, jako nestátní zařízení zaměřené na léčbu nealkoholových závislostí.

Rozvoj nestátního neziskového sektoru, který je dnes nedílnou součástí péče o závislé začal probíhat po roce 1989. V počátku svého vývoje byl tento sektor původnímu zdravotnickému sektoru konkurencí, následně partnerem a dnes je jeho nezbytným doplňkem.

Nestátní organizace celistvost léčebné péče doplňují především v oblasti, ve kterých má státní zdravotnictví omezenou působnost. Nestátní sektor se rozvíjel v návaznosti na potřeby klientů a výzkumy efektivity léčby v zahraničí, díky tomu se nové léčebné i terapeutické metody zaváděly i v České republice. Byly zakládány nízkoprahové

programy, (kontaktní centra a terénní programy), doléčovací centra i první dlouhodobé terapeutické komunity. Tyto zařízení se dále vyvíje a postupně se zaměřovali na určitou cílovou skupinu, podle potřeb populace. Dalším přínosem byl vznik nových léčebných programů pro specifické cílové skupiny, jako jsou matky s dětmi, mladiství, lidé ve VTOS.

### **1.1.2 Terénní práce**

Terénní programy se dají považovat za pomyslný začátek systému léčebné péče o závislé. Pro mnoho klientů jsou první službou, se kterou se vůbec setkají a za jejíž podpory, se v některých případech, dokážou v tomto systému posunout do dalších typů služeb. Terénní práce je oproti ostatním službám výjimečná ve dvou hlavních ohledech. Prvním je přístup ke klientům, terénní pracovník chodí mezi potenciální klienty a aktivně je oslovuje, projevuje o ně zájem. Druhým je místo, kde probíhá, tím je otevřená drogová scéna (ulice, kluby, festivaly a další veřejná místa) a uzavřená drogová scéna (byty, domy, ubytovny). I přes rozdílný přístup je základním etickým principem umožnit klientovy tyto služby odmítnout. Klíčoví je také nízký práh, jinak řečeno, služba se místě a do určité míry i časově přizpůsobuje klientům, je flexibilní k jejich potřebám, anonymní a nevyžaduje abstinenci.

Terénní práce stojí na filozofii přístupu Public Health (Ochrana zdraví veřejnosti) a Harm Reduction (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek). Ani jeden z těchto přístupů nestojí na abstinenci klienta, tak umožňují pracovat s klienty v různých fázích závislosti a s různým stupněm motivace ke změně životního stylu.

Dle Rhodese (1999) jsou hlavní důvody pro terénní práci: 1. Cílové skupiny terénních programů se nedaří oslovit jinými existujícími typy programů a 2. Již existující programy neposkytují takové služby, jaké tyto cílové skupiny potřebují. Jedním z dalších hlavních často uváděných důvodů je sociální prevence, tedy předcházení vzniku dysfunkčních procesů ve společnosti.

### **1.1.3 Nízkoprahová kontaktní centra**

Kontaktní centra (K centra) stojí na podobných principech jako terénní práce, jen jsou vázané na určité místo, kam klienti dochází. Obě tyto služby často fungují ve velmi

blízké spolupráci, bývají zajišťované stejnými pracovníky. Díky tomu je možné velká provázanost pro klienty, mohou bezpečně navštívit K centrum s jistotou, že se tam potkají s těmi samými lidmi, se kterými již dříve navázali vztah v terénu.

#### **1.1.4 Detoxifikační jednotky**

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikaci návykovou látkou, které nevyžaduje intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče (Nešpor 2003).

Mohou být součástí oddělení pro léčbu závislosti v psychiatrických nemocnicích, nebo oddělené jednotky v rámci nemocnic. Domácí detoxifikace je v české republice využívána minimálně. Většina rezidenčních programů, jako jsou terapeutické komunity a zařízení střednědobé léčby (bez vlastní detoxifikační jednotky), vyžadují od pacientů před nástupem absolvovat ústavní detoxifikaci.

#### **1.1.5 Substituční léčba**

Při užívání nelegálních drog jsou, kromě jiného, velká rizika ve způsobu aplikace, v nestejně koncentraci návykové látky, toxických příměsí, které tyto drogy obsahují a v krátkodobosti účinku (častější aplikace). Substituční léčba tato rizika eliminuje. Spočívá v podávání látky – léku s dlouhodobějšími účinky, jasným složením bez toxických příměsí, podávané perorálně. Substituční léčba probíhá ambulantně, při hospitalizaci na detoxifikační jednotce, či odvykací léčbě (s postupným snižováním dávky až k vysazení) ve zdravotnických zařízeních. O vstupu do substitučního programu vždy rozhoduje lékař. V ČR se nejčastěji používá metadon, syntetický opiát podávaný v podobě tekutiny, nebo buprenorfin, ten je podávaný v tabletách. Obecně se dá říct, že metadon je vhodný pro pacienty, kteří mají vůči opiátům vypěstovanou vyšší toleranci, naopak buprenorfin pro pacienty s nižší tolerancí. Komplexní substituční léčba obsahuje i nefarmakologické složky, jako poradenství, psychoterapii (individuální, skupinovou), sociální práci, rodinnou terapii, pracovní terapii, a různé další formy sociální rehabilitace.

Popov (c2003) uvádí tři formy substituční léčby. Krátkodobou detoxifikační substitucí, trvající 1-2 týdny. Prováděnou nejčastěji při hospitalizaci. Střednědobou

prodloužená detoxifikaci trvající několik týdnů až měsíců. Prováděnou ambulantně i během ústavní léčby. Dlouhodobou udržovací substitucí, která může trvat roky. Je prováděná většinou ambulantně, u pacientů, kteří opakovaně selhávali v programech směřujících k abstinenci. Pro tyto pacienty je to často jediná cesta, jak mohou samostatně a neproblémově fungovat ve společnosti.

#### **1.1.6 Denní stacionáře**

Poskytuje péči na pomezí mezi ústavní a ambulantní péčí. Funguje 6 hodin přes den, každý všední den, neposkytuje lůžka. Zbytek dne, tedy odpoledne a večer můžou klienti trávit doma, ve svém přirozeném prostředí se svou rodinou. Podobně jako u ústavní léčby i zde se k práci s klienty využívá mnoho prvků z terapeutických komunit, pravidelné setkání členů týmu s klienty, léčba rozdělení do fází, skupinová terapie, strukturovaný program dne a mají jasná pravidla, jejichž dodržování je podmínkou setrvání v léčbě.

#### **1.1.7 Krátkodobá ústavní léčba**

Dle Hellera a Penicetovské (2011) je v případě, že pacient není schopen zvládnout abstinenci sám ani za podpory ambulantního zařízení, nutná jeho hospitalizace. Za smysluplnou dobu je považována taková hospitalizace, která trvá minimálně 4 – 6 týdnů. To je minimální interval nutný k úplné detoxifikaci. Tedy odstranění z těla všech návykových látek i následků, které tyto látky v organismu způsobují. Dá se tedy považovat za legitimní pomoc minimálně v okruhu Harm Reduction i pro chronické pacienty.

#### **1.1.8 Střednědobá ústavní léčba**

Střednědobá ústavní léčba je pobytová léčba zprostředkovaná zdravotnickými zařízeními, jako jsou psychiatrická nemocnice, nebo oddělení pro léčbu závislosti, a kde jsou pacienti z pravidla 3 – 6 měsíců. Tato zařízení uplatňují prvky převzaté z terapeutických komunit, jako jsou pravidla, režim, skupinová terapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti a další terapeutické programy, liší se v nastavení režimových opatření a přístupu k pacientům.

### 1.1.8.1 Ústavní léčba v České republice

Aby se byla zajištěna jistá úroveň poskytování služeb, je od roku 2006 zaveden tak zvaný. Systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Podle sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky bylo v České republice v roce 2019 registrováno 204 certifikovaných zařízení, poskytujících péči lidem s problémy s návykovými látkami. U krátkodobé a střednědobé ústavní léčby stoupl počet certifikovaných programů, v letech 2011 až 2013 se jednalo jen o 2 zařízení, v roce 2014 přibyla 3 certifikovaná zařízení a v roce 2015 bylo celkem 6 certifikovaných programů, od roku 2019 RVKPP eviduje 7 certifikovaných zařízení a 3 zařízení nabízejících samostatnou detoxifikaci. V největším počtu zařízení jsou poskytovány nízkoprahové služby tedy terénní práce a kontaktní centra shodně po 53 službách. U většiny typů služeb, kromě stacionářů a terapeutických komunita je v průběhu let zřejmá narůstající tendence. (Mravčík et al., 2020)

**Obr. 1:** Vývoj počtu certifikovaných služeb nabízejících péči lidem s problémy s návykovými látkami od roku 2011 (Mravčík et al., 2020)

Typ služeb	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Detoxifikace	2	1	2	2	3	3	3	3	3	4
Terénní programy	49	50	49	52	53	51	52	52	53	53
Kontaktní a poradenské služby	52	49	50	52	52	52	53	52	53	53
Ambulantní léčba	15	13	18	19	22	28	32	34	42	42
Stacionární programy	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Krátkodobá a střednědobá lůžková péče	2	2	2	5	6	6	6	6	7	7
Rezidenční péče v terapeutické komunitě	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Doléčovací programy	16	17	17	17	18	19	18	19	19	20
Substituční léčba	8	8	7	7	8	8	8	8	9	9
Adiktologické služby ve vězení	–	–	–	–	–	4	6	7	7	7
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>151</b>	<b>156</b>	<b>165</b>	<b>173</b>	<b>182</b>	<b>189</b>	<b>192</b>	<b>204</b>	<b>206</b>

V roce 2019 se počet psychiatrických lůžkových zařízení nezměnil v České republice, bylo 19 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 pro děti, 32 psychiatrických oddělení nemocnic a 1 psychiatrické oddělení v jiném lůžkovém zařízení. Počet lůžek v psychiatrických nemocnicích v roce 2019 činil 8606, počet lůžek v dětských psychiatrických nemocnicích 210 a na psychiatrických odděleních nemocnic 1361 (Mravčík et al., 2020)



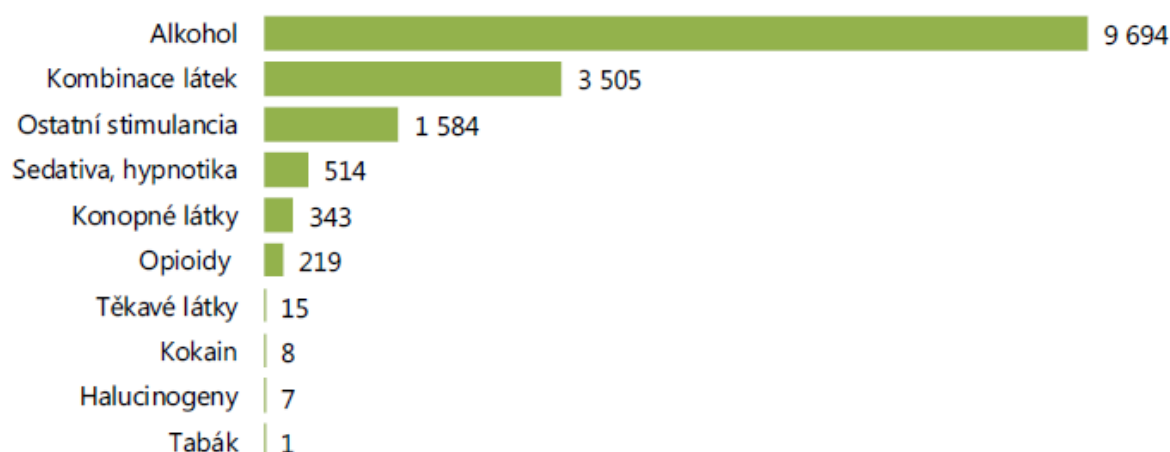
Dále se ve zprávě Mravčíka a kolektivu z roku 2020 dozvídáme více o složení klientů v léčbě závislostí. Přibližně dvě třetiny pacientů rezidenčních programů tvoří muži podíl mladistvých je v těchto zařízeních s výjimkou zařízení s dětskou cílovou skupinou nižší než 10%.

