

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: NMgr. Adiktologie – kombinovaná forma



Bc. Markéta Korbová

Předčasné ukončení ústavní léčby u pacientů s látkovou závislostí

Drop-out of patients with substance addiction from hospital
treatment

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury a pramenů.

Souhlasím se zveřejněním své práce a jejím půjčováním v rámci databáze systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 6.7. 2023

Markéta Korbová

.....
Bc. Markéta Korbová

Identifikační záznam:

KORBOVÁ, Markéta. *Předčasné ukončení ústavní léčby u pacientů s látkovou závislostí. [Drop-out of patients with substance addiction from hospital treatment]*. Praha, 2023. 78 stran, 3 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování Doc. PhDr. MUDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za jeho odborné vedení této práce, cenné rady a trpělivost, kterou mi věnoval po celou dobu výzkumu. Děkuji také pacientům a mým kolegům, kteří se zúčastnili výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mému manželovi, Radkovi, a rodině, kteří mě podporovali po celý čas mého studia.

Abstrakt

Východiska: Fenomén drop-out je častým jevem v léčbě závislostí, i přesto, že hraje jednu z nejdůležitějších rolí v případě udržení žádaných výsledků léčby závislostí. Problematika drop-outu je spojená jak se zdravotnickým zařízením, tak s pacientem, a proto je zapotřebí zkoumat rizikové faktory a naučit se na ně reagovat.

Cíl: Cílem práce je zmapovat a popsat faktory, které pacienty střednědobé ústavní léčby vedly k předčasnému odchodu z léčby na vlastní žádost. Dílčími cíli jsou zmapovat nastavení léčebného programu ze strany pacientů i členů terapeutického týmu, zaměřit se na potřeby pacientů, popsat společné charakteristiky těchto pacientů a zmapovat možné intervence, které by byly vhodné v adaptační fázi léčby.

Metody: Data byla získávána za pomoci kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny s respondenty z řad pacientů, kteří splnili kritéria výběru a s respondenty z řad členů terapeutického týmu. Výzkumný soubor má celkem 11 respondentů.

Výsledky: Předčasné ukončení léčby je způsobeno kombinací mnoha faktorů, a to osobních, rodinných, organizačních a socioekonomických. Zlepšení v oblasti individuálního přístupu k pacientům, sledování jejich potřeb a flexibilní reagování programu na ně může přispět k nižšímu výskytu drop-outů. Názory na nastavení léčebného programu se různí, to ale přímo souvisí s osobnostními charakteristikami každého jednotlivce. Potřeby pacientů se odráží především v potřebě individuálního přístupu, optimalizace délky léčby, socioekonomické stability a úpravě pravidel v zařízení.

Závěr: Diplomová práce poskytuje důležité poznatky o faktorech, které ovlivňují předčasné ukončení léčby na vlastní žádost. Zjištění naznačují potřebu zlepšení nastavení léčebných programů a přístupu k pacientům, aby byly lépe přizpůsobeny jejich individuálním potřebám. Důležitými faktory jsou flexibilita, individuální péče a poskytování informací a podpory ze strany zdravotnického personálu. Zohlednění sociodemografických charakteristik pacientů, jako je vzdělání a rodinná anamnéza, může také přispět k lepším výsledkům léčby. Také zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu a terapie jako součásti léčebných programů. Respondenti vyjádřili potřebu většího času pro adaptaci po přechodu do komunitního prostředí a podporu během tohoto přechodu.

Klíčová slova: předčasné ukončení léčby - ústavní léčba - látková závislost - rizikové faktory - potřeby pacientů

Abstract

Background: The drop-out phenomenon is a common occurrence in addiction treatment, despite playing one of the most crucial roles in achieving desired treatment outcomes for addiction. The issue of drop-out is associated with both the healthcare facility and the patient, making it necessary to examine risk factors and learn how to respond to them.

Aims: The aim of this study is to map and describe the factors that led patients in medium-term residential treatment to prematurely terminate treatment at their own request. The specific objectives are to assess the treatment program's design from the perspective of both patients and members of the therapeutic team, focus on patient needs, describe common characteristics of these patients, and identify potential interventions suitable for the treatment adaptation phase.

Methods: Data were collected using a qualitative method of semi-structured interviews. Interviews were conducted with respondents who met the selection criteria, including patients and members of the therapeutic team. The research sample consisted of a total of 11 respondents.

Results: Premature termination of treatment is caused by a combination of various factors, including personal, family, organizational, and socio-economic factors. Improvements in individualized patient care, monitoring their needs, and flexible program responsiveness can contribute to a lower dropout rate. Opinions on the treatment program's design vary, but they are directly related to the individual personality traits of each person. Patient needs primarily reflect the need for individualized approaches, optimized treatment duration, socio-economic stability, and adjustments to facility rules.

Conclusion: The thesis provides valuable insights into the factors influencing early termination of treatment at the patient's request. The findings suggest the need for improving treatment programs and the approach to patients to better tailor them to their individual needs. Key factors include flexibility, individual care, and the provision of information and support from healthcare professionals. Taking into account the sociodemographic characteristics of patients, such as education and family history, may

also contribute to better treatment outcomes. The thesis also emphasizes the need for an individualized approach and therapy as part of treatment programs. Respondents expressed the need for more time to adapt after transitioning to the community setting and support during this transition.

Key words: drop-out - hospital treatment - substance addiction - risk factors - needs of patients

OBSAH

ÚVOD	1
1 ZÁVISLOST A MOŽNOSTI JEJÍ LÉČBY	2
1.1 Klinické projevy závislosti na návykových látkách	4
1.1.1 ALKOHOL	4
1.1.2 METAMFETAMIN (PERVITIN)	5
1.1.3 KANABINOIDY.....	6
1.1.4 OPIOIDY A OPIÁTY	7
1.2 Možnosti léčby látkové závislosti	8
1.2.1 Střednědobá ústavní léčba.....	8
1.2.2 Terapeutické komunity	9
2 OBECNÝ RÁMEC STŘEDNĚDOBÉ ÚSTAVNÍ LÉČBY V ČESKÉ REPUBLICE	10
2.1 Charakteristika střednědobé ústavní léčby	10
2.1.1 Personální obsazení	10
2.2 Cíle střednědobé ústavní léčby	11
2.3 Léčebné strategie	11
2.3.1 Struktura léčby závislostí	12
2.4 Průběh léčebného procesu	14
2.4.1 Příjem na příjmové oddělení.....	15
2.4.2 Podmínky pro „odstuzkování“ do patrné skupiny.....	16
2.4.3 Rozdělení skupin ve střednědobé ústavní léčbě.....	16
3 KOMUNITNÍ A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE	20
3.1 Vývoj terapeutických komunit ve světě	20
3.2 Vývoj terapeutických komunit v České republice	22
3.2.1 První generace terapeutických komunit	22
3.2.2 Druhá generace terapeutických komunit	22
3.2.3 Vznik SUR a vývoj terapeutických komunit 3. generace	22
4 ÚČINNÉ FAKTORY VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII	24
4.1 Léčebné faktory terapeutické komunity v psychoterapeutickém procesu	24
4.2 Společné charakteristiky léčebných faktorů skupinové psychoterapie	31
4.3 Společné myšlenky všech zmiňovaných autorů	32
4.3.1 Neshody ve faktorech skupinové psychoterapie výše zmíněných autorů	32
5 PŘEDČASNÉ UKONČENÍ LÉČBY ZÁVISLOSTÍ	34
5.1 Důvody drop-outu	35
5.2 Možné komplikace v průběhu střednědobé léčby	36
5.2.1 Fyzické komplikace.....	36
5.2.2 Psychické komplikace.....	37
5.2.3 Relaps	37
5.3 Rizikové faktory na straně pacienta	38
5.3.1 Charakteristiky pacientů	39
5.4 Rizikové faktory na straně zařízení	40
5.5 Prevence drop-outu	41

PRAKTICKÁ ČÁST	44
6 Cíle výzkumu	44
6.1 Dílčí cíle práce	44
6.2 Výzkumné otázky	44
7 Výzkumný soubor a jeho výběr	45
8 Metody a sběr dat	48
9 Analýza dat	49
10 Etika	50
11 Limity výzkumu	50
11 Výsledky	51
11.1 Charakteristika pacientů	51
11.1.1 Forma závislosti	51
11.1.2 Délka problémového užívání	51
11.1.3 Věk a pohlaví	52
11.1.4 Vzdělání a zaměstnání	52
11.1.5 Bydlení a dluhy	52
11.1.6 Psychiatrické komorbidity a psychiatrické onemocnění v rodině	52
11.2 Faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby	53
11.2.1 Faktory na straně pacientů	55
11.2.2 Faktory na straně zdravotnického zařízení očima respondentů z řad pacientů	55
11.3 Nastavení léčebného programu pohledem pacientů	55
11.4 Potřeby pacientů k dokončení léčebného programu pohledem pacientů	56
11.5 Faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby pohledem terapeutického týmu	57
11.6 Nastavení léčebného programu pohledem terapeutického týmu	58
11.7 Návrhy intervencí pro pacienty v iniciační fázi léčby jako prevence drop-outu	59
12 Diskuse	61
12.1 Diskuse výsledků výzkumu	61
Závěr	66
ZDROJE	68
Seznam příloh	73
Přílohy	74

ÚVOD

Fenomén drop-out, neboli předčasné ukončení léčby či vypadnutí z léčby, hraje v léčebném procesu významnou roli. Samotný fenomén je výzvou jak pro zdravotnická zařízení, tak pro pacienty, protože léčba závislostí je složitý proces a setrvání v léčbě a její řádné dokončení hraje zásadní roli v dosažení změny. Ukončení léčby v řádném termínu je spojené s vyšší pravděpodobností trvalé abstinence, zlepšení psychosociálního fungování a zlepšení fyzického i duševního zdraví. Šanci na udržení žádoucích změn mají mnohonásobně vyšší pacienti, kteří ukončili řádně léčbu než ti, kteří léčbu ukončili předčasně z jakýchkoli důvodů. Nejrizikovějším obdobím drop-outů jsou první dny a týdny od nástupu do zdravotnického zařízení, proto je zapotřebí s tímto rizikem pracovat od počátku. Mnoho výzkumů se zabývá faktory na straně pacienta a velmi málo studií se zabývá faktory na straně zdravotnických zařízení (Nordheim a kol., 2018), přitom na fenomén drop-outu nelze pohlížet jednostrannou optikou. Drop-out je problém komplexní a je zapotřebí brát v úvahu všechny jeho aspekty.

Teoretická část této práce začíná úvodem do problematiky závislostí a možností léčby, která se zaměřuje nejen na diagnostická kritéria závislosti, ale také na klinické projevy spojené s konkrétními návykovými látkami. Dále se práce zabývá obecným rámcem střednědobé ústavní léčby v České republice a popisuje její specifika. V závěru této části je detailně popsán průběh léčebného procesu v jednom ze zařízení poskytujících střednědobou ústavní léčbu závislostí. Následuje kapitola věnovaná komunitní a skupinové psychoterapii, která čtenáře provádí historickým kontextem jejího vývoje a zastoupení. Práce dále detailně popisuje účinné faktory ve skupinové psychoterapii. Poslední kapitola teoretické části je nejdůležitější a zaměřuje se na předčasně ukončené léčby závislostí. Tato kapitola se soustředí na důvody vypadnutí z léčby, možné komplikace během střednědobé ústavní léčby závislostí, rizikové faktory spojené s pacientem a zejména na faktory související se zdravotnickým zařízením. Kapitola končí možnostmi prevence vypadnutí z léčby.

Výzkumná část této práce se zaměřuje na mapování a popis faktorů ovlivňujících vypadnutí z léčby. Zvláštní pozornost je věnována také nastavení léčebného programu a potřebám pacientů v konkrétním zařízení. V poslední části práce jsou popsány intervence a zadržovací strategie, které jsou využívány v prevence drop-outu.

1 ZÁVISLOST A MOŽNOSTI JEJÍ LÉČBY

Poruchy, jež jsou vyvolané užíváním návykových látek je dnes problémem téměř všech zemí světa. Jsou nám známy dva diagnostické manuály, které problematiku závislosti pojímají trochu rozlišně, v závislosti na tom, v jaké zemi a klinickém prostředí se vyskytujeme. Jedná se o Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5).

MKN-10 označuje za poruchu vyvolanou užíváním psychoaktivních látek jako duševní nebo behaviorální poruchu, která se vyskytla jako následek po jejím opakovaném užívání (Záleský, 2007). Syndromem závislosti rozumíme soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, které se rozvinou po opakovaném užití psychoaktivních látek. Průkazná závislost je však definovaná až tehdy, pakliže během posledního roku došlo ke třem a více níže zmíněných jevů (dle MKN-10):

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
2. Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
3. Somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky
4. Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a věnování zvýšeného množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku
6. Pokračování v užívání přes jasné důkazy škodlivých následků, na psychické či fyzické úrovni (Jeřábek, 2015).

Výše zmíněná diagnostická kritéria nepočítají s jistou specifikací mezi jednotlivými druhy návykových látek či skupinami návykových látek, v jejich intenzitě a rozdílnosti průběhu vývoje závislosti, a proto pro jistou specifikaci uvádí DSM-5 vlastní diagnostická kritéria. Zde je zapotřebí zmínit, že DSM-5 nebere v úvahu rozdílnost mezi syndromem závislosti a rizikovým či škodlivým užíváním návykových látek a problematiku vyjadřuje jako poruchu užívání (Jeřábek, 2015). Závislost a abusus je zde vnímán jako spojitě kontinuum s rozdílnými stupni závažnosti dle množství přítomných znaků (Martinove, 2015).

DSM-5 stanovuje poruchu užívání jako opakovaným maladadaptivním vzorcem užívání psychoaktivní látky, který vede k výraznému narušení fungování jedince, tj. narušení zdravotního, sociálního, pracovního či jiné životně významné oblasti. Diagnostický statistický manuál duševních poruch rozlišuje kritéria na základě poruchy užívání s fyzickou závislostí a na poruchy užívání s psychickou závislostí. Pro stanovení diagnózy poruchy

užívání psychoaktivních látek platí, že musí být splněna minimálně dvě kritéria u poruchy užívání s fyzickou závislostí nebo minimálně tři kritéria u poruchy užívání s psychickou závislostí v posledním roce, a zároveň musí být tato kritéria spojena s klinicky významným postižením.

Diagnostická kritéria DSM-5:

Opakované selhání v plnění významných pracovních, školních nebo sociálních povinností související s užíváním návykové látky

1. Potíže s ovládním užívání látky, typicky známé jako neúspěšné pokusy o omezení nebo kontrolu v užívání návykové látky
2. Bažení (craving) nebo silná touha či puzení užít návykovou látku
3. Zvyšující se tolerance vyznačující se zvýšením dávek k dosažení požadovaného účinku
4. Abstinenční příznaky, které se projevují jako somatický odvykací stav a užívání návykové látky za účelem vyhnutí se nebo zmírnění těchto příznaků
5. Pokračování v užívání návykové látky i přes vědomí škodlivých účinků v oblasti fyzického i duševního zdraví
6. Omezování důležitých aktivit a koníčků v důsledku užívání návykové látky
7. Pokračování v užívání návykové látky i přes situace, kdy je to nebezpečné (řízení automobilu)
8. Pokračování v užívání návykové látky i přes vědomých opakovaných fyzických nebo psychických problémů způsobených návykovou látkou
9. Ztráta kontroly nad množstvím užívané látky (Hasin et. al., 2013).

DSM-5 rozlišuje stupně závažnosti poruchy užívání na základě množství splněných kritérií:

- Mírná závažnost: přítomnost dvou až tří symptomů
- Střední závažnost: přítomnost čtyř až pěti symptomů
- Těžká závažnost: výskyt šesti a více symptomů

Jiné specifikace dle DSM-5:

- Časná remise: vyžaduje min. tříměsíční a max. dvanáctiměsíční bezpříznakové období (vyjma cravingu)
- Stabilní remise: vyžaduje min. dvanáctiměsíční bezpříznakové období (vyjma cravingu) (Jeřábek, 2015).

1.1 Klinické projevy závislosti na návykových látkách

Návykovou látku, resp. Drogu, můžeme charakterizovat za pomoci dvou jejích základních vlastností, a to jejím psychotropním efektem a potenciálem závislosti.

Definujeme tři základní skupiny návykových látek, které lze charakterizovat na základě jejich účinků na psychiku:

- 1) Tlumivé látky, které zpomalují psychomotorické tempo. V nižších dávkách uživatele zklidňují, ve vyšších dávkách mohou vyvolat ospalost, kóma a v extrémních případech ohrozit životní funkce.
- 2) Psychomotorická stimulancia, která potlačují únavu a zrychlují myšlenkové tempo. Zvyšují motorickou aktivitu a povzbuzují výkon.
- 3) Halucinogeny, které vyvolávají změny vnímání, od mírného zvýraznění smyslových prožitků až po stavy podobné schizofrenii (Kalina a kol., 2015).

1.1.1 ALKOHOL

Alkohol řadíme mezi skupinu tlumivých látek, především pro jeho hlavní účinky. Závislost se rozvíjí po jejím dlouhodobém užívání. Klinické projevy závislosti na alkoholu jsou rozsáhlé a jsou závislé na vývojovém stádiu (Kalina a kol., 2015). Pro účely této práce jsem klinické projevy zobecnila do několika kategorií, které se v literatuře nejčastěji vyskytují:

- Fyzická závislost – při závislosti na alkoholu dochází k fyzické adaptaci těla na přítomnost alkoholu. Při pokusu o omezení nebo přerušování pití se mohou objevit abstinenční příznaky, jako jsou třesavka, pocení, neklid, nespavost, zvýšený tep a krevní tlak, nauzea a zvracení.
- Psychická závislost – Alkohol může vyvolat silnou psychickou závislost, která se projevuje touhou po alkoholu a nekontrolovatelným nutkáním pít. Pacienti mohou pociťovat nepříjemné emocionální stavy, jako je například úzkost, deprese nebo podrážděnost, pokud nemají přístup k alkoholu.
- Tolerance – S průběhem závislosti na alkoholu se často vyvíjí tolerance, což znamená, že jedinec potřebuje čím dál větší množství alkoholu k dosažení stejného

účinku (Hasin et al. 2013). S růstem tolerance roste riziko silného odvykacího stavu, který souvisí s výše zmíněnými psychickými obtížemi (Nešpor a Csémy, 1999).

- Opuštění jiných aktivit – Osoba závislá na alkoholu obvykle zanedbává jiné zájmy a aktivity, které dříve považovala za důležité. Pití alkoholu se stává středobodem jejich života.
- Sociální a mezigenerační problémy – Závislost na alkoholu může mít ničivý dopad na vztahy s rodinou, partnery a přáteli. Dochází ke konfliktům, nevěře, zanedbávání povinností a zhoršení komunikace.
- Zdravotní problémy – Chronické pití alkoholu může způsobovat vážné zdravotní problémy, jako jsou poškození jater (jaterní cirhóza), srdeční choroby, žaludeční vředy, neurologické problémy a psychické poruchy (Hasin et al., 2013).

1.1.2 METAMFETAMIN (PERVITIN)

Metamfetamin je zařazen mezi psychomotorická stimulantia a je považován za jednu z nejvíce zneužívaných látek této skupiny v České republice (Kalina a kol., 2015). Klinické projevy závislosti na pervitinu mají dopad na mnoho oblastí v životě jedince. Dle dostupných informací NIDA (2019) se nejčastěji v praxi objevují:

- Hyperaktivita a nadměrná bdělost – Osoby závislé na pervitinu často projevují zvýšenou aktivitu, neklid a hyperaktivitu. Mohou mít také obtíže se zklidněním nebo se usadit.
- Euforie a zvýšená sebedůvěra – Pervitin může vyvolat intenzivní pocit euforie a nadhodnocení vlastních schopností. Osoby závislé na této droze se mohou cítit neohroženě a mít zvýšenou sebedůvěru.
- Potlačení chuti k jídlu a váhový úbytek – Při užívání pervitinu se často potlačuje chuť k jídlu a dochází k váhovému úbytku. Jedinci se mohou stát podvyživení a jejich vzhled až vyhublý.
- Poruchy spánku – Pervitin může narušit spánek a způsobit nespavost a poruchy spánku. Osoby závislé na pervitinu často prožívají dlouhá období bez spánku.

- Paranoidní myšlenky a chování – Jedním z charakteristických projevů závislosti na pervitinu je výskyt paranoidních myšlenek a podezření. Osoby se mohou cítit pronásledováni, nebo trpět dalšími paranoidními přesvědčeními.
- Impulzivní a agresivní chování – Pervitin může vést k impulzivnímu chování a agresivitě. Osoby závislé na pervitinu mohou mít sníženou kontrolu nad svými emocemi a reagovat agresivněji než obvykle.
- Úzkost a podrážděnost – Při užívání pervitinu se může objevit úzkost a podrážděnost. Jedinci mohou být nsvízelní a mít výkyvy nálad.
- Zanedbávání osobní hygieny a sociálního života – Závislost na pervitinu může vést ke zanedbávání osobní hygieny a sociálního života. Osoby závislé na této droze často ztrácejí zájem o péči o sebe a jejich vztahy s rodinou a přát.

1.1.3 KANABINOIDY

Kanabinoidy, nebo také konopné drogy, jsou přírodní drogy, které jsou vyráběny z konopí. Tyto látky patří do skupiny látek s halucinogenním účinkem (Kalina a kol., 2015). Klinické projevy závislosti na kanabinoidech se stejně jako u jiných skupin návykových látek, mohou lišit v závislosti na individuálních faktorech, například individuální citlivosti, dále pak způsobu užívání, délce užívání a její frekvence, množství látky. Mezi běžné klinické projevy patří:

- Fyzické projevy
 - Zvýšená chuť k jídlu
 - Problémy se spánkem, včetně nespavosti nebo ospalosti
 - Poruchy gastrointestinálního traktu, jako je nevolnost nebo zvracení
- Psychické projevy
 - Zvýšená úzkost a nervozita
 - Zhoršená kognitivní funkce, jako je problém s pamětí a koncentrací
 - Problémy s emoční regulací, jako jsou nálady, podrážděnost a deprese
- Sociální a behaviorální projevy:
 - Snížení motivace a zájem o produktivní činnosti
 - Omezení sociálních interakcí a odloučení od rodiny a přátel

- Zanedbávání osobních závazků a profesionálních povinností (Csémy a kol., 2007).

