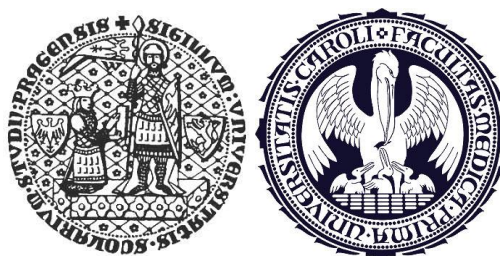


Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lucie Hetzerová

**Zmapování a popis systému léčebných intervencí v zařízení pro léčbu závislostí
Apolinář, se zaměřením na uživatele metamfetaminu**

Mapping and description of treatment interventions in Apolinar treatment facility with focus
on metamphetamine users

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D

Praha

2012

Identifikační záznam

HETZEROVÁ, Lucie. *Zmapování a popis systému léčebných intervencí v zařízení pro léčbu závislosti Apolinář, se zaměřením na uživatele metamfetaminu [Mapping and description of treatment interventions in Apolinar treatment facility with focus on metamphetamine users]*. Praha, 2012, 80 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Studijní program: Specializace ve zdravotnictví, Studijní obor: Adiktologie/ Ústav 1. LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze

jméno a příjmení

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Romanu Gabrhelíkovi Ph.D, za trpělivost a odborné vedení této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedení Kliniky adiktologie – Apolinář za umožnění stáže, načerpání inspirace, nových poznatků pro tvorbu práce a pracovníkům ženského lůžkového oddělení za možnost realizace praktické části práce.

Závěrem bych chtěla poděkovat své rodině za podporu po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

Cílem práce bylo zmapování léčebných intervencí na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář, se zaměřením na uživatelky metamfetaminu. Téma práce bylo zvoleno na základě zjištění absence výzkumů o této problematice. Literatura zabývající se touto problematikou je u nás bohužel sporadická a proto se vycházelo z obecnější literatury k tomuto tématu.

Nebylo zaručeno, že pro výzkum bude na oddělení zastoupeno reprezentativní počet pacientek závislých na metamfetaminu. Rovněž by byla na místě nutnost potřeby souhlasu etické komise při provádění výzkumu s pacientkami. V rámci časových možností se zdálo jako nejeфекtivnější řešení zvolit pro výběr souboru pracovníky ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář, kteří s těmito pacientkami mají zkušenosti. Konečný výzkumný soubor tvořilo 5 účastníků. S pracovníky byla prováděna metoda moderovaného rozhovoru (interview) – v polostrukturované formě. Výzkum byl částečně doplněn analýzou dokumentace a zúčastněného pozorování při pobytu výzkumníka v rámci stáže na oddělení.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že pacientky závislé na metamfetaminu jsou mladé, nezralé, kreativní, impulzivní, s vnější motivací a disociálním chováním. Jedná se většinou o pacientky, které nemají vytvořeny základní životní struktury a vzorce. Pacientky závislé na metamfetaminu zároveň dokážou být agresivní, destruktivní, bezohledné. Neznají pravidla běžného slušného chování či majetkové hranice. Zpočátku trvá vytvoření vazby jak mezi nimi a terapeutickým týmem tak také mezi nimi a ostatními pacientkami. Pokud v léčbě vydrží, mají velice dobré předpoklady pro uzdravení.

Léčebné intervence pacientek se nijak zvlášť neliší od ostatních. Pacientky závislé na metamfetaminu mají stejný léčebný program a platí pro ně stejná práva a povinnosti jako pro ostatní pacientky na oddělení. Mezi možná specifika patří mírnější „nápravná opatření“ ve formě přerušování (tzv. fracionované léčby). Dalším specifikem je větší podpora v nástupu do další komunity, velkorysejší nabídka následné péče, či prodloužení léčby a podpora v hledání zaměstnání.

Klíčová slova

Apolinář, léčebné intervence, metamfetamin, léčebný proces

ABSTRACT

The aim of this work was to map the treatment interventions with woman ward block of the Clinic of addictology – Apolinář, with the focus on users of methamphetamine. The topic of this work was chosen based on the absence of researches with this issue. Literature dealing with this issue in our country is unfortunately sporadic and therefore based on the general literature on this topic.

The representative number of patients with methamphetamine addiction wasn't ensured during the research. The permission by the Ethical Committee would be needed as well. Due to the time limitation the most effective way was to choose the employees of the Clinic of addictology – Apolinar, who have experience with these patients. The final research had 5 respondents. The research included the interviews with the employees and was supported also by analysis of documentation and observation of researcher during her internship.