**Obr.2:** Uživatelé návykových látek v rezidenčních adiktologických programech v r. 2019 (Mravčík et. al 2020)

Typ zařízení	Počet klientů	Podíl (%)	
		Ženy	Osoby do 19 let
Detoxifikace > lůžková zdravotnická zařízení	11 488	33	6
> věznice	25	12	n. a.
Psychiatrická > psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	10 387	30	2
lůžková > psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	15	33	100
péče > psychiatrická oddělení nemocnic	3 487	36	8
> ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	69	43	0
Terapeutické komunity*	665	30	n. a.
Zařízení speciálního školství**	148	25	100

V roce 2019 bylo evidováno 15 890 hospitalizovaných osob pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9694 (61 %) hospitalizovaných bylo pro poruchy způsobené alkoholem, 4264 (39 %) pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami. Ženy tvořily 32 % a děti a mladiství do 19 let včetně 4 % hospitalizovaných. Tři čtvrtiny hospitalizací se proběhly v psychiatrických nemocnicích, čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic akutní péče. U uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek a užívání stimulantů (pervitinu). (Mravčík et al., 2020)

**Obr. 3:** Pacienti v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2019 (Mravčík et. al 2020).



### 1.1.8.2 Průběh střednědobé ústavní léčby

V České republice se definuje střednědobá ústavní léčba jako ta, která probíhá v délce 3 – 6 měsíců (Dvořáček, 2003). Kratší se většinou nazývá krátkodobá či prodloužená detoxifikace. Cílovou skupinu střednědobých programů tvoří pacienti starší 15 let, problémoví uživatelé všech návykových látek včetně patologického hráčství. Do léčby většinou pacienti vstupují dobrovolně po proběhlé detoxifikaci. V zařízení se někdy také nacházejí klienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou (Těmínová Richerová, 2008). Akreditační pravidla jsou, především multidisciplinarity týmu, nepřetržité zabezpečení provozu, řízení specialistou na psychiatrii či oblast návykových nemocí, stanovení a pravidelné zhodnocování individuálního léčebného plánu, vytvoření plánu následné péče, hodnocení efektivity a další. Důraz je kladen na rozmanitost týmu, kde je kromě lékařů a středních zdravotnických pracovníků a psychologů také prostor pro psychoterapeuty, sociální pracovníky, pracovní terapeuty a další. Součástí jsou i pravidelné supervize týmu v rámci oddělení, i většího primariátu. Akreditační podmínkou je, že musí být zajištěno minimálně 20 hodin strukturovaných aktivit týdně do minimálně 5 dnů. Program oddělení je koncipován jako terapeutická komunita, i v přísnějších zdravotnických podmínkách je zásadním aspektem léčby fungování v komunitě, tedy vytvoření léčebného společenství. To obsahuje buď 20-30 mužů či žen, ale jsou i koedukovaná oddělení kde komunitu tvoří ženy i muži. Dalším důležitým aspektem je komplexní léčebný program nabízející především jasnou strukturu a řád. Struktura programu je rozdělena na několika různých fází, dané bývají jednak časovými úseky a také terapeutickými úkoly nutnými pro postup do další fáze. Jsou to 4 hlavní fáze celé léčby. 1. fáze, která trvá 1 až 3 týdny, jedná se o celkovou stabilizaci pacienta, seznámení se s prostředím, počátky budování terapeutického vztahu a motivace k setrvání v celé léčbě. 2. fáze trvá cca 1 měsíc a v ní dochází k adaptaci na zařízení. V této fázi se terapeutický vztah již prohlubuje, pacient si začíná uvědomovat hranice a strukturu programu a režimu. Seznamuje se s jasným řádem oddělení, navazuje bližší kontakty se spolupacienty, začíná si budovat pevnější náhled na své problémy spojené s užíváním návykových látek. 3. Fáze trvá asi 2 až 3 měsíce a v této fázi je klient v tzv. aktivní léčbě. Spolupracuje v individuální i skupinové terapii, spolupodílí se na chodu léčebné komunity i oddělení. Často zastává nějakou odpovědnou funkci, zároveň již pomáhá nově příchozím v adaptaci a je již

připraven na kontakty s vnějším prostředím, ať již ve formě propustek, či rodinné a párové terapie. Upevňuje si svůj náhled a motivaci k abstinenci. 4. závěrečná fáze, která trvá přibližně 1 měsíc, spočívá v přípravě na návrat do prostředí mimo oddělení. Klient si zajišťuje podmínky po návratu z léčby, včetně ubytování, zaměstnání a doléčovacího programu. Zde jsou většinou propustky častější.

Neoddělitelnou součástí režimového oddělení je dodržování pravidel zařízení a hodnocení pacienta, nejčastěji bodovacím systémem. Průzkumu publikovaný v knize Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii (Kalina, 2013) jednoznačně prokazuje, že bodovací systém je pevně zakotvený v ústavní léčbě v České republice a je mu přisuzován velký terapeutický význam. Mezi hlavním cílem bodovacího systému je posilovat žádoucí a oslabovat nežádoucí chování, tím poskytovat pacientovi jednoduchou zpětnou vazbu. Dalšími cíli jsou - rozpoznat účelové pobyty, motivovat pacienta k přijetí zodpovědnosti za skupinu a udržet spořádané prostředí. V praxi jsou bohužel bodovací systémy často velmi komplikované, až nečitelné, snaha o zjednodušení buď není, nebo naráží na nepochopení především na straně středního zdravotnického personálu, který má potřebu mít „návod na vše“. Ve své vlastní praxi jsem se mnohdy setkala s rigiditou systému kdy i oznámení vlastní chyby, sebereflexe, vedla k velmi zásadním sankcím, což pacienty podporovalo v utajování informací. Další mez tohoto systému vede k tomu, že motivovaný pacient, který úspěšně projde celým programem v závěru léčby, udělá formální pochybení a na jeho základě je jeho propuštění hodnoceno jako disciplinární. To vede k tomu, že status řádného dokončení léčby ztrácí na své hodnotě a stává se pro pacienty i pro služby následné péče méně vypovídajícím o pokrocích, jaké daný pacient během střednědobé léčby udělal. Přestože tento systém má bezesporu spoustu výhod a kladů, pomáhá pacientům získat do života řád a strukturu a má i etický význam, někdy bohužel klienty dokáže výrazně demotivovat, ohrožovat terapeutický vztah, a tak zcela ztrácet svůj terapeutický efekt. Dosud nebylo provedeno ověření účinnosti takového systému, a tak nelze tuto metodu považovat za psychoterapeutickou metodu založenou na důkazech (z anglického evidence-based method).

Základem komplexního léčebného programu jsou detoxifikace a psychoterapie včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné farmakoterapie (Heller, Pecinová, 2011). Základními aktivitami jsou psychoterapeutické skupiny, které probíhají minimálně 3x týdně a komunitní sezení, která jsou každodenní. K tomu pacienti ve většině

programů vypracovávají deníkové zápisy. Pacienti mají také možnost využívat individuální terapie, případně párové či rodinné pohovory. Tyto formy jsou ale spíše doplňkovou službou. K dalším základním stavebním kamenům léčebného plánu patří pracovní terapie. Bohužel většina pracovní terapie se v dnešních léčebnách odehrává v chráněných dílnách, nebo při jednorázových akcích na pozemku nemocnice. Možnost se do větší míry zapojit na technickém chodu zařízení je dnešní době možná jen v nezdravotnických zařízeních jako jsou terapeutické komunity. Ze své praxe vím, že pacienti mají funkce „kuchyňského“ nebo pomáhají s úklidy i na oddělení, nicméně jejich pravomoci a tím i míra zodpovědnosti, jsou velmi omezené. Další částí programu jsou volnočasové aktivity, u těch je kladen důraz na trávení společného času a socializaci. Podporovány jsou tedy týmové sporty (vnitřní i venkovní), hraní deskových her a podobně. Nedílnou součástí programu jsou vzdělávací programy, včetně přednášek z oblasti terapie a medicíny, ale také jako tzv. samořídící programy, kde si sami pacienti připraví přednášku pro ostatní z oblasti, které rozumějí. Poslední z důležitých částí léčebného programu jsou návštěvy bližních a propustky klientů do domácího méně chráněného prostředí, kde si pacienti mohou vyzkoušet, co z dovedností získaných v léčbě už umí v reálném životě používat a často také objeví další témata, která si po návratu z propustky mohou dále v léčbě zpracovávat.

### **1.1.8.3 Úspěšnost střednědobé léčby**

Úspěšnost střednědobé léčby závislostí není nijak systematicky hodnocena, můžeme se opírat o dílčí data z některých léčeben, které své výsledky publikovaly. Například studie Hosáka a kol. (2005) sledovala 41 závislých na metadonu rok po léčbě a z tohoto vzorku abstinovalo 39 % pacientů. Toto celkem vysoké číslo koresponduje s dalšími výsledky studií. Ať už je to studie Csémyho a kol., u drogově závislých žen, kdy abstinence po roce dosáhla 42,4 % ze souboru 67 klientek (Hosák et. al, 2005), nebo jsou to výsledky rozsáhlé studie Tibenské a kol. (2008), do té bylo zařazeno 309 klientů. Kde 71% z nich tvořili muži, převažovali závislí na alkoholu, což zhruba odpovídá datům publikovaným RVKPP o složení pocitů rezidenčních léčeb obecně (Maravčík et. al. 2020), téměř 74 % klientů dokončilo léčbu řádně. Návratnost dotazníků klesala ze 70 % po půl roce od ukončení léčby, až na 45.7 % po dvou letech od ukončení léčby. Výzkumníci brali

v potaz jednak vlastní navrácení dotazníků s vyjádřením klientů, že abstinují, ale také si ověřovali výsledky objektivně, a tak s jistotou abstinovalo 46,4 % klientů po půl roce, 39 % po roce a 30,5 % po dvou letech sledování. Tyto výsledky se opět shodují s jinými obdobnými studii v České republice.

Střednědobá ústavní léčba závislostí v psychiatrických nemocnicích, jak ji známe z České republiky, není ve světě příliš rozšířená. Například léčba závislosti na alkoholu ve Velké Británii probíhala také především hospitalizací, ale jen po dobu 6 až 8 týdnů, s důrazem na skupinovou terapii. V posledních letech se ale léčba více přesunula do ambulantní formy, s možností velmi krátké hospitalizace či formy denních stacionářů. Silnými stránkami těchto služeb jsou především jejich flexibilita, nabídka širší palety služeb a přístupů, včetně behaviorální terapie, manželské a rodinné terapie, ale základem je samozřejmě skupinová a individuální terapie (Johnstone, 2010). I v České republice je v posledních letech snaha o reformu psychiatrické péče, která by více fungovala na komunitní úrovni. V Akčním plánu č. 3: Duševní zdraví Ministerstva zdravotnictví (2015) je poukázáno na fakt, že léčení závislých je většinou koncentrováno do psychiatrických nemocnic, komunitní centra zde nemají dostatečnou podporu a současný systém ambulantních služeb je nedostatečný. V návrhu pak jasně zaznívá potřeba obnovení sítě ordinací specializovaných pro léčbu závislostí.

Dalším faktorem ovlivňujícím účinnost léčby je délka programu. Obrázek číslo 4 popisuje prokázanou abstinenci u klientů terapeutických komunit, kteří podstoupili 12, 6 nebo 3měsíční léčbu. Na první pohled je zřejmé, že délka léčby má na následnou abstinenci jednoznačný vliv. Ovšem neplatí to do nekonečna je výzkumy prokázáno, že léčba trvající déle než rok není významně úspěšnější. Naopak po léčbě trvající 24 měsíců klienti udrželi abstinenci kratší dobu než po 9 měsíční léčbě. To platí i u mimořádně nezralých a těžce psychosociálně narušených kiltů (Kalina, c2003). Ztráta kontaktu s vnějším prostředím na tak dlouhou dobu jim činí problémy.

**Obr. 4** Vliv předčasného ukončení léčby na udržení abstinence (Kalina, c2003)

Dny po skončení léčby	„Přežití bez relapsu“ (% klientů)			
	Předčasné ukončení	Skončení v řádném termínu (podle délky léčby)		
		120 dní	240 dní	360 dní
10	55	75	90	99
20	45	65	85	85
50	26	48	60	75
100	19	38	50	68
150	13	32	42	62
200	11	30	40	56
300	10	25	38	50

#### **1.1.8.4 Havlíčkův Brod**

**Primariát 1 zaměřený na léčbu závislosti má dvě oddělení:**

**Oddělení 1** kde je šestitýdenní detoxifikační program a

**Oddělení 5** kde probíhá komplexní program střednědobé léčby závislosti

Toto oddělení se zabývá léčbou lidí, kteří mají problémy s alkoholem nebo jinými návykovými látkami, léčbou patologických hráčů, případně lidí, kteří mají kombinovanou závislost nebo mají duální diagnózu. Léčba na oddělení trvá 3 – 6 měsíců.

#### **Zajištění bezpečného - bezdrogového prostředí**

Pro léčbu je zajištěné bezdrogové prostředí. Provádí se pravidelné i namátkové kontroly dechu na přítomnost alkoholu, odběry moči na přítomnost nealkoholových drog, kontrolu obsahu dopisů (ne textu) a zásilek, pravidelné i namátkové kontroly osobních věcí v přítomnosti pacientů, v nutných případech i osobní prohlídky.

#### **Nejdůležitější cíle léčby:**

- Pojmenování a přiznání si problémů, které si pacient způsobil pitím alkoholu (braním nealkoholových drog, hraním hazardních her)
- Přijetí faktu, že důsledná a trvalá abstinence je jedinou možnou cestou dalšího života

- Rozpoznání typických situací před napitím alkoholu (užitím drogy, event. hraním hazardních her) a učení se takovou situaci zvládnout
- Přijetí odpovědnosti za své jednání
- Učení se řešit problémy, které vznikly v souvislosti se závislostí
- Začít měnit systém životních hodnot
- Zlepšení životosprávy
- Učení se vyplňovat volný čas vhodným způsobem
- Vytvoření plánů do blízké i vzdálenější budoucnosti

### **Nejdůležitější pravidla v léčbě návykových nemocí**

Jejich porušení znamená propuštění z léčby:

1. Užití alkoholu nebo jiné drogy, manipulace s drogou (přinesení ji na oddělení, držení personálem neschválené návykové léky, držení mobilního telefonu nebo jiného elektronického zařízení apod.) nebo předměty související s hazardní hrou.
2. Užívání psychického nátlaku, šikany, verbální agresivity (vyhrožování) či fyzické agresivity k lidem nebo k věcem.
3. Krádeže.
4. Navazování výlučného (zvláště sexuálních) vztahů.
5. Nespolupráce v léčbě.

K vyloučení z léčby může dojít i v případě, že o porušování zásadních pravidel pacient ví u spolupacientů a neřeší je přiměřeným způsobem. Další pravidla jsou upravena systémem bodování. Dodržování pravidel léčby pacienty vede k zodpovědnosti. Posilování žádoucího chování se děje udělováním kladných bodů.