1.1.4 OPIOIDY A OPIÁTY

Opioidy a opiáty jsou zařazeny mezi tlumivé látky s výrazným euforickým účinkem. Jejich účinek je zprostředkován vazbou na specifické receptory. Typický efekt je spojen s aktivací μ receptoru, která vyvolává analgezii, euforii, sedaci, ale také útlum a je zodpovědná za vznik závislosti. Psychická závislost se nerozvíjí pouze důsledkem užívání látky. Kromě expozice této látky jsou pro rozvoj psychické závislosti nezbytné další faktory: jedinec s vnímavostí, specifickou biogenetickou a psychickou predispozicí a přítomností sociálního kontextu (známého jako "návykový trojúhelník") (Lejčko a Popov, n.d.). Na základě poměru síly (afinity) a efektivity vazby na receptor se tyto látky rozdělují do následujících skupin:

- Agonisté: Tyto látky se vážou na receptor a plně ho aktivují. Mezi ně patří morfin, heroin a metadon.
- Částeční antagonisté: Tato skupina látek se váže na receptor, ale aktivují ho pouze částečně. Příkladem je buprenorfin.
- Antagonisté: Tyto látky se vážou na receptor, ale neaktivují ho. Místo toho ho blokují. Jsou využívány jako antidota a brání účinku jiného opioidu. Mezi antagonisty patří naloxon, naltrexon a nalmefen (Kalina a kol., 2015).

Závislost na opioidních látkách má různé klinické projevy, a podobně jako u jiných skupin návykových látek se tyto projevy mohou lišit v závislosti na množství užívané látky, délce užívání, způsobu užívání a individuálních charakteristik pacientů. Klinické projevy jsem pro přehlednost rozdělila do třech skupin, a to na fyzické, psychické a behaviorální.

Fyzické projevy

- Vznik tolerance, kdy je potřeba vyšší dávka opioidů pro dosažení stejného účinku.
- Abstinenční syndrom při snížení nebo ukončení užívání opioidů, který se projevuje svalovými křečemi, pocením, chvěním, nevolností, zvracením a průjmem.
- Potlačení respiračního systému, které může vést k respiračnímu selhání při předávkování.

Psychické projevy

- Psychickou závislost, projevující se silnou touhou a nutkáním po užívání opioidů.
- Emoční poruchy, jako je úzkost, deprese, podrážděnost a neklid.

Behaviorální projevy

- Opuštění jiných důležitých aktivit ve prospěch získávání a užívání opioidů.
- Zhoršenou schopnost plánování, rozhodování a řízení impulzů.
- Sociální izolace a narušení rodinných, partnerských a pracovních vztahů (NIDA, 2020).

1.2 Možnosti léčby látkové závislosti

V České republice je několik možností léčby látkové závislosti, které mohou být poskytovány ve zdravotnických zařízeních nebo v sociálních službách. Systém péče v České republice lze rozdělit takto:

- Terénní programy
- Nízkoprahová kontaktní centra
- Detoxifikační jednotky
- Substituční léčba
- Ambulantní léčba
- Denní stacionáře
- Střednědobá ústavní léčba
- Terapeutické komunity
- Doléčovací programy
- CDZ/FOKUS/služby komunitních týmů (nově vznikající služby na principu case managementu) (Chomynová et. al., 2022).

Jak je z výše zmíněného seznamu patrné, možnosti léčby látkové závislosti je v České republice mnoho. Tato práce je zaměřena na léčbu látkové závislosti v ústavních podmínkách, proto pro ucelení celé práce jsou níže zmíněny pouze ústavní zařízení.

1.2.1 Střednědobá ústavní léčba

Dle standartů odborné způsobilosti (2012) lze střednědobou ústavní léčbu závislostí definovat jako terapeutický program, který poskytuje strukturované prostředí pro lidi s látkovou i nelátkovou závislostí. Tento program obvykle trvá několik měsíců a je zaměřen na celkovou obnovu zdraví pacienta, včetně fyzického, duševního a sociálního aspektu. V rámci střednědobé ústavní léčby jsou pacienti pod dohledem odborného personálu, který poskytuje různé terapeutické aktivity a pomáhá jim zvládat abstinční symptomy a pracovat na změně svého chování a návyků. Cílem je podpořit pacienty v tom, aby dosáhli dlouhodobé abstinence a zlepšili svou kvalitu života (Doležalová a kol., 2012).

Podrobněji o střednědobé ústavní léčbě závislostí píšou v následujících kapitolách.

1.2.2 Terapeutické komunity

Terapeutickou komunitu lze definovat jako specializované pobytové zařízení, které je abstinenčně orientované a klade si za cíl sociální rehabilitaci. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách představuje jednu z nejintenzivnějších forem terapie závislosti.

Cílem této léčby je vytvořit bezpečné a strukturované prostředí, které umožní klientům prozkoumat své vzorce chování a naučit se nové způsoby řešení problémů. Terapeutické komunity se často zaměřují na týmovou práci, kde každý klient je aktivním členem komunity a podílí se na jejím řízení (De Leon, 2020).

Rezidenční programy obvykle trvají několik měsíců a jsou strukturovány pomocí pevného rozvrhu, který zahrnuje individuální a skupinovou terapii, pracovní aktivity, sportovní aktivity, sociální a kulturní aktivity, a také účast na zasedáních terapeutické komunity. Léčba závislosti v terapeutických komunitách je zaměřena na celkovou osobnostní změnu a většinou kombinuje psychologické, farmakologické a sociální intervence (Kalina, 2015).

Terapeutické komunity se nezaměřují pouze na léčbu závislosti, ale také na nápravu sociálních problémů, které mohou být s ní spojeny. Proto se často nabízí další služby, jako jsou poradenství ohledně zaměstnání, bydlení, vzdělávání a sociálního zabezpečení. Tyto služby mají za cíl pomoci klientům s návratem do běžného života po dokončení programu a snížit riziko opětovného propadnutí do závislosti (Adameček a kol., 2004).

Podrobněji o vývoji terapeutických komunit ve světě i ČR se budu věnovat v kapitole 3, Komunitní a skupinová psychoterapie.

2 OBECNÝ RÁMEC STŘEDNĚDOBÉ ÚSTAVNÍ LÉČBY V ČESKÉ REPUBLICE

Obecný rámec střednědobé ústavní léčby v České republice představuje důležitý přístup k léčbě osob závislých na alkoholu, nelegálních návykových látkách a patologických hráčů. Kapitola se zaměřuje na různé aspekty střednědobé ústavní léčby, včetně charakteristiky ústavní léčby, personálnímu obsazení, cílům, léčebným strategiím a struktuře léčby. V závěru celé kapitoly je podrobně popsán průběh střednědobé léčby v jednom z léčebných zařízení pro léčbu závislostí v České republice. Tato kapitola poskytuje ucelený přehled o ústavní léčbě a jejích specifikách.

2.1 Charakteristika střednědobé ústavní léčby

Střednědobá ústavní léčba osob závislých na alkoholu, jiných návykových látkách a patologických hráčů v rámci lůžkové péče probíhá dle standartů odborné způsobilosti (2012) na samostatných specializovaných odděleních zdravotních zařízení. Často jsou zde hospitalizováni pacienti s přítomností psychiatrických či somatických komplikací (Doležalová a kol., 2012). Pro střednědobou léčbu platí, že trvá v rozmezí 3-6 měsíců a navazuje zpravidla na akutní lůžkovou péči (detoxifikační oddělení) a předchází programům následné péče (pobytové/ambulantní doléčovací programy).

Standarty po střednědobých ústavních programech požadují intenzivní strukturované programy s minimálním počtem 20 hodin strukturovaných aktivit za týden, minimálně 5 dní v týdnu. Program oddělení je organizačně podobný, jako program v terapeutické komunitě. Léčba v ní tak využívá především skupinovou psychoterapii, rodinou terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu a rehabilitační aktivity jako je pracovní terapie, sportovní aktivity či tréninky sociálních dovedností (Doležalová a kol., 2012).

2.1.1 Personální obsazení

Personální obsazení bývá multidisciplinární, tzn. je zastoupeno mnoho odborností, aby byla zajištěna komplexní péče o pacienta. Kromě vedoucího lékaře (zpravidla lékaře s atestací oboru psychiatrie a další specializací na návykové nemoci a psychoterapie), je zastoupen střední zdravotnický personál, sestávající se ze zdravotních sester a sanitářů. Nedílnou součástí je klinický psycholog, adiktolog a sociální pracovník. Dále jsou zde zastoupeni pracovní terapeuti (Dvořáček, 2003). Významným pojmem v těchto službách je „terapeutický tým“, jehož složení má každá služba odlišné. Společným jmenovatelem by

však měla být jeho multidisciplinarita. Dle standartů je tým multidisciplinární jen v případě, že jsou v něm obsaženy alespoň tři druhy odborných profesí.

2.2 Cíle střednědobé ústavní léčby

Ústavní střednědobé léčby v našich podmínkách vychází často z původního Skálava modelu a jsou zpravidla abstinenčně orientované, cílem je tedy trvalá a důsledná abstinence, a to nejen od primární návykové látky, ale od všech dostupných, včetně gamblingu (Dvořáček, 2004). Svě opodstatnění můžeme nalézt v literatuře, ze které je znám fenomén „přesmyku“ ze závislosti na jedné látce na druhou.

Mezi dílčí cíle ústavní střednědobé léčby můžeme dle Dvořáčka (2004) zahrnout:

- stabilizace sekundárních problémů, které jsou se závislostí spojené
- získání náhledu na onemocnění
- získání vnitřní motivace
- zvnitřnění abstinenčních norem
- převzetí struktury dne a týdne
- pojmenování rizikových situací, které by mohly vést k relapsu a vytvoření si účinných strategií pro jejich zvládnutí
- efektivní změna stávajícího rizikového prostředí (změna přátel, zaměstnání, trávení volného času ...)
- Změna na úrovni vlastního prožívání
- Změna na úrovni vlastního sebehodnocení

2.3 Léčebné strategie

Pro naplnění dílčích cílů léčby je zapotřebí dobře stanovený a odpovídající personální obsazení v zařízení a léčebné (terapeutické) strategie (Dvořáček, 2004). Kromě zdravotnických přístupů (ošetřovatelské postupy, lékařská vyšetření, léčba dalších somatických a psychických problémů) je léčba založena na kombinaci tří hlavních prvků:

- Režimová léčba
- Systematická komunitní a skupinová psychoterapie (příp. doplnění o individuální psychoterapii)
- Edukace

Pro efektivitu terapeutického programu je základem režim a struktura daného terapeutického programu. Za pomoci pevně dané struktury je zajištěna komplexnost programu a dosažení tak požadovaných hodin, v podobě časového rozvrhu jednotlivých terapeutických aktivit. Se stanovenou strukturou jde ruku v ruce soubor pravidel, tzv. režim. To se dá přirovnat k řádu, který každý závislý člověk potřebuje do svého života znovu zavést.

Cílem je dosažení vlastních pravidel a struktury, kterou je pacient sám držet i po ukončení léčby. Stejně jako v reálném životě, je v léčebném prostředí nedodržování jistých pravidel sankcionováno, v léčbě známé jako trestné body. Ve dnešních ústavních léčbách není výjimkou udělování i tzv. kladných bodů, jako ocenění žádoucího chování.

Ústavní léčba závislostí na našem území pracuje na základě několika účinných prvků terapeutické komunity:

- Léčebné společenství
- Prostředí
- Komunitní, skupinová, individuální psychoterapie
- Pracovní terapie
- Volnočasové aktivity
- Propustky
- Edukace

2.3.1 Struktura léčby závislostí

Léčba je běžně řazena do tří hlavních stupňů, kterými pacient plynule prochází. Každý stupeň obsahuje úkoly a nároky, díky kterým vzrůstá odpovědnost pacienta v souvislosti s naplňováním individuálních cílů (Kalina, 2008). De Leon (2000) v Kalina (2008) tyto stupně léčby popisuje jako jednotlivé kroky směřující kupředu v procesu sociálního učení přes jednotlivé cíle, které jsou zaměřené přímo na konkrétní problémy pacientů a jejich řešení.

Studie Simpsona a Joeho (2004) analyzuje vztah mezi účastí pacientů v léčbě a jejich postupem v procesu zotavení. Hlavní výsledky této studie naznačují, že zapojení jednotlivých pacientů do procesu uzdravy je klíčovým faktorem, který ovlivňuje úspěšnost celé léčby. Pacienti, kteří vykazují vysokou míru angažovanosti, mají tendenci rychleji postupovat z jedné fáze do další. Dalším významným výstupem této studie je fakt, že zlepšení účasti pacientů v léčbě je spojeno se zvýšenou pravděpodobností dosažení pozitivních výsledků, jako je dosažení a udržení abstinence nebo snížení užívání návykových látek.

Morgesten (2009) vnímá strukturování procesu léčby jako významný prvek pro úspěch léčby a dalších terapeutických intervencí. Zahraniční studie přináší specifické poznatky o tom, jak různé strukturované přístupy a programy ovlivňují účinnost léčby závislostí.

Nejdůležitějšími faktory, které ze studií vyplývají jsou:

- Kvalita a soudržnost terapeutického plánu

Dobře strukturovaný terapeutický program s jasně stanovenými cíli a metodami může zlepšit angažovanost pacientů a tím i zvýšit pravděpodobnost úspěchu jejich léčby

- Kontinuita péče

Návaznost v systému péče je jedním z nejdůležitějších faktorů pro udržení abstinence. Následná péče snižuje riziko relapsu a podporuje dlouhodobou abstinenci za pomoci následné terapie, podporujících skupin či nastavených screeningových kontrol

- Individuální přístup

Respektování individuálních potřeb pacientů při navrhování a poskytování léčebných programů. Strukturovaná léčba by měla být flexibilní a přizpůsobitelná každému pacientovi, bez ohledu na užívanou látku či osobnostní charakteristiky

- Podpora a motivace

Poskytování podpory a motivace pacientům během léčby je klíčové pro jejich angažovanost a úspěšnost léčby. Strukturované programy by měly obsahovat strategie pro posilování motivace a podporu pro pacienty, kteří se nachází v obtížných situacích

- Komplexní přístup

Zahrnutí různých terapeutických metod a přístupů, které se zaměřují na fyzické, psychické a sociální aspekty závislosti. Strukturovaná léčba by měla být komplexní a holistická, aby efektivně řešila všechny aspekty závislosti (Morgestern a kol., 2009).

2.4 Průběh léčebného procesu

Níže je podrobně popsán proces léčby¹ v jednom z léčebných zařízení, jež poskytuje střednědobou ústavní léčbu. Vzhledem k etickým aspektům práce nebudou popisovány demografické údaje zařízení.

Léčba je zde postavena na spojení tří základních prvků, a to na režimové léčbě, systematické komunitní a skupinové psychoterapii a na edukaci.

Režimová terapie představuje dlouhodobě osvědčenou metodu pro léčbu závislosti. Je založena na pevném systému pravidel a strukturovaném programu. Tento systém lze přirovnat k řádu, který je nezbytný pro úspěšnou abstinenci. Důležitou vlastností režimové terapie je posílení zodpovědnosti prostřednictvím bodovacího systému. Za své jednání je pacient zodpovědný a přijímá následky svého chování (vyjádřené trestnými body). Režim oddělení je v tomto zařízení chápán také jako zkouška motivace, která je nezbytná k dosažení abstinence i v prostředí, kde není žádná vnější kontrola.

Jak je již zmíněno výše, za nežádoucí chování pacient získává trestné body, které je povinen si odpracovat, za porušení kardinálních pravidel pacient riskuje disciplinární propuštěním z léčby. O disciplinárním propuštění z léčby vždy rozhoduje terapeutický tým.

Kardinální pravidla

- V zařízení je nepřípustné konzumovat nebo přechovávat alkohol v jakékoli formě, ilegální drogy nebo léky, které nejsou ordinovány ošetřujícím lékařem. Stejně tak nelze provozovat jakékoli hazardní hry
- Nepřípustná je krádež a jakékoli agresivní chování včetně slovní agrese
- Vstup na cizí pokoj

Psychoterapie, kterou zařízení poskytuje, je prováděna prostřednictvím skupinových a komunitních setkání. Pro dosažení plné abstinence je nutné provést změny i v oblastech, které na první pohled nejsou spojeny se závislostí. V průběhu psychoterapie se pacient učí vypořádat se s určitými osobnostními vlastnostmi, učí se novým dovednostem a rozpoznávat vlastní potřeby. Psychoterapie se snaží reagovat na jedinečnost každého jedince a jeho specifika. Samotná psychoterapie má své cíle. Jedním z nich je konfrontace s problémy, které stojí v pozadí závislosti nebo s nepříjemnými psychickými problémy. Dále se zaměřuje na identifikaci vnitřních zdrojů pro zvládnutí stresových nebo konfliktních životních situací. Mezi další aspekty psychoterapie patří

¹ Popis programu vychází z léčebného řádu pracoviště, na kterém autorka prováděla rozhovory s pacienty. Z důvodu ochrany osobních údajů není název pracoviště v práci uvedený. Na vyžádání komise bude řád předložen v papírové formě.

zkoumání mezilidských vztahů, které jsou zásadní pro zdravý a vyvážený životní styl. Psychoterapie se snaží podpořit a posílit zdravé aspekty osobnosti, aby každý pacient dokázal úspěšně zvládnout svojí závislost a dojít tak k úzdavě.

Zavedení pevného režimu, pravidel a bodovacího systému podporuje odpovědnost a zodpovědné chování pacientů. Skrze skupinové setkání a komunitní prostředí se pacienti učí nejen zvládat závislost, ale také rozvíjet své osobnostní vlastnosti, zvládat stresové situace, budovat zdravé mezilidské vztahy a nalézt vnitřní zdroje pro životní pohodu. Psychoterapie se zaměřuje na individuální potřeby pacientů a jejich specifické výzvy, aby podpořila jejich osobní růst a dosažení cílů léčby.

2.4.1 Příjem na příjmové oddělení

Všichni pacienti, kteří nastupují do léčby v konkrétním zařízení ústavního typu, prochází tzv. příjmovým oddělením. Žadatelé o léčbu prochází AT ambulancí, kde podávají žádost hlavní sociální pracovníci. Příjem pacientů je možný několika způsoby – překladem z detoxifikačního pobytu ve spádovém zdravotnickém zařízení, či po tzv. „domácím detoxu“.

Základní cíle příjmového oddělení:

- Stabilizace pacienta po příchodu z nechráněného prostředí a jeho příprava pro vstup do terapeutické komunity
- Zvládnutí lehkých až středně těžkých odvykacích stavů
- Jako krátkodobý krizový pobyt pro pacienty z komunity (v indikovaných případech)

V rámci příjmového oddělení mají pacienti strukturovaný program vedený výhradně sloužící sestrou na oddělení. Terapeutický program zde výhradně slouží k edukaci v oblasti závislostí, dále k urovnání motivace k léčbě, zorientování se v pravidlech a režimu celého zařízení.

Podmínky pro vstup do terapeutické komunity

- Pacient je fyzicky i psychicky kompenzován pro vstup do komunitní léčby
- Pacient nevykazuje známky odvykacího stavu
- Pacient je schopen plnit terapeutický program terapeutické komunity
- Pacient napsal motivační dopis ke vstupu do komunitní léčby
- Pacient je připraven na základní představení před celou terapeutickou komunitou, včetně terapeutického týmu a ošetřujícího personálu

Přijetí do komunitního programu začíná na tzv. ranní komunitě, za účasti všech pacientů, terapeutického týmu a dalšího ošetřujícího personálu. Pacient má za úkol se představit, říct o sobě základní informace a popsat vývoj svého užívání. Členové komunity mají možnost se na cokoli zeptat, stejně tak členové terapeutického týmu. Pacient získává od terapeuta týdne tzv. „stužku“ do patronske skupiny.

Každý nově přichozí pacient je zařazen do 1. stupně léčby jako adept („stužka“). Pacienta s provozem oddělení a denním řádem zařízení seznamuje důvěrník patronske skupiny a průběžně také personál zařízení. V této fázi se každý pacient účastní každodenních edukačních skupin pod vedením zdravotních sester a doprovodného terapeutického programu, například samořídících skupin patronske skupiny, psychodramatu, psychoterapeutických her, edukačních přednášek, společných vycházek, pracovní a sportovní terapie, tedy veškerého terapeutického programu, vyjma psychoterapeutických skupin patronske skupin, ty jsou nahrazeny edukačními skupinami.

2.4.2 Podmínky pro „odstužkování“ do patronske skupiny

Proces „odstužkování“ probíhá na ranní komunitě za přítomnosti všech členů komunity a terapeutického týmu. Každý pacient tak musí vystoupit do nejpozději 14 dnů od doby, co získal od terapeuta týdne stužku, tedy od vstupu do komunitního programu.

- Pacient vyjádří ochotu přijmout a respektovat léčebný řád a systém léčby
- Pacient popíše dosavadní fungování v rámci komunity a patronske skupiny
- Pacient popíše svojí motivaci k léčbě a abstinenci

O konečném zařazení do skupiny rozhoduje terapeut týdne, a to po vyjádření celé komunity, včetně personálu.

2.4.3 Rozdělení skupin ve střednědobé ústavní léčbě

Pacient je přiřazen do specifické skupiny terapeutickým týmem. V procesu „odstužkování“ existuje možnost pacienta přemístit do jiné skupiny, než do které byl při vstupu do komunity zařazen, na základě jeho dosavadního fungování v komunitě a skupině, projevu během odstužkování a vyjádření ostatních členů komunity. O přemístění rozhoduje terapeut týdne.

Terapeutem týdne je vždy jeden z terapeutů (celkem 4), který tuto roli zastává po dobu jednoho týdne.

2.4.3.1 Dynamické skupiny

V rámci zařízení jsou 3 dynamické skupiny vedeny zkušenými psychoterapeuty. Cílem dynamických skupin je poskytnout náhled na onemocnění, řešit důsledky závislosti a pomoci pacientům osvojit si dovednosti potřebné pro abstinenci. Klíčovou součástí terapie v dynamické skupině je identifikace a řešení příčin vývoje závislosti prostřednictvím dynamicky orientované psychoterapie. Léčba v dynamické skupině je rozdělena do 3 stupňů léčby, během kterých pacient prochází několika terapeutickými úkoly.

1. Stupeň léčby

Během 1. stupně léčby pacient zajišťuje pohovor rodiny nebo blízkých osob s terapeutem skupiny. Dále zhotovuje graf, který zobrazuje vývoj jeho závislosti a životní spokojenosti, který dále prezentuje na skupině.

Pacient dále zhotovuje terapeutickou zakázku, ve které formuluje své individuální cíle a při přestupu do 2. stupně léčby uzavírá s terapeutem skupiny terapeutickou smlouvu, ve které se zavazuje k jejímu plnění. V 1. stupni léčby může pacient setrvat 4 až 7 týdnů.