Based on the research it was found that methamphetamine-dependent patients are young, immature, creative and impulsive, with external motivation and dissocial behavior. These are mostly patients who have developed basic structures and patterns of life. Methamphetamine-dependent patients can also be aggressive, destructive and ruthless. They do not know the rules of proper conduct or common property boundaries. Initially it takes to establish a link between them and the therapeutic team and also between them and other patients. If the treatment lasts are very well placed for recovery.

The medical interventions of patients are not different from the others. Patients addicted on methamphetamine have the same treatment process and have the same rights and obligations as other patients of the ward. The treatment interruption could be the only possibility of their specific measures. Entrance community support, subsequent treatment, prolongation of the treatment or support in finding a job could be other specifics for these patients.

Key words

Apollinar, treatment intervention, metamphetamine, treatment process

OBSAH

I. ÚVOD	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. ZÁKLADNÍ POJMY	10
1.1. Stimulancia	10
1.2. Metamfetamin	10
1.2.1. <i>Metamfetamin v České republice</i>	10
1.3. Léčba	11
1.4. Systém péče v ČR	11
1.5. Střednědobá ústavní léčba	12
1.6. Strukturovaný program.....	12
1.7. Následná péče, doléčování.....	13
1.8. Terapeutický tým	13
2. LÉČEBNÉ INTERVENCE PRO ZÁVISLOST NA METAMFETAMINU	14
2.1. Základní informace	14
2.1.1. <i>Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu v ČR – teoretická východiska</i>	14
2.1.2. <i>Léčba závislosti na metamfetaminu v ČR</i>	14
2.2. Léčba závislosti na metamfetaminu v zahraničí	16
2.2.1. <i>Farmakoterapie</i>	16
2.2.2. <i>Psychosociální intervence</i>	16
2.2.3. <i>Substituce</i>	18
2.2.4. <i>Strategie léčby</i>	19
3. APOLINÁŘ, ODDĚLENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ, KLINIKA ADIKTOLOGIE – APOLINÁŘ	20
3.1. Podstatné mezníky v historii vzniku Kliniky adiktologie – Apolinář v souvislosti se vznikem jednotlivých prvků léčebných intervencí	20
3.2. Současná oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář.....	22
3.2.1. <i>Detoxifikační jednotka</i>	22
3.2.2. <i>Lůžkové oddělení – ženy (LOŽ)</i>	23
3.2.3. <i>Lůžkové oddělení – muži (LOM)</i>	24
3.2.4. <i>Ambulance pro léčbu alkoholové závislosti</i>	25
3.2.5. <i>Středisko pro psychoterapii a rodinou terapii</i>	26
3.2.6. <i>TOXI ambulance (Ambulance 2)</i>	26
3.2.7. <i>Centrum substituční léčby</i>	27

4. LÉČBA ŽEN.....	28
4.1. Úvod do problematiky léčby závislostí žen.....	28
4.1.1. <i>Historie</i>	28
4.1.2. <i>Gender</i>	28
4.1.3. <i>Některé základní bariéry znemožňující ženám vstup do léčby</i>	28
4.1.4. <i>Znaky ženské závislosti</i>	28
4.1.5. <i>Rysy ženské závislosti</i>	29
4.1.6. <i>Léčba žen závislých na metamfetaminu</i>	29
4.2. Odlišnosti v porovnání s muži.....	29
4.2.1. <i>Vývojové odlišnosti</i>	29
4.2.2. <i>Odlišnosti v průběhu léčby</i>	30
4.3. Závěr.....	30
III. PRAKTICKÁ ČÁST	31
5. LÉČEBNÝ ŘÁD ŽENSKÉHO LŮŽKOVÉHO ODDĚLENÍ A JEHO APLIKACE V PRÁCI V RÁMCI LÉČEBNÉHO PROCESU.....	31
5.1. Účel léčebného řádu.....	31
5.2. Terapeutický bodovací systém.....	32
5.3. Důvody k okamžitému propuštění.....	32
5.4. Důvody k přerušení léčby ze strany týmu.....	32
5.5. Podmínka propuštění z léčby.....	32
6. ÚVOD DO PROBLEMATIKY.....	33
6.1. Cíle praktické části.....	33
6.2. Výzkumné otázky.....	33
7. METODY.....	34
7.1. Typ výzkumu.....	34
7.2. Metoda výběru výzkumného souboru.....	34
7.3. Výzkumný soubor.....	34
7.4. Získávání kvalitativních dat.....	35
7.4.1. <i>Analýza dokumentů a statistických dat zařízení</i>	35
7.4.2. <i>Pozorování</i>	35
7.4.3. <i>Metoda moderovaného rozhovoru</i>	36
7.5. Zpracování a fixace kvalitativních dat.....	36
7.6. Analýza kvalitativních dat.....	37
7.7. Etické aspekty výzkumu.....	37