### **Postupy do vyšších léčebných stupňů (LS):**

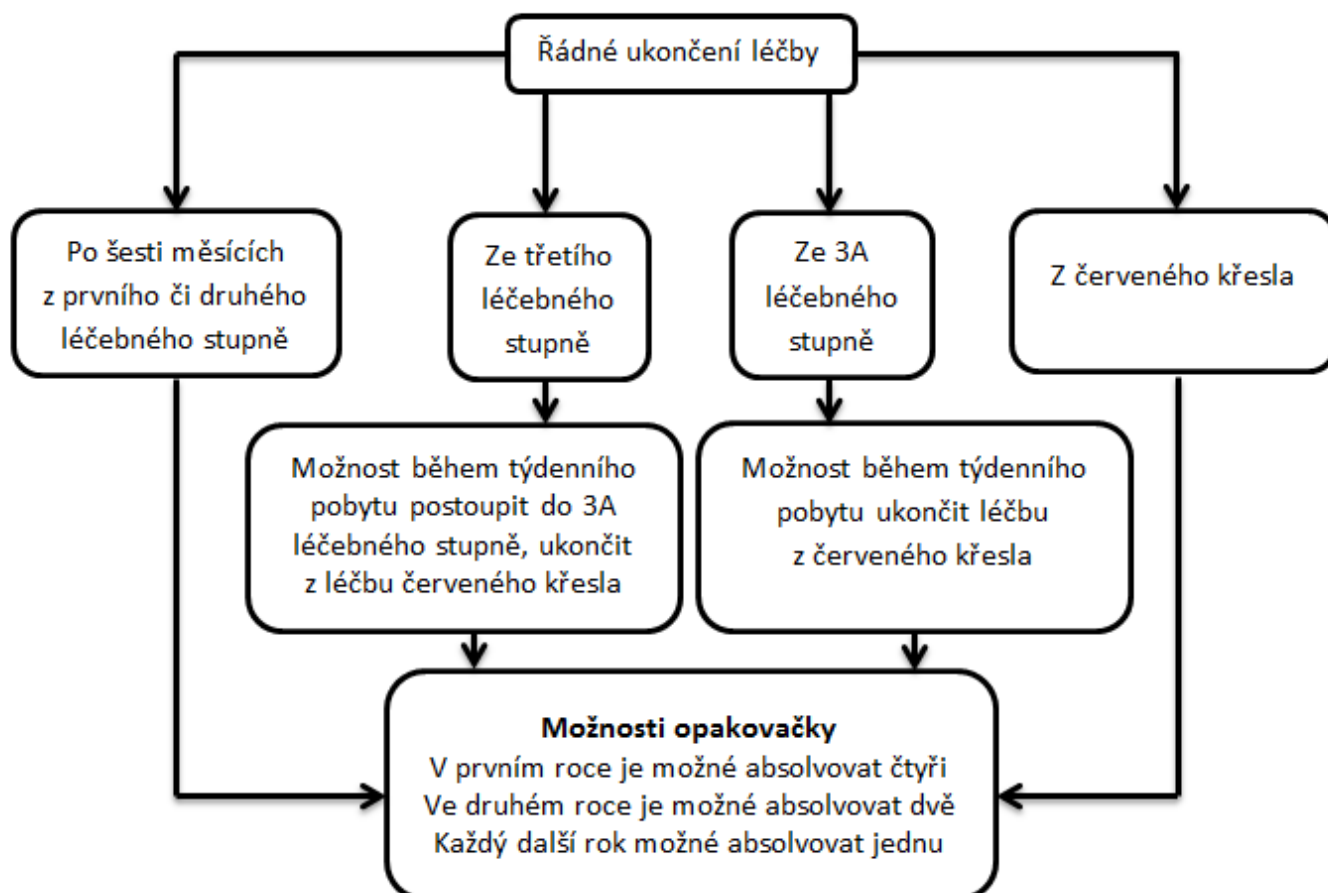
Léčba je rozdělena do několika stupňů. Postup v léčbě není automatický (např. počtem týdnů v léčbě), ale závisí na tom, jak je pacient aktivní, jak dodržuje pravidla léčby apod. Minimální doba léčby je 13 týdnů.

### **Celá léčba se dělí do následujících léčebných stupňů:**

- 0. léčebný stupeň** - po přijetí se pacient adaptuje na prostředí, komunitu, systém léčby, domácí řád. Představuje se před komunitou a na skupině. Po adaptační době absolvuje rituál přijímání do komunity s podpisem Informovaného souhlasu. Trvání tohoto stupně je přibližně 1-2 týdny.

1. **léčebný stupeň** – tím, že hovoří na skupině a sepisuje životopis, si pacient postupně ujasňuje postoj k droze a důvody, proč v užívání drogy nepokračovat. Jasně formuluje typické situace, ve kterých pil alkohol, bral jiné drogy nebo hrál hazardní hry. Pobyť v tomto stupni je minimálně 3 týdny.
  2. **léčebný stupeň** – pacient se učí otevřeně hovořit, aktivně se podílet na fungování komunity a řešit své problémy. Absolvuje 3 denní dovolenku. V postupu do 3. léčebného stupně sdělí, co se mu v léčbě daří a co se mu nedaří, na čem potřebuje ještě pracovat. Minimální doba pobytu v tomto stupni je 3 týdny.
  3. **léčebný stupeň** – pacient jede na 2 denní dovolenku, ověřuje si, jak jiný způsob myšlení, jednání a chování mění jeho prožívání mezi nejbližšími. Minimální doba pobytu v tomto stupni je 3 týdny
- 3A. léčebný stupeň** - v tomto období se orientuje na budoucnost, zajišťuje si bydlení, trávení volného času.

#### Propuštění z léčby:





Pokud pacient končí jinak než řádně, je propuštěn proti radě lékaře.

Při porušení zásadních pravidel, nebo pokud má v této době nesplněné povinnosti, je pacient propuštěn **disciplinárně**.

**Jiné propuštění:** ze zdravotních důvodů, do výkonu trestu nebo terapeutické komunity.

#### **Kontrolní pobyty při abstinenci (tzv. „opakovačky“) v délce trvání 1 nebo 2 týdny**

Tento pobyt slouží k posílení proabstinenčního stylu života. Podmínky přijetí jsou řádně dokončená léčba a doporučení k pobytu z ambulance, kde je potvrzena pacientova abstinence.

„Opakovačka“ trvá od pondělí do pátku. Během tohoto pobytu pacient dodržuje domácí řád oddělení a účastní se všech programů stejně jako ostatní pacienti, každý den chodí na skupinu na odd. 5, 1x absolvujete motivační skupinu na odd. 1 (krátkodobá stabilizačně motivační a detoxifikační léčba). Vycházky má každý den po programu do 17 hodin, 1x týdně si může požádat o prodlouženou vycházku do 19 hodin. Ve čtvrtek napíše zápis z pobytu na papír formátu A4 – zhodnotí svůj život v abstinenci po léčbě, jak se doléčuje, zhodnotí pobyt na oddělení, popíše své plány do budoucna.

#### **Ochranné léčby**

Nemocnice v Havlíčkově Brodě je zařízení, které má povinnost přijímat i pacienti, kteří mají nařízenou ochrannou ústavní léčbu protitoxikomanickou, protialkoholní nebo psychiatrickou se zaměřením na patologické hráčství. Tato léčba probíhá podobně jako u ostatních pacientů. Rozdíl je v tom, že tyto pacienti není možné propustit z rozhodnutí terapeutického týmu ani samotného pacienta. Závěrem léčby je, po schválení primářským sněmem, podán návrh k soudu na přeměnu ústavní léčby ochranné na formu ambulantní nebo úplné propuštění z ochranné léčby. Ochrannou léčbu ukončuje Okresní soud v Havlíčkově Brodě.

#### **1.1.9 Terapeutické komunity**

Terapeutické komunity (TK) jsou definované jako specializované rezidenční zařízení, zabývající se pomocí klientů učinit v životě změny vedoucí k trvalé abstinenci. V TK je poskytována střednědobá a dlouhodobá odborná léčba trvající 6 – 18 měsíců. Cílovou skupinu tvoří lidé závislí většinou na nealkoholových návykových látkách, ve středním až těžkém stupni závislosti. Klienti často mají kriminální anamnézu a těžší

psychosociální, případně i somatické, poškození (nejčastěji hepatitidu typu B a C). Věk klientů se v TK obvykle pohybuje v rozmezí 18 – 35 let. Existují i komunity zaměřující se na mladší klienty. V dnešní době několik TK nabízí matkám možnost léčit se spolu se svými malými dětmi, aby nebyl jejich vztah poškozen dlouhodobým odloučením. Ve většině TK se společně léčí ženy i muži, obvykle je však zakázáno, aby tvořili partnerské dvojice. V České republice jsou TK součástí komplexního systému léčebné péče, mnou být v působnosti jedné organizace poskytující i další sociální služby a služby pro závislé, případně fungují jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení. Zřizující organizace je obvykle nestátní. Ve státním sektoru fungují TK jako zařízení sociálních služeb či jako oddělení lůžkového zdravotnického zařízení. Statut zdravotnického zařízení však pro TK není obvyklý. Nabízí bezpečné a podnětné prostředí podporující růst a zrání, které probíhá především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se nachází v neustálém propojení mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na jedné straně a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a druhé straně (Kalina a kol., 2001).

TK pro závislé je postavena na několika základních principech:

Motivovanost klienta k vlastní změně je základem k úspěšné léčbě a resocializaci.

Podmínky života v komunitě se maximálně podobají realitě běžného života.

Schopnost přijímat odpovědnost je znáčí zralou osobnost, trénink odpovědnosti je základním kamenem resocializace.

Závislý má právo rozhodovat o svém životě. Proto je jeho vstup do komunity, stejně tak i odchod z ní, vždy dobrovolný. Terapie probíhá především ve skupinovou formou (společenství, komunita), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozené žít ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy. Příklad z terapie do běžného života musí být postupný a přiměřený vzhledem k náročnosti situace, do které se klient vrací. Strukturovaný život v komunitě umožňuje klientům vytvářet si vnitřní strukturu, kterou pak pomáhá upevňovat, zakotvovat. Terapeutický tým je v TK pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

### **1.1.10 Doléčování**

Vymezení pojmu doléčování není úplně jednoznačné. Často je obtížné se shodnout, kdy a komu je následná péče indikovaná, respektive od kdy lze mluvit o doléčování a kdy je to ještě samotná léčba. Pokud vyjdeme z Kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední fázi procesu změny a pak sem patří intervence zaměřené na udržení změn životního stylu závislého (Marlatt, Barrett, 1994). Akreditační standardy (2001) definují cílovou skupinu pro programy následné péče jako: „osoby abstinující s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, kdy se preferují osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu a to ambulantní či residenční, s náhledem na problematiku závislosti a motivací k dlouhodobé abstinenci“. Z této definice tedy vyplývá, že následná péče je určena osobám, které absolvovaly ambulantní či residenční léčbu. V praxi se však setkáváme i s osobami bez předchozí odborné péče. U nichž lze nalézt minimálně základní náhled na to, že potřebují dlouhodobou abstinenci od své primární drogy a k tomu je pro ně nezbytná podpora a pomoc. Často na úrovni praktických věcí, při znovu nacházení svého místa ve světě a společnosti neboli integrace do normálního života.

Základním úkolem doléčování je pomoci závislému navracejícímu se do běžné společnosti vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. Stabilizace životního stylu závislého se jeví jako zásadní faktor ovlivňující efektivitu léčby závislosti. Spektrum pacientů, pro které je doléčování indikované, je velmi široké, což klade vysoké nároky na flexibilitu programu a multidisciplinarnost týmu v těchto programech. Pro různé typy doléčovacích programů jsou důležitá jasně definovaná kritéria přijetí, často je nutností i odborné doporučení od zařízení, ze kterého pacient přichází.

## **1.2 Rozličnost služeb**

Dle Kaliny (2003) se služby navzájem liší v několika směrech:

Základní dělení je na ambulantní (klasická ambulantní, intenzivní ambulantní) a lůžkové (ústavní v psychiatrických nemocnicích a léčebnách, residenční terapeutických komunitách a residenční v chráněném bydlení).

Dále podle délky péče o pacienty tedy počet týdnů či měsíců, které pacient v léčbě tráví na krátkodobou, střednědobou, dlouhodobou. Podle léčebné filozofie na: vedoucí k abstinenci, udržovací léčba metadonem, s farmakoterapií, bez farmakoterapie, klinika, terapeutická komunita.

Dle přístupu na: svépomocné a odborné služby. Dle metody intervence na: skupinovou terapii, individuální terapii, kognitivně behaviorální psychoterapie a psychodynamická psychoterapie.

Dalším důležitým a v České republice do značné míry omezujícím kritériem, je existence a dosažitelnost dostatečně pestré nabídky služeb pro pacienty s problémem s návykovými látkami.

### **1.3 Komplexní zhodnocení pacienta**

Předpokladem účinné léčby je podrobné zhodnocení pacienta a jeho stavu a následná indikace vhodného léčebného programu. Závislost většinou nezahrnuje pouze užívání drog, je s ní spojena i spousta dalších problémů. Ovlivňuje normální fungování v rodině, na pracovišti, ve škole i širokém okolí. Je spojeno s velkým rizikem dalších nemocí, které souvisejí s životním stylem závislých a toxickým účinkem drog nebo s rizikovým způsobem jejich aplikace. Neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny, stejně jako neexistuje pacient, který by těžil ze všech typů programů. (Kalina 2003)

Ne všichni pacienti reagují stejně dobře na léčbu a žádná z forem léčby není dostačující pro všechny drogově závislé. Drogově závislí jsou heterogenní skupinou, u níž se projevuje mnoho různých úrovní závažnosti, psychopatologie, sociálního fungování, sociální podpory a stability (Carroll, 1999).

V zahraničí pro účely takového hodnocení vznikla celá řada standardizovaných postupů, jako jsou schémata pro strukturovaný rozhovor, a dotazníky. Nejosvědčenější a nejpoužívanější z nich je Addiction Severity Index (ASI). Českou verzi evropské modifikace Europ-ASI vytvořili a na českou populaci standardizovali Kubička a Csemy (1996, 1997, 1998).

### 1.3.1 EuropASI

Původní rozhovor ASI z roku 1980 vznikl v USA v době kritické diskuse o pojetí alkoholismu jako nemoci a zároveň v době prudkého nárůstu drogové problematiky v této zemi. To ovlivnilo celkové zaměření metody ASI (v pozdějších verzích podstatněji nezměněné), jež si všímá podrobněji sociální adaptace dotazovaného pacienta než jeho chování ve vztahu k alkoholu a drogám Kubička (1997). V poslední verzi ASI, základu pro jeho Evropskou verzi bylo pouze 27 otázek zabývajících se alkoholem nebo drogami z celkového počtu 165.

Celý strukturovaný rozhovor je rozdělen do osmi od sebe oddělených oblastí. Tato jsou, kromě rodinné anamnézy zkoumány v průběhu celého života pacienta a za posledních 30 dní před rozhovorem.