Podmínky přestupu do 2. stupně léčby

- Stanovená zakázka do terapie a uzavřená terapeutická smlouva
- Úspěšné přezkoušení z poslední přednášky a desatera
- Pacient má v daném týdnu přestupu maximálně 3 trestné body
- Stanovené zakázky do terapie představuje na tzv. volné tribuně ostatním členům komunity

2. Stupeň léčby

Během 2. stupně léčby pacient pracuje na stanovených zakázkách v terapeutické smlouvě, vypracovává arteterapeutická témata a probírá je na skupinách. V tomto stupni léčby pacient mapuje své spouštěče návykového chování. Ve 2. stupni léčby je možné setrvat 5 až 8 týdnů.

Podmínky přestupu do 3. stupně léčby

- Pacient probral arteterapeutická témata a má zmapované své spouštěče
- Pacient obhájil své plnění stanovených zakázek a uvedl konkrétní příklady a změny
- Úspěšné přezkoušení ze všech přednášek
- Pacient má v daném týdnu maximálně 2,5 trestného bodu

Do 3. stupně léčby pacient přestupuje na volné tribuny, kde reflektuje plnění své zakázky a mapuje své spouštěče, zodpoví otázky komunity i členů terapeutického týmu. O konečném přestupu rozhoduje vždy terapeut týdně, po vyjádření personálu a komunity.

3. Stupeň léčby

Pacient ve třetím stupni se orientuje na budoucnost, tedy zajišťuje si bydlení, rozhoduje si o trávení volného času. Stále se však účastní psychoterapeutických skupin a povinného terapeutického programu. Dále si zajišťuje doléčování. Minimální doba setrvání ve třetím stupni léčby jsou 3 týdny.

Pro řádné ukončení z dynamické skupiny pacient musí mít splněné minimálně 3 víkendové propustky mimo zařízení, mít zajištěné doléčování a mít sociální zázemí.

2.4.3.2 Rehabilitační skupina (RHB skupina)

Léčba v RHB skupině je zaměřena na získání náhledu na onemocnění, řešení důsledků závislosti a osvojení si dovedností potřebných pro abstinenci. Délka léčby v RHB skupině je 14 týdnů.

Léčba v RHB skupině je rozdělena do 2 léčebných stupňů, kde terapeutické úkoly a podmínky pro přestup do 2. stupně léčby jsou stejné jako v dynamických skupinách.

Pro řádné ukončení léčby v RHB skupině pacient musí mít zajištěné doléčování, sociální zázemí a musí mít splněné minimálně 3 víkendové propustky v mimo zařízení. V závěru léčby pacient musí obhájit plnění svých individuálních zakázek před skupinou.

2.4.3.3 Skupina psychosociální rehabilitace (skupina PR)

Léčba ve skupině PR je zaměřena na zotavení se z následků závislosti a délka setrvání je 16 týdnů.

Pacient skupiny PR neprochází terapeutickými stupni a za jeho pobyt má následující úkoly:

- Zajišťuje pohovor rodiny či blízkých osob s adiktologem
- Prezentuje graf závislosti a životní spokojenosti
- Vede si přednáškový sešit a vede si terapeutický deník
- Plní zpravidla písemné úkoly od terapeuta skupiny
- Účastní se vlastních skupinových sezení, ranních komunit, pondělní přednášky, volné tribuny, hodnocení týdne, sportovní a pracovní terapie

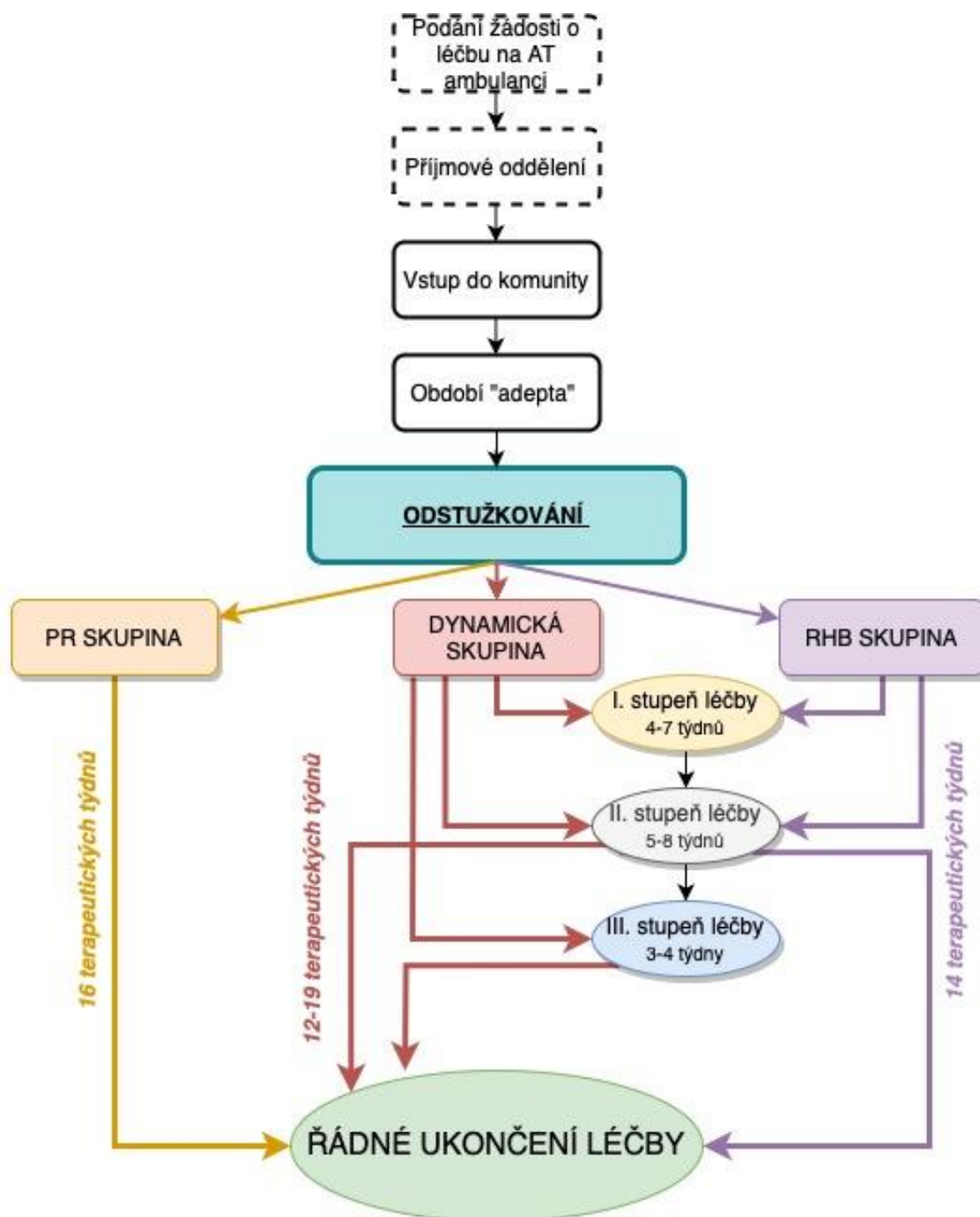


Diagram průběhu ústavní léčby

3 KOMUNITNÍ A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE V ČESKÉ REPUBLICE

Kapitola se zabývá vývojem terapeutických komunit jak ve světě, tak v České republice. Tento vývoj je přehledně rozdělen do tří generací, kde jsou popisovány jejich charakteristické rysy a přínosy. Tato kapitola umožňuje čtenářům lepší porozumění historii, vývoji a specifikům komunitní a skupinové psychoterapie v České republice. Zabývá se klíčovými osobnostmi, přístupy a přínosy terapeutických komunit pro léčbu osob s různými psychickými obtížemi, včetně závislostí.

3.1 Vývoj terapeutických komunit ve světě

Terapeutické komunity vznikly během druhé světové války jako reakce na potřeby psychicky nemocných vojáků. První zařízení využívající komunitní léčbu byla Northfield Hospital v Birginhamu a Mill Hill v Londýně. Komunitní léčba byla považována za významný krok v léčbě psychických poruch a spojena s osobnostmi jako H. Bridger, W.R. Bion, S. H. Foulkes, Tom Main a Maxwell Jones. J.R. Rees přispěl k přeměně přístupu k léčbě od jednotlivce ke skupinovým vztahům (Růžička, 2011).

V padesátých letech 20. století se komunitní léčba začala rozvíjet ve dvou směrech – demokratickém a hierarchickém. Demokratické komunity byly zaměřeny primárně na klienty s různými duševními potížemi (neurotické poruchy, poruchy osobnosti, psychózy), zatímco hierarchické komunity se specializovaly na drogově závislé. Společným znakem obou směrů byl důraz na samostatnost pacientů a jejich aktivní účast v léčbě (Kalina a kol., 2008).

Maxwell Jones, průkopník demokratických komunit, v roce 1948 definoval první zásady terapeutické komunity. Tyto zásady se setkaly na jedné straně s velkým přijetím, na straně druhé však s výrazným nepochopením (Kalina, 2008).

Zásady terapeutické komunity dle Jonese v roce 1948:

1) Oboustranná komunikace na všech úrovních

Jones klade důraz na otevřenou a bezpečnou debatu jakéhokoli tématu, bez skrývání přílehlajících emocí, postojů apod. Důležitý je bezpečný prostor, ve kterém se nic nemusí skrývat, problémy se řeší otevřeně a konstruktivně.

2) Proces rozhodování na všech úrovních

Zde je zásadní transparentnost při rozhodování na jakékoli úrovni. Významnou roli zde hraje možnost vyjádřit svůj vlastní názor a postoj a tím se zapojit do rozhodovacího procesu.

3) Společné vedení

Jones trhá typické dělení na personál a pacienty a tvoří tzv. spolusprávy. Spoluspráva tak má možnost zastupovat komunitu pacientů a získává odpovědnost za chod komunity na úrovni materiální, morální a vztahové.

Zásadní je přenechání částečné odpovědnosti za chod komunity na pacientech. Tímto přístupem začal Jones částečně bořit přístup uvažování nad pacienty jako na nemocné, bezmocné, neschopné a bez schopnosti rozhodovat se.

4) Konsensus v přijímání rozhodnutí

Jones zde pojmenovává nedirektivní a neautoritářské prostředí, ve kterém jsou však stále důležitá jasně stanovená pravidla, dle kterých je nutno se v komunitě řídit, nadřazené principy a společná odpovědnost za výsledek (Růžička, 2011). Kalina ve své knize popisuje dosažení konsensu jako uznání partnerství, umění naslouchat, rozumět, vysvětlovat a překlenovat odlišné názory, postoje a zájmy.

5) Sociální učení v interakci „tady a teď“

Sociální učení v interakci „tady a teď“ Jones kladl významný důraz, Jones se domníval, že právě při tomto procesu se navozuje žádoucí změna chování klienta. Je přesvědčen o tom, že vše, co se v komunitě děje je léčivé a je to jedinečnou příležitostí k tomu se učit. Učení však probíhá ve známém a bezpečném prostředí (Růžička, 2011).

Jones také představil tři klíčové prvky, které se v terapeutických komunitách využívají dodnes:

1) Setkání celé komunity

2) Schůzky personálu

3) Situace živého učení (krize, které se mohou týkat celé komunity nebo jen některých jedinců v komunitě) (Kalina a kol., 2008).

Dalšími prvky, které Jones zavedl byly například různé formy skupinové práce, psychodramatický nácvik sociálních dovedností a široká škála rolí ve spolusprávě klientů (Kalina, 2008).

Hierarchické terapeutické komunity jsou spojeny s Charlesem E. Dederichem, který v roce 1958 založil svépomocnou abstinenci komunitu Synanon jako reakci na rostoucí hnutí anonymních alkoholiků (Kalina a kol., 2008).

Dederich vyvinul vlastní techniku nazvanou "hra", která se stala základním prvkem Synanonu. Tato technika se zakládala na skupinových sezeních, kde nebyl přítomen vedoucí a vytvořil se prostor pro otevřenost, která umožňovala účastníkům říkat vše, co chtěli

(Kooyman, 1992). S několika principy převzatými z této techniky vznikla v roce 1964 první terapeutická komunita pro drogově závislé v New Yorku, kterou založil Daniel Casriel s několika bývalými uživateli. Trend hierarchických terapeutických komunit se rozšířil jak v USA, tak v Evropě (Kalina a kol., 2008).

Casriel a jeho kolegové stanovili následující principy hierarchických terapeutických komunit:

1. Komunita poskytuje náhradní rodinu.
2. Vůdce má terapeutický potenciál.
3. Systém odměňování je základem změny.
4. Konfrontace a frustrace jsou nedílnou součástí rehabilitace.
5. Nástroje pro změnu chování - učení nápodobou a sebeřízení, synanonská hra.
6. Oddanost hodnotám komunity (Kalina in Růžička, 2011).

3.2 Vývoj terapeutických komunit v České republice

3.2.1 První generace terapeutických komunit

První oddělení s prvky terapeutické komunity pro léčbu závislostí na alkoholu bylo založena docentem Skálou v roce 1948 známé jako Apolinář. Skálův model spojoval demokratickou linii s behaviorálními přístupy a byl založen na náročné režimové léčbě a bodovacím systému. Ferdinand Knobloch a jeho manželka založili první terapeutickou komunitu zaměřenou na klienty s neurózami v roce 1954 v Lobči (Kalina in Růžička, 2011).

3.2.2 Druhá generace terapeutických komunit

Na základě Skálova a Lobečského modelu začaly v 60. letech vznikat terapeutické komunity v Salské, Opavě, Horních Beřkovicích a Dobřanech. Vrcholným bodem této generace terapeutických komunit byla Kroměříž pod vedením Kratochvíla, která byla založena roku 1971 pro léčbu neuróz. Kroměřížská komunita kombinovala psychodynamické, interpersonální a behaviorální přístupy a dodnes se hlásí k demokratickému modelu terapeutických komunit (Kalina, 2008).

3.2.3 Vznik SUR a vývoj terapeutických komunit 3. generace

SUR, systém výcviku v psychoterapii, je založen na skupinové psychoterapii a je inspirován komunitami šedesátých let, zejména Skálovým, Knoblochovým, Bouchalovým a Kratochvílovým modelem (Kalina in Růžička, 2011). SUR se hlásí k demokratické linii

terapeutických komunit a jeho první výcviková skupina se zformovala v roce 1967 pod vedením Skály, Urbana, Rubeše, Bouchala a Junové.

Významným mezníkem v komunitní léčbě byl Kalinův experiment v PN Horní Beřkovice, který přinesl nový přístup k léčbě psychóz v terapeutické komunitě. V 80. letech se rozvoj terapeutických komunit zastavil a iniciativu převzaly zařízení pro denní péči a psychoterapeutická sanatoria (Kalina, 2008).

90. léta přináší zánik několika významných předchůdců a přinesl vznik nové vlny terapeutických komunit pro drogově závislé. SANANIM v roce 1991 založil terapeutickou komunitu v Němčicích u Volyně. Byla založena jako nezdravotnické zařízení a kombinovala sociálně-rehabilitační a výchovné metody s psychoterapeutickou složkou. V Němčicích došlo k syntéze několika zdrojů, postupů, metod a zkušeností, kde demokratický přístup a SUR sehrály významnou roli. Syntéza hierarchických a demokratických prvků vytvořila unikátní programy pro drogově závislé, které jsou v Evropě vzácné (Kalina in Růžička, 2011).

4 ÚČINNÉ FAKTORY VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII

Jak je popsáno výše, střednědobá ústavní léčba závislosti je kromě režimu a edukace založená na především skupinové a komunitní psychoterapii. Tématu účinných faktorů ve skupinové psychoterapii se věnuje mnoho autorů i odborných publikací, a vychází z jednotlivých psychoterapeutických směrů.

4.1 Léčebné faktory terapeutické komunity v psychoterapeutickém procesu

Holandský autor Martien Kooyman formuloval na základě svých pracovních zkušeností několik léčebných faktorů. Autor klade důraz na fakt, že všechny faktory jsou pro efektivní terapii stejně důležité.

1. Terapeutická komunita jako náhradní rodina

Tento faktor se zaměřuje na vytvoření prostředí, ve kterém členové komunity pociťují pocit přijetí, bezpečí, podpory a přátelství ze strany ostatních členů komunity. Cílem je tedy vytvoření náhradní rodinné atmosféry, která klientům napomáhá se učit novým způsobům komunikace a navazování zdravých mezilidských vztahů. Díky tomu se učí projevat empatii, vzájemný respekt, učí se řešit konflikty (Kalina, 2008).

2. Sjednocující filosofie

Tento faktor klade důraz na jednotnou filosofii a ideu v celé terapeutické komunitě, tj. mezi členy terapeutické komunity a personálem. Dle Kooymana (2004) je důležité, aby všichni členové sdíleli společné hodnoty a cíle. Tento faktor také klade důraz na aktivní spolupráci všech členů komunity, a to na úrovni plánování aktivit, organizace či rozhodování o různých aspektech života v komunitě. Díky sjednocující filosofii se tak zvyšuje úspěšnost léčby, především díky vytvoření silných vazeb mezi členy.

3. Terapeutická struktura

Důležitým bodem je vytvoření jasných a srozumitelných pravidel, které zajišťují bezpečné a předvídatelné prostředí pro členy komunity. Pravidla a řád jsou pro členy komunity do jisté míry štítem a ochranou. Kooyman v tomto případě upozorňuje na možnost znehodnocení tohoto faktoru, které může vyústit ve znehodnocení celého komunitního společenství. Důležitou Kooymanovou myšlenkou je „čím více pravidel v komunitě je, tím méně je prostoru pro sociální učení“ (Kalina, 2008).

4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

Kalina (2008) ve své publikaci uvádí, že v terapeutické komunitě je nezbytné udržovat rovnováhu mezi mocí a autonomií. Demokracie zde znamená delegování moci všem členům, aby mohli společně jednat a řešit konflikty na základě většinových rozhodnutí. Je důležité mít na papěti, že přílišná delegace moci klientům, kteří jsou v přesile vůči personálu, by mohla mít negativní vliv na terapeutickou atmosféru. Mohlo by to vést k vytváření kolektivní obrany proti terapii a podpoře vyhýbání se konfliktům.

5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

Sociální (interpersonální) učení jsou klíčové principy a účinné faktory terapeutické komunity a skupinové psychoterapie. Kooyman dále rozvíjí tyto faktory a specifikuje jednotlivé aspekty. V jeho teorii lze najít prvky interpersonálního učení z Yalomovy koncepce, jako jsou zpětná vazba, náhled, převzetí odpovědnosti a učení se skrze nápodobu.

V terapeutické komunitě je pacient aktivně zapojen a neustále získává informace o svém chování a postoji. Skrze zpětnou vazbu získává náhled na své jednání, učí se přijímat rozhodnutí a nést odpovědnost za jejich důsledky. Pacienti, kteří jsou již v pokročilých fázích terapie, slouží jako role modely pro nově přichozí pacienty, kteří se jimi mohou inspirovat a napodobovat jejich pozitivní vzory.

6. Učení prostřednictvím krizí

V terapeutické komunitě se učení podporuje skrze prožívání krizových situací. Proces dozrávání je chápán jako sled krizí, ve kterých se stávající vzorce chování dezintegrují a po úspěšném zvládnutí krize dochází k reintegraci na vyšší úrovni.

Učení prostřednictvím krizí je vnímáno jako součást komplexního sociálního učení. Kooyman, s odkazem na Eriksonovy vývojové konflikty, upozorňuje na důležitost krizí v osobním růstu a dozrávání v terapeutickém procesu. Tyto krize představují významnou příležitost pro pacienty k překonání obtíží, změně svých vzorců chování a dosažení vyšší úrovně osobního rozvoje.

7. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu

„Vše, co se děje v terapeutické komunitě, je terapie“. Členové této komunity jsou zapojeni do přípravy jídla, pracovních činností a péče o sebe i o prostředí, což je vyžaduje naučit se zvládat různé role. Zapojení každodenních prvků společného života do procesu osobního růstu a sociálního učení je jedinečným rysem terapeutické komunity a součástí její definice, jak je popsáno například u Kratochvíla (1979). Je však důležité udržovat terapeutickou komunikaci, ve které je každodenní život reflektován z terapeutického hlediska.

8. Zodpovědnost klientů za jejich chování

Od klientů terapeutické komunity se očekává, že se nebudou cítit jako oběti a nebudou svádět vinu za své problémy na svou závislost, ostatní lidi nebo společnost. Naopak je jim připomínáno, že se dříve chovali nedospěle a nezodpovědně. Klient je vnímán jako osoba, která potřebuje pomoc a musí se naučit o pomoc žádat, ale zároveň je také vnímán jako jedinečná osobnost, která může pomoci ostatním členům komunity.

Toto pojetí klienta terapeutické komunity je významným společným rysem všech terapeutických komunit. Podle Camplingové (2001) je primárním mechanismem, kterým terapeutická komunita usiluje o změnu chování klientů, podpora převzetí odpovědnosti za sebe i za ostatní.

Většina závislých pacientů věří, že nemají žádnou hodnotu pro ostatní. Pomocí pomoci druhým se zlepšuje jejich sebehodnocení.

9. Zvyšování sebeúcty cestou vlastního přičinění

Nízké sebehodnocení je běžnou osobnostní charakteristikou většiny pacientů. Dokonce i ti, kteří na povrchu působí sebevědomě, ve svém nitru pociťují méněcennost. Mnozí z nich také mají přesvědčení, že jsou "řízeni z vnějšku" a nemají sami kontrolu nad sebou.

Kooyman se zde zabývá způsoby, jak pacientům v prostředí komunity poskytnout podporu, aby se mohli vyvinout směrem k reálné sebeúctě, angažovanosti, kreativitě, sebeuvědomování a pomoci druhým. Klíčovým prvkem je vědomé sebepoznávání, posilování vnitřního řízení a trénink odpovědného chování.

10. Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot

V rámci komunity se pacientům nabízí pozitivní hodnotový systém, který si postupem léčby osvojují. Tento hodnotový systém je vyjádřen prostřednictvím pevného řádu v komunitě. Součástí uzdravení je také přijetí morálních hodnot a norem, které pacienti získávají v terapeutické komunitě, jako je například pravdivost, otevřenost, čestnost, samostatnost, odpovědnost vůči sobě i druhým, altruismus, svoboda a možnost volby, respekt k osobní svobodě a autonomii druhých, etika práce a podobně. Je na samotném pacientovi, zda se těmito hodnotami bude řídit, avšak jejich uplatnění může přinést bohatší a svobodnější život. Je zajímavé a povzbuzující, že respondenti v citovaném českém výzkumu zařadili tento faktor mezi pět nejučinnějších.