8. PRŮBĚH VÝZKUMU.....	39
8.1. Úvod.....	39
8.2. Harmonogram výzkumu	39
8.3 Cíl výzkumu	40
8.4. Výběr výzkumného souboru.....	40
8.5. Získávání dat.....	41
8.5.1. <i>Analýza dokumentů</i>	41
8.5.2. <i>Pozorování</i>	42
8.5.3. <i>Rozhovory</i>	42
8.5.4. <i>Metody kontroly validity</i>	43
8.6. Provedení, zpracování a analýza dat	43
8.7. Interpretace výsledků	44
8.7.1. <i>Popis a vlastnosti pacientek závislých na metamfetaminu</i>	45
8.7.2. <i>Dodržování léčebného řádu</i>	45
8.7.3. <i>Celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami</i>	46
8.7.4. <i>Vytvoření terapeutického vztahu a spolupráce pacientek v rámci průběhu léčby</i>	47
8.7.5. <i>Specifika v léčebném programu pro pacientky závislé na metamfetaminu</i>	48
8.7.6. <i>Základní léčebné intervence na ženském lůžkovém oddělení pro pacientky závislé na metamfetaminu</i>	48
8.7.7. <i>Rodinná terapie</i>	49
8.7.8. <i>Následná péče a doléčování</i>	51
9. DISKUSE.....	53
IV. ZÁVĚR	58
V. POUŽITÁ LITERATURA	59
VI. PŘÍLOHY	64

I. ÚVOD

Je známo, že náš život ať už chceme nebo nikoliv, ovlivňují různé druhy sociální patologie. Můžeme být přímo jejich účastníky, můžeme jim být svědky, mnohdy se však snažíme jen marně uniknout. Těm poskrovnu osvěceným je rovněž známo, že přílišný konzervatismus a distancování se od této problematiky především škodí „uzdravení“ jedinců a celkové společnosti.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na Kliniku adiktologie – Apolinář, léčebné zařízení, které bylo založené v roce 1948 Jaroslavem Skálou, jež zde vytvořil místo pro léčbu jedinců (tehdy pouze mužů) závislých na alkoholu a především nevšedními, často pokrokovými technikami z těchto lidí utvářel abstinenty. Na tehdejší dobu se to zdálo být dosti revoluční způsoby, ale zajisté měly něco do sebe. Převážná část z nich totiž přetrvává nejenom v tomto, ale i v dalších zařízeních léčebné péče, dodnes. Jde zejména o spojení zásad terapeutické komunity s behaviorálními přístupy - náročný program (pracovní a zátěžové programy), pravidelná shromáždění komunity, individuální a skupinová psychoterapie, rodinná terapie.

Prostřednictvím této práce jsem si kladla za cíl alespoň částečně zmapovat léčebné intervence na tomto oddělení, včetně samotného procesu léčby (se specifikacemi u pacientky závislé na metamfetaminu). Jelikož je historie metamfetaminu spojena s českou drogovou scénou tak jako je Apolinář historicky zapředen do systému léčebné péče, zaujala mne problematika žen závislých na metamfetaminu a jejich zastoupení na lůžkovém oddělení nejen z tohoto důvodu.

V teoretické části bakalářské práce jsou popsány základní pojmy, dále je věnován prostor popisu léčebných intervencí pro uživatele metamfetaminu, a to jak u nás, tak i v zahraničí. Rovněž jsou zde rozepsány podstatné historické mezníky vzniku Kliniky adiktologie – Apolinář a její nynější struktura s jednotlivými složkami a jejich léčebnými intervencemi, přičemž je zde největší prostor věnován právě ženskému oddělení. Závěr teoretické části je tematicky zaměřen na ženy v léčbě. Vše je koncipováno tak, aby teoretická část utvořila výchozí a ucelený vhled do problematiky, která je rozebrána v následující části práce.

Praktická část se věnuje analýze získaných dat v kvalitativním výzkumu, pomocí rozboru dokumentů, pozorování a rozhovorů s pracovníky ženského lůžkového oddělení. Veškerá data jsou ošetřena dle etických aspektů práce.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁKLADNÍ POJMY

1.1. Stimulancia

Stimulancia (též „psychostimulancia“) jsou látky, které působí na centrální nervovou soustavu tak, že ji aktivují, povzbuzují nebo zvyšují nervovou činnost (Kalina et al., 2001). Mezi hlavní zástupce této skupiny patří amfetamin, pervitin (neboli metamfetamin) a kokain, méně typickým zástupcem je extáze (Minařík, 2003).