1. Základní informace – tato oblast obsahuje 20 otázek týkajících se základních demografických dat pacienta
2. Zdravotní stav (16 otázek) – hospitalizace pro tělesná onemocnění a úrazy během života, chronické problémy, zdravotní stav a zdravotní péče, zvláštní pozornost zasluhují hepatitidy, kterými trpí stále větší část drogové klientely v ČR.
3. Práce jako zdroj obživy (26 otázek) – vzdělání a nejvyšší dosažené vzdělání, historie zaměstnání, nezaměstnanost a současné zdroje obživy (včetně zdrojů nelegálních).
4. Drogy a alkohol (28 otázek) – sem patří historie užívání, typ a dávkování návykové látky v současnosti, kombinované užívání více typů látek současně, délka užívání v letech, předchozí pokusy o léčbu a způsob aplikace, rovněž výskyt předávkování a delirií.
5. Právní postavení (23 otázek) – obžaloby a odsouzení během života, v současné době a současná skrytá trestná činnost. Jedná se o celkovou anamnézu trestné činnosti pacienta.
6. Rodinná anamnéza – zda se v pacientově rodině vyskytovaly závažné problémy s alkoholem či drogami, duševní choroby.
7. Rodinné a sociální vztahy (26 otázek) – důležitá je zde stabilita a spokojenost s rodinným stavem, bydlením a trávením volného času, vážné vztahové problémy a konflikty s kýmkoliv v minulosti i současnosti.

8. Psychický stav – psychiatrické hospitalizace a léčení, příznaky psychických poruch v minulosti a v posledních 30. dnech, sebevražedné pokusy a myšlenky.

### **1.3.2 „Matching“**

Pro účinný matching, propojení pacienta se službou, která pro něj bude nejvhodnější, je základním předpokladem vědět, jakou psychosociální výbavu pacient/klient potřebuje mít k tomu, aby z daného programu mohl co nejvíce získat a posílit schopnosti, které potřebuje k trvalé změně svého chování a myšlení vzhledem k návykovým látkám.

Existuje celá řada manuálu na hodnocení a diagnostiku pacienta a jeho aktuálního stavu. Nicméně takové zhodnocení či diagnóza je jedním z faktorů, ze kterých bychom při matchingu měli vycházet.

Dalšími okolnostmi, kromě diagnózy samotné, mohou být psychologické charakteristiky, doba trvání návykového chování, sociální situace, síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stadium motivace, zkušenost s různými léčebnými programy, věk, pohlaví, náboženské vyznání, aj. (Nešpor, 2003).

„Párování potřeb a intervencí“ či „přizpůsobení léčby pacientům“ je velice populárním tématem, protože relativně rychle stoupa počet léčebných programů a stávají se různorodějšími a odlišnějšími v délce, zaměření, typu a obsahu. Nabídka služeb se zvětšuje a to ne jen v počtu, ale také ve spektru možností jednotlivých služeb.

Díky tomu je možné uplatnit tendenci o větší individualizaci péče o pacienta. Zaměřenou ne jen na jeho základní diagnózu, ale i další kritéria na straně pacienta.

## **1.4 Historie faktorů ovlivňujících léčbu**

Charakteristickými znaky klientů přijímaných do léčby v terapeutických komunitách jsou: většina klientů pochází z rozpadlých rodin, má aktuálně rozvrácené rodinné zázemí a nedostatek pozitivní sociální podpory. Více než 2/3 klientů jsou nebo byli v konfliktu se zákonem a více než 2/3 klientů neměly během posledního roku žádné zaměstnání (Galanter a Kleber 1999 a NIDA 2002). K dalším závažným rysům patří závislost na více drogách a problémy s duševním zdravím. (Kubička a kol., 1982).

K nejdůležitějším výzkumně zjištěným prediktorům výsledků patří (podle EMCDDA, 1999; Tims et al., 1997; De Leon, 2003): *Věk při začátku závislosti*: Když u pacienta vznikne závislost, až po 20. roce věku, má až trojnásobně větší šanci na změnu životního stylu směrem k úplné abstinenci, než pacient, u nějž závislost vznikla ve věku nižším než 16 let při srovnatelné poskytnuté péči. U pacienta, který se stal závislým v dospělosti, užívání návykových látek tolik neovlivnilo osobnostní zrání a zvládnání důležitých vývojových úkolů v dospívání.

*Délka drogové kariéry*: čím déle pacient užívá návykové láky a pohybuje se v drogové subkultuře, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně. Toto zjištění je podstatným argumentem pro včasnou intervenci a včasný začátek léčení, což bohužel může narážet na nedostatek pacientovi motivace.

*Psychopatologické komplikace*: pacienti, kteří v léčbě směřující k abstinenci se často vyznačují výraznými emočními a osobnostními komplikacemi, jako jsou deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti.

*Kriminální anamnéza*: závažnější a opakovaná trestná činnost často významně souvisí s neúspěchem v léčbě.

*Motivace k léčbě*: úroveň motivace při nástupu předznamenává setrvání v léčbě a její výsledek. Významným zdrojem motivace může být i tlak okolí (rodina, úřady, soudy apod.). Toto je obecně považované za vnější a tudíž méně účinnou vnější motivaci, ale ze své praxe vím, že pro počátek léčby může být i vnější motivace zásadní. Dává pacientovi prostor a alespoň nějaký čas na získání většího náhledu a tím prohloubení vnitřní motivace, která je zásadní pro další fáze léčby.

## **1.5 Negativní revers**

V České republice i ve světě je častým jevem, že se pacienti rozhodnou ukončit pobyt před řádným dokončením léčby (anglicky “drop out” či “drop-out”). Konkrétní čísla nejsou jasně známá, také se liší podle druhu léčebného programu, zařízení a dalších faktorů. Dle zahraniční literatury se pravděpodobnost vypadnutí z léčby pohybuje od 17% až do 80% dle různých zdrojů (Brorson et al., 2013; López-Goñi et al., 2012; Stevens et al., 2013). Nejvyšší procento předčasného ukončení léčby uvádí zařízení na principu denních

stacionářů, u nichž procento ukončení léčby neklesá pod 50% (Kalina, 2003, Ball et al., 2006; Fernandez-Montalvo, López-Goñi, 2010). V České republice se tyto statistiky neevoluují, v provedených sledováních je předčasné ukončení léčby méně časté, nejvyšší čísla se pohybují pod 40% (Kalina, c2003). Kalina ve své publikaci *Terapeutická komunita* (2008) rozděluje předčasné ukončení léčby na - spontánní, kdy klient odchází z léčby na vlastní žádost i přes snahu personálu a - indukované zařízením pro zásadní porušení pravidel. Naprostá většina odchodů, podle zahraniční literatury, patří do skupiny spontánních odchodů (více než 75%). V českých podmínkách nejsou známa přesná data, ale ve studii Tibenské a kolektivu (2008) prováděné ve střednědobé léčbě nacházíme jiná čísla, 20,7 % pacientů bylo propuštěno disciplinárně, na vlastní žádost léčbu ukončilo jen 5,8 % z celkového počtu 309 klientů.

Dále je možné předčasné ukončení léčby dělit podle toho, po jak dlouhé době od přijetí k němu dochází. Časně vypadnutí z léčby, tento pojem se používá především u léčby v terapeutické komunitě, kde se za časně ukončení léčby považuje odchod v rámci prvních 3 měsíců od nástupu do léčby. V ústavní léčbě je tento fenomén pojmenován syndrom prvního období či tzv. časně vypadnutí, kdy objednaný klient vůbec nenastoupí do léčby, nebo z ní odejde během 5, až 10 dnů to je velice rizikové období z pohledu vypadnutí z léčby (Kalina, c2003).

Předčasné ukončení léčby u pacientů se závislostí má nepříznivý vliv na jejich dlouhodobou abstinenci. Uvádí se, že pravděpodobnost relapsu u těchto pacientů je 60-90% (Kalina, c2003). Tibenská s týmem (2008) sledovala všechny pacienty (z celkového počtu 309) po ukončení léčby. Již po půl roce od konce léčby abstinovalo jen 25,6 % pacientů, kteří ukončili léčbu předčasně, oproti 54 % klientům, kteří léčbu řádně dokončili, což je vlastně více než dvojnásobek (Tibenská et al., 2008) Zajímavým faktem je, že ti, kteří byli disciplinárně propuštěni, abstinovali v 31,3 %, zatím co ti, kteří opustili léčbu na vlastní žádost, abstinovali v pouhých 5,6 %. Jak ukazuje tabulka číslo 5, riziko předčasného ukončení léčby s časem již v léčbě stráveným klesá.



Tab. 5: Četnost vypadnutí z léčby v průběhu ročního pobytu (Kalina c2003).

Týden	% vypadnutí
0 – 5	13,0
6 – 10	4,5
11 – 15	2,8
16 – 20	2,0
21 – 25	1,8
26 – 30	1,3
31 – 35	0,8
36 – 40	0,5
41 – 45	0,3
46 – 50	0,2

V českých nemocnicích musí být takový odchod pacienta z léčby proveden podáním negativního reverzu. Každý pacient má ústavou dané právo na odmítnutí zdravotní péče. Musí být lékařem poučen o svém zdravotním stavu a o vážnosti možného následného poškození zdraví, pokud se rozhodne zdravotnické zařízení, předčasně opustit. Základními podmínkami negativního reverzu jsou: písemná forma, opakované poučení pacienta v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví či dokonce ohrozit jeho život a způsobilost pacienta k právně relevantnímu projevu vůle. V tomto dokumentu (negativním reverzu) musí být lékař vždy velmi konkrétní, jasně identifikovat problém pacienta a popsat možné důsledky, které by pacienta mohly postihnout po opuštění léčby. Celý dokument by měl být napsán v jazyce, který bude zcela srozumitelný klientovi (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva). I tato zdánlivá formalita může být z hlediska snahy o udržení pacienta v léčbě velmi zásadní, a pokud je provedena empaticky směrem ke klientovi, stává se, že klient negativní reverz „stáhne“ a léčbě setrvá.

Pro efektivní léčbu závislostí je klíčové, aby byla četnost předčasného ukončení léčby minimalizována. Je několik strategií, které se dají kombinovat a mohou vést k vyššímu procentu pacientů udržovaných v léčbě. Jednou ze strategií je se zaměřit na pacienty, kteří vykazují rizikové faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby. Více se jim věnovat a pracovat s nimi individuálně. Další strategií je minimalizovat rizikové faktory na straně zdravotnického zařízení. Poslední strategií je se zaměřit na tzv. zadržovací strategie, tedy kroky, které může zdravotnické zařízení personál, lékaři, terapeuti a adiktologové podniknout, než pacienta definitivně z léčby propustí.

## **2 Praktická část**

### **2.1 Cíle výzkumu**

Úspěšně absolvovaná střednědobá léčba závislosti je základním předpokladem k dlouhodobé abstinenci od závislostního chování. Hlavní cílem výzkumu je identifikovat faktory, které ovlivní setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti, a to:

### **2.2 Hypotézy (výzkumné otázky)**

- 1) Identifikace konkrétních charakteristik pacientů podstupujících střednědobou léčbu závislosti v PNHB.
- 2) Identifikace faktorů významných pro řádné ukončení léčby.
- 3) Zhodnocení zda má návyková látka či typ závislostního chování vliv na setrvání ve střednědobé léčbě.
- 4) Identifikace faktorů významných pro délku léčby.

### **2.3 Výběr subjektů hodnocení a charakteristika zkoumaného souboru**

#### **2.3.1 Základní soubor**

Základním souborem tohoto výzkumu jsou všichni pacienti, kteří se ve zkoumaném období (1. 1. 2016 – 31. 12. 2019) léčili na oddělení střednědobé léčby závislosti. Jsou to muži i ženy ve věku od 18 do 60 let věku, kteří mají problém s užíváním návykových látek, nebo s patologickým hráčstvím. Mezi tyto pacienty patří všichni, kteří se na léčbu přihlásili dobrovolně z vlastní vůle, pacienti na ochranném léčení, o jejichž hospitalizaci rozhodl soud nařízením o ochranném ústavním léčení, a pacienti na takzvané opakovací léčbě. To jsou pacienti, kteří již absolvovali celou střednědobou léčbu a pravidelně se na oddělení vrací na krátký týdenní pobyt, aby tímto způsobem posílili svou abstinenci. Délka opakovacího pobytu je také předem daná.

#### **2.3.2 Výběrový soubor**

Do studie budou zařazeni všichni po sobě jdoucí pacienti, kteří dobrovolně zahájili střednědobou léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod na odd. 5 v

období od 1. ledna 2016 – 31. prosince 2019. Soubor bude čítat nejméně **400** dospělých jedinců, mužského i ženského pohlaví různého věku.

## **2.4 Střednědobá léčba**

Všichni sledovaní pacienti nastoupili střednědobou léčbu, jak je podrobně popsána v teoretické části, v sekci Havlíčkův Brod. Tedy komplexní léčebný program sestavený podle modelu terapeutických komunit s postupně se zvyšujícími se nároky na soběstačnost a zodpovědnost za své chování i chod celé komunity. Měli k dispozici několik různých druhů terapie.

- Skupinová terapie
- Individuální pohovory s terapeuty
- Párové či rodinné pohovory
- Pracovní terapie
- Relaxace
- Dobrovolné programy: arteterapie, hypnoterapie, trénink asertivity

## **2.5 Metody sběru dat**

Pacientská data, byla získávána z lékařské dokumentace pacientů při vstupu do léčby a v jejím průběhu. Anamnestická data byla získávána jednotně, celkem třemi lékaři oddělení, podle společné šablony dané zvyklostmi oddělení. Díky tomu se dá předpokládat uniformita získaných dat. Konkrétně byla hodnocena elektronická forma pacientské dokumentace. Dokumenty byly analyzovány tak, aby byly nalezeny všechny zkoumané faktory.

## **2.6 Zkoumané faktory**

Hledání dat se zaměřilo na socioekonomickou situaci každého respondenta, na délku užívání návykové laky, jaká látka, případně závislostní chování to bylo, zda měl respondent předchozí zkušenost s léčbou závislosti, měl nějakou somatickou nebo psychiatrickou

komorbiditu nebo rodinnou predispozici k závislosti či psychické nemoci, jestli byl v minulosti odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody (VTOS) a zda byl adoptován.