11. Konfrontace

Kooyman se zaměřuje na klíčové aspekty terapeutického procesu, které přispívají k úspěchu léčby. Jedním z těchto aspektů je iniciální krize a přijetí v komunitě. Noví pacienti mohou vnímat komunitu jako hrozbu a izolovat se od ostatních kvůli strachu z

odmítnutí. Avšak prostřednictvím prožívání krizových situací a vytváření sounáležitosti se pacienti učí lépe adaptovat na terapii. Konfrontace s ostatními pacienty odstraňuje pocit, že jejich problém je unikátní, a podporuje rozvoj důvěry a jistoty. Identifikace s ostatními v obtížích přispívá k vzájemnému růstu a důvěře v terapii. Tímto Kooyman zdůrazňuje významný vliv těchto aspektů na terapeutický proces a úspěch léčby (Kratochvíl, 1995).

12. Pozitivní tlak vrstevníků

Kooyman zdůrazňuje význam skupinové dynamiky pro dosažení změny u klientů s drogovou závislostí. Tento faktor je odvozen z komplexního procesu sociálního učení (nebo interpersonálního učení, jak uvádí Yalom). Je zajímavé, že v citovaném českém výzkumu je tento faktor umístěn mezi pěti nejméně účinnými faktory. U respondentů, kteří strávili více než šest měsíců v terapeutické komunitě, dokonce figuruje na posledním místě.

13. Učení porozumět svým emocím a vyjadřovat je

Kooyman se inspiroval Casrielovým konceptem, který popisuje toxikomana jako člověka s uvězněnými emocemi. Pacienti byli často vedeni k přímému a bouřlivému vyjadřování svých emocí během svého života. Intenzivní kontakt s potlačovanými emocemi, které často souvisí s minulými traumatickými zkušenostmi, a jejich svobodné projevení v terapeutickém prostředí jsou základními prvky skupinové psychoterapie. Faktory emočního uvolnění, katarze, abreakce, sebeodhalení a sebeprojevení přispívají k sekundárnímu emocionálnímu rozvoji v terapeutické komunitě. Je důležité, že komunita je schopna tolerovat projev negativních emocí (již to vnímá jako součást procesu) a poskytuje jednotlivci ochranu a bezpečí (tzv. "containment"), což mu umožňuje vyrovnat se s těmito emocemi, necítit se ohrožený a nakonec objevit v sobě pozitivní emoce a možnost je vyjádřit. Pro pacienty představuje tato zkušenost často revoluční změnu.

14. Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní

Většina lidí s závislostí má negativní vnímání sebe sama ve vztahu k ostatním. Často je právě prostřednictvím skupiny, že začínají tyto negativní postoje k sobě objevovat. Tyto postoje mohou mít svůj původ v dětství a mohly sloužit jako způsob přežití, avšak v dospělosti se stávají velkou překážkou. Během léčby pacientům často dochází k překonání tohoto handicapu a k pozitivní změně ve vztahu k sobě samým.

15. Zlepšení vztahů s původní rodinou

Vztahy s rodiči a dalšími blízkými lidmi se pod vedením týmu mění, jakmile skončí tzv. iniciační fáze, ve které jsou kontakty zakázány, a vzájemný kontakt se opět stává možným. Rodiče často navštěvují rodičovské skupiny, často ještě předtím, než pacient vstoupí do

terapeutické komunity. V některých případech je rodinná terapie přímo součástí léčby v terapeutické komunitě. V rámci terapeutických skupin lze řešit mnoho "nedokončených záležitostí" spojených s nepřítomnými, symbolicky zastoupenými rodiči.

Zatímco první faktor dle Kooymana upozorňuje na význam sekundárního emocionálního vývoje v prostředí terapeutické komunity, poslední faktor přináší do hry práci s vztahy ve skutečné rodině pacienta. Tato práce může zahrnovat jak symbolickou práci v rámci psychoterapeutické skupiny, tak přímou práci s členy rodiny a blízkými osobami. Spojuje se zde symbolický přístup s přímými intervencemi, které mohou vyvolávat určité rozpaky u psychoterapeutů. Nicméně, pokud jsou dodržována stanovená pravidla, spojení těchto přístupů může být pro pacienta velmi užitečné.

Tento faktor lze považovat za příklad adaptivní spirály, která se vyvíjí z terapeutického prostředí do interpersonálních a sociálních vztahů klienta v jeho přirozeném prostředí. Kratochvíl ve své knize popisuje 10 účinných faktorů skupinové psychoterapie. I přesto, že pojmenování jednotlivých faktorů se liší od Yalomova pojetí, v jejich popisu nacházíme jisté podobnosti.

1. Členství ve skupině

Kratochvíl (1995) ve své knize říká, že samotná účast ve skupině a přidruženost k dané skupině může samo o sobě působit léčebně. Na základě vzájemných kladných vztahů, zpětných vazeb i konfrontace může docházet ke korektivní zkušenosti každého člena skupiny. Na základě zkušeností získané v příjemné atmosféře ve skupině se vytváří podklad pro příjemnější zapojení se do skupin v reálném životě a zároveň se tak vytváří schopnost přívětivě reagovat a vyrovnávat se s emočními problémy.

Člen skupiny, který se otevře i se svými nejintimnějšími problémy, může získat pocit, že v tom není sám. To je důležité, protože pocit jednoty a přináležitosti ke kolektivu se uplatňuje jako významný podpůrný faktor terapie.

2. Emoční podpora

Emoční podporou můžeme rozumět pocit bezpečí, který je sám o sobě jednou ze tří hlavních potřebou každého člověka. Ve skupině může být pocit bezpečí vyjadřován vzájemným nasloucháním a vyjadřováním porozumění. Pro každého člena je důležitou složkou každého terapeutického procesu pocit, že byl ostatními členy skupiny přijat takový, jaký je, bez ohledu na jeho postavení, vlastnosti, minulost i potíže.

Ve skupině může být takový, kým skutečně je a nebude odsuzován. Přijetím individuality každého člena neschvalujeme vše, co daný člověk v životě udělal či dělá, ale znamená to přijetí jedince jako osoby.

Od skupiny, kde je mnoho osobností s nejrůznějšími zkušenostmi nelze očekávat pouze empatické a kladné postoje, proto je ve skupině důležité vedení psychoterapeuta, aby skupina jedince nesrážela a nehodnotila nepřívětivým způsobem. Kratochvíl společně s Yalomem považují za významný faktor emoční podpory skupinovou kohezi, který se svou účinností rovná terapeutickému vztahu mezi pacientem a klientem v individuální psychoterapii.

Terapeutický vztah mezi terapeutem a klientem přesahuje právě v tom, že zde přichází i vztahy mezi jednotlivými členy, ale také zahrnuje vztah ke skupině jako celku. Soudržnost jde ruku v ruce s mírou bezpečí, sebeotevřeností a aktivního zapojení se ve skupině, umožňuje svobodné avšak konstruktivní vyjádření vlastních pocitů a emocí a zpracování konfliktů v bezpečném prostředí (Yalom, 1999).

3. Pomáhání jiným

V terapeutickém procesu může být nápomocná nejenom podpora, kterou pacient dostává od ostatních, ale také podpora, kterou sám poskytuje. Tím, že pacient nabízí podporu, empatii, interpretace, návrhy a rady a sdílí své vlastní problémy s ostatními, se může terapeutický proces prohlubovat. V rámci skupinové psychoterapie, pacient, který přichází zpravidla s nízkou sebedůvěrou, nízkým sebehodnocením a pocitem vlastní bezvýznamnosti, může tímto začít vnímat svou hodnotu. Tento faktor pomáhá překonat vlastní chorobný sebeobraz, a zvyšuje pocit sounáležitosti s ostatními.

4. Sebeexplorace a sebeprojevení

Tento účinný faktor je klíčovým aspektem skupinové psychoterapie, který podporuje otevřené vyjádření sebe samého, včetně projevování skrytých myšlenek, potlačovaných zážitků a přání. Někteří autoři v odborné literatuře nazývají vyjádření svého chování, emocí a motivů v tzv. skryté oblasti psychiky přímo za sebeodhalení.

Jedinec se přestává skrývat za jakousi masku a stává se před skupinou transparentním.

Pacient tak otevřeně sdílí velmi soukromé informace, zážitky i jednání, které je spojeno s pocity viny a studu.

Je důležité, aby pacient v takové situaci získal podporu a porozumění, jinak může dojít k traumatizaci a ponížení.

5. Odreagování

Silné projevení afektu je významnou součástí terapeutického procesu. Potlačené emoce spojené s bolestivými zážitky se při abreakci uvolňují a plně se projevují. Intenzivní abreakce umožňuje jednotlivci nejen vzpomenout si na události, ale znovu ji prožít s příslušnými vnitřními i vnějšími afektivními projevy.

Skupina s důvěrnou a podpůrnou atmosférou umožňuje uvolňovat tenzi. Vyprávění o zážitcích spojených s uvolněnou emocionální tenzí v permissivní atmosféře skupiny, s projevem pláče, který je tolerován a podporován skupinou, s vyjadřováním pocitů křivdy, úzkosti, strachu, zklamání a agrese, často vede k následnému pocitu značné úlevy a pocitu vyrovnání se s tenzí.

6. Zpětná vazba a konfrontace

Zpětná vazba je proces, při kterém jedinec obdrží informace od ostatních o tom, jak jejich chování ovlivňuje druhé. Pro osoby, které nemají důvěrný vztah, může skupina představovat první příležitost k adekvátní zpětné vazbě (Yalom, 2021). Zpětná vazba je zdrojem informací, který se liší od interpretací a představuje specifický faktor ve skupinové psychoterapii (Kratochvíl, 1995).

7. Náhled

Náhled se vztahuje k rozpoznání dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích, které jsou spojené s maladaptivním chováním. Patří do oblasti kognitivního učení a ve spojení s emoční korektivními zkušenostmi může být zařazen do širší kategorie interpersonálního učení. Pro neurotické pacienty (ale také pro pacienty se závislostí) je náhled klíčovým faktorem, který je důležitý pro motivaci ke spolupráci ve skupinové terapii, prostřednictvím uvědomování si souvislostí mezi jejich neurotickými (a závislostními) obtížemi a jejich osobními problémy nebo konflikty.

K dosažení náhledu se používá řada terapeutických technik, především interpretace. Získání náhledu slouží především jako prostředek k transformaci maladaptivních forem chování a odstranění neurotických (a závislostních) symptomů.

8. Korektivní emoční zkušenost

Dle Kratochvíla (1995) je korektivní emoční zkušenost terapeutickým prvkem, který se zaměřuje na transformaci emocionálních vzorců a zkušeností v rámci skupinové terapie. Autor ji přisuzuje zásadní roli při dosahování pozitivních změn u našich pacientů. Podle tohoto přístupu je naprosto zásadní a klíčové umožnit pacientům prožívat a vyjadřovat své emoce v bezpečném prostoru skupiny, které je terapeut součástí.

Cílem je pomoci pacientům překonat negativní vzorce a dosáhnout emocionální údravy a rozvoje.

9. Zkoušení a nácvik nového chování

Kratochvíl ve své publikaci upozorňuje, že samotné pojmenování a pochopení konkrétního problému a vytvoření nových schémat nestačí k dosažení změny. Pacient

potřebuje mít možnost vyzkoušet si nové způsoby jednání a prožít je v bezpečném prostoru. Zkoušení a nácvik nového chování je důležitou součástí skupinové psychoterapie, protože umožňuje pacientům získat konkrétní zkušenosti s novými způsoby jednání a ověřit jejich účinnost. Tím se pacient učí novým dovednostem a získává jistotu a sebevědomí v uplatňování nových dovedností v životě.

Cílem zkoušení a nácviku nového chování je pomoci klientům překonat problematické vzorce a vybudovat funkčnější způsoby jednání.

10. Získání nových informací a sociálních dovedností

Tento účinný faktor má mnoho klíčových prvků, které přispívají k terapeutickému procesu a změně pacienta. Dle Kratochvíla (1979) je to skupinová dynamika a interakce, které umožňují pacientům učit se novým způsobům komunikace a vyjadřovat emoce za pomoci interakce s ostatními členy. Dále popisuje tzv. modelování a indentifikaci, kde mají pacienti možnost pozorovat a identifikovat se členy skupiny. V neposlední řadě je pomáhajícím prvkem zpětná vazba (viz výše), díky které se pacienti učí novému chování a sebereflexi. Dále Kratochvíl popisuje skupinové cvičení a trénink a v neposlední řadě také sdílení zkušeností a vzájemnou podporu mezi členy skupiny (Kratochvíl, 1995).

4.2 Společné charakteristiky léčebných faktorů skupinové psychoterapie

Martien Kooyman, Irvin Yalom a Stanislav Kratochvíl jsou významnými autory v oblasti skupinové psychoterapie, kteří významně přispěli k rozvoji a porozumění této formy terapeutické práce.

Yalomův přístup klade důraz na existenciální a mezilidské rozměry lidského života, dále na vytváření důvěrného a bezpečného prostředí a v neposlední řadě na sebereflexi terapeuta a jeho schopnost být autentickým a přítomným ve skupinovém procesu (Yalom, 1980).

Kratochvíl do skupinové psychoterapie přináší integrativní přístup, který kombinuje prvky behaviorální, psychodynamické a humanistické psychoterapie, kdy především klade důraz na porozumění skupinovým procesům, sebereflexi terapeuta a rozvoj komunikace mezi členy skupiny (Kratochvíl, 1997).

Kooyman, jehož práce se soustředí na gestalt terapii a skupinovou práci se zaměřuje na aktivní zapojení členů skupiny prostřednictvím cvičení rolí a experimentů. Kooymanovy publikace pohlíží na skupinovou psychoterapii jako na prostředek k osobnímu růstu a objevování vnitřního světa. Kooyman klade důraz na práci s emocemi a na přítomný okamžik ve skupinovém prostředí (Kooyman, 1993).

4.3 Společné myšlenky všech zmiňovaných autorů

Důraz na interakci a sociální procesy

Všichni zmiňovaní autoři se shodují na důležitosti interakce mezi členy skupiny a sociálních procesů, které vznikají během terapeutického setkání. Všichni autoři považují tyto interakce za klíčový prvek, který může vést ke změně. Věří, že skupinové prostředí umožňuje členům skupiny lépe porozumět sobě i ostatním.

Podpora vzájemné podpory a sdílení

Všichni autoři zdůrazňují význam vzájemné podpory a sdílení v rámci skupinové psychoterapie. Považují skupinu za prostředí, ve kterém členové mohou poskytovat emocionální oporu a sdílet své zkušenosti. Tímto způsobem se mohou otevřít novým perspektivám a lépe se pochopit.

Aktivní účast a zodpovědnost

Kooyman, Yalom a Kratochvíl věří v důležitost aktivní účasti a zodpovědnosti členů skupiny. Všichni autoři podporují aktivní zapojení členů do terapeutického procesu a zdůrazňují, že klienti musí nést zodpovědnost za svou vlastní změnu. Terapeuti vytvářejí prostředí, ve kterém se členové mohou učit a růst (MacKenzie a Hagan, (2004), Yalom a Lesz (2005).

4.3.1 Neshody ve faktorech skupinové psychoterapie výše zmíněných autorů

Důraz na specifické techniky

Kooyman se zaměřuje na použití konkrétních technik, jako je gestalt terapie, které zapojují členy skupiny do cvičení a úkolů. Yalom a Kratochvíl se naopak soustředí na důvěru v přirozený proces skupiny a spontánní interakce mezi jejími členy. Nepřikládají takový důraz na konkrétní techniky.

Strukturovanost terapeutického setkání

Yalom klade důraz na strukturovanost terapeutického setkání a poskytování jasného rámce a směru pro skupinovou terapii. Zastává názor, že struktura a vedení terapeuta jsou nezbytné pro úspěšný průběh terapeutického procesu (Yalom a Lesz, 2006). Naopak Kratochvíl a Kooyman zdůrazňují flexibilitu a otevřenost terapeuta, který reaguje na potřeby skupiny a přizpůsobuje se dynamice a tématům, které se v průběhu setkání objevují.

Názory jednotlivých autorů odrážejí různé přístupy a filozofie skupinové psychoterapie. Každý z těchto autorů přináší svůj vlastní pohled a přístup, který může být účinný v různých situacích a s různými skupinami klientů. Důležité je vytvářet bezpečné a podporující prostředí, ve kterém mohou členové skupiny růst a prožívat osobní transformaci.

5 PŘEDČASNÉ UKONČENÍ LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

Fenoménem „drop out“ rozumíme jako předčasné ukončení léčby či vypadnutí z léčby před řádným plánovaným termínem ukončení léčby. Drop-out je poměrně rozšířeným jevem.

Literatura hovoří o tzv. „early drop out“ jako o období, kdy pacienti léčebných zařízení odchází z léčby nejčastěji a stává se tak nejrizikovějším obdobím v celém léčebném procesu. V rámci střednědobé ústavní léčby se užívá termín „syndrom prvního období“, kterým je míněn odchod v prvních 30 dnech léčby (De Leon, 2002; Kalina a kol., 2003).

Pacienti léčebných zařízení předčasně ukončují léčbu dvěma způsoby – spontánně či indukovaně. Spontánní vypadnutí z léčby znamená svévolně opustit zařízení z rozhodnutí pacienta i přes výrazné nedoporučení ze strany personálu, na druhé straně indukované vypadnutí z léčby znamená, že pacienta propustilo léčebné zařízení. Pacient byl propuštěn disciplinárně, například pro opakované porušování pravidel, či pro porušení kardinálních pravidel. Předčasné ukončení léčby na vlastní žádost je v zahraničních studiích více zastoupené, než odchody z rozhodnutí léčebných zařízení a činí tak více než 75% všech vypadnutí (Buehringer a Platt; Tims a spol., 1997; Gossop et al., 1998 in Kalina 2008). V našich podmínkách Kalina zmiňuje četnost vypadnutí 35% v rámci terapeutických komunit. Míra předčasných odchodů z léčby je častější u dlouhodobých programů typu terapeutických komunit, oproti krátkodobým programům v řádech několika týdnů (Andersson et al., 2018).

Tab. č. 1 Četnost vypadnutí z léčby v průběhu ročního pobytu

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

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992 in Kalina 2008

Samotný fenomén hraje v léčebném procesu významnou roli. Léčba závislosti je složitý proces a dosažení žádoucí změny závisí na několika faktorech. Jedním z klíčových faktorů je setrvání v léčbě a její řádné dokončení (Hoseinie, L. et kol., 2017). Dokončení léčby je spojeno s abstinencí, nižší mírou kriminality, nižším výskytem relapsů a vyšší mírou zaměstnanosti (Stark 1992 in Brorson et. al., 2013; Beardsley et al., 2003).

Pacienti, kteří řádně dokončí léčbu, mají vyšší šanci pro udržení žádané změny a pravděpodobnost relapsu je mnohonásobně nižší než u pacientů, jež předčasně ukončili léčbu. Kalina (2004) udává, že riziko recidivy u pacientů, jež vypadli z léčby je 60-90%, toto

riziko se zvyšuje, pakliže pacient vypadává z léčby v tzv. 1. stádiu (první období), kdy riziko k trvalému návratu užívání drog je 80-90%.

Důležitost setrvání v léčbě a její řádné dokončení v plánovaném termínu potvrzuje i studie Tibenské a kolektivu (2008), která mapovala účinnost léčby (abstinence) v LNN Nechanice v rozmezí 6, 18 a 48 měsíců. Po 6 měsících od předčasného propuštění úspěšně abstinovalo pouze 25,6 % pacientů, v případě řádně dokončených léčeb ve stejném časovém úseku úspěšně abstinovalo 54% (celkový počet pacientů 309). Disciplinálně propuštění pacienti (porušení kardinálních pravidel či opakované porušování pravidel, nebo nesplnění terapeutických podmínek) v této studii mají oproti pacientům propuštěným na vlastní žádost vyšší úspěšnost v udržení abstinence o 25,7% (Tibenská a kol., 2008).

McLellan et. al. (1983) klade důraz nejen na dokončení celé léčby, ale také na délku samotné léčby, ve které pacient setrvá před rozhodnutím z léčby odejít. Doba setrvání v zařízení může souviset s dobou abstinence a případného relapsu či recidivy. Kromě toho, délka setrvání v léčebném zařízení má výrazný vliv na psychosociální fungování i fyzické zdraví. Simpson et. al. (1995) potvrzují důležitost délky setrvání v léčbě směrem k pozitivním výsledkům léčby, více se však zasazují o důkladné zkoumání individuálních potřeb pacientů a flexibilní reagování léčebného programu na tyto potřeby, zejména pak na frekvenci kontaktů s pacienty a terapeutické interakce mezi pacienty a terapeuty. Pro zlepšení těchto oblastí Palmer et. al. (2009) zmiňují délku setrvání v zařízení 3 měsíce (Palmer et. al., 2009).

Barber a kol. (2013) kladou důraz na práci s motivací, a to především v prvních dnech a týdnech léčby, neb jejich studie potvrzuje, že mezi nízkou mírou motivace a předčasným ukončením léčby existuje silná souvislost. Motivace je z velké části zodpovědná za pozitivní změny, o které pacienti usilují. Práce s motivací tak napomáhá posilovat odhodlání k překonávání překážek a ambivalence spojené s procesem celé změny. Kromě toho důsledná práce s motivací během léčby napomáhá ke zvládnutí rizikových situací a faktorů, které by mohly vést k relapsu a udržovat si tak soběstačnost i po skončení léčby.

5.1 Důvody drop-outu

Mezi důvody vypadnutí zmiňuje Kalina 3 hlavní oblasti:

1. problémy související s drogami (relaps, craving, pochybnosti o dosažení změny),
2. důvody související se vztahy (pozice outsidera, konflikty se spolupacienty, milostný vztah v komunitě)

3. celkový postoj k léčbě (pesimismus, nerozhodnost) (Kalina, 2003).

Zahraniční studie upozorňují na problematiku spokojenosti pacientů v zařízení. Výsledky poukazují na fakt, že vyšší míra spokojenosti pacientů s poskytovanou léčbou je spojena s menší pravděpodobností předčasného ukončení léčby. Pacienti, kteří byli spokojeni s péčí a podporou terapeutů a ošetřujícího personálu, měli větší motivaci a odhodlání pokračovat v léčebném procesu (Barber a kol., 2013).