1.2. Metamfetamin

Podle EMCDDA & Europol (2010) je globální rozšíření metamfetaminu pravděpodobně důsledkem působení několika faktorů, a to jak současných, tak zejména historických. Metamfetamin má od prvotní syntézy efedrinu (Akira Ogata, Japonsko) v roce 1919 pestrá využití – od legálně pokusné látky, která se používala jako lék, přes využití jako stimulant – látku, která zvyšovala výkon vojáků ve druhé světové válce. Na konci 40. let 20. století byl metamfetamin zákonem přípustnou látkou a často předepisovaným lékem. Od 70. let je užívání a výroba metamfetaminu nelegální. Začátkem let devadesátých jeho obliba v některých částech světa dramaticky roste, v některých částech světa tato záliba trvá až do současnosti.

1.2.1. Metamfetamin v České republice

Podle „mluvené historie“ tradičních českých uživatelů drog se hlavní éra drogové scény začala odvíjet na začátku roku 1970, v té době se v České republice začal vyrábět metamfetamin nelegálně a tzv. „podomácku“ (Zábranský, 2007). Hlavním představitelem této pražské skupiny byl muž s přezdívkou „Freud“. „Freud“, který dokončil několik semestrů chemie na technické univerzitě, se tak dostal ke znovuobjevení jednoduchého procesu výroby metamfetaminu díky upravenému chemickému vzorci za pomoci chemických činidel. Rovněž identifikoval volně dostupná léčiva, která obsahovala vysoké množství efedrinu, což byl vlastně taktéž prekurzor pro výrobu této drogy. Nezáleží na tom, zda byl „Freud“ prvním či jedním z prvních „vařičů“ metamfetaminu u nás nebo nikoli. Důležité bylo, že se výroba metamfetaminu okamžitě rozšířila do ostatních končin a pro Českou republiku to znamenalo novou etapu v historii drogové scény. (Zábranský, 2007)

Před rokem 1990 byla hlavním zdrojem drog domácí produkce a česká drogová scéna měla tyto charakteristické rysy: neexistoval trh v pravém slova smyslu s vyhraněnou stranou nabídky a poptávky, dále existovala jen malá skupina uživatelů, která byla sdružena do intimních a tradičně uzavřených a nepropojených skupin, kde probíhala produkce, distribuce a spotřeba a v neposlední řadě, kdy šíření drog mělo malý záběr a rozsah a kdy by se vše toto dalo nazvat jakýmsi systematickým rituálem (Bém, Kalina & Radimecký, 2003). Přes zcela uzavřenou drogovou scénu před r. 1990 se přes tu polootevřenou pomalu dostáváme až k otevřené drogové scéně a k současnosti, kdy křivka nárůstu užívání metamfetaminu již tak strmě nestoupá a zejména v Praze se spíše stabilizuje. Mezi začínajícími uživateli se více než dříve objevují neinjekční formy aplikace, avšak obvykle z úsporných důvodů přecházejí tito uživatelé stále častěji na injekční způsob aplikace (Bém, Kalina & Radimecký, 2003).

I nadále však metamfetamin zaujímá prvenství mezi drogami, co se týče jejich užívání a zneužívání - vyrábí ho tuzemští výrobci zejména v malých domácích laboratořích (většinou z léčiv obsahujících pseudoefedrin dovážených hlavně z Polska), droga je určena stále a především pro domácí trh, přičemž je menší část produkce vyvážena do zahraničí, převážně do Německa (Mravčík et al., 2011).

1.3. Léčba

U závislosti se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu (Kalina et al., 2001). Léčba využívá řady metod či přístupů (farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie). Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční; rozdělením podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá (Kalina et al., 2001).

1.4. Systém péče v ČR

Pod pojmem systém péče si můžeme představit navzájem propojené programy a služby (bez nutnosti přílišné konkurence), které odpovídají na rozmanité potřeby klienta v různých etapách jeho pouti k „normálnímu“ životu, životu bez drog (Kalina et al., 2001). V současné době, jak uvádí Bém (2003), je v České republice vytvořen poměrně kompaktní systém péče (sít' sociálních, léčebných a poradenských služeb) pro uživatele návykových látek. Vývoj tohoto systému se odvíjel od bezprostředních potřeb uživatelů návykových látek. Jednotlivé komponenty systému odpovídají potřebám klientů, kteří se nacházejí v různém stupni rozvoje závislosti. Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií jak ve sféře kvalitativní

(komplexnost, provázanost a efektivita systému péče), tak i v oblasti kvantitativní (dostupnost a rozsah systému péče).