- Sociometrická situace: věk, pohlaví, rodinný stav, děti, vzdělání, bydlení, dluhy
- Výkon trestu odnětí svobody
- Předchozí léčby: psychiatrická ambulantní, psychiatrická ústavní, detoxifikace
- Věk prvního užití
- Délka užívání
- Návyková látka či chování: alkohol, drogy, hazardní hraní
- Psychiatrická komorbidita: ADHD, psychóza, úzkostně depresivní porucha, bipolární afektivní porucha
- Somatická komorbidita: infekce, cukrovka, vysoký tlak, úrazy hlavy, epilepsie, jaterní onemocnění, onemocnění pankreatu
- Rodinná anamnéza závislosti či jiné psychiatrické choroby
- Adopce

## **2.7 Postupy k udržení pacienta v léčbě**

Každý pacient má individuální přístup ze strany celého týmu, má možnost požádat o individuální pohovor s lékařem či s terapeutem, který vede jeho skupinu. Každému pacientovi je navíc přidělena jedna sestra (patronka), která s ním každý týden dělá podrobný pohovor o tom, jak se mu v léčbě daří. V případě rodinné či sociální krize (úmrť v rodině, soudní jednání, jednání s úřady) je pacientům umožněno opustit oddělení k vyřešení nutných záležitostí.

V případě že již pacient uvažuje o tom, že oddělení opustí na revers je mu nabídnut individuální pohovor, má možnost celou záležitost probrat na skupině a může si vzít 24 hodin na rozmyšlenou, kdy neplní běžné povinnosti v komunitě a neúčastní se žádných programů. To pacientům pomáhá nepodlehnout impulzivnímu, afektivnímu rozhodnutí, ke kterým mají závislí obecně sklony.

## **2.8 Použité statistické metody**

Výsledky jsou prezentovány jako mediány a rozsahy hodnot, nebo jako četnosti. T-test, Mann-Whitneyho test a Kruskal Wallisův test jsou použity pro srovnání mediánů, chí-kvadrát test a Fischerův exaktní test pro porovnání četností. Faktory predikující řádné dokončení léčby a dobu setrvání v léčbě jsou vypočteny pomocí multivariantské logické regresivní analýzy. *P* hodnota < 0,05 je považována za statisticky významnou. Statistická analýza byla provedena pomocí GraphPad Software, version 9.1 for Mac, San Diego, California, USA.

## **2.9 Etické standardy**

Analýza dat k publikačním účelům byla předána ke schválení Etickou komisí Nemocnice Havlíčkův Brod. p. o., a Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a bude prováděna v souladu s Helsinskou deklarací. Informovaný souhlas pacientů není potřebný, neboť se jedná o retrospektivní analýzu dat a všechna data budou anonymizována. V rámci studie nebylo prováděno genetické testování.

## **2.10 Výsledky**

Výsledky byly hodnoceny ve dvou variantách. Řádné ukončení léčby bylo hodnoceno v kontextu celého výzkumného souboru 411 pacientů. Ze zkoumání celého výzkumného souboru je možné hodnotit charakteristiky pacientů léčících se na oddělení střednědobé léčby závislosti.

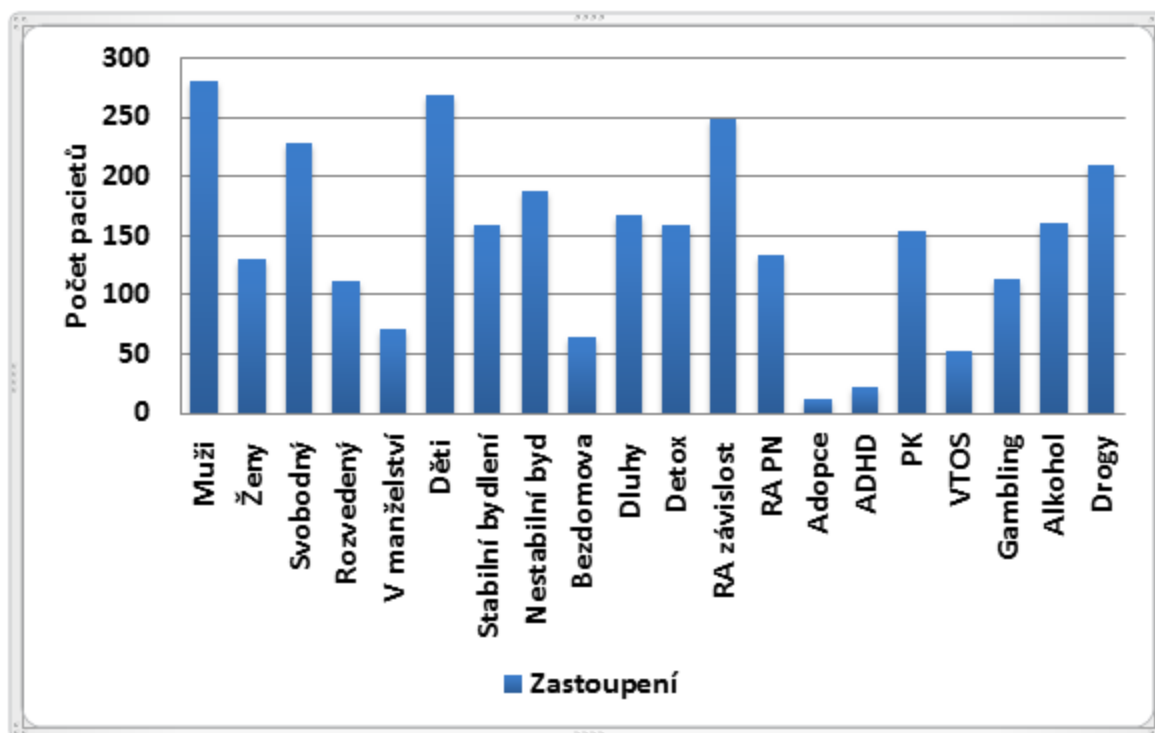
K posouzení délky léčby byl výzkumný soubor rozdělen do 3 skupin. Do první skupiny byli zařazeni pacienti, kteří ukončili léčbu během prvních 60 dnů, do druhé skupiny ti, kteří ukončili léčbu mezi 61. a 120. dnem a do třetí ti, kteří ukončili léčbu mezi 121. a 180. dnem. U každé skupiny byla spočítána analýza, k nalezení společných charakteristik a ty byly vzájemně porovnány.

### 2.10.1 Základní charakteristiky souboru

V letech 2016–2019 se na oddělení střednědobé závislosti dobrovolně léčilo 411 pacientů, byli to převážně muži, pacienti byli ve věku 18–67 let (medián 39 let). Nejvíce jich bylo bez stabilního partnerského vztahu, svobodných či rozvedených, a 65,5 % jich má děti, většina z nich má střední vzdělání (SOU 156, SŠ 150 ze 411). Mnoho z nich mělo nestabilní bydlení nebo byli úplně bez domova a 167 pacientů mělo dluhy (viz tab. 1).

Z tabulky 1. se dá vyčíst i adiktologická anamnéza: závislost v rodině se vyskytovala u 248 pacientů, jiná psychická choroba v rodině u 134 a psychiatrická komorbidita u 154 samotných pacientů. Alkohol užívalo 161, nealkoholové drogy 209 a patologické hráčství se vyskytlo u 113 klientů.

**Graf 1:** Základní charakteristika souboru



Zrdoj: Vlastní výzkum

**Tab. 1.** Základní demografická data, jak ovlivňují řádné dokončení léčby

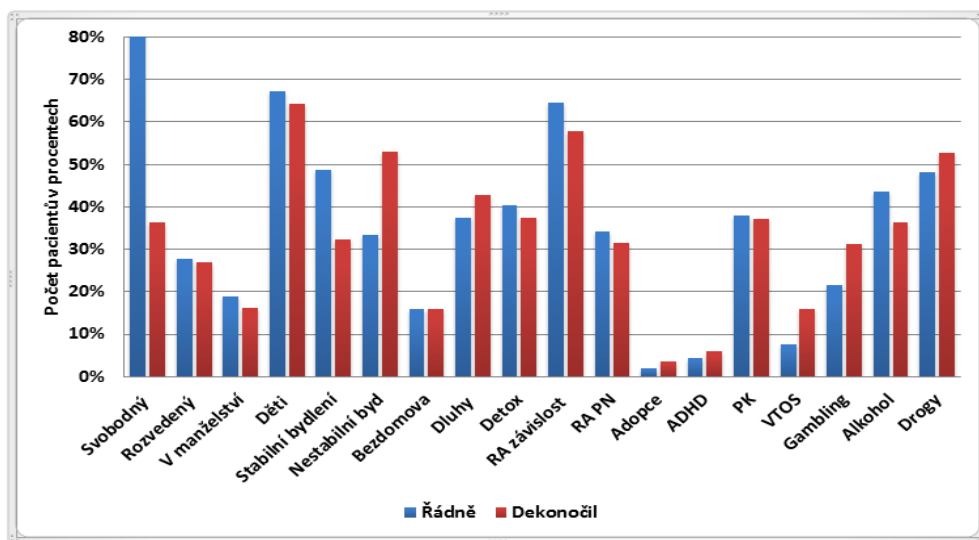
Charakteristika	Všichni (N=411)	Dokončil řádně (N=158)	Nedokončili (N=253)	P
Muži (%)/ženy	281 (68,4)/130	107 (67,7)/51	174(68,8)/79	N. S.
Věk, roky (medián, rozpětí)	39 (18–67)	39 (21–64)	37 (18–67)	<b>0,0043</b>
Rodinný status				<b>0,0005</b>
Svobodný	228 (55,5%)	136 (86,1%)	92 (36,4%)	
Ženatý/vdaná	71 (17,3%)	30 (19%)	41 (16,2%)	
Rozvedený	112 (27,3%)	44 (27,8%)	68 (26,9%)	
Léčebný stupeň při propuštění				<b>0,0001</b>
0	108 (26,3%)	1 (0,6%)	107 (42,3%)	
1	86 (20,9%)	4 (2,5%)	82 (32,4%)	
2	71 (17,3%)	23 (14,6%)	48 (19%)	
3	77 (18,7%)	62 (39,2%)	15 (5,9%)	
3A	69 (16,8%)	68 (43%)	1 (0,4%)	
Děti Ano	269 (65,5%)	106 (67,1%)	163 (64,4%)	N. S.
Dosažené vzdělání				<b>0,0002</b>
Základní	69 (16,8%)	11 (7%)	58 (22,9%)	
Střední odborné	156 (38%)	62 (39,2%)	94 (37,2%)	
Středoškolské	150 (36,5%)	67 (42,4%)	83 (32,8%)	
Vysokoškolské	36 (8,8%)	18 (11,4%)	18 (7,1%)	
Bydlení				<b>0,0007</b>
Stabilní	159 (38,7%)	77 (48,7%)	82 (32,4%)	
Nestabilní	187 (45,5%)	53 (33,5%)	134 (53%)	
Bez domova	65 (15,8%)	25 (15,8%)	40 (15,8%)	
Dluhy ano	167 (40,6%)	59 (37,3%)	108 (42,7%)	N. S.
Detox ano	159 (38,7%)	64 (40,5%)	95 (37,5%)	N. S.
Věk 1. užití (medián, rozpětí)	17 (8–60)	17 (10–60)	17 (8–54)	N. S.
Délka užívání (medián, rozpětí)	10 (1–43)	10	10 (1–42)	N. S.
Nastoupená léčba (pořadí, medián, rozpětí)	1. (1–28)	1. (1–12)	1. (1–28)	N. S.
Rodinná anamnéza závislosti	248 (60,3%)	102 (64,6%)	146 (57,7%)	N. S.
Rodinná anamnéza psychických nemocí	134 (32,6%)	54 (34,2%)	80 (31,6%)	N. S.
Adopce	12 (2,9%)	3 (1,9%)	9 (3,6%)	N. S.
ADHD	22 (5,4%)	7 (4,4%)	15 (5,9%)	N. S.
Psychiatrická komorbidita	154 (37,5%)	60 (38%)	94 (37,2%)	N. S.
VTOS	52 (12,7%)	12 (7,6%)	40 (15,8%)	<b>P=0,0148</b>
Gambling	113 (27,5%)	34 (21,5%)	79 (31,2%)	<b>P=0,0407</b>
Alkohol pouze	161 (39,2%)	69 (43,7%)	92 (36,4%)	N. S.
Drogy	209 (50,9%)	76 (48,1%)	133 (52,6%)	N. S.

Zdroj: Vlastní výzkum

## 2.10.2 Řádné dokončení léčby

Jak je popsáno v tabulce 1, je pro posouzení řádného dokončení léčby signifikantních několik faktorů. Pacienti, kteří svou léčbu dokončili řádně, jsou signifikantně starší oproti těm, kteří se rozhodli léčbu předčasně ukončit nebo byli disciplinárně vyloučení pro zásadní porušení pravidel léčby. Dále můžeme mezi faktory pozitivně ovlivňující řádné dokončení zařadit rodinný stav svobodný, vyšší vzdělání a stabilní bydlení. Naopak negativně je ovlivňuje, pokud mají v anamnéze výkon trestu odnětí svobody (VOTS). Dalším signifikantně rizikovým faktorem ovlivňujícím řádné dokončení léčby je patologické hráčství. Za zmínku jistě stojí i současná diagnóza ADHD. Tento faktor sice není signifikantně významný v porovnání celého souboru, protože zastoupení těchto pacientů bylo v souboru poměrně malé (jen 22 pacientů), nicméně podíváme-li se na tuto skupinu samostatně je zde nedokončených léčeb výrazně více (68,2 %) než těch řádně dokončených. Nejvíce pacientů řádně dokončilo léčbu z léčebného stupně 3A, 43 %. Jeden pacient v LS 3A je zařazen do sloupce nedokončili, jednalo se o disciplinární propuštění pacienta pro nepředání funkce, kterou vykonával v rámci spolusprávy. Jeden pacient byl řádně propuštěn z nultého LS, v tomto případě se jednalo o přeložení pacienta ze somatických důvodů.