Ball a kol. (2006) mezi nejčastější důvody pro vypnutí z léčby uvádí především ztrátu motivace nebo ztrátu naděje na změnu a mezilidské problémy s terapeutem či zaměstnanci léčebných zařízení. Studie Swifta a Greenberga (2012) ve své studii dochází v podstatě k totožným výsledkům. Wierzbicki (2011) se zaměřil na různé typy psychických obtíží a zjistil, že nižší socioekonomický status, nižší vzdělání, nedostatečná motivace a špatný vztahem s terapeutem výrazně přispívají k vypnutí z psychoterapie. Zuroff řadí mezi nejzákladnější faktory nízkou spokojenost s terapeutem a nedostatečnou angažovanost v terapii. Klade důraz především na práci na terapeutickém vztahu s klienty s psychickými obtížemi a terapeutický vztah řadí na 1. místo v oblasti účinnosti psychoterapeutických faktorů (Zuroff a kol., 2000).

Vlivem terapeutického procesu na vypnutí z terapie se věnuje Orlinský a jeho kolegové. Ti zkoumali účinnost terapie a faktory spojené s ukončením terapie z pohledu terapeutů. Většina terapeutů se shodla na nedostatečném terapeutickém vztahu mezi terapeutem a klientem a nekompatibilitě, dále na nedostatečné motivaci a nízkým sebehodnocením klienta v oblasti naděje na změnu.

5.2 Možné komplikace v průběhu střednědobé léčby

V úzdravném procesu ve střednědobé ústavní léčbě závislostí může nastat celá řada komplikací. Odborná literatura se zaměřuje především na fyzické problémy, dále pak na psychické obtíže a na recidivu. Obecně všechny tyto kategorie směřují k předčasnému ukončení léčby, a tím i narušení léčebného procesu.

5.2.1 Fyzické komplikace

Fyzické komplikace se mohou lišit na základě druhu závislosti, nejčastěji se však setkáváme s abstinenčními příznaky, jako jsou například třes, nevolnost, zvracení, průjem, nadměrné pocení a nespavost. Častou zdravotní komplikací jsou například poškozená játra, ledviny, srdce, či poškození centrálního nervového systému (Baker et al., 2016). Rosenblum (2008). Dále zmiňují problematiku úzkosti a deprese spojenou s bolestí, kterou pacienti

v průběhu těchto stavů prožívají, a upozorňují na to, že bolest a přidružené pocity jsou častým společným jmenovatelem předčasného ukončení léčby a relapsu či recidivy.

5.2.2 Psychické komplikace

V léčbě závislostí se pacienti mohou setkávat s řadou psychických komplikací. Psychické komplikace mohou být důsledkem užívání návykových látek, nebo v opačném případě se může jednat o predispozici k užívání návykových látek. National Institute on Drug Abuse (NIDA) považuje za nejčastější psychickou komplikaci v léčbě závislostí deprese a úzkost, ke které závislí pacienti mohou mít sklony, a to z důvodu vysazení návykové látky, či z důvodu jisté predispozice a náchylnosti k těmto stavům. NIDA dále zmiňuje, že zvýšená podrážděnost a agresivita je dalším častým jevem, se kterým zdravotnický personál musí pracovat. Může to být důsledkem odnětí návykové látky a neúspěšného řešení emocí.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) klade důraz na poruchy spánku a nespavost v léčbě závislostí, a to z důvodu fyzických a psychických výzev, kterým během léčby čelí (abstinenční příznaky, úzkost, stres). Výjimkou nejsou ani noční můry a halucinace během spánku. V důsledku závislosti se dle SAMHSA pacienti mohou potýkat s nedostatkem sebedůvěry, což může vést k nízkému sebevědomí a pocitu méněcennosti.

Dalšími častými komplikacemi, jež se v léčbě u pacientů vyskytují jsou poruchy stravování, osamělost a izolace, trauma a PTSD, problémy s regulací emocí a psychotické poruchy (NIDA, n.d.).

Nejúčinnějším přístupem v léčbě psychických komplikací v souvislosti s léčbou závislostí je dle studie Stuarda a kol. (2020) kognitivně-behaviorální terapie. Platí to v případě abstinenční léčby, tak intervencí směřujících k udržení pacienta v léčbě, tak dalších přidružených potíží.

5.2.3 Relaps

V odborných publikacích je relaps definován jako návrat k užívání psychoaktivní látky, ke kterému došlo po období abstinence, které bylo považováno za úspěšné. Relaps může být charakterizován jako opakování předchozího vzorce užívání, zvýšení intenzity užívání nebo návrat k užívání po době abstinence. Tradiční přístupy v léčbě závislostí přistupovali k relapsu jako ke konečnému stavu a tedy k negativnímu výsledku léčby (Larimer et. al, 1999), moderní přístupy však zdůrazňují, že se jedná o přechodný proces, do kterého lze zasáhnout (Marlatt a Gordon, 1985). Odborníci se shodují, že relaps je běžnou a plně očekávanou součástí procesu léčby závislostí, proto je důležité přijmout strategie prevence relapsu jako nezbytnou součást terapie a léčby nejen v ústavních

podmínkách léčby závislostí. V tomto kontextu je tedy otázkou, zda se jedná o komplikaci v pravém slova smyslu.

Mezi běžně využívané strategie prevence relapsu patří kombinace metod kognitivně-behaviorální terapie, motivační rozhovory, farmakoterapie, případně alternativní terapie, jako je například jóga či meditace. Marlatt a Gordon (1985) navrhli teoretický model prevence relapsu, který se věnuje zejména udržování změny návyků.

Mezi základní a klíčové prvky patří například posílení dovedností řešení problémů, rozvoj sociálních dovedností, zlepšení sebeúcty a sebevědomí, dále pak rozvoj strategií pro řešení stresových a rizikových situací a zároveň umění předcházet situacím, které by mohly vést k relapsu, jinými slovy naučit se rozpoznávat rizikové situace (Brandon et al., 2007).

5.3 Rizikové faktory na straně pacienta

Identifikace rizikových faktorů na straně pacientů je důležitá pro vylepšení léčebných programů a optimalizaci výsledků léčby.

V rámci rezidenčních programů mezi rizikové faktory drop outu řadí Gossop et al. (2008) především nízkou míru motivace pacienta, nedostatečnou podporu ze strany rodiny a sociálního prostředí a neschopnost dodržovat pravidla určené zařízením a doporučením léčby. Studie DATOS se zaměřila na sociální faktory, mezi které zařadila především nízké vzdělání, nižší příjem a historii kriminálního chování, McKellar k těmto faktorům přidává faktor předchozí nezaměstnanosti, nedostatek pracovních návyků a vyšší závažnost závislosti. Dalšími faktory jsou bezesporu nedostatečná angažovanost na terapeutických skupinách či nedostatečná komunikace s terapeutem, zde však hraje významnou roli i podíl terapeuta či celkového zdravotnického zařízení, viz níže. Bariérou ke vstupu do léčby či její dokončení často přispívá nedostatek informací o léčebných možnostech a průběhu léčby a strach z odsouzení (Cunningham, 1997).

Posilování motivace pacientů ke změně a také účasti v léčbě závislostí je klíčovým faktorem v iniciační fázi léčby. Simpson a Joe upozorňují, že zaměření se na práci s motivací od prvního dne léčby, může napomoci k dosažení lepších dlouhodobých výsledků (Simpson a Joe, 1993).

Z výzkumu vyplývá, že terapeutický vztah mezi terapeutem a pacientem a úroveň zapojení se do léčebného programu je zásadní pro setrvání v léčbě. Zdůrazňují, že ukončení léčby není pouze záležitostí pacienta a jeho faktorů pro ukončení léčby, ale především přináší téma interakce mezi pacientem a léčebným zařízením, které se na ukončení léčby významně podílí (Kalina, 2008).

5.3.1 Charakteristiky pacientů

Z dostupné literatury nejčastěji z léčby vypadávají pacienti v první fázi léčby. Kalina tyto charakteristiky rozdělil na několik kategorií:

- osobnostní faktory
- První léčba
- sociální faktory
- Chování v léčbě a sebepotvrzující předpověď
- Limity a obrany v procesu léčby
- Nenaplnění očekávaných změn

Studie ukazují, že některé osobnostní rysy hrají v předčasném ukončení léčby velkou roli. Například nezralost, nižší věk, nižší schopnost budovat vztahy, omezená komunikační dovednost a špatné zvládnání stresu Kalina označuje za ty nejpodstatnější. První zkušenost s léčbou závislosti může přispět k riziku drop outu. Tato zkušenost bývá pro pacienty náročná a pacient se může potýkat s nedostatečnou připraveností na změnu. Zároveň nízká úroveň snášet emocionální stavy je významně spojena s časným ukončením léčby (Daughters et al., 2005). V procesu rozhodování je míra motivace důležitým aspektem. Všechny osobnostní faktory mohou souviset s některou z poruch osobnosti, které jsou samo o sobě velkým rizikem afektovaného rozhodnutí ukončit léčbu (Tull a Gratz, 2012).

Určité sociální faktory jsou spojovány s vyšším rizikem vypadnutí z léčby. Mezi ně patří nižší úroveň vzdělání, významná kriminální minulost a delší doba strávená ve vězení, dlouhodobá nezaměstnanost a existence partnerského vztahu mimo léčebné zařízení (Simpson et. al., 1997).

Pacienti, kteří vypadávají z léčby, se často projevují menším zapojením do léčebného programu. Může jim také chybět akceptace skupinové psychoterapie a mít nižší důvěru v terapeutu (Cunningham, 1997). Zároveň pacienti, kteří předčasně opustí léčbu, mají tendenci již na počátku předpovídat svůj neúspěch častěji než ti, kteří setrvávají v léčbě. (Kalina, 2003). Kalina dále popisuje pacienty, jež jsou vybaveni nižší schopností přijímat kritiku za své minulé či současné chování, jsou více náchylní k odchodu. V praxi se takový pacient jeví jako neschopný diskutovat o svých problémech, své problémy popírá, racionalizuje, bagatelizuje a nevyhledává možnosti řešení a často se dopouští účelového jednání. Poslední kategorií, kterou Kalina ve své publikaci zmiňuje je nenaplnění očekávaných změn (Kalina, 2008).

5.4 Rizikové faktory na straně zařízení

V případě léčebných zařízení Kalina (2003) hovoří o důkladné sebereflexi, která je dle něj nedílnou součástí u každého případu drop-outu. Je důležité mít na paměti, že předčasné ukončení léčby je problémem komplexním a nelze se tak na problematiku koukat pouze jednostrannou optikou.

Prvním a možná i nejdůležitějším krokem je přijetí vlastní odpovědnosti, kdy léčebné zařízení má na situaci významný podíl. Pro změnu je toto přijetí nezbytné, protože změna může začít pouze na straně léčebného zařízení. Dále doporučuje důkladnou analýzu celé situace, protože výzkumy ukazují, že vypadnutí z léčby může být důsledkem terapeutických postojů a přístupů které nejsou přiměřené schopnostem a možnostem pacienta. Pacient často vypadává z důvodu, že je vystaven nadměrným požadavkům ze strany zařízení bez potřebné podpory v jejich zvládnání. Kalina také hovoří o tzv. *nálepkování* a tendencích označovat pacienty jako neperspektivní. Tyto přístupy zdravotnického personálu mohou vytvářet negativní prostředí, které pacienty ve potvrzují ve svých negativních jádrových přesvědčeních a vést tak k selhání. V neposlední řadě Kalina doporučuje další vzdělávání, které pracovníkům umožní lépe reagovat a posuzovat potřeby a schopnosti pacientů, zejména pak v oblasti růstu a individualizované pomoci při překonávání různých překážek v léčbě.

De Leon (2000) identifikuje několik klíčových faktorů, které dle jeho poznatků přispívají k vypadnutí z léčby závislostí.

Jedním ze zásadních faktorů je nedostatečná podpora především ze strany terapeuta a personálu. Nedostatek podpory se může projevit nedostatečnou péčí, nedostatkem empatie či nedostatkem prostoru pro vyjádření jejich potřeb a obav.

Vysoká míra stresu v léčbě může mít negativní dopad na pacienty a přispívat tak jejich rozhodnutí ukončit léčbu. Pacienti se mohou ocitnout pod velkým tlakem a stresovými situacemi, jako jsou mezilidské vztahy či nedostatek soukromí.

Kvalita terapeutická vztahu hraje v léčebném procesu významnou roli. Pokud terapeutický vztah mezi pacientem a terapeutem není kvalitní a důvěryhodný, a motivace k setrvání v léčbě se stává oslabenou. Kvalita terapeutického vztahu souvisí také s angažovaností pacienta v komunitě.

Negativní prostředí je pro pacienty nebezpečným prostorem, ve kterém se necítí dostatečně respektováni. Stigmatizace, nedostatek důvěry a nedostatek podpory k úspěchu prokazatelně vedou k předčasnému ukončení léčby.

Nedostatek zdrojů a podpory, ve smyslu finančních prostředků, personálu nebo například infrastruktury mohou omezovat kvalitu a dostupnost potřebných služeb.

Nedostatečná individualizace představuje problém ve chvíli, kdy zařízení není schopno reagovat na specifické potřeby a cíle svých pacientů a nedokáže tak přizpůsobit

léčebné intervence a postupy. Vědomí pacientů, že jejich potřeby nejsou dostatečně řešeny může negativně ovlivnit jejich motivaci setrvat v léčbě.

Nedostatečná komunikace a nedostatečné zapojení pacientů v léčbě je posledním faktorem, který De Leon ve své publikaci zdůrazňuje. Komunikace mezi léčebným zařízením a pacientem je důležitá pro celý proces léčby, především pro prohlubování a udržení motivace a jejich zapojení se do léčby. V případě, že léčebné zařízení nedokáže dostatečně a efektivně komunikovat s pacienty, nezahrnuje je do terapeutického procesu nebo nevytváří prostor pro sdílení a vyjadřování vlastních potřeb, může to vést k předčasnému ukončení.

5.5 Prevence drop-outu

Prevence drop-outu představuje klíčový aspekt terapeutického procesu, který má za cíl udržení pacientů v léčebných programech. Literatura nabízí mnoho intervencí a strategií, které jsou navrženy s cílem snížení rizika předčasného ukončení léčby. Tyto intervence jsou jednak individuální, zabývají se však i systémovými faktory.

Prevence drop-outu je komplexní úkol všech terapeutických programů, který vyžaduje především komplexní přístup a spolupráci mezi jednotlivými členy terapeutických a léčebných týmů. Je důležité, aby terapeutické týmy podstoupily od „starých“ systémů léčby a věnovali se novějším způsobům práce s cílovou skupinou (viz. tabulka č. 2). Moderní terapeutický koncept se zaměřuje na časnou intervenci, individualizovaný přístup, podporu motivace, prevenci relapsu, využití nedobrovolného léčení, hodnocení léčebného kontinua a postupné terapeutické cíle pro redukci rizika (Kalina, 2003).

Intervence

Předléčebné poradenství a zvláštní rozhovor při přijetí ihned po nástupu do zařízení je důležitou součástí prevence vypadnutí. Tyto intervence napomáhají k identifikaci individuálních potřeb a hledání jiných řešení situace. Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že kvalitní předléčebné poradenství napomáhá v udržení pacienta v léčbě a v jeho zapojení se do komunity až dvojnásobně (Tims et al., 1997 v Kalina (2008)). Studie Simpsona a Joeo se zaměřila přímo na pacienty v rezidenčních programech. Jiné zahraniční výsledky výzkumů potvrzují, že pacienti, kteří využili předléčebné poradenství v rámci služby měli vyšší pravděpodobnost dokončení léčby a nižší pravděpodobnost relapsu po dokončení léčby (Joe et. al., 1998; Scott et. al., 2005, Nemes et al., 2002),

Dále se v terapeutických komunitách využívají tzv. skupiny pro první fázi, které slouží zejména pro adaptaci, podporu a orientaci nově přichozích pacientů do programu, stejně tak tématické skupiny s využitím tématu problematiky drop-outu.

Nabídka rozhovoru v krizi může pacientům poskytnout záchytný bod v situaci, kdy jsou vystaveni silnému pokušení či obtížné situace, které by mohlo ohrozit setrvání v léčbě. Touto cestou je pacientovi dána příležitost sdílet své obavy, strachy nebo potíže a získat tak podporu a náhled nad celkovou situací. Podobným mechanismem může fungovat i mimořádná skupina (nebo také *krizová skupina*), která se koná v případě vzniku mimořádné události a slouží k okamžitému poskytnutí podpory, sdílení emocí a řešení obtíží, které vyvstaly v důsledku krizové situace v bezpečném prostředí. Kromě toho se posilují další významné faktory skupinové psychoterapie a posiluje se tak pacientova angažovanost v léčbě (Haberman, 1992).

Součástí intervencí prevence by měla být možnost rozhovoru s jiným členem týmu než tím, který je z počátku léčby pacientovi přidělený, stejně tak s jiným terapeutem. S tímto souvisí i možnost změny terapeuta (Kalina, 2008), pakliže se vyskytnou vážné důvody pro tuto změnu. Tato situace se může vyskytnout při nesouladu mezi pacientem a terapeutem, například v situaci, kdy nedochází ke vzájemnému porozumění, důvěře nebo konfliktům v terapeutickém vztahu. V takovém případě je důležitá sebereflexe terapeuta, který by měl být schopen zhodnotit terapeutické výhody a nevýhody tohoto rozhodnutí.

Zapojení partnera nebo rodiny do terapie přináší obecně mnoho pozitiv, zejména v oblasti posílení motivace pacienta a snížení pocitu izolace. Zároveň mohou sloužit jako emocionální podpora, povzbuzení a neděje během náročného procesu, především pak v krizových situacích (Hawkings et al., 2016).

Zajištění ihned navazující léčby je kromě účinnou intervencí v oblasti prevence drop-outu také důležitým aspektem v léčbě závislostí obecně. Pacienti mají přístup k dalšímu kontinuálnímu léčebnému plánu, které jim umožňují udržet a posílit dosažené výsledky.

Zadržovací strategie

Kalina zdůrazňuje, že mezi zadržovací strategie nepatří fyzické držení pacienta v zařízení, nýbrž personál a terapeuti s pacientem vyjednávají podmínky opuštění a případný odklad tohoto rozhodnutí. Dále je v rezidenčních programech běžné tzv. ritualizace odchodu, mezi které zpravidla patří sdělení a vysvětlení skupině, rozloučení se s komunitou případně strávení noci v „meditační místnosti“ (Kalina, 2008).

Zkušenosti odborníků naznačují, že prevence drop-outu, má vliv na snížení spontánních i indukovaných odchodů z léčby. Je důležité zmínit, že prevence drop-outu neznamená zjemňování pravidel zařízení v případě jejich porušení, místo toho se mohou implementovat preventivní opatření, která sekundárně přispívají ke změně postojů personálu. Tím se dosahuje vyšší úrovně porozumění a podpory, což pomáhá omezit zbytečnou tvrdost. (Kalina, 2003).

Studie Kaliny a jeho kolegů z roku 2002 upozorňuje mimo jiné na fakt, že trvalá práce s motivací a pozitivní přístup ke změně, aktivní podpora pacienta při účasti na

strukturovaných aktivitách a plánování a hodnocení času mimo léčebné zařízení jsou klíčovými faktory při prevenci drop-outu. Přínosem může být využití prvků terapeutické komunity a individualizované terapie, kde se klíčový pracovník stává individuálním průvodcem pacienta paralelně se skupinovým programem (Kalina et. al., 2002).

Tab. č. 2 Rozdíly „starého“ a „nového“ přístupu k léčbě závislostí

Parametr	"Starý model"	"Nový model"
Pojetí závislosti	"jednou závislý, vždycky závislý"	Může být vývojově překonána
Terapeutická filosofie	Skepse vůči možnostem klientů i terapeutů	Realistická důvěra v lidské možnosti
Vhodný začátek léčby	Až když je klient v debaklu	"Čím dříve, tím lépe"
Trvání léčby	"čím déle, tím lépe"	Přiměřený čas + intenzita
Výchozí bod léčby	Požadavky a pravidla zařízení	Potřeby a možnosti klienta
Cíl	Abstinence a sociální adaptace	Kvalita života
Cesta	Vyžadování dospělého chování	Podpora růstu a vyrovnání s vývojovými úkoly
Morální princip	Vina za selhání a náprava	Odpovědnost za vlastní pozitivní potenciál
Klíčové prvky	Režim, sociální učení, zvyšování frustrační tolerance	Řád, porozumění, podpora
Pojetí motivace, zapojení a vytrvání	Problém klienta	Problém terapeutů
Pružnost programu	Stejná léčba pro všechny	Individualizace
Role terapeuta	Trenér v sociálních dovednostech, manažer kontraktu	Průvodce
Pojetí rezidenční léčby	Sebestředné	Součást kontinua

Zdroj: Kalina, K. (2000).

PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkumná část práce byla zaměřena na zmapování a popsání faktorů, které pacienty střednědobé ústavní léčby vedly k předčasnému odchodu z léčby na vlastní žádost. Výzkum byl orientován na faktory na straně pacienta, tak i na faktory na straně zdravotnického zařízení.

6 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bylo zmapovat a popsat faktory, které pacienty střednědobé ústavní léčby vedly k podání negativního reversu, a to jak na faktory na straně pacienta, tak na faktory na straně zdravotnického zařízení. Cílem získaných výsledků bylo také navrhnout aktivity a intervence, které budou cílit na prevenci drop-outů z ústavního zařízení pro léčbu závislosti.

6.1 Dílčí cíle práce

- Zmapovat nastavení léčebného programu, a zda samotný program není důvodem drop-outu
- Popsat potřeby pacientů, které by vedly k setrvání v léčebném zařízení
- Popsat společné charakteristiky pacientů, kteří předčasně ukončili léčbu na vlastní žádost
- Zmapovat postoj členů terapeutického týmu k drop-outům
- Zmapovat postoj členů terapeutického týmu k nastavení léčebného programu
- Zmapovat možné intervence, které by byly vhodné v adaptační fázi

6.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů výzkumu byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké jsou faktory, které vedou pacienta k předčasnému ukončení léčby na vlastní žádost?
2. Odpovídá nastavení léčebného programu potřebám pacientů?
3. Jaké jsou potřeby pacientů pro řádné dokončení léčby?
4. Jaká je charakteristika osob, kteří předčasně ukončují léčbu?

7 Výzkumný soubor a jeho výběr

Základní soubor

Základní soubor tvoří pacienti v ústavní léčbě v rezidenčním programu. Ústavní léčbu poskytují v České republice zdravotnická zařízení, zejména psychiatrické nemocnice, terapeutické komunity, zařízení speciálního školství a programy chráněného bydlení. Dle souhrnné zprávy o závislostech v ČR za rok 2021 bylo v lůžkových zařízeních hospitalizováno pro závislost 11-12 tis. Osob. Převažují hospitalizace v souvislosti s konzumací alkoholu oproti užívání nelegálních drog. V počtu hospitalizací převažují muži (70%) (Chomynová et al., 2022).