„Za základní složky či součásti systému péče se pokládají:

1. *Terénní a nízkoprahové služby;*
2. *Ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích;*
3. *Ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá;*
4. *Dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách;*
5. *Doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod.;*
6. *Dlouhodobé – udržovací substituční programy (Kalina et al., 2001, p. 105).“*

1.5. Střednědobá ústavní léčba

V České republice poskytují převážně střednědobou ústavní léčbu, která obvykle trvá 3-6 měsíců, specializovaná oddělení psychiatrických klinik nebo léčeben, přičemž je dolní hranice stanovena na 3 měsíce se zároveň považuje za minimální čas pro dosažení trvalejšího účinku léčby (Dvořáček, 2003). Toto léčebné spojení zároveň dovoluje společné zaměření na tělesné i psychické problémy pacienta, které jdou ve většině případů ruku v ruce s jeho diagnostikovanou závislostí. Jak uvádí Dvořáček (2003) střednědobá ústavní léčba využívá různé metody a formy, jež vychází ze základního principu tzv. Skálova neboli apolinářského modelu. Jedná se zejména o strukturovaný program, který v sobě zahrnuje například komunitní setkání, relaxační techniky, arteterapii, pracovní terapii, individuální a skupinovou psychoterapii, rodinnou a partnerskou terapii apod. Nezbytnou součástí programu je samotný režim a pravidla, která se týkají odměn a sankcí. Mnohdy se v takovémto léčebném společenství, jež poskytuje bezpečné a smysluplné prostředí pro terapii, interakce a zpětnou vazbu, využívá bodového systému jako nástroje hodnocení průběhu léčby. Mezi základní cíl léčby patří samozřejmě abstinence od návykových látek.

Dle Richterové-Těmínové (2008) prvotním impulzem k dosažení abstinence bývá změna životního stylu a celková stabilizace klienta s realistickým náhledem na svoji závislost a její důsledky. Další a neméně důležitou složkou je motivace a zejména její zvnitřnění. Rovněž identifikace běžných norem chování a zvládnání strategie prevence relapsu patří mezi cíle léčby.

1.6. Strukturovaný program

Smyslem strukturovaného programu je nabídka komplexního systému podnětů, které by měly působit na různé složky osobnosti jedince s cílem navodit změnu v jeho chování a sebepojetí (zahrnující hlavně změnu postojů a očekávání vůči sobě samému). Strukturovaný program je

v mnoha případech součástí léčebného programu, který by měl být rozvržen do 5 pracovních dnů v rozsahu minimálně 20 hodin. Tento program má následující charakteristiky - přesný časový rozvrh, soubor pravidel včetně případných sankcí, vyvážené složení programu – skupinové, sportovní, kulturní, klubové, pracovní aktivity apod. (Kalina et al., 2001)

1.7. Následná péče, doléčování

Kuda (2008) zmiňuje fakt, že provázanost léčebného působení by měla trvat i při předávání klientů do programů následné péče. Je tedy velmi výhodné, když programy (například ústavní léčba) spolupracují s centry následné péče (například ambulantní doléčovací program), přičemž další výhodou (a to zejména pro klienta) je – mají-li tyto programy podobně stavěnou strukturu. Často se totiž setkáváme s nespoluprací různých organizací, kdy mezi nimi komunikace a spolupráce vážně. Klient vkráčí jaksi do neznáma, což se samozřejmě dříve nebo později odrazí na celkovém léčebném procesu. Přejít z léčby do následné péče by měl být krokem kupředu a nikoli zpět, co se týče procesu léčby klienta. Za následnou péči můžeme považovat veškeré léčebné intervence, které následují po detoxifikační fázi v systému péče o drogově závislé. Tento proces se týká zejména podpory a udržení abstinence. Dalším důležitým bodem je, aby klient dosáhl celkové sociální reintegrace do normálního života.