**Graf 2:** Faktory ovlivňující řádné dokončení léčby



Zdroj: Vlastní výzkum



## Rozdělení podle závislosti

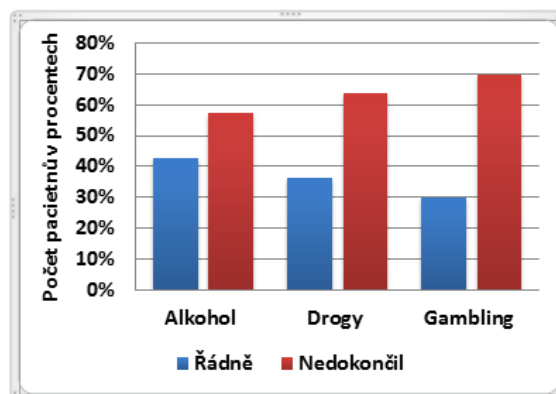
Při zkoumání druhu závislostního chování, jako jediného faktoru ovlivňujícího dokončení léčbu bylo zjištěno, že rozdíly mezi jednotlivými skupinami nejsou tak markantní. Závislých na alkoholu léčbu řádně dokončí 43 %, na nealkoholových drogách 36 % a patologických hráčů 30 %.

**Graf 3:** Vliv druhu závislosti dokončení léčby

**Tab. 2:** Vliv druhu závislosti dokončení léčby

Závislost	Všichni	Řádně	Nedokončená
Alkohol	161	69 (42,9%)	92 (57,1%)
Drogy	209	76 (36,4%)	133 (63,6%)
Gambling	113	34 (30,1 %)	79 (69,9%)

Zdroj: Vlastní výzkum



Zdroj: Vlastní výzkum

## Vzdělání

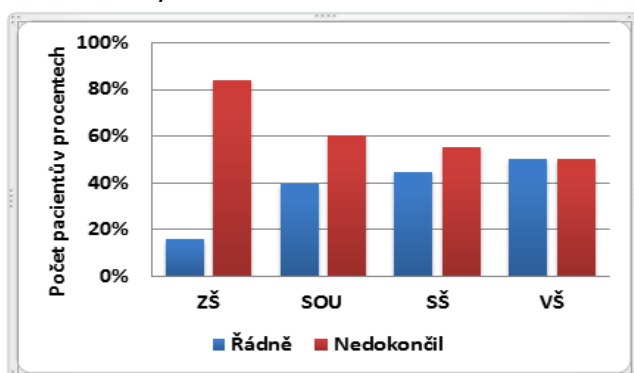
Nejvyšší dosažené vzdělání se projevilo, jako pozitivně ovlivňující faktor, pouze 16% pacientů se základním vzděláním dokončilo léčbu řádně. Nicméně je tato pozitivita omezená, u vysoko školsky vzdělaných pacientů je výsledek 50:50.

**Tab. 3:** Vliv nevyššího dosaženého vzdělání na řádné dokončení léčby

Vzdělání	Všichni	Řádně dokončená	Nedokončená
Základní	69	11 (15,9%)	58 (84,1%)
Střední odborné	156	62 (39,7%)	94 (60,3%)
Středoškolské	150	67 (44,7%)	83 (55,3%)
Vysokoškolské	36	18 (50%)	18 (50%)

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 4:** Vliv nevyššího dosaženého vzdělání na řádné dokončení léčby

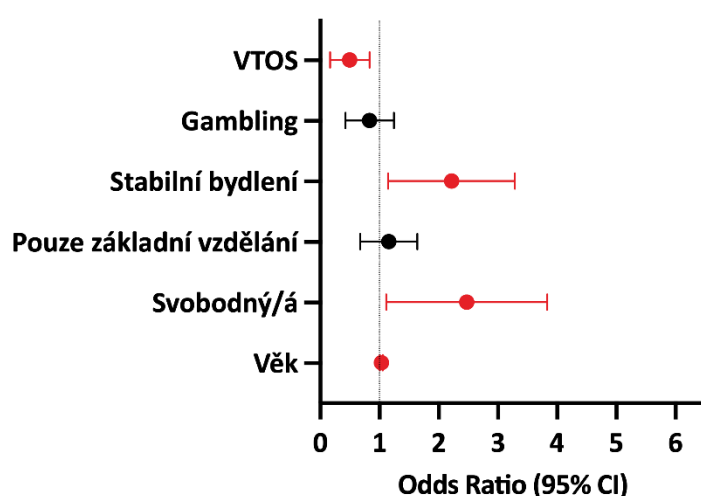


Zdroj: vlastní výzkum

## Analýza prediktorů řádného dokončení léčby

Multivariantní logistickou regresí byly určeny faktory, které predikují řádné dokončení léčby. Graf č. 5 ukazuje, že stabilní bydlení zvyšuje u pacientů pravděpodobnost řádného dokončení léčby dvojnásobně a starší pacienti mají šanci dosáhnout řádného ukončení terapie 1,03x za každý rok věku navíc. Jako výrazný faktor ovlivňující dokončení léčby se ukázal rodinný stav, svobodní lidé řádně dokončují léčbu 2,2x častěji než lidé v manželství nebo rozvedení. Naopak přítomnost VTOS v anamnéze ji snižuje skoro na polovinu.

**Graf 5:** Faktory predikující řádné dokončení léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

### 2.10.3 Délka léčby

Jak znázorňuje tab. 5, hlavními faktory ovlivňujícími délku setrvání pacientů na střednědobé léčbě závislosti jsou podobné jako pro řádné dokončení, tedy vyšší věk a stabilní bydlení jsou faktory ovlivňující pozitivně, naopak VTOS v anamnéze pravděpodobnost delšího setrvání v léčbě snižuje.

Rozdíl v mediánu věku je mezi skupinami s nejkratší a nejdelší léčbou je 4,5 let, což jednoznačně vypovídá o tom, že s přibývajícím věkem mají pacienti větší motivaci v léčbě setrvat.

Medián dne odchodu z léčby je ve skupině 0–2 měsíce je 20 dní při rozmezí 1–56 dnů, tedy 70 a více pacientů odešlo z léčby po méně než 20 dnech, což potvrzuje fenomén

časného odchodu. Dále je z tabulky 5 zřejmé, že čím déle pacienti vydrží v léčbě, tím spíše jí dokončí řádně a ve vyšším LS.

### Nejvyšší dosažené vzdělání

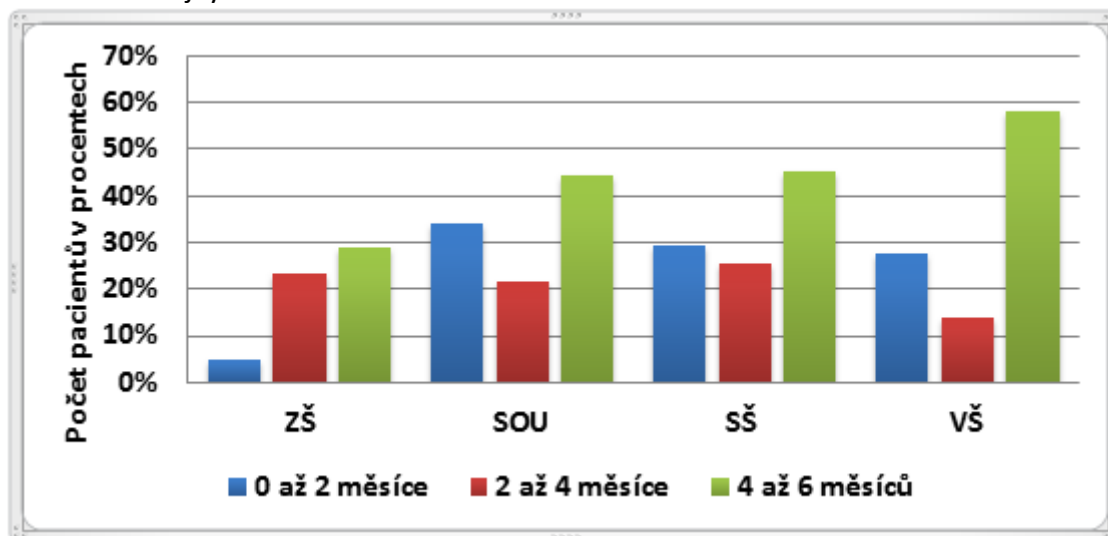
Jak je zřejmé z tabulky 4, na setrvání v léčbě má významně pozitivní vliv dosažení odborného vzdělání. Zatímco pacienti se základním vzděláním setrvávali v léčbě déle než 4 měsíce pouze ve 29 % vyučení pacienti ve 44 %. Nejdéle v léčbě setrvali vysokoškolsky vzdělaní pacienti, a to ve skoro 60 % případů.

**Tab. 4:** Vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na délku setrvání v léčbě

Vzdělání	Všichni	0-2 měsíce	2-4 měsíce	4-6 měsíců
Základní	69	33 (47,8%)	16 (23,2%)	20 (29%)
Střední odborné	156	53 (34%)	34 (21,8%)	69 (44,2%)
Středoškolské	150	44 (29,3%)	38 (25,3%)	68 (45,3%)
Vysokoškolské	36	10 (27,8%)	5 (13,9%)	21 (58,3%)

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 6:** Vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na délku setrvání v léčbě



Zdroj: Vlastní výzkum

## Druh závislosti

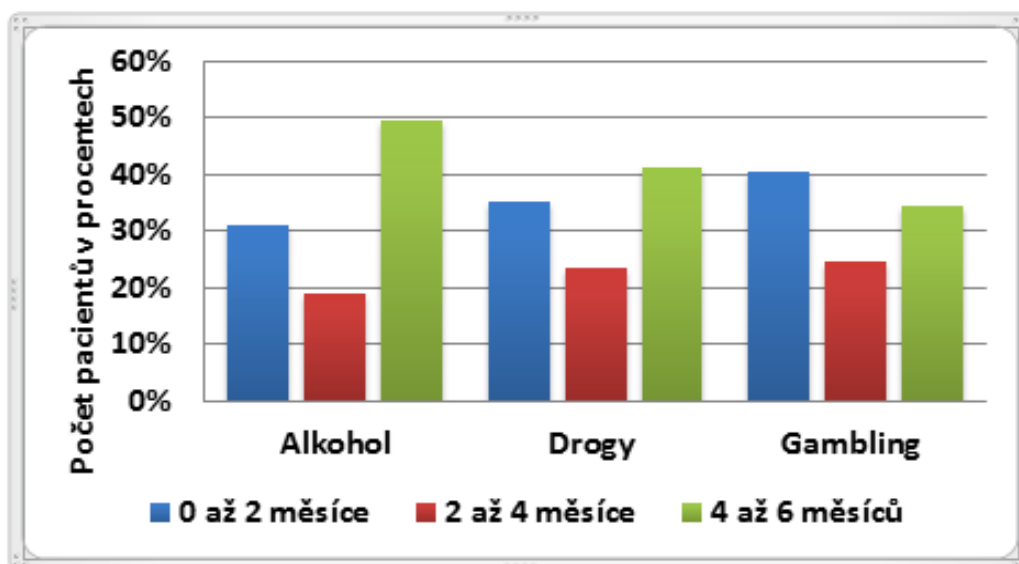
Podíváme-li se na návykovou látku, či závislostního chování jako samostatný faktor ovlivňující délku setrvání v léčbě, pak pacienti závislí na alkoholu setrvávají nejdéle, naopak nejkratší dobu v léčbě tráví patologičtí hráči, což zhruba odpovídá výsledkům ve zkoumání řádného dokončení léčby.

**Tab. 5:** Vliv druhu závislosti na délku setrvání v léčbě

Závislost	Všichni	0-2	2-4	4-6
Alkohol	161	50 (31,1%)	31 (19,2%)	80 (49,7%)
Drogy	209	74 (35,4%)	49 (23,4%)	86 (41,2%)
Gambling	113	46 (40,7%)	28 (24,7%)	39 (34,6%)

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 7:** Vliv druhu závislosti na délku setrvání v léčbě