Zařízení, ve kterém byl výzkum realizován, poskytuje léčbu mužům i ženám závislých na psychoaktivních látkách, včetně závislých na alkoholu a patologických hráčů. Hospitalizace je v tomto typu zařízení dobrovolná.

Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří od září 2022 do června 2023 podali negativní revers ošetřujícímu lékaři. Pacienti konkrétního zařízení jsou vybíráni z důvodu časové a místní dostupnosti výzkumníka.

Respondenti byli do výzkumu zařazeni metodou záměrného (účelového) výběru. Základním kritériem bylo, že všichni pacienti, kteří se rozhodnou ukončit předčasně léčbu na vlastní žádost a podali již negativní revers ošetřujícímu lékaři, budou vyzváni k polostrukturovanému rozhovoru, který vedla autorka této práce. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná.

Kritéria výběru

- 1) Pacient je české národnosti
- 2) Pacient podal negativní revers ošetřujícímu lékaři
- 3) Pacient předčasně končí léčbu na vlastní žádost
- 4) Pacient souhlasí se zařazením do výzkumné studie

Respondentů z řad pacientů zařízení, jež splnili všechna kritéria výběru, bylo celkem 9.

Respondent č. 1 (P1): žena (30 let), 1. ústavní léčba. P1 je závislá na alkoholu a pervitinu, dobu problémového užívání uvádí 7 let. P1 je bez psychiatrické komorbidity v anamnéze, rodinná anamnéza je bez zátěže.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu

P1	SOU	Svobodná	Nájemní byt	Rodičovská dovolená	0	7. den (1. den v komunitě)
----	-----	----------	----------------	------------------------	---	-------------------------------

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 2 (P2): muž (36 let), 1. ústavní léčba. P2 je závislý na alkoholu, pervitinu, marihuaně a opiátech, dobu problémového užívání uvádí 16 let. P2 je bez psychiatrické komorbidity v anamnéze, rodinná anamnéza je pozitivní.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P2	SOU	svobodný	nájemní byt	Správce areálu	370 000 Kč	47. den (33. den hospitalizace)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 3 (P3): muž (18 let), 1. ústavní léčba. P3 je závislý na marihuaně, dobu problémového užívání uvádí 3 roky. P3 je bez psychiatrické komorbidity, rodinná anamnéza je pozitivní.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P3	základní	svobodný	Bezdomovec	Vedený na ÚP	70 000 Kč	8. den (4. den v komunitě)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 4 (P4): muž (27 let), 3. ústavní léčba. P4 je závislý na alkoholu a marihuaně, dobu problémového užívání uvádí 2 roky. P4 má diagnostikovanou emočně nestabilní poruchu osobnosti – hraniční typ. Rodinná anamnéza je pozitivní.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P4	SOU	svobodný	Nájemní byt	Vedený na ÚP	Neuvedl přesnou částku, od	79. den (70. den v komunitě)

					100 000 Kč do 200 000 Kč	
--	--	--	--	--	-----------------------------	--

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 5 (P5): muž (49 let), 5. ústavní léčba. P5 je závislý na alkoholu, dobu problémového užívání uvádí 31 let. P5 má diagnostikovanou kleptomanií, rodinná anamnéza je pozitivní.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P5	SOU	ženatý	Nájemní byt	Vedený na ÚP	0	32. den (28. den v komunitě)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 6 (P6): muž (30 let), 1. ústavní léčba. P5 je závislý na alkoholu, dobu problémového užívání uvádí 4 roky. P5 je bez psychiatrické komorbidity, rodinná anamnéza není jasná (adoptivní rodiče).

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P6	SOU	rozvedený	ubytovna	Není veden na ÚP	50 000	23. den (3. den v komunitě)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 7 (P7): muž (38 let), 1. ústavní léčba. P7 je závislý na alkoholu a pervitinu, dobu problémového užívání uvádí 10 let. P7 je bez psychiatrické komorbidity, rodinná anamnéza není jasná.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P7	SOU	svobodný	Nájemní byt	kuchař	0	10. den (5. den v komunitě)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 8 (P8): muž (38 let), 2. ústavní léčba. P8 je závislý na alkoholu, dobu problémového užívání uvádí 18 let. P8 je bez psychiatrické komorbidity, rodinná anamnéza je pozitivní.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P8	SOU	svobodný	V zahraničí	Zahradník, designer zahrad	200 000 Kč	128. den (120. den v komunitě)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondent č. 9 (P9): muž (30 let), 1. ústavní léčba. P9 je závislý na pervitinu a kanabinoidech, dobu problémového užívání uvádí 8 let. P9 je bez psychiatrické komorbidity, rodinná anamnéza je pozitivní.

Respondent/ka	Dokončené vzdělání	Rodinný status	Bydlení	Zaměstnání	Dluhy	Den hospitalizace, ve který ukončuje léčbu
P9	Střední s maturitou	svobodný	U rodičů	Vedený na ÚP	750 000 Kč	43. den (36. den v komunitě)

Zdroj: vlastní výzkum

Respondentů z řad terapeutického týmu byli celkem 2, což je bez autorky této práce polovina. Autorka této práce je sama členem terapeutického týmu vybraného zařízení.

8 Metody a sběr dat

Barret et. al (2008) doporučuje pro kvalitativní studie, které se zabývají důvody předčasných odchodů z léčby polostrukturované rozhovory jak s pacienty, kteří předčasně ukončují léčbu, tak s terapeuty, kteří tuto situaci již zažili. Obsah okruhů polostrukturovaného rozhovoru jak s pacienty, tak se členy terapeutického týmu, viz příloha této práce.

Složení terapeutického týmu v zařízení, v době, kdy výzkum probíhal, bylo následující: klinický psycholog, 2 staniční sestry jako zástupce středního zdravotnického personálu, zdravotně-sociální pracovnice a adiktolog (autorka této práce).

Polostrukturované rozhovory za pomoci otevřených otázek umožní respondentům z řad pacientů a členů terapeutického týmu otevřeně odpovídat na předem stanovené otázky. Všechny polostrukturované rozhovory byly vedeny výhradně autorkou této práce.

Před každým rozhovorem byl respondent seznámen s účelem práce, jeho cíli, souhlas byl vždy vyjádřen ústně, i písemně. Respondent byl dopředu seznámen s tím, že rozhovor bude nahráván na diktafon a přepsán výhradně pro účely výzkumu této práce. Po převedení do digitální podoby a jeho transkripci byl rozhovor smazán.

Pro sběr anamnestických dat ke zjištění charakteristik jednotlivých pacientů, kteří se rozhodli předčasně ukončit léčbu, byl využit interní systém MediCalc, ke kterému má autorka této práce uživatelské oprávnění. Anamnestická data se zaměřovala především na následující oblasti:

1. **Sociodemografické údaje** (věk, vzdělání, rodinný status, bydlení, zaměstnání, dluhy, trestní činnost v minulosti)
2. **Detail popisu abusu a osobní anamnéze** (přidružené diagnózy, další komorbidity, psychiatrická zátěž v rodině)

Tato data byla získána ošetřujícím lékařem při vstupním vyšetření, či ze závěrečné propouštěcí zprávy.

Sběr dat proběhl v období od února 2023 až do července 2023. Rozhovory s pacienty byly vždy domluvené po splnění podmínek (viz výše) zpravidla tentýž den, co se pacient rozhodl podat negativní revers ošetřujícímu lékaři. Všechny rozhovory proběhly v kanceláři výzkumníka v léčebném zařízení, díky kterému byla zachována autenticita respondentů. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a částečně zapisovány do záznamového archu. Po skončení výzkumu byly rozhovory podrobeny analýze. Po zapsání do archů byly nahrávky smazány a po přepsání do výzkumné části diplomové práce byly smazány.

9 Analýza dat

Analýza dat byla vícestupňová. Nahrané rozhovory byly přepsány metodou transkripce do textové podoby. Z důvodu omezených možností využití dalších kapacit, byla pro kontrolu využita technika opakovaného poslechu, kde byly původní záznamy porovnávány s transkribovanou podobou. Pro přehlednost transkribované podoby byl text zbaven výrazů, které narušovaly plynulost textu a které byly bez důležitého obsahu (redukce prvního řádu) (Miovský, 2006). Transkribovaná podoba rozhovorů byla přepisována do programu Microsoft Word a jednotliví respondenti byli anonymizováni za pomoci písmena a číslice. Pro přehlednější práci s daty byly využity metody tvoření kódů a kategorií (Olecká a Ivanová, 2010). Za pomoci stanovených kódů dle jednotlivých vlastností a jejich podobností byly následně vytvořeny jednotlivé kategorie, které jsou rozděleny na kategorie z rozhovorů s respondenty z řad pacientů a z řad terapeutického týmu zařízení: Charakteristika pacientů, faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby, nastavení

léčebného programu, potřeby pacientů, faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby pohledem terapeutického týmu, nastavení léčebného programu pohledem terapeutického týmu, návrhy intervencí jako prevence drop-outu.

10 Etika

Etika ve výzkumu se opírá o několik základních zásad. Tato diplomová práce se zavázala k dodržování přísných předpisů a kritérií týkajících se ochrany osobních údajů všech respondentů ve výzkumné studii. Všichni respondenti byli před zahájením studie řádně informováni o účelu diplomové práce, metodách, potenciálních rizicích i přínosech výzkumu. Respondentům byla také dána možnost kdykoli z výzkumu odstoupit. Veškerá získaná data byla zaznamenávána a zpracována anonymně za pomoci číslic a písmen, aby nedošlo k identifikaci konkrétních respondentů. Veškerá data a nahrávky byly po zpracování zlikvidovány. Konkrétní zařízení, ve kterém probíhal výzkum, nebylo zmiňováno z důvodu ochrany respondentů. Všichni respondenti udělili souhlas se vstupem do výzkumné studie ústně i písemně v rámci informovaného souhlasu (viz příloha).

Pro realizaci výzkumné části diplomové práce byl získán souhlas od vedení zařízení a etické komise instituce. Dále byl výzkumný design práce schválen Etickou komisí pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky Adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Etické komise udělily souhlasné stanovisko k provedení této práce (viz příloha).

11 Limity výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu, který se zabýval motivy předčasně ukončených léčeb v ústavních zařízeních pro léčbu závislostí, vznikly jisté limity.

Autorka této práce je terapeutem v zařízení, ve kterém probíhal sběr dat. Sběr dat i interpretace výsledků byla ohrožena především tím, že autorka nebyla v očích respondentů nestranná účastnice, nýbrž stále v roli terapeuta zařízení, což mohlo vést k neúplným a zkresleným informacím, díky kterým by výzkum postrádal potřebnou validitu. Dalším potenciálním limitem výzkumu byla možnost prožívání negativní emocionální reakce při sdílení svých postojů a ovlivnění tak získaných dat. V souvislosti interpretace výsledků si byla autorka vědoma možnosti zkresleného pohledu na problematiku výzkumu. Autorka se tento vliv snažila osobně minimalizovat a zachovat tak objektivitu ve výzkumu.

Důležitým limitem výzkumu byla velikost výzkumného souboru, především na straně zdravotnického zařízení. Polostrukturované rozhovory byly provedeny pouze s polovinou terapeutického týmu, druhá polovina účast ve výzkumu výslovně neodmítla, ale pravděpodobně z důvodu časových možností nebylo možné data získat.

11 Výsledky

Po analýze anamnestických dat a rozhovorů s respondenty z řad pacientů vybraného zařízení byly vytvořeny 4 kategorie. Těmi jsou: *Charakteristika pacientů, faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby, nastavení léčebného programu, potřeby pacientů*. Na základě rozhovorů s částí terapeutického týmu zařízení byly vytvořeny následující kategorie: *faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby pohledem terapeutického týmu, nastavení léčebného programu pohledem terapeutického týmu, návrhy intervencí jako prevence drop-outu*.

11.1 Charakteristika pacientů

První kategorie se zaměřovala na identifikaci a analýzu různých charakteristik a faktorů, které jsou spojené s předčasným ukončením léčby. Tato anamnestická data se věnovala především demografickým údajům, jako jsou věk, pohlaví, socioekonomický status, trestní minulost, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav. Dále byly analyzovány informace spojené s přidruženými psychiatrickými diagnózami pacienta a jeho rodinné anamnéze.

11.1.1 Forma závislosti

Z výsledků výzkumu je patrné, že polymorfní závislost je nejčastěji se vyskytujícím jevem. Nejčastější kombinací psychoaktivních látek u pacientů, kteří se rozhodli předčasně ukončit léčbu, byla kombinace alkoholu a pervitinu. Závislost na alkoholu se vyskytla u většiny zkoumaných pacientů (P2, P4, P5, P6, P7, P8 a P9), což potvrzuje významný problém ve společnosti. Téměř u poloviny respondentů se vyskytla závislost na kanabinoidech (P2, P3, P4, P9).

11.1.2 Délka problémového užívání

Analýza anamnestických dat byla zaměřena i na kategorii doby problémového užívání. Ze získaných dat převažuje dlouhodobé užívání. Například respondent P2 při vstupním vyšetření ošetřujícím lékařem udává problémové užívání alkoholu, pervitinu, marihuany a alkoholu po dobu 16 let. Respondent P5 zase uvádí problémové užívání alkoholu po dobu 31 let.

Na druhé straně jsou však ve výzkumném souboru zařazeni respondenti, kteří při příjmu udali mnohem kratší období problémového užívání. Například pacient P3 uvádí užívání kanabinoidů po dobu 2,5 roku, zatímco pacient P6 udává rizikové užívání alkoholu po dobu 4 let.

Průměrná doba problémového užívání u respondentů činí 11 let.

11.1.3 Věk a pohlaví

Na základě získaných dat nelze jednoznačně určit konkrétní věkovou skupinu. Mezi pacienty je zastoupena široká škála věkových skupin, věk pacientů se pohybuje od 18 do 49 let. Průměrný věk pacientů je 32,25 let. Výzkumná studie jednoznačně neprokázala souvislost mezi věkem a předčasným ukončením léčby na vlastní žádost.

Do výzkumné studie byli zařazeni z významné části muži, ženské pohlaví je v souboru zastoupeno pouze jednou.

11.1.4 Vzdělání a zaměstnání

kázalo se, že v oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání mezi respondenty dominuje Střední odborné učiliště, nejčastěji z oboru gastronomie. Dosažené střední vzdělání s maturitou dosahuje pouze 1 pacient, stejně tak 1 pacient je zde se základním vzděláním. Respondenti jsou nejčastěji vedeni na úřadu práce a pobírají podporu v nezaměstnanosti po dobu hospitalizace (P3, P4, P5, P9).

11.1.5 Bydlení a dluhy

V oblasti bydlení a dluhů lze identifikovat několik společných prvků. Nejčastěji se respondenti uvádějí jako žijící v nájemních bytech, celkem 8 z celkových 9 respondentů. Mezi respondenty v oblasti dluhů existuje určitá konzistence. 6 respondentů z celkových 9 uvádí existenci dluhů, liší se však v celkové výši. U všech respondentů tyto dluhy souvisí s jejich závislostním chováním. Nejvyšší výše dluhu ze zkoumaného vzorku respondentů činí 750 000 Kč.

11.1.6 Psychiatrické komorbidity a psychiatrické onemocnění v rodině

V případě psychiatrických komorbidit u respondentů, vyskytují se 3 jevy. Prvním a nejčastějším jevem jsou respondenti bez psychiatrické komorbidity v anamnéze (P1, P2, P3, P6, P7, P9). Druhým jevem je kategorie poruch osobnosti. Konkrétně respondent P4 uvádí emočně nestabilní poruchu osobnosti – hraniční typ. Posledním jevem psychiatrických komorbidit je kategorie impulzivních kontrolních poruch. Respondent P5 uvádí kleptomanií.

Respondenti P2, P4, P5 a P9 uvádějí pozitivní rodinnou anamnézu týkající se psychiatrických onemocnění v rodině. Nejčastěji se jedná o spektrum úzkostně-depresivních poruch a závislosti na návykových látkách.

Z dat vyplývá, že neexistuje přímá korelace mezi psychiatrickou komorbiditou a psychiatrickou rodinnou anamnézou mezi respondenty. Někteří respondenti mohou mít psychiatrickou komorbiditu, ale neuvádějí žádnou pozitivní rodinnou anamnézu a naopak.

Výsledky analýzy anamnestických dat naznačují několik zajímavých souvislostí. Většina respondentů je závislá zejména na alkoholu, která často souběžně s alkoholem užívá i další návykové látky. Většinu respondentů tvořili muži, což může být důsledkem vyšší prevalence mezi mužskou populací. Zjištěná data ukazují na fakt, že průměrná doba problémového užívání návykových látek činila zhruba 11 let, což ukazuje na dlouhodobou povahu závislostního charakteru. Tato doba však nemusí nutně korelovat se závažností závislosti samotné. V oblasti věku nebylo možné jednoznačně potvrdit, že mladší věk je spojen s předčasným ukončením léčby. Výzkum zahrnoval respondenty s různým věkem, což může naznačovat, že věk sám o sobě nemusí být rozhodujícím faktorem v procesu léčby závislostí. Drtivá většina respondentů uvedla, že nejvýše dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity. Existence dluhů a exekucí u některých respondentů ukazuje, že finanční problémy mohou hrát roli v rozhodnutí předčasně ukončit léčbu. Tato oblast je často spojenou s vysokou mírou stresu a zaneprázdněností, což často ovlivňuje schopnost jedince věnovat se a dokončit léčebný proces. Zajímavou souvislostí je mnohočetná pozitivní rodinná anamnéza, která naznačuje genetickou predispozici k psychickým a závislostním problémům, či typickým závislostním rodinným vzorcům. Podpora rodinného systému je nedílnou součástí úspěšné léčby.

Všechny tyto souvislosti směřují k tomu, že léčba závislostí musí být přizpůsobena individuálním potřebám každého pacienta a nelze tak vycházet z unifikovaného modelu „léčba pro všechny“.

11.2 Faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby

Faktory, jež vedly respondenty předčasně ukončit léčbu, jsou rozmanité. Z dostupných dat lze identifikovat několik kategorií faktorů:

1. Rodinné a osobní záležitosti

Respondent P1 uvedla jako hlavní důvod ukončení léčby „stýskání po dětech“, i přesto, že důvodem hospitalizace respondent uvádí externí motivaci své děti.

Respondent P2 uvádí strach o rodinu jako jeden z nejhlavnějších důvodů ukončení léčby, dále uvádí s tím spojené psychické obtíže, které uvádí, že na ně není brán zřetel.

2. Organizace terapeutického programu

Respondenti uvádí za důvody ukončení léčby příliš přísný režim, bodovací systém a nedostatek osobního volna (P2, P3, P4, P7 a P9) V případě organizace programu pacienti často uvádí potřebu individuálního přístupu a čas na adaptaci v rámci léčebného programu v komunitě.

Dále respondenti zmiňují nepříjemné podmínky ve společném bydlení v pokojích, nulová ochota personálu k diskusi o stěhování se na jiný pokoj a nedostatek soukromí v rámci celého zařízení.

3. Finanční a pracovní záležitosti

Respondenti P3, P4 a P9 uvádí za hlavní důvod k odchodu potřebu začít pracovat a splácet dluhy.

4. Individuální potřeby a preference

Respondent P5 uvádí za důvod odchodu nástup do výkonu trestu, u kterého doufal, že bude možnost jeho odkladu.

Respondenti P6, P7 a P9 uvádí specifické potřeby týkající se sexuální orientace. Respondenti hovoří o nedostatku podpory v rámci komunity i personálu, zároveň hovoří i o přijetí v rámci skupiny.

Z dat vyplývá, že předčasné ukončení léčby je způsobeno kombinací faktorů, včetně osobních, rodinných, organizačních a socioekonomických aspektů. Zlepšení individuálního přístupu, větší flexibilita v programu, zohlednění potřeb pacientů a poskytnutí větší podpory v klíčových oblastech může přispět k redukci odchodů na vlastní žádost.

Důležitým faktorem je také poskytnutí dostatečného prostoru pro individuální terapeutickou práci a navázání důvěry mezi pacienty a terapeuti. Přizpůsobení programu tak, aby reflektoval různé potřeby a preference pacientů, může pomoci vytvořit podporující a motivující prostředí pro účastníky léčby.

Dalším důležitým faktorem získaných výsledků je počet pacientů, jež absolvovali 1. léčbu (P1, P2, P3, P6, P7, P9). Respondenti explicitně nezmiňují důvod odchodu 1. ústavní léčbu, můžeme se však domnívat, že to v odchodových tendencích hraje významnou roli. Všichni tito pacienti zmiňují, že nezískali dostatek informací o průběhu ústavní léčby, neproběhlo předléčebné poradenství ani motivační pohovory. Pouze jeden respondent uvedl, že v minulosti se pokusil o ambulantní léčbu, všichni ostatní byli zpravidla psychiatrem doporučeni do střednědobé ústavní léčby závislostí i přesto, že na léčbu nebyli připravení.

11.2.1 Faktory na straně pacientů

Z výzkumu důvodu k ukončení ústavní léčby vyplývá několik kategorií, které lze považovat za faktory na straně pacienta. Mezi tyto kategorie lze zařadit:

- Nedostatečná motivace a angažovanost pacienta v léčebném procesu
- Psychické potíže (úzkost, stres, depresivní symptomatika)
- Rodinné a sociální vlivy (stýskání po dětech, potřeba zařídit bydlení, rodinné závazky, vztahové problémy)

11.2.2. Faktory na straně zdravotnického zařízení očima respondentů z řad pacientů

Následující seznam se vztahuje k oblastem, které respondenti uvedli v souvislosti důvodům k předčasnému ukončení léčby a které souvisí se zdravotnickým zařízením:

- Absence individuálního přístupu a absence individuální terapie
- Nedostatečná flexibilita v léčebném programu, který není schopný reagovat na potřeby a preference pacientů
- Organizační „nedostatky“ (přísný režim, nepřiměřený bodovací systém, nedostatečný čas na adaptaci do komunity)
- Nedostatečná podpora a nedostatečná komunikace mezi pacienty a terapeuty
- Nedostatečná komunikace mezi personálem
- Nedostatek možnosti řešení socioekonomických problémů pacientů

11.3 Nastavení léčebného programu pohledem pacientů

Respondenti poskytli své subjektivní pohledy a zkušenosti ohledně nastavení programu a jeho účinnosti. V rámci studie bylo zjištěno, že existují různé názory a postoje k terapeutickému programu, a to jak pozitivní, tak negativní.