1.8. Terapeutický tým

Drogové závislosti jsou podle Bartoškové (2003) vždy problémem multifaktoriálním, a proto by se také zvládání problémů s drogami mělo odehrávat v různých rovinách. Nestačí využívat specializace jen jedné profese a je vždy výhodou, pokud se může utvořit tým složený z lidí různého zaměření. Nejen proto se považuje spojení zdravotnického pracovníka, psychoterapeuta, laického a pracovního terapeuta, spolu se sociálním pracovníkem za podstatné. Multidisciplinární složení týmu by nemělo být opomíjeno. Základní charakteristika týmu vyplývá především ze sdílení společného cíle, vize, vzájemného respektu k poslání a rozhodnutí týmu a hlavně k sobě samým. Důležitým aspektem je spolehlivost vůči druhému a vzájemná důvěra s jasným stanovením hranic, pravomocí a zodpovědností. Tým má své vedení a každý má v týmu své místo, přičemž je podstatným předpokladem individuální přínos člena pro ostatní v týmu. Prevencí syndromu vyhoření a nutností dobrého a kvalitního fungování týmu celkově je pravidelná supervize.

2. LÉČEBNÉ INTERVENCE PRO ZÁVISLOST NA METAMFETAMINU

2.1. Základní informace

V roce 2010 se zvýšil počet problémových uživatelů pervitinu na 28 200, přičemž bylo běžné soudobé užívání pervitinu a opiátů (Mravčík et al., 2011). Počet smrtelných předávkování pervitinem (18 případů) setrval na shodné úrovni jako v roce 2009 (Mravčík et al., 2011).

2.1.1. Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu v ČR – teoretická východiska

V roce 2010 vyhledalo léčebné služby 9005 uživatelů drog, tj. přibližně o 200 osob více než v roce předešlém (Mravčík et al., 2011). Mezi všemi klienty léčenými v průběhu roku dominovali opětovně uživatelé stimulancií, kteří byli nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli - 5 662 osob, tj. 62,9 % (Mravčík et al., 2011). Samotný pervitin uvedlo jako primární drogu 2 933 osob, tj. 67,2 % (oproti roku 2009 nárůst o 307 osob, tj. 6,4 %) (Studničková & Petrášová, 2011). Poměrně vysoký byl podíl žen mezi uživateli stimulancií - 34,2 % (Studničková & Petrášová, 2011). Mezi žadateli o prvoléčbu, byla opět nejčastěji užívanou skupinou drog stimulantia, a to celkem 2 945 osob, tj. 67,5 % ze všech nově evidovaných klientů (Studničková & Petrášová, 2011).

Typickým léčeným klientem v r. 2010 tak byl, podobně jako v r. 2009, nezaměstnaný muž české národnosti mezi 25 a 30 lety, s dokončeným základním vzděláním, z Prahy či středních Čech, se stálým bydlištěm, žijící sám či s rodiči a užívající stimulantia (pervitin) – užívající drogu několikrát týdně, převážně injekčně (Mravčík et al., 2011).

2.1.2. Léčba závislosti na metamfetaminu v ČR

Hlavní charakteristika léčby závislosti na metamfetaminu je následující – tato léčba je vedena pouze abstinenci formou s možnou podporou farmakoterapie, přičemž ani u vlastní závislosti na metamfetaminu, ani u převážné většiny doprovodných psychopatologií nelze počítat s její větší podporou (Gabrhelík et al., 2010). Výjimečně a podpůrně lze podávat hypnotika či antidepresiva, u psychotických poruch jsou indikována neuroleptika (Bayer, 2003).

„Léčebné intervence u závislých zahrnují širokou škálu poradenských přístupů, ambulantní a intenzivní ambulantní léčby, léčby ústavní i léčbě rezidenční v terapeutické komunitě (Minařík, 2003, p. 167).“

Hampel (2003) uvádí, že je ambulantní léčba uskutečňována zejména v ordinacích AT - pro prevenci a léčbu závislostí a v denních stacionářích. Provoz AT ordinace je zajištěn v pracovních dnech (o víkendech a svátcích dle potřeby). Přístup do AT ordinace mají jak problémoví uživatelé, tak experimentátoři, konzumenti, či víkendoví uživatelé. Dalšími návštěvníky AT ordinace jsou rodiče, příbuzní a další osoby, které jsou ve styku s jedincem,

který má problémy s návykovou látkou (alkohol, tabák, léky, ilegální drogy, inhalační drogy). Mezi základní léčebné intervence patří po odebrání anamnézy především psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná), farmakoterapie (slouží k léčbě komplikací, které vznikly při užívání drog či případných doprovodných onemocnění) a socioterapie (usiluje o návrat pacienta do společnosti). AT ordinace představují základní článek zdravotní péče o závislé a uživatele návykových látek.