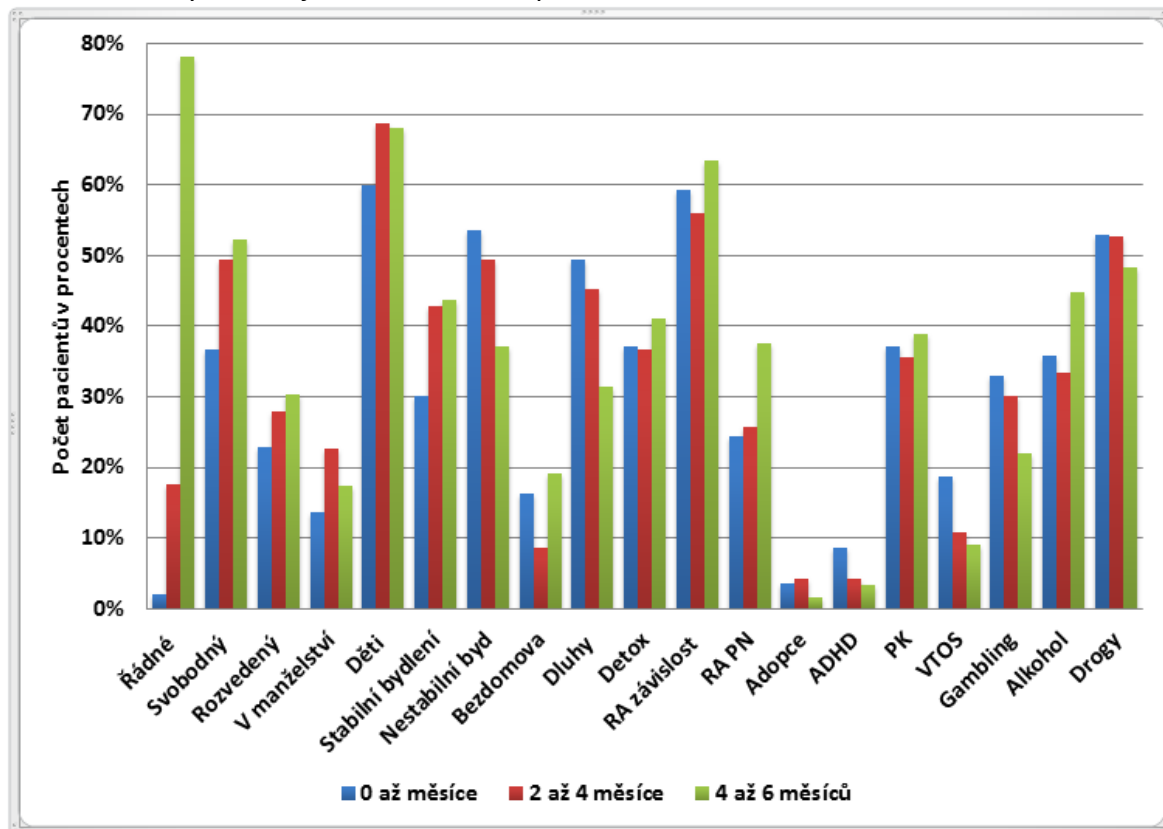


Zdroj: Vlastní výzkum

**Tab. 5:** Faktory ovlivňující délku setrvání pacientů ve střednědobé léčbě závislosti

Charakteristika	Všichni (N=411)	Dny v léčbě 0–60 (N=140)	Dny v léčbě 61–120 (N=93)	Dny v léčbě 121–183 (N=178)	p
Délka léčby (dny)	100 (1–183)	20 (1–59)	87 (61–120)	160 (121-183)	<b>&lt;0,0001</b>
Řádné propuštění	158 (38,4%)	3 (2,1%)	16 (17,2%)	139 (78,1%)	<b>&lt;0,0001</b>
Muži	281 (68,4%)	102(72,9%)	60 (64,5%)	119 (66,9%)	N. S.
Věk, roky (medián, rozpětí)	39 (18–67)	36 (18–64)	39 (19–67)	<b>40,5 (41–64)</b>	<b>0,0194</b>
Rodinný status					N. S.
Svobodný	228 (55,5%)	89 (36,6%)	46 (49,5%)	93 (52,2%)	
Ženatý/vdaná	71 (17,3%)	19 (13,6%)	21 (22,6%)	31 (17,4%)	
Rozvedený	112 (27,3%)	32 (22,9%)	26 (28%)	54 (30,3%)	
Léčebný stupeň při propuštění					<b>&lt;0,0001</b>
0	108 (26,3%)	96 (68,6%)	9 (9,7%)	<b>3 (1,7%)</b>	
1	86 (20,9%)	39 (27,9%)	39 (41,9%)	<b>8 (4,5%)</b>	
2	71 (17,3%)	4 (2,9%)	26 (28%)	<b>41 (23%)</b>	
3	77 (18,7%)	3 (2,1%)	10 (10,8%)	<b>66 (37,1%)</b>	
3A	69 (16,8%)	1 (0,7%)	4 (4,3%)	<b>64 (36%)</b>	
Děti Ano	269 (65,5%)	84 (60%)	64 (68,8%)	121 (68%)	N. S.
Dosažené vzdělání					N. S.
Základní	69 (16,8%)	33 (23,6%)	16 (17,2%)	<b>20 (11,2%)</b>	
Střední odborné	156 (38%)	53 (37,9%)	34 (36,6%)	<b>69 (38,8%)</b>	
Stredoškolské	150 (36,5%)	44 (31,4%)	38 (40,9%)	<b>68 (38,2%)</b>	
Vysokoškolské	36 (8,8%)	10 (7,1%)	5 (5,4%)	<b>21 (11,8%)</b>	
Bydlení					<b>0,0087</b>
Stabilní	159 (38,7%)	42 (30%)	39 (42,9%)	<b>78 (43,8%)</b>	
Nestabilní	187 (45,5%)	75 (53,6%)	46 (49,5%)	<b>66 (37,1%)</b>	
Bez domova	65 (15,8%)	23 (16,4%)	8 (8,9%)	<b>34 (19,1%)</b>	
Dluhy ano	167 (40,6%)	69 (49,3%)	42 (45,2%)	56 (31,5%)	N. S.
Detoxifikační fáze (ano)	159 (38,7%)	52 (37,1%)	34 (36,6%)	73 (41%)	N. S.
Věk 1. užití (medián, rozpětí)	17 (8–60)	17 (9–49)	17 (8–60)	17 (10–40)	N. S.
Délka užívání (medián, rozpětí)	10 (1–43)	10 (1–42)	10 (1–39)	12 (1–43)	N. S.
Nastoupená léčba (pořadí, medián, rozpětí)	1 (1–28)	1 (1–28)	1 (1–11)	2 (1–12)	N. S.
Rodinná anamnéza závislosti	248 (60,3%)	83 (59,3%)	52 (55,9%)	113 (63,5%)	N. S.
Rodinná anamnéza psychických nemocí	134 (32,6%)	43 (24,3%)	24 (25,8%)	67 (37,6%)	N. S.
Adopce	12 (2,9%)	5 (3,6%)	4 (4,3%)	3 (1,7%)	N. S.
ADHD	22 (5,4%)	12 (8,6%)	4 (4,3%)	6 (3,4%)	N. S.
Psychiatrická komorbidita	154 (37,5%)	52 (37,1%)	33 (35,5%)	69 (38,8%)	N. S.
VTOS	52 (12,7%)	26 (18,6%)	10 (10,8%)	<b>16 (9%)</b>	<b>0,032</b>
Gambling	113 (27,5%)	46 (32,9%)	28 (30,1%)	39 (21,9%)	N. S.
Alkohol pouze	161 (39,2%)	50 (35,7%)	31 (33,3%)	80 (44,9%)	N. S.
Drogy	209 (50,9%)	74 (52,9%)	49 (52,7%)	86 (48,3%)	N. S.

**Graf 8:** Faktory ovlivňující délku setrvání pacientů na střednědobé léčbě závislosti

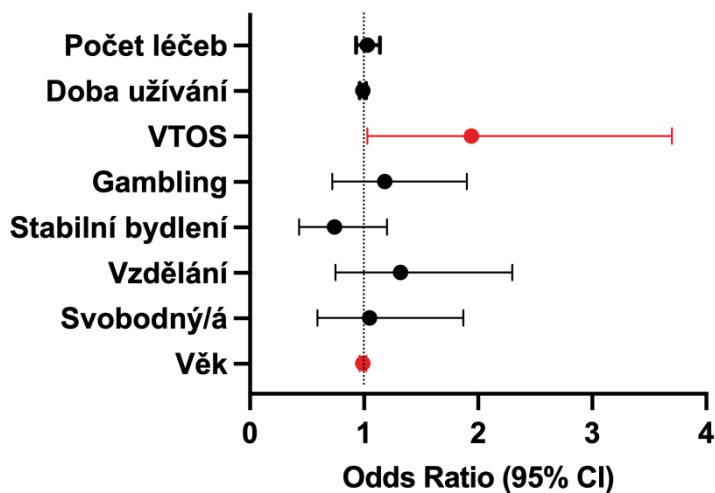


Zdroj: Vlastní výzkum

### Analýza faktorů ovlivňujících délku setrvání v léčbě

Multivariantní logistickou regresí byly určeny faktory, které predikují časně ukončení léčby, tedy do jejího 60. dne. Anamnéza VTOS zdvojnásobuje pravděpodobnost časného odchodu z léčby, zatímco vyšší věk signifikantně snižuje pravděpodobnost propuštění v prvních 2 měsících v léčbě (Graf 9).

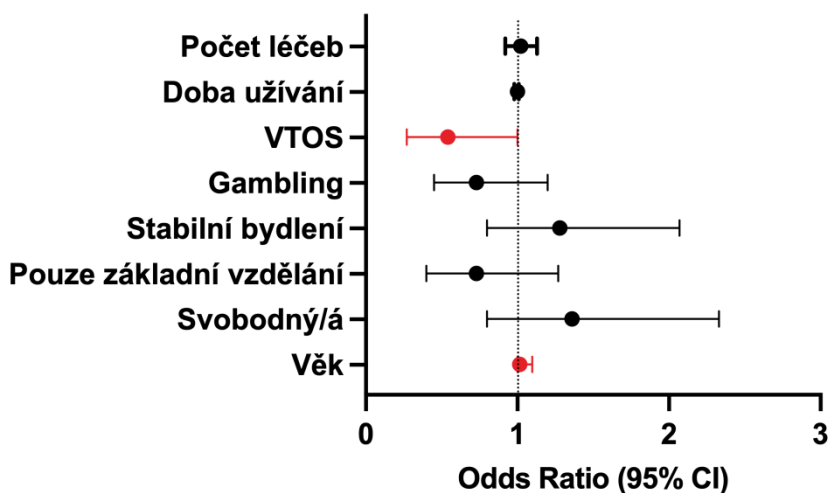
**Graf 9:** Faktory určující časné ukončení léčby



Zdroj: vlastní výzkum

Multivariantní logistickou regresí byly rovněž určeny faktory, které predikují dlouhodobé setrvání v léčbě, nad 120 dní. Anamnéza VTOS šanci setrvat v léčbě déle významně snižuje, zatímco vyšší věk významně zvyšuje šanci na setrvání v léčbě po 120. dni od nástupu (Graf 10).

**Graf 10:** Faktory určující setrvání v léčbě více než 120 dní



Zdroj: vlastní výzkum

#### **Doba potřebná k dokončení programu**

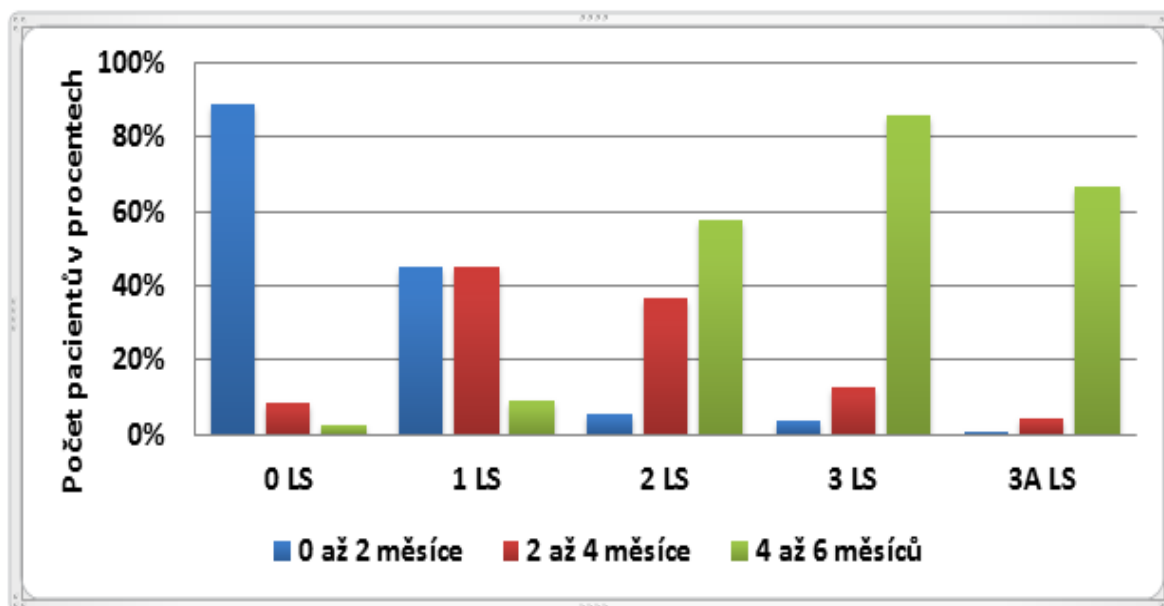
Z tabulky 6 je zřejmé, že na to aby prošli celým strukturovaným programem, jak je nastavený na oddělení střednědobé léčby v PNHB a popsán výše v kapitole 1.1.8.4, většina pacientů potřebovala více než 4 měsíce.

**Tab. 6:** Vliv délky léčby na léčebný stupeň při propuštění

LS při propuštění	Všichni	0-2 měsíce	2-4 měsíce	4-6 měsíců
0	108	96 (88,9%)	9 (8,3%)	3 (2,8%)
1	86	39 (45,3%)	39 (45,3%)	8 (9,4%)
2	71	4 (5,6%)	26 (36,6%)	41 (57,7%)
3	77	3 (3,9%)	10 (13%)	66 (85,7%)
3A	96	1 (1%)	4 (4,2%)	64 (66,7%)

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 11:** Vliv délky léčby na léčebný stupeň při propuštění



Zdroj: vlastní výzkum



### 3 Diskuze

Dostatečné množství relevantních, na důkazech založených informací o složení pacientů/klientů v jednotlivých vrstvách léčebného systému a jejich schopnosti uspět v dané úrovni léčby (výši prahu), je základním předpokladem k efektivnímu využití celého systému. Cílem naší práce bylo zmapování složení pacientů ve střednědobé ústavní léčbě a následné posouzení rizikových faktorů. Toto posouzení by mohlo pomoci službám prvního kontaktu se závislými k lepšímu a lépe indikovanému doporučení dalšího postupu pomoci, případně léčby těmto lidem.

Díky vytipování faktoru, který pacientům komplikuje dokončení léčby. Je možné na těchto oblastech jejich života pracovat v ambulantních službách před případným nástupem do léčby, případně upravit program a nároky na tyto pacienty kladené v samotné léčbě tak, aby se posílila schopnost pacientů obstát a díky tomu se jejich problémy a psychický stav nezhoršoval opakovanými neúspěchy, za nimiž může stát nepřiměřenost daného prahu jejich možnostem.

Ke komplexnímu posouzení celé situace by bylo nutné, takovouto studii provést na větším výzkumném souboru, tento výzkum popisuje situaci 411 pacientů z jedné psychiatrické nemocnice, jednoho léčebného programu, nicméně by mohl být začátkem. Výsledky, zde popsané odpovídají datům popsaným v teoretické části této práce, tedy, že do léčby nastupují často pacienti s nestabilní rodinou situací (svobodní, rozvedení), i nestabilním sociálním zázemím (bydlení, dluhy) Nicméně většina výzkumů, ze kterých je v teoretické části čerpáno, byla uskutečněna v terapeutických komunitách, minimálně ty na území české republiky. Toto může být důvodem rozdílů ve složení pacientů, pokud jde o druh závislosti. Terapeutické komunity mají trochu jinou cílovou skupinu, většina TK nepřijímá do programu patologické hráče.

Z výzkumu vyplývá, že jedním z hlavních rizikových faktorů v ústavní léčbě je nižší věk pacientů. Je tedy k zamyšlení, jak podpořit tuto, jistě početnou, skupinu uživatelů. Ze svých zkušeností s těmito pacienty vím, že mladší pacienti často narážejí na formalitu nemocničního prostředí, nevládnou akceptovat řád oddělení a jsou často negativně bodováni a tím demotivováni k setrvání v léčbě. Významný vliv má i fakt, že když se již jako mladí dostanou do léčby, vypovídá to o jich velmi časném začátku užívání návykových látek, čímž se zásadně ovlivní jejich psychosociální vývoj. Často se, až do nastoupení léčby,

vyhýbají přímé konfrontaci s autoritami, případně proti nim rebelují. To může, ve velmi formálním a striktním prostředí psychiatrické nemocnice, působit nedůvěru na straně pacientů i personálu a následné disciplinární problémy. Toto možná vede na straně pacientů k potřebě dřívějšího podepsání negativního reversu, a na straně léčebny k disciplinárním propuštěním, z jejich pohledu, nespolupracujících pacientů.

Většina pacientů se základním vzděláním léčbu vůbec nedokončila a odcházela předčasně, což značí, že systém střednědobé léčby je pro tyto pacienty příliš náročný, a oni v léčbě selhávají. Pro řádné dokončení léčby je vyšší vzdělání protektivním faktorem jen do určité míry, ze skupiny vysokoškoláků padesát procent nedokončilo, zatímco délka léčby stoupá spolu s dosaženým vzděláním.

Většina pacientů (88%), kteří léčbu dokončili řádně, byla ve skupině 4-6 měsíční léčby což potvrzuje předpoklad, že k tomu aby pacienti prošli celým programem a dostatečně posílili náhled na svůj problém se závislostí a na dopady, které jim užívání návykových látek během života způsobilo, potřebují delší dobu. Velká část střednědobých léčebných programů v České republice je omezena na 3 měsíce, což podle našich výsledků, není dostatečně dlouhá doba ke zdárnému dokončení všech fází programu pro značné procento pacientů.

Jistým omezením v dosahu výzkumu může být, že se jedná o retrospektivní studii. Některé faktory, které léčbu ovlivňovali v době, kdy ji nastoupili naši respondenti, již nemusí platit. Jedním z takových faktorů je řád oddělení 5, který je od května roku 2022 modernizován, tento fakt může délku léčby i motivaci pacientů na léčbě setrvat jistě ovlivnit. Je to však faktor na straně zařízení a těm se tato studie nevěnovala.

Dalším faktorem ovlivňujícím délku střednědobé léčby může být psychiatrická komorbidita. Dle našeho výzkumu významně ovlivňuje úspěšnost i délku léčby například současná diagnóza ADHD. Proto je důležité včas nastavit vhodnou farmakoterapii, která může pacientům pomoci příznaky této nemoci ovlivnit natolik, že jsou schopni v léčbě setrvat, úspěšně ji dokončit a následně se zapojit do běžného života. Pro pacienty s dalšími psychiatrickými komorbiditami, může být důležité navázat kontakt s dalšími službami, pro ně určenými (psychiatrické ambulance, CDZ, chráněné bydlení, chráněné dílny) před léčbou a v léčbě jim umožnit tyto kontakty dále rozvíjet.

Z výzkumu dále vyplývá, že významným faktorem, který pacientům pomáhá setrvat v léčbě, je stabilní bydlení. Pacienti se stabilním bydlením se o něj během léčby nemusí strachovat. Pacienti, kteří odcházejí z léčby časně, mluví často o tom, že musí, protože potřebují vydělávat, aby nepřišli o byt či ubytovnu. Někdy zde hraje roli, obava ze ztráty zaměstnání, nebo si hledají zaměstnání s bydlením a ve chvíli kdy ho najdou, okamžitě léčbu opouští. Z čehož vyplývá, že zamření se na stabilizaci zázemí po ukončení léčby, ať už před jejím nástupem nebo v jejím průběhu, může být pro pacienty, kteří ho původně stabilní neměli, významné. Proto je důležité, aby léčebné programy a programy chráněného bydlení spojeného s doléčováním byli propojené. Pacienti by měli možnost mezi nimi přecházet a měli tak větší jistotu v této oblasti.

Poněkud překvapujícím výsledkem bylo zjištění, že v léčbě lépe prospívají svobodní pacienti. Ovšem při bližším zkoumání přímo na oddělení se ukázalo, že pacienti, kteří jsou v partnerském vztahu, často odchází ze strachu, že o partnera přijdou. Někteří naopak spoléhají na to, že budou mít v partnerovi velkou oporu, a když tomu tak v průběhu jejich léčby je, tak odchází, protože nabydou dojmu, že to již společně zvládnou. Často se však vrací kvůli recidivě, partnerský vztah se jim rozpadl, nebo je ještě v horším stavu, než byl při předchozí léčbě. Setrvání v léčbě je pro ně o to komplikovanější, protože dřívější podpora ze strany partnera se změnila ve výčitky.

Pacienti, kteří dříve byli ve výkonu trestu odnětí svobody, v léčbě obecně setrvávají kratší dobu a léčbu řádně dokončili jen v 7,6 procentech. U těchto pacientů se často setkáváme s odporem i v případě, že léčbu nastoupí dobrovolně, zvláště v prvních fázích léčby pociťují velkou nesvobodu, která jim připomíná traumatické zážitky z vězení. Proto mívají tendenci si dokázat, že ve vězení nejsou a podepsat revers, nebo aspoň nějak porušovat řád oddělení a jsou propouštěni disciplinárně. Toto může být spojené i s jejich testováním toho, jestli jsou v pro ně bezpečném prostředí a testováním terapeutického vztahu. Proto bychom se mohli ptát, jestli na toto jejich testování přistupovat, jestli by nebylo prospěšnější na tom s nimi terapeuticky pracovat.

Setrvání pacientů v léčbě delší dobu má významný vliv na délku následné abstinence, jak dokazuje svým výzkumem Kalina (c2003) i další.

#### 4 Závěr

Na střednědobou léčbu závislosti nastupují v 68,4 % muži, většina z pacientů byla bez stabilního partnerského vztahu (82,8%), stabilní bydlení mělo 38,7%, děti mělo 65,5%, vzdělání měli většinou střední. Přes 60% pacientů se se závislostí setkalo v rodině, 32,6% mělo v rodině jinou psychickou nemoc a 37,5% mělo k závislosti další psychiatrickou komorbiditu.

Jako signifikantně významné faktory, které pacienty podpoří k řádnému dokončení léčby, tento výzkum identifikoval: vyšší věk při nástupu do léčby, stabilní bydlení, rodinný stav svobodný, vyšší vzdělání, jen 16 procent pacientů se základním vzděláním dokončilo léčbu řádně, toto však platí omezeně. Mezi pacienty s vysokoškolským vzděláním bylo 50% s řádným dokončením a 50% léčbu nedokončilo. Naopak pacienti, kteří mají v anamnéze výkon trestu odnětí svobody (VTOS,) léčbu signifikantně častěji nedokončili.

Řádné dokončení léčby také ovlivňuje, s jakou závislostí má pacient problém. Toto zkoumání nevyšlo signifikantně významně. Nicméně rozdíly mezi látkovými a nelátkovými závislostmi jsou, patologičtí hráči léčbu řádně dokončili ve 30 procentech, zatímco závislí na drogách ve 36 procentech a alkoholici ve 42 procentech.

Tip závislostního chování ovlivňuje i délku setrvání v léčbě. Dle výsledků výzkumu patologičtí hráči v léčbě setrvávají kratší dobu v porovnání s pacienty majícími problém s látkovou závislostí. Nejdéle v léčbě setrvávají pacienti závislí na alkoholu.

Při zkoumání délky setrvání v léčbě vyšli signifikantně významně dva faktory, vyšší věk respondentů, stabilita bydlení, které podporují delší setrvání v léčbě. Naopak dříve z léčby odcházejí pacienti, kteří mají v anamnéze výkon trestu odnětí svobody.

## 5 Použitá literatura

- 1) Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., & Kalina, K. (c2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 201-207). Úřad vlády České republiky.
- 2) Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors, 31*(2), 320-330.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- 3) Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- 4) Buhringer, G., & Platt, J. J. P. (1992). *Drug Addiction Treatment Research: German and American Perspectives* (1st ed.). Krieger Pub Co.
- 5) Carroll, K. M. (1999). Integrace psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek. In F. Rotgers & kol., *Léčba drogových závislostí*. Grada publishing.
- 6) De Leon, G. (2003). Therapeutic communities: Research-practice reciprocity. *Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnerships that work*, 17-35. <https://doi.org/10.1037/10491-002>
- 7) DiClemente, C., Prochazka, J., & Fairhurst, S. (1997). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 295-304.
- 8) Dvořáček, J. (c2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 195-200). Úřad vlády České republiky.
- 9) EMCDDA (1999). Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions), Scientific Monographs Series No. 3. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (Luxemburg: Office for Official Publications of European Communities).

- 10) Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction, *18*(4), 433-441.  
<https://doi.org/10.3109/16066350903324826>
- 11) Galanter, M., & Kleber, H. D. (Eds.). (1994). *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Association.
- 12) Hampl, K. (c2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 172-178). Úřad vlády České republiky.
- 13) Heller, J., & Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti: 978-80-87258-62-0* (1st ed.). Togga.
- 14) Hosák, L., Csémy, L., Preiss, M., & Čermáková, E. (2005). Predikce úspěšnosti ústavní odvykací léčby u závislých na metamfetaminu. *Česká a slovenská psychiatrie*, *101*(2), 82–87.
- 15) Houdkova, H., & kol. (2010). *Řád oddělení 5*.
- 16) Hrdina, P., & Korčíšová, B. (c2003). Terénní programy. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 159-164). Úřad vlády České republiky.
- 17) Johnstone, E. C. (c2010). *Companion to psychiatric studies* (8th ed). Churchill Livingstone.
- 18) Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii* (1st ed.). Grada.
- 19) Kalina, K. a kol. (2003a). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách Verze 7 – 2. revize, srpen 2003. Praha: RVKPP/Úřad vlády ČR.
- 20) Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a indikací. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 254-260). Úřad vlády České republiky.
- 21) Kalina, K. (c2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 97-102). Úřad vlády České republiky.
- 22) Kalina, K. (c2003). Denní stacionáře. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 179-186). Úřad vlády České republiky.

- 23) Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie* (1st ed.). Grada Publishing.
- 24) Kalina, K., & kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova/Úřad vlády ČR.
- 25) Kalina, K., & kol. (c2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (1st ed.). Úřad vlády České republiky.
- 26) Kalina, K., & kol. (c2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- 27) Kubička, J. a kol. (1982). Sborník studií o alkoholu a jiných závislostech. Zprávy VÚPs č. 42. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
- 28) Kubička, L., & Csémy, L. (1997). První zkušenosti s českou verzí EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor*, 32(4), 215 - 221.
- 29) Kubička, L., & Csémy, L. (1998). Validita české verze EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 33, 307-315.
- 30) Kuda, A. (c2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 208-214). Úřad vlády České republiky.
- 31) Libra, J. (c2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina, *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 165-171). Úřad vlády České republiky.
- 32) López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- 33) Marlatt, G. A., & Barrett, K. (2008). Relapse Prevention. In G. L. Fisher & N. A. Roget, *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Recovery* (1st ed.). SAGE Publications.
- 34) McCance-Katz, EF, Carroll, KM, & Rounsaville, BJ (1999). Genderové rozdíly u uživatelů kokainu hledajících léčbu – důsledky pro léčbu a prognózu. *American Journal on Addictions*, 8 (4), 300-311. <https://doi.org/10.1080/105504999305703>
- 35) Miovský, M., & Bartošíková, I. (c2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 25-29). Úřad vlády České republiky.

- 36) Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Úřad vlády České republiky.
- 37) Nešpor, K. (2007). *Návykové látky a závislost*. Praha: Portál
- 38) Nešpor, K. (c2003). Detoxifikační jednotky. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 190-194). Úřad vlády České republiky.
- 39) Nešpor, K. (c2003). Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 249-253). Úřad vlády České republiky.
- 40) Nešpor, K., & kol. (2003). Úvod do problémů diagnostiky a "matchingu." In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 213-215). Úřad vlády České republiky.
- 41) Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Středočeský kraj.
- 42) NIDA (2002): Therapeutic Community. NIDA Research Report. NIH Publication No. 02-4877. Washington D.C.: NIDA/NIH. Internetové stránky: [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)
- 43) Popov, P. (c2003). Programy metadonové a jiné substituce. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 221-226). Úřad vlády České republiky.
- 44) Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe* (1st ed.). Alberta.
- 45) Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Grada.
- 46) Skála, J. (c2003). Historie léčby závislosti v České republice. In K. Kalina & kol., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (1st ed., pp. 91-96). Úřad vlády České republiky.
- 47) Stevens, L., Betanzos-Espinosa, P., Crunelle, C. L., Vergara-Moragues, E., Roeyers, H., Lozano, O., Dom, G., Gonzalez-Saiz, F., Vanderplasschen, W., Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2013). Disadvantageous Decision-Making as a Predictor of Drop-Out among Cocaine-Dependent Individuals in Long-Term Residential Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00149>
- 48) Těmínova Richterová, M. (2015). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina & kol., *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 369-386). Grada Publishing.



- 49) Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(5), 230–235.
- 50) Tims, F. M., Inciardi, J. A., Fletcher, B. W., & MacNeil Horton, A. (1997). *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Greenwood Press.
- 51) Internetové zdroje:
- 52) Akční plán č. 3: Duševní zdraví: Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a
- 53) prevence nemocí. (2015). Akční plán č. 3: Duševní zdraví: Zdraví 2020 Národní strategie
- 54) ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [Online]. In *Ministerstvo zdravotnictví*.
- 55) Retrieved from
- 56) [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/akcn%C3%AD%20plany%20-%20př%C3%ADlohy/AP%2003\\_dusevni%20zdravi\\_.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcn%C3%AD%20plany%20-%20př%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf)
- 57) Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče. Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče [Online].
- 58) In *Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova*. 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova. Retrieved from
- 59) <http://usm.lf1.cuni.cz/download/Odmitnuti.pece.pdf>