Někteří respondenti vnímají program jako dobře nastavený, smysluplný (P1, P3, P4, P5, P8) a s dostatečným množstvím terapeutických aktivit. Například respondent P3 uvedl, že nastavení programu mu zajišťuje potřebnou strukturu, a není zde příliš času na zbytečné přemýšlení o tom, co se děje mimo zařízení.

Respondent P5 však uvedl, že spousty bodům v léčbě nerozumí, a to pak především v rozdělování úkolů středním zdravotnickým personálem. Respondent P2 je vůči nastavení programu ambivalentní, více však ve svém vyjádření tíhne k negativnímu postoji. O nastavení léčebného programu hodnotí jako o velmi dobře propracovaném systému, kterému však on sám není schopný porozumět, především z důvodu množství pravidel a

terapeutických úkolů. Respondent hovoří dále o tom, že pravděpodobně rozumí účelu tvrdosti, ale potvrzuje, že tento systém není pro něj, protože se ještě plného respektování řádu a systému nenaučil.

Respondenti, kteří vyjádřili negativní postoj k nastavení léčebného programu například uvádí přehnanou tvrdost programu a přehnané nároky od počátku vstupu do komunity (P2). Respondent P2 dále zmiňuje příliš obtížné terapeutické úkoly, které nezohledňují povahu jednotlivce a vyjadřuje nespokojenost o nedostatku prostoru pro individuální rozhovory s terapeuty. Dále zmiňuje neochotu středního personálu v případě vzniku negativních pocitů. Respondent P6 se v nastavení programu necítil bezpečně a nebyl schopen komunikovat své problémy. Od členů komunity i personálu cítil nepřijetí v souvislosti s jeho homosexuální orientací. K takovému vyjádření se připojili i P4 a P9. Respondent P7 popisoval enormní stres a pocity méněcennosti z důvodu nastavení programu. Svůj negativní postoj komentoval především v intenzitě terapeutického programu a v tom, že je nedostatek osobního volna během dne. Respondent P9 hovoří o vysokém počtu nastavených pravidel a jejich nesrozumitelnost, v této souvislosti hovoří i o přílišném trvání na jejich dodržování. V souvislosti s absencí individuálního přístupu pacient terapeutický program přirovnává ke „cvičeným opicím“.

Variabilita názorů k nastavení léčebného programu naznačuje, že nelze terapeutický program jednoznačně prohlásit za dobře či špatně nastavený. Existuje však souvislost mezi nastavením programu a drop-outu ze zařízení. Někteří respondenti oceňují strukturu a terapeutické aktivity, zatímco jiní mají výhrady ohledně náročnosti, absence individuálního přístupu, nedostatek času na adaptaci v komunitě, nedostatečná podpora personálu a přehnaně stresující a nátlakové prostředí. Tyto názory respondentů je důležité brát v úvahu a přizpůsobovat program a jeho nastavení tak, aby reflektoval potřeby a preference pacientů a vytvářel tak podporující a motivující prostředí pro jejich léčbu.

11.4 Potřeby pacientů k dokončení léčebného programu pohledem pacientů

Na základě analýzy získaných dat lze identifikovat několik tematických kategorií potřeb pacientů, která se vztahují k dokončení ústavní léčby.

Individuální přístup

Respondenti vyjadřovali potřebu především v zavedení individuálním přístupem a ochotě porozumění ze strany zdravotnického personálu. V této souvislosti pacienti zmiňují nezbytnou potřebu individuálních sezení s klíčovým terapeutem (P2, P6, P7, P9), dále byla zmíněna potřeba poskytnutí vyššího času na adaptaci při přechodu z příjmového oddělení do komunity. Respondenti P2, P6 a P9 se shodují na tom, že program obou oddělení je odlišný a nároky komunity jsou nepřiměřené.

Optimalizace délky léčby

Respondenti P1, P4 a P8 hovořili o kratší době léčby, vzhledem k individuálním závazkům mimo zařízení. Tyto závazky se vztahují zpravidla k rodině-dětem a k plnění pracovních závazků a s tím spojené splácení vzniklých dluhů.

Socioekonomická stabilita a péče

Respondenti P2, P3, P4 a P9 se shodují na tom, že finanční stabilita a jistota by napomohly k řádnému ukončení léčby. P2 a P3 zmiňují potřebu ochoty v oblasti pomoci řešení finanční a sociální situace.

Úprava pravidel a programu

Respondenti P6 a P9 hovoří o nejasnosti a nepochopení některých specifických pravidel a striktnosti programu, které jim připadají zbytečná. Ve vysoké míře respondenti hovořili o potřebě většího zastoupení osobního volna

Dále v jednotkách respondentů se objevují potřeby jako zlepšení stravování, přítomnost mladšího personálu, a více možností pro sportovní aktivity.

Získaná data ukazují na různorodé potřeby a preference pacientů v rámci střednědobé ústavní léčby závislostí. Zohlednění těchto potřeb je klíčové pro úspěšnost léčebných programů. Individuální přístup, optimalizovaná doba léčby, socioekonomická stabilita a pružná úprava pravidel a programů se jeví jako zásadní aspekty při zvyšování efektivity léčby a zlepšení celkových výsledků a spokojenosti pacientů v zařízení.

11.5 Faktory vedoucí k předčasnému ukončení léčby pohledem terapeutického týmu

Člen terapeutického týmu 1 (dále jako „ČTTP 1) a člen terapeutického týmu 2 (dále jako ČTTP 2) se shodují v mnohém. Klíčový faktor, který může vést k drop-outu je dle ČTTP 1 i ČTTP2 nedostatek informací, se kterými pacient do léčby vstupuje. Pacienti nejsou vybaveni dostatkem informací, dále přichází s mylnou představou o délce a charakteru

léčby. Respondenti se domnívají, že mylné informace předávají především praktičtí lékaři a psychiatři, kteří pacientovi léčbu doporučují. Dále v této souvislosti respondenti připouští nedostatky v rámci ambulance, která zajišťuje příjmy do zařízení. Respondenti se shodují na tom, že tato nejistota ohledně délky léčby a jejímu obsahu může vést k obavám a může vést k odchodovým tendencím pacienta.

Dalším důležitým faktorem, na kterém se respondenti shodli, je nastavení léčebného řádu, který ČTTP1 vnímá nedostatečně přizpůsobený aktuálním potřebám a trendům dnešních pacientů. Některé informace v léčebném řádu respondenti vnímají jako nesrozumitelné a složité. V souvislosti s léčebným řádem zmiňují i jeho obsahovou délku, která může být pro nově příchozí pacienty zdrojem strachu a tenze, dále obsah řádu vyvíjí zbytečný tlak v situaci, kdy se pacienti potřebují zorientovat v základních informacích o chodu a systému zařízení. V této souvislosti ČTTP2 vyjadřuje nesoulad s vyvíjeným tlakem při přechodu z příjmového oddělení do komunity, kde upozorňuje na přílišný skok v rámci nároků, které jsou na pacienta kladeny od první chvíle. V souvislosti s nastavením léčebného řádu ČTTP1 zmiňuje nepřiměřené trestné bodování za věci, u kterých dle respondenta chybí jakékoliv terapeutické opodstatnění.

Respondent ČTTP2 jako faktor vedoucí k drop-outu vidí v nedostatečné motivaci pacienta, konkrétně hovoří o pacientech, kteří jsou do léčby „donuceni“ rodinou nebo jinými blízkými osobami. Naproti tomu respondent ČTTP1 přináší téma nedostatečné individuální péče, především v nedostatečném prostoru pro individuální pohovory, které zařízení nepodporuje, a které vede ke snížení angažovanosti pacientů v rámci skupiny i celé komunity, pocitu nedostatečné podpory a tím i narušení budování terapeutického vztahu, zejména u „nejmladších“ členů komunity.

11.6 Nastavení léčebného programu pohledem terapeutického týmu

Nastavení léčebného programu respondenti vnímají v pozitivním duchu. Terapeutický program je dle respondentů v zásadě velmi dobře nastavený a funkční, staví se za režimovou léčbu, ve které vidí obrovský smysl. Dle ČTTP1 se dá režimová léčba vykládat různě, vzpomíná však na situace, které jsou dle jeho názoru hodnoceny nepřiměřeně. Takové situace si pak odporují s terapií, a i s následnou realitou. Jak je již zmíněno v kapitole 11.5, takové situace se týkají především v nepřiměřenosti nároků na pacienty a v nepřiměřeném bodovacím systému. ČTTP1 zdůrazňuje nedostatek času na individuální potřeby pacientů, na které aktuální nastavení léčebného řádu nedokáže flexibilně reagovat. Na druhou stranu, ČTTP2 v této kategorii zdůrazňuje hektičnost programu a nedostatek soukromí a sociálního zázemí pro pacienty, které může vést k diskomfortu. V případě introvertnějších povah pacientů ČTTP2 zmiňuje tuto oblast za

nejvíce problematickou. Dále otevřeně mluví o tom, že tlak, který je vyvíjen pacienti potřebují někdy vstřebat v klidu a v soukromí, kdy pro to však nemají tolik příležitostí.

Velkým tématem v souvislosti nastavení léčebného programu byly z pohledu respondentů povolené mobilní telefony, jejichž užívání je regulováno pouze na dobu osobního volna, tj. mimo povinný program. Respondenti se shodují na tom, že mobilní telefony zapříchují nedostatečné navazování „zdravých“ vztahů mezi členy komunity a utíkají mimo realitu. Kromě toho mohou být takřka „neomezeně“ ve spojení s vnějším světem, což pro terapii a léčbu není vždy žádoucí. Respondenti situaci s mobilními telefony přirovnávají k několikaletému období, kdy byly mobilní telefony v zařízení zakázané a zmiňují odlišné fungování všech členů. Zmiňují především větší angažovanost v léčbě, navazování vztahů a kontrolu například u osob s dg. patologického hráčství.

Respondenti vidí limity také v nedostatku personálu, a to jak v případě lékařů, terapeutů, tak středního zdravotnického personálu. O tomto tématu respondenti hovoří především v souvislosti s individuálním přístupem k pacientům, který je mimo jiné z důvodu nedostatku času omezen.

11.7 Návrhy intervencí pro pacienty v iniciační fázi léčby jako prevence drop-outu

Respondenti navrhli několik možných intervencí, které by mohli sloužit jako prevence vůči předčasným ukončením léčby. Jak je již patrné z výše uvedených informací, oba respondenti se shodují na zavedení osobního přístupu k pacientům, k jejich potřebám a především k jejich možnostem, mimo to ČTTP1 navrhuje zavedení možnosti individuálních sezení s pacienty, mimo jiné pro navázání terapeutického vztahu.

Oba respondenti nezávisle na sobě navrhují zjednodušení a razantní zkrácení léčebného řádu a redukci nadbytečných pravidel, kromě toho respondent ČTTP2 navrhuje důkladnější práci s nově přichozími pacienty a důkladné vysvětlování základních pravidel chodu oddělení. S tím souvisí i návrh zvýšení časové dotace pro adaptaci v komunitě, se kterou se částečně ztotožňuje i respondent ČTTP1 a navrhuje navýšit tzv. „dobu hájení“, jinými slovy období, kdy je pacient hájen před udělováním trestných bodů. Důrazně zmiňuje, že delší doba hájení by se neměla týkat základních a kardinálních pravidel.

Respondent ČTTP1 navrhuje zmírnění vyvíjeného tlaku na pacienty, a to ve stylu komunikace. Navrhuje odklon od přílišného konfrontačního přístupu k partnerskému. S oblastí komunikace souvisí i návrh výraznější podpory ve vyjadřování názorů, i vůči personálu, a zmírnil se tak strach z „pomsty“. Dále také navrhuje zavedení garantů z řad „služebně starších“ pacientů pro nově přichozí pacienty na nějakou omezenou dobu. ČTTP2 navrhuje důkladnější práci s motivací, a to již od příjmového oddělení po celý čas léčby.

V neposlední řadě respondent ČTTP1 navrhuje návrat k prezenčním objektivním anamnézám s rodinou a blízkými pacienta a navázání tak lepšího vztahu s rodinou, což

vnímá jako důležitý aspekt v léčbě pacienta, dále pak navrhuje zavedení v rodinné terapie do programu.

12 Diskuse

Tato kapitola představuje přehled a následnou diskusi hlavních výsledků studie. Cílem této studie bylo zmapovat a popsat faktory, které vedou pacienty střednědobé ústavní léčby k předčasnému ukončení léčby na vlastní žádost. Studie se zaměřila jak na faktory na straně pacienta, tak i na faktory na straně zdravotnického zařízení.

Studie dále zkoumala nastavení léčebného programu, zda sám o sobě není příčinou drop-outu, potřeby pacientů, které by vedly k setrvání v léčbě a v neposlední řadě také na popsání společných charakteristik všech pacientů. Kromě postojů pacientů se studie zaměřila na postoje terapeutického týmu směrem k drop-outům a k nastavení léčebného programu. Studie také mapovala možné návrhy intervencí směrem k drop-outům v iniciační fázi léčby.

12.1 Diskuse výsledků výzkumu

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké důvody vedou pacienty k rozhodnutí předčasně ukončit střednědobou ústavní léčbu. Z důvodu rozsáhlosti tématu byly stanoveny i dílčí cíle, kterých bylo celkem šest.

Prvním dílčím cílem bylo **zmapování nastavení léčebného programu a zda samotný program není důvodem drop-outu**. Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že nastavení léčebného programu může být důvodem drop-outu. Dle metanalýzy Kellyho a Greene (2014), která zkoumala nastavení léčebných programů, délky léčby a dokončení léčby závislostí potvrzují, že samotné nastavení programu a terapeutické faktory, jako jsou například nízká úroveň empatie a podpora autonomie ze strany zařízení může mít vliv na rozhodnutí předčasně ukončit léčbu. Dále uvádí, že delší trvání léčby je spojeno s vyšším výskytem drop-outů. Respondenti uvádí kombinaci více faktorů z různých oblastí, většina respondentů však ve svých výrociích zmiňuje organizaci terapeutického programu.

Nejčastěji byla zmiňována *absence individuálního přístupu* ze strany personálu zařízení směrem k jinakostem každého jednotlivce a s tím související *absence individuální terapie* v rámci programu zařízení. Studie Titus a kol. (2008) zmiňují, že individuální terapie může hrát důležitou roli v rámci terapeutických komunit a přispívat k lepším výsledkům léčby. Díky individuální terapii se otevírá možnost individuální podpory a zaměření se na specifické potřeby klientů a práci na osobním růstu a změně. Naproti tomu nebyla nalezena žádná studie, která by přímo prokázala způsobování škod individuální terapií v rámci terapeutických komunit. Většina studií se zaměřuje na hodnocení účinnosti vlivu různých terapeutických přístupů, ale nepřináší důkazy o škodlivosti individuální terapie v tomto systému. Každá terapeutická forma práce přináší své specifické výhody a omezení.

V případě terapeutických komunit se zaměřením na skupinovou a komunitní terapii je individuální terapie více doplňkovou a podpůrnou formou.

V zařízení, kde probíhala výzkumná část práce, se k individuálním terapiím v rámci nastavení programu staví ne příliš otevřeně a vlídně, především z důvodu obav o narušování skupinové dynamiky. Individuální pohovory jsou v zařízení možné zpravidla mezi programy a v osobním volnu pacientů, vždy však po omezený čas. Pokud není individuální terapie správně integrována do celkového skupinového terapeutického procesu, a nejsou tak sdíleny témata se skupinou, může to vést k pocitu nedůvěry a narušit tak skupinovou dynamiku. Zisky individuální terapie však převažují nad možnými riziky. Z velké části je terapeut schopen koordinovat individuální a skupinovou terapii a zajistit do jisté míry transparentnost pacientů ve skupině.

Dalšími důvody, které respondenti zmiňovali v souvislosti s nastavením léčebného programu, byly *přísný režim a bodovací systém*. Rezoon a kol. (2013) ve své studii prokázal vysokou účinnost bodovacího systému v léčbě závislostí především při zvyšování motivace, dodržování pravidel léčby a posilování pozitivního chování, to však v případě udělování kladných bodů. Důležitým faktem je, že účinnost bodovacího systému je ovlivněna mnoha faktory, včetně individuálních charakteristik pacientů a konkrétního nastavení bodovacího systému. Aby mohl být bodovací systém efektivní, je důležité ho přizpůsobit individuálním potřebám pacientů.

Za efektivní nastavení bodovacího systému se považují *jasná a srozumitelná pravidla*, kdy by měl být bodovací systém zcela *transparentní a srozumitelný*. Pravidla by měla být jednoduchá a jasně definovaná, aby pacienti věděli, za co konkrétně trestné body získávají. To jednoznačně přispívá k posílení struktury a prediktabilitě systému. Z výroků pacientů léčebný řád není srozumitelný a pravidla jsou pro ně těžce uchopitelná. Dále by efektivní bodovací systém měl být pro pacienty *motivující a atraktivní*, ať už v jakékoli formě. Například ve formě privilegií – více volného času (který pacienti také mimochodem hodnotili jako nedostatečný), navýšení možných propustek, aj. či ve formě slovního uznání nebo pochvaly. Respondenti uvádí, že bodovací systém vnímají pouze jako formu represe.

Výraznou oblastí byla *nedostatečná flexibilita v léčebném programu* a zároveň *neschopnost reagovat na potřeby a preference pacientů*. Pollack a kol. (2006) zmiňuje, že změny v léčebných programech, které zahrnují větší flexibilitu v poskytování služeb, se zpřístupňuje a vytváří se prostor pro přizpůsobení se individuálním potřebám. Zároveň také jeho studie prokázala důležitost komplexnosti nabízených služeb, které jednoznačně zlepšují výsledky celé léčby. I přesto, že léčebný program zařízení disponuje lékařskou, psychoterapeutickou, psychologickou, adiktologickou a zdravotně-sociální podporou, někteří respondenti nabyli dojmu, že nastavení léčebného programu není dostatečně reagující na individuální potřeby a nevidí prostor pro změnu a diskusi s terapeutickým týmem.

Závěrem tohoto dílčího cíle je zapotřebí zmínit, že ne všichni pacienti nastavení léčebného programu kritizovali. Ve studii byli zařazeni i pacienti, kteří léčbu v tomto zařízení absolvovali již po několikáté, a s jejím nastavením jsou spokojeni a nic by mu nevytkli. To vede k potvrzení faktu, že to mimo jiné závisí na osobnostních charakteristikách pacientů.

Druhým dílčím cílem bylo **popsání potřeb pacientů, které by vedly k setrvání v léčebném zařízení**. Výsledky tohoto dílčího cíle částečně souvisí s předchozím a některé kategorie se vzájemně překrývaly.

Respondenti uváděli, že individuální přístup a především pak individuální terapie jako součást terapeutického programu, by jim pomohla léčebný program dokončit. Tito pacienti hovořili o pocitu nedostatečné podpory ze strany zdravotnického personálu a zároveň nedostatku důvěry k nim. To v průběhu rozhodování o ukončení léčby hrálo zásadní roli. Přes doptávání respondenti uvedli, že možnost navštívit svého terapeuta zvažovali, ale neučinili tak z důvodu nedostatku času mezi programy. Respondenti pro dokončení léčby by potřebovali více času pro adaptaci z příjmového oddělení do komunitního programu. U některých pacientů sehrála roli velké množství tenze a neschopnosti se rychle přizpůsobit pravidlům v komunitě, která jsou přísnější, než na příjmovém oddělení. Respondenti také uvedli, že neměli pocit dostatečné podpory při přechodu z příjmového oddělení do hlavního komunitního programu. Kromě zdravotnického personálu mají toto na starosti tzv. důvěrníci skupin, potažmo celá spoluspráva složená z řad pacientů. Tyto výsledky ukazují na možná nedostatečnou kontrolu plnění povinností celé spolusprávy.

Respondenti také hovořili o zkrácené době léčby, vzhledem k závazkům mimo zařízení. Závazky jsou v této souvislosti myšleny děti a potřeba se o ně starat, či splácení dluhů. Zde bych ráda podotkla, že zařízení, kde výzkum probíhal, je svojí podstatou střednědobou ústavní léčbou a nelze tedy dobu instantně zkracovat. Tato vyjádření respondentů mě však vedou k myšlence nedostatečného předléčebného poradenství a celkově nesprávně zvolen typ léčby pro konkrétního pacienta. Vstupní indikační pohovory adiktologem jsou dnes již běžnou součástí adiktologických služeb, při kterém se zohledňuje mimo jiné vhodnost pacienta do konkrétního typu zařízení. Kalina (2008) hovoří o tom, že správně provedené předléčebné poradenství a správně zvolený typ služby může zabránit předčasně ukončeným léčbám.

Posledním dílčím cílem zaměřeným k pacientům bylo **popsání společných charakteristik pacientů, kteří předčasně ukončili léčbu na vlastní žádost**. Studií zabývajících se rizikovými faktory na straně pacienta v souvislosti s předčasně ukončenými léčbami je poměrně mnoho. Náš výzkum věnoval pozornost především anamnestickým a

sociodemografickým údajům a jejím souvislostem s drop-outem. Studie Scotta a kol. (2005), která mapovala rizikové faktory spojené s předčasným ukončením léčby u uživatelů methamfetaminu dospěla k závěru, že mladší věk, nižší úroveň vzdělání, vyšší závažnost užívání drog a nedostatek motivace.

Naše studie se s rizikovým *faktorem nižšího věku* nemůže ztotožnit, protože dle výsledků je průměrný věk 32,25 let, což ze statistik zařízení je průměrný věk pacienta.

V naší studii se jako rizikový faktor jeví *nižší úroveň vzdělání*. Většina respondentů uvedla jako nejvýše dosažené vzdělání středoškolské bez maturity. Osoby s nižším vzděláním mají často menší povědomí o zdravotních důsledcích závislosti a mají tak omezenější přístup ke komplexnímu porozumění informacím o závislostech a léčbě. Nedostatek informací může ovlivnit jejich schopnost se aktivně zapojit do léčebného procesu a získat tak potřebné dovednosti pro úspěšnou abstinenci.

Ze sledovaných kategorií anamnestických dat se jako rizikový faktor významně jeví *pozitivní psychiatrická rodinná anamnéza*, kterou uvádí drtivá většina respondentů. Moos a kol. (2006) naznačují, že psychiatrické problémy v rodině mohou mít vliv na motivaci jedince, jeho emoční stabilitu a schopnost se vyrovnat s tlaky a stresy spojenými s procesem léčby. To může vést k nižší účasti v léčbě, nižší motivaci ke změně a zhoršení celkového léčebného výsledku. Pozitivní psychiatrická rodinná anamnéza rozhodně není přímým determinantem předčasného ukončení léčby závislostí, ale z výsledků našeho výzkumu ho vnímáme významně rizikovým faktorem, který může ovlivnit motivaci, podporu a emocionální pohodu jedince během léčebného procesu.