Kalina (2003) ambulanci léčbu závislostí uskutečňovanou například v denních stacionářích považuje za velice náročnou. Její náročnost se ale vyplácí. Klient se totiž naučí žít už během léčby v přirozeném prostředí, lépe dokáže rozpoznat rizikové situace a následně se jim tak v budoucnosti vyhnout. Mezi základní charakteristiky a principy těchto zařízení patří zejména strukturovaný program, který obsahuje přesný soubor pravidel s časovým rozvrhem. Jedná-li se o denní stacionář s léčebným programem typu „léčba vedoucí k abstinenci a změně životního stylu“, je potom program obdobný jako v jiných léčebných zařízeních. Program pak obsahuje prvky komunitního setkání, skupinové terapie, individuální terapie a poradenství, sociální práce, pracovní terapie a klubové a volnočasové aktivity.

Ústavní léčba je realizována ve zdravotnických zařízeních (v psychiatrických léčebnách a na odděleních nemocnic pro léčbu závislostí), je střednědobého charakteru (tj. s délkou 3 až 6 měsíců) a využívá řady prvků terapeutických komunit, například režimové prvky a pravidla, komunitní setkání či skupinovou psychoterapii (Richterová-Těmínová, 2008).

Richterová-Těmínová (2003) zmiňuje, že rezidenční léčba v terapeutických komunitách, které jsou většinou organizace nestátní, má oproti předchozímu typu léčby dlouhodobější charakter (cca 6-18 měsíců). Pobyt v terapeutické komunitě je strukturován do 4 fází. Cílovou populací jsou osoby závislé na nealkoholových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti a s těžším psychosociálním nebo somatickým poškozením (často s kriminální anamnézou). Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu. Režim je tvořen souborem pravidel programu (povinnosti klientů, způsoby hodnocení, sankce a ocenění). Mezi jednotlivé aktivity programu terapeutické komunity patří skupinová terapie, individuální terapie, rodinná terapie, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity a sociální práce. Terapie se zaměřuje hlavně na vývoj osobnosti a emoce, na chování, duchovní rozměr osobnosti a etiku. Klient postupně v programu dosahuje změn v sebepojetí. Osobní růst mu umožní, aby si žádoucí změny udržel a zachoval i po odchodu z prostředí terapeutické komunity.

Podle Gabrhelíka et al. (2010) narůstá v posledních letech zájem o problematiku substituce pro uživatele stimulancí. Bohužel v České republice doposud nenalezneme tento způsob

léčby závislosti na metamfetaminu a jiných stimulantech. Tento druh substituční léčby doposud není mezi schválenými způsoby léčby a rovněž není známa skutečnost, která by dokazovala, že by k tomuto typu léčby v budoucnosti přihlíželo. V České republice se problematice substituce zatím nikdo z odborníků podrobně nevěnoval. Můžeme se ale ovšem setkat s předepisováním metylfenidátu - pod názvem Ritalin® a Concerta® (tablety s postupným uvolňováním) či Bupropionu (antidepresivum). Názory některých odborníků dokonce směřují i k tomu, že substituční léčbou lze dosáhnout abstinence, která může trvat i po skončení léčby.

2.2. Léčba závislosti na metamfetaminu v zahraničí

2.2.1. Farmakoterapie

Studie, kterou provedl Newton et al. (2006), potvrdila, že žádné specifické léky, které by snížily zneužívání metamfetaminu nebo prodloužily abstinenci, nejsou sice k dispozici. Existuje však řada léků, které by při léčbě závislosti na metamfetaminu mohly být užitečné. Za atraktivního kandidáta můžeme v tomto směru považovat „Bupropion“ (antidepresivum). V této studii bylo rozděleno 20 osob závislých na metamfetaminu do 2 skupin (jedna dostávala bupropion, druhá placebo). Tato studie trvala 6 dnů. Na konci této studie ti, kteří dostávali bupropion, měli sníženou potřebu chuti na metamfetamin v porovnání se skupinou, která dostávala placebo. Závěrem lze dle dat konstatovat, že bupropion snižuje akutní účinky vyvolané metamfetaminem a snižuje carving.

2.2.2. Psychosociální intervence

V současnosti tedy neexistují žádné léky pro léčbu závislosti na metamfetaminu. Výzkumy ukázaly, že i efektivní psychosociální léčba (pro léčbu uživatelů kokainu), která zahrnuje například i individuální poradenství, je vhodná například při léčbě závislosti na metamfetaminu (California Department of Alcohol and Drug Programs, 2007). Psychosociální intervence mají za následující cíl především zapojení závislých uživatelů do léčebného procesu. Po zapojení do tohoto procesu je nezbytné pracovat na tom, aby se uživatelé v léčbě udrželi, dále podporovat dodržování léčby a nácviku prevence relapsu (Shearer, 2007).

Důkazy podporuje několik osvědčených přístupů, které byly speciálně testovány na jedince závislé na metamfetaminu, a to: Contingency management, Kognitivně behaviorální terapie a Matrix model (California Department of Alcohol and Drug Programs, 2007). Contingency management je typ léčby, který se používá v oblasti duševního zdraví a zneužívání

návykových látek - jedná se o přístup k léčbě v návaznosti na odměňování (obecně: dodržování či nedodržování pravidel a předpisů nebo jejich léčebný plán) (Wikipedia, 2012). Studie prokázaly, že má contingency management význam při snížení užívání drog během léčby. Není ovšem jasné, zda lze tyto „zisky“ udržet i po léčbě (Lee & Rawson, 2008). Shearer (2007) uvádí, že si kognitivně behaviorální terapie klade za cíl pomoci pacientům chápat problémy související s drogami. Mezi klíčové složky KBT patří zejména analýza, kdy pacient zkoumá myšlenky, pocity a okolnosti před a po každé příležitosti, kdy může užít drogu.

Model Matrix byl vyvinutý v roce 1980 (v Matrix ústavu) k léčbě závislosti na kokainu a metamfetaminu (The free Dictionary, 2012). Model Matrix je 16 týdenní ambulantní program, který se skládá z KBT, prevence relapsu, sociálně podpůrných skupin, rodinné terapie, vzdělávacích skupin, individuálního poradenství. Jednou týdně je vyhrazen čas i na orientační zkoušky moči a dechu. Model Matrix a jeho zkoumání je obsaženo v mnoha studiích. (Rawson et al., 2004) Za zmínku stojí například studie Rawsona et al. (2004) ze Spojených států, která probíhala v letech 1999 a 2001. Tato studie porovnávala psychosociální přístupy pro léčbu závislosti na metamfetaminu (použití Matrix Modelu bylo speciálně upraveno pro jedince závislé na metamfetaminu). Jednalo se o kontrolovanou a randomizovanou studii. Cílem této studie bylo porovnat Model Matrix s „léčbou obvyklou“ (TAU = treatment as usual). Osoby závislé na metamfetaminu (přibližný počet 978) byly náhodně rozděleny do dvou skupin s následnými léčebnými intervencemi Matrix nebo TAU. Do studie byli zahrnuti všichni bez ohledu na pohlaví, náboženského vyznání, etnika či sexuální orientace. Kritériem pro účast ve studii byl věk (minimálně 18 let) a diagnostikovaná závislost. Výsledky studie dokázaly vyšší úspěšnost Matrix Modelu v porovnání s „léčbou TAU“.

Mezi další psychosociální intervence patří podle Shearera (2007) motivační programy, motivační rozhovory, abstinčně orientované intervence, rezidenční rehabilitace a prevence relapsu. Hlavním nástrojem motivačních programů je voucher, díky němuž dostanou pacienti směnitelné maloobchodní zboží. Voucher je podmíněn především odběrem biologického materiálu (moč), ve kterém nesmí být známky stimulantů. Docházka do léčby je rovněž podmínkou. Motivační rozhovor je přístup zaměřený na klienta, včetně kladení otevřených otázek, potvrzení a shrnutí klientovy výpovědi. Ačkoli motivační rozhovory zlepšily udržení klienta v léčbě (až o jeden měsíc), ve srovnání se standardním poradenstvím, které je v rámci léčby poskytováno, nebyly zjištěny žádné významné rozdíly. Další psychosociální intervence jsou abstinčně orientované intervence (jejichž základním procesem a cílem je detoxifikace) a rezidenční rehabilitace (v podobě terapeutických komunit či svépomocných skupin – AA,

AN). V neposlední řadě neméně důležitou složku psychosociálních intervencí je prevence relapsu, která je založena na klasickém předvídání, jak reagovat na případné podněty, které v minulosti vedly k užití drogy. Prevence relapsu si klade za cíl snížit pravděpodobnost „uklouznutí“ tím, že učí pacienty efektivně zvládat rizikové situace. Podstatné prvky prevence relapsu učí pacienty dovednosti vyrovnat se s touhou po droze, dovednosti odmítnutí drogy, asertivitu, obecně schopnosti řešit problémy apod.

2.2.3. Substituce

Na základě informací Hawkse et al. (1969), nastala v létě roku 1968 v Londýně, ve Velké Británii, epidemie methylamfetaminových injekcí. Někteří lékaři, kteří pracovali