Za významné zjištění v naší studii vnímám existenci dluhů. Studie ukázala, že finanční situace je významná v souvislosti s předčasně ukončenými léčbami. Jak je patrné z výše uvedeného textu, výsledky studie shrnují kromě sociodemografických údajů také některé osobnostní charakteristiky, například nedostatečná motivace a nedostatečná angažovanost v procesu léčby, psychické potíže, především v oblasti úzkostí, stresu a depresivní symptomatiky a rodinné a sociální vlivy.

V rámci dílčího cíle **mapování postojů členů terapeutického týmu** k pacientům, kteří ukončili léčbu předčasně, jsme dospěli k významným závěrům. Členové terapeutického týmu souhlasí s tím, že nedostatek informací, se kterým pacienti vstupují do léčby, je problémem. Uznávají, že tento nedostatek není pouze na straně ambulantních lékařů z jiných zařízení, ale pravděpodobně jsou nedostatečně předávány informace ze spádové AT ambulance. Shodují se také v názoru, že důvodem k ukončení léčby může být nevhodně nastavený léčebný program, který nedostatečně zohledňuje potřeby současných pacientů, a také jeho náročnost. Kritizují také nejasnost léčebného plánu a jeho délku. Tyto faktory se shodují s tvrzeními respondentů, kteří léčbu předčasně ukončili.

Porovnání výpovědí respondentů z řad pacientů a členů terapeutického týmu přináší zajímavé závěry. Obě skupiny se obecně příliš neliší. Členové terapeutického týmu si jsou vědomi nedostatků zdravotnického zařízení a shodují se například v potřebě individuální péče v rámci programu. Jsou si také vědomi určitých nedostatků v nastavení léčebného programu a uznávají, že příliš přísný režim, nadměrně striktní bodovací systém a nedostatek volného času ve spojení s obtížnou adaptací jsou důvody, proč pacienti ukončují léčbu předčasně, a jsou to faktory spojené s zařízením.

Tyto zjištění jsou velmi cenná a slibná, protože shoda v názorech otevírá prostor pro diskusi a potenciální změny. **Nastavení léčebného programu z pohledu terapeutického týmu** je hodnoceno respondenty jako funkční a prospěšné, a respondenti podporují efektivitu režimové léčby v oblasti léčby závislostí. Obě skupiny respondentů mají v obecné rovině podobné názory, i když mají určité výhrady. Získané výsledky společně s mapováním postojů členů terapeutického týmu k pacientům, kteří ukončili léčbu předčasně, se značně překrývají a částečně se prolínají. Členové terapeutického týmu vidí nedostatky především ve schopnosti reagovat flexibilně na potřeby pacientů, což přímo souvisí s výpověďmi pacientů. Kritizují také hektičnost programů a nadměrné požadavky kladené na pacienty zejména v první fázi léčby, což bylo také zmíněno jako důvod pro opuštění léčby, a respondenti s tímto názorem souhlasí.

Srovnání obou skupin respondentů přineslo zajímavé výsledky. Ve mnoha oblastech se skupiny přímo shodují a to ukazuje na určité nedostatky v léčebném zařízení. Osobně vnímám velký prostor pro diskusi mezi terapeutickým týmem a vedením ohledně případných změn v programu a přístupu k pacientům.

Závěr

Na základě výše uvedených výsledků lze konstatovat, že tato studie poskytuje důležité poznatky o faktorech, které ovlivňují předčasné ukončení léčby na vlastní žádost. Zjištění naznačují potřebu zlepšení nastavení léčebných programů a přístupu k pacientům, aby byly lépe přizpůsobeny jejich individuálním potřebám. Důležitými faktory jsou flexibilita, individuální péče a poskytování informací a podpory ze strany zdravotnického personálu. Zohlednění sociodemografických charakteristik pacientů, jako je vzdělání a rodinná anamnéza, může také přispět k lepším výsledkům léčby.

Tato studie také zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu a terapie jako součásti léčebných programů. Respondenti vyjádřili potřebu většího času pro adaptaci po přechodu do komunitního prostředí a podporu během tohoto přechodu. Důležitou roli hraje také řešení závazků mimo zařízení, které mohou bránit pacientům v účasti na léčbě.

Výzkum také identifikoval charakteristiky osob, které mají vyšší pravděpodobnost předčasného ukončení léčby. Nižší úroveň vzdělání, pozitivní psychiatrická rodinná anamnéza, nedostatečná motivace a psychické potíže byly spojovány s vyšším rizikem drop-outu.

Výsledky této studie mají praktický význam pro poskytovatele zdravotní péče, kteří se zabývají léčbou závislých pacientů. Na základě těchto poznatků je možné navrhnout intervence a změny v léčebných programech, které budou lépe odpovídat potřebám pacientů a sníží riziko předčasného ukončení léčby. Diskuse a spolupráce mezi terapeutickým týmem a vedením zařízení jsou klíčové pro implementaci těchto změn a zajištění vyšší kvality péče.

Celkově lze konstatovat, že tato studie přináší důležité poznatky o faktorech ovlivňujících předčasné ukončení léčby na vlastní žádost a navrhuje klíčové oblasti pro zlepšení léčebných programů a péče o pacienty. Implementace těchto poznatků by mohla přispět k lepším výsledkům léčby a snížení předčasného ukončení, což by mělo pozitivní dopad na životy pacientů a efektivitu zdravotnických zařízení.

ZDROJE

1. Csémy, L., Kabíček, P., Hamanová, J., & Hellerová, P. (2007). Účinky krátkodobého a dlouhodobého užívání kanabinoidů. *Česko-slovenská pediatrie*, 62(3), 158-170.
2. Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Gavin, D. R., Sobell, M. B., Breslin, F. C., & Whitmore, R. O. (1997). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 22(4), 645-660.
3. Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress Tolerance as a Predictor of Early Treatment Dropout in a Residential Substance Abuse Treatment Facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 729–734.
4. Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), S51-S62.
5. Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2008). Treatment retention and one-year outcomes for residential programs in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(1), 89-98.
6. Haberman, D., Kleber, H. D., & Weiss, R. D. (1992). *Crisis Intervention Groups for Substance Abusers*.
7. Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A. & Petry, N. M. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *The American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>
8. Hawkins et al. (2016). *Partner Involvement in Residential Substance Use Disorder Treatment: A Systematic Review*.
9. Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 411-430.
10. Hubbard, R. L., Craddock, M. L., Saxena, S. K. (2004). The effectiveness of day treatment programs for substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 267-279
11. Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., & Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
12. Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Pre-treatment attrition, retention, and outcome in a residential treatment program for substance dependence.

13. Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový Přístup*. Úřad vlády České republiky.
14. Kalina, K. (2008). *Terapeutická Komunita: Obecný model A jeho Aplikace v Léčbě Závislostí*. Grada.
15. Kalina, K. (2008). *Základy Klinické Adiktologie*. Grada.
16. Kalina, K. (2015). *Klinická Adiktologie*. Grada Publishing.
17. Khazaie, H., Rezaie, L., Shahdipour, N., & Weaver, P. (2016). Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and Program Planning*, 56, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.03.002>
18. Kim, D.-M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16(2), 161–172. doi:10.1080/10503300500264911
19. Kooyman 1993 *The therapeutic community for addicts - Intimacy, parents involvement and treatment succes z r. 1993*
20. Kooyman, M., Leon, G. D., & Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická Komunita Pro Drogově Závislé I.: Vznik a vývoj*. Středočeský kraj.
21. Kooyman, M., Leon, G. D., & Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická Komunita Pro Drogově Závislé I.: Vznik a vývoj*. Středočeský kraj.
22. Kozák, J., Lejčko, J, Vrba, I. a kol., n.d. Opioidy a závislost. *REPRINT, mladá fronta*.
23. Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická Komunita*. Academia.
24. Kratochvíl, S. (1995). *Skupinová psychoterapie V praxi*. Galén.
25. Kratochvíl, S. (1997, 2017). *Základy Psychoterapie*. Praha: Portál.
26. Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
27. Leon, G. D. (1997). Community as method: *Therapeutic communities for special populations and special settings*. Praeger.
28. Leon, G. D. (2000a). *The Therapeutic Community: Theory, model, and method*. Springer Pub.
29. Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (2007). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455>
30. MacKenzie, K.R. and Hagan, T.R. (2004). The Therapeutic factors Inventory: Development and Psychometric Validation Study of the Group Therapy Process Measure. *Psychotherapy Research*. DOI: 1P.1093/ptr/khp006
31. Marlatt GA, Gordon JR, editors. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. *New York: Guilford Press; 1985*.

32. Martinove, M. (2015). Závislosti v DSM-5. *Psychiatria pre prax*, 16(1), 6-8.
33. McKay, J. R. (2005). Predictors of relapse to substance use following residential treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(1), 1-13.
34. McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with Substance Use Disorders. *Addictive Behaviors*, 31(3), 450-460.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.024>
35. McLellan, A. T., & McKay, J. R. (1998). Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of residential treatment for substance abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6), 704-713.
36. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody V psychologickém výzkumu*. Grada.
37. Miovský, M. (Ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
38. Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). *Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders*. *Addiction*, 101(2), 212-222.
39. Morgenstern, J., Hogue, A., Dauber, S., Dasaro, C., McKay, J. R., & ASPIRE Investigators. (2009). Characteristics of individuals screening positive for substance use in a health plan: Prevalence, demographics, health care utilization, and costs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 406-419.
40. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). *Common comorbidities with substance use disorders*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/common-comorbidities-substance-use-disorders>
41. Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami: důsledky pro prevenci i léčbu* [The relationship between alcohol and other addictive substances: implications for prevention and treatment]. Praha: Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR
42. Nevšímal, P. (2007). *Terapeutická Komunita Pro Drogově Závislé II.: česká praxe*. Středočeský kraj.
43. Nordheim, K., Walderhaug, E., Alstadius, S., Kern-Godal, A., Arnevik, E., & Duckert, F. (2018). Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qualitative social work : QSW : research and practice*, 17(1), 24-40.
<https://doi.org/10.1177/1473325016654559>
44. Olecká, I., a Ivanová, K. (2010). *METODOLOGIE VĚDECKO- VÝZKUMNÉ ČINNOSTI*. Masarykova univerzita . Dostupné z: September 4, 2022, from https://is.muni.cz/el/phil/podzim2015/MVK_23/um/54991882/Methodologie_ved_ecko-vyzkumne_cinnosti.pdf

45. Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change*. Lambert Academic Publishing.
46. Rosenblum, A. Marsch, L.A., Joseph, H., Portenoy, R. K. (2008). *Complications of addiction treatment in patients with co-occurring chronic pain and opioid Drug and Alcohol dependence*, 94(1-3), 11-18.
47. Růžička, J. (2011). *Komunitní a Skupinová psychoterapie V české perspektivě*. Triton.
48. Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2005). *Pre-treatment dropout predictors among treatment-seeking methamphetamine users*.
49. Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 357–368. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.2.357>
50. Simpson, D. D., & Joe, G.W. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 89-97.
51. Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 294-307.
52. Şimşek, M., Dinç, M., & Ögel, K. (2018). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: A cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 446–454. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1505283>
53. Stuart, A. M., Baker, A. L., Denham, A. M. J., Lee, N. K., Hall, A., Oldmeadow, C., Dunlop, A., Bowman, J., & McCarter, K. (2020). Psychological treatment for methamphetamine use and associated psychiatric symptom outcomes: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 109, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.09.005> Relapse and Relapse Prevention
54. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). *Treatment improvement protocols*. Retrieved from <https://www.samsha.gov/treatment-improvement-protocols>
55. Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559.
56. Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., Libiger, J. (2008). *Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby*. Čes. A Slov. Psychiat., 104(5), 230-235.
57. Tull, M. T., Gratz, K.L. (2012). Department of psychiatry and Human Behavior, *University of Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi, USA 39216*

58. Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. et Farmer, R. (2008). *Prevence relapsu pro závislá chování – manuál terapeuta*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK.
59. Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. et Farmer, R. (2008). *Prevence relapsu pro závislá chování – manuál terapeuta*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK.
60. Wierzbicki, M. (2011). The dropout rate from psychotherapy with different mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 647-661.
61. Wilson, M., & Sperlinger, D. (2004). Dropping out or dropping in? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(2), 220–237. <https://doi.org/10.1080/14749730410001700705>
62. Yalom, I. D., Leszcz, M., Drábková, H., & Hajný, M. (2021). *Teorie a Praxe Skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
63. Yalom, I.D. a Leszcz M. (2005) Therapeutic Factors in Group Psychotherapy, A Review of the literature. *The American Journal of psychotherapy*. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2005.593.271
64. Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., & Martin, D. J. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114-124.
65. Kelly, J. F., & Greene, M. C. (2014). Influence of therapist behaviors, treatment duration, and treatment completion on outcomes from individual motivational interviewing sessions: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 615-623
66. Titus, J. C., Dennis, M. L., Lennox, R. D., & Scott, C. K. (2008). Evidence-based practices in substance abuse treatment: Review and recommendations for public policy. *Health Policy*, 88(1), 13-26.
67. Moos, R.H., a Moos, B.S. (2006). *Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders*. *Addiction*. (101(2), 212-222

Seznam příloh

- Příloha č. 1 – Osnova polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha č. 2 – Informace pro pacienty a informovaný souhlas
- Příloha č. 3 – Souhlasné stanovisko etické komise

Přílohy

Příloha č. 1 – osnova polostrukturovaného rozhovoru

Pacienti

- 1) Jaké důvody vedly k rozhodnutí předčasně ukončit léčbu
- 2) Co by pacient potřeboval k řádnému dokončení léčebného programu
- 3) Jak pacient vnímá program a jeho nastavení

Terapeutický tým

- 1) Jaké faktory vedou pacienta předčasně ukončit léčbu na vlastní žádost
- 2) Vnímání nastavení léčebného programu směrem k drop-outům
- 3) Intervence, které by mohly pomoci v úvodní části a ve fázi adaptace pacienta na program, případně intervence, které by mohly pomoci jako prevence vůči drop-outům celkově

Příloha č. 2 – Informace pro pacienty a informovaný souhlas

INFORMACE PRO PACIENTY A INFORMOVANÝ SOUHLAS TÝKAJÍCÍ SE OCHRANY OSOBNÍCH ÚDAJŮ V RÁMCI AKADEMICKÉHO VÝZKUMU, jejichž zadavatel/poskytovatel není obchodní firma (nefiremní výzkum)

Název výzkumu: Předčasné ukončení ústavní léčby u pacientů s látkovou závislostí

Hlavní řešitel výzkumu: Bc. Markéta Korbová (roz. Karlová)

Zadavatel/Poskytovatel: Psychiatrická klinika FNHK, LNN Nechanice

Kontaktní údaje pověřence pro ochranu osobních údajů: 495 834 889, e-mail gdpr@fnhk.cz, kancelář č. 117 – budova ředitelství FN HK.

Vážená paní, vážený pane,

udělil/a jste souhlas se svou účastí ve výše uvedeném výzkumu. V tomto samostatném formuláři informovaného souhlasu jsou uvedeny **informace o ochraně osobních údajů** v souladu s obecným nařízením Evropské unie 2016/679 (tzv. GDPR). Toto nařízení přináší nové požadavky též na to, jak v rámci výzkumu mohou být používány Vaše osobní údaje. Dále jsou zde uvedeny informace o účelu výzkumu k diplomové práci.

Informace o výzkumném šetření v rámci diplomové práce

Vědecký výzkum je součástí diplomové práce s názvem Předčasné ukončení ústavní léčby u pacientů s látkovou závislostí. Zpracovávám jej a je veden v rámci studia navazujícího magisterského oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Hlavním cílem výzkumu je zmapovat a popsat faktory, jež vedly pacienty střednědobé ústavní léčby k předčasnému odchodu z léčby na vlastní žádost. Výzkum je orientován na faktory na straně pacientů, tak především na faktory ze strany zdravotnického zařízení.

Potřebná data budu sbírat za pomoci společného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor se bude věnovat 3 oblastem, a to Vašim důvodům, které směřovaly k předčasnému ukončení léčby, dále na Vaše vnímání nastavení léčebného programu v zařízení a na Vaše potřeby, které by vedly k dokončení léčby. Rozhovor bude nahráván na hlasový záznamník. Pro sběr sociodemografických údajů a pro detail popisu abusu a osobní anamnézu využiji systém NIS.

Výsledky této práce mohou podpořit navržené aktivity a intervencí, které budou cílit na prevenci předčasných odchodů z ústavní léčby závislostí.

Řešitelé výzkumu budou zaznamenávat základní informace o Vaší osobě, tzn. jméno, kontaktní údaje, pohlaví, výška, tělesná hmotnost a etnický původ a dále informace o nemocích, které jste prodělal/a, a klinické údaje získané v rámci Vaší účasti ve výzkumu (dále „osobní údaje“). K těmto záznamům mohou mít dle právních předpisů přístup také tyto osoby, které jsou vázány mlčenlivostí:

- oprávněné osoby dohlížející na správnost provádění výzkumu,
- etická komise, která výzkum schválila a jež zajišťuje, aby Vaše práva a Vaše blaho byly ochráněny,
- národní a mezinárodní regulační orgány dohlížející na bezpečnost účastníků výzkumu.

K utajení Vaší totožnosti nebudou záznamy ani vzorky předávané dalším osobám podílejícím se na výzkumu označeny Vaším jménem ani jinými údaji, kterými by bylo možné Vás přímo identifikovat. Budou označeny pouze kódem. Spojit si tento kód s Vaším jménem bude moci pouze řešitel výzkumu a oprávnění pracovníci, a to pomocí seznamu, který bude pouze v řešitelském centru a bude uchován po dobu 15 let. K usnadnění identifikace studijních záznamů může na nich být také zaznamenán Váš rok narození a Vaše iniciály.

Účelem zpracování je vědecký výzkum v oblasti, definované ve Vašem souhlasu s účastí ve výzkumu. Vaše osobní údaje budeme zpracovávat výhradně na základě obou těchto souhlasů.

Informace ohledně Vašich práv:

- Máte právo přístupu a ověřování svých osobních údajů, které má v držení řešitelský tým nebo zadavatel /poskytovatel, a právo na zajištění jejich vymazání nebo opravy, budou-li nepřesné. Za určitých okolností máte také právo vznášet námítky proti způsobu, jakým je s Vašimi osobními údaji nakládáno, požadovat jejich vyřazení, omezit způsoby jejich kopie v digitální formě. Pokud si přejete tato svá práva uplatnit, obraťte se písemně na řešitele výzkumu nebo pověřence pro ochranu osobních údajů. Některé informace mohou však zůstat utajené až do ukončení výzkumu (například je-li srovnáváno použití účinné látky oproti neúčinné, kde jde o tzv. „zaslepení“ výzkumu).

- Pokud máte jakékoliv dotazy nebo připomínky k tomu, jak je s Vašimi osobními údaji v tomto výzkumu nakládáno, obraťte se na řešitele výzkumu, který je odpovědný za další řešení.
- Máte také právo podat stížnost, jak je s Vašimi osobními údaji nakládáno, u nadřízeného orgánu, který má pravomoc dodržování zákona o ochraně údajů vymáhat. Seznam kontrolních orgánů Evropské unie je k dispozici na internetové adrese: http://ec.europa.eu/justice/data-protection/article-29/structure/data-protection-authorities/index_en.html. Máte právo požadovat, aby byly Vaše dosud uchovávané vzorky zlikvidovány.

Další informace

- Výzkumu se můžete účastnit pouze za předpokladu, že se shromažďováním a používáním svých osobních údajů, jak je zde popsáno, vyslovíte souhlas.
- Pokud souhlas nevypravíte, nebude to mít pro Vás negativní dopad. Nebudete se ale moci výzkumu zúčastnit.
- I v případě, že z výzkumu vystoupíte, mohou být údaje, které budou do té doby o Vás získány, dále zpracovány. Do databáze již nebudou získávány o Vás žádné další informace, ledaže k tomu dáte výslovné svolení. Zákon však vyžaduje, aby byly zdokumentovány všechny vedlejší projevy, které se případně mohou následně vyskytnout. Ke zkompletování všech zjištění z výzkumu může být také zaznamenán Váš dlouhodobý zdravotní stav (pokud proti tomu neuplatníte u svého řešitele námitky).

PROHLÁŠENÍ SOUHLASU

Podpisem tohoto formuláře udělíte souhlas se získáváním, používáním a sdílením Vašich osobních údajů, zejména s tím, že:

- pověření zástupci zadavatele/poskytovatele, etická komise a inspektoři kontrolních orgánů mohou mít přímý přístup k Vaším zdravotním záznamům;
- údaje z výzkumu včetně Vašich kódovaných informací mohou být uchovány a později použity pro další výzkum v tomto oboru bádání.
- údaje z výzkumu mohou být pro studijní účely předávány do dalších zemí, včetně zemí, které nezaručují stejnou úroveň právní ochrany osobních údajů jako v Evropské unii. V těchto zemích hlavní řešitel (zadavatel/poskytovatel) zajistí ochranu osobních údajů na stejné úrovni jako je v EU.
- Měl/a jsem možnost klást otázky a s poskytnutými vysvětleními jsem spokojen/a. Se svou účastí v tomto výzkumu dobrovolně souhlasím. Je mi známo, že obdržím stejnopis tohoto podepsaného a datem opatřeného písemného dokumentu souhlasu.

Podpis pacienta/ky

Datum (dd/mm/rrrr)

Jméno pacienta/ky (tiskacím písmem)

OSOBA, KTERÁ SOUHLAS ZÍSKÁVÁ

Řešitel výzkumu je povinen tento formulář informovaného souhlasu podepsat a opatřit datem při témže pohovoru, při kterém formulář podepisuje pacient/ka.

- Pacienta/ku jsem o výzkumu informoval/a a jeho/její otázky jsem zodpověděl/a.
- Pacientovi/ce předávám druhý stejnopis tohoto podepsaného a datem opatřeného informovaného souhlasu.

Podpis hl. řešitele

Datum (dd/mm/rrrr)

Jméno hl. řešitele (tiskacím písmem)

Příloha č. 3 – Souhlasné stanovisko etické komise



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-040/2023

Název práce: **Předčasné ukončení ústavní léčby u pacientů se závislostí**
Druh práce: diplomová
Student: **Bc. Markéta Karlová**
Vedoucí práce: Doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu pro participanta
- informovaný souhlas
- osnova polostrukturovaného rozhovoru
- Stanovisko Etické komise, Fakultní nemocnice Hradec Králové, čj. 202303 P02 ze dne 7.3.2023

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 11. dubna 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 11. dubna 2023

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@lf1.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.lf1.cuni.cz / www.vfn.cz



Klinika adiktologie

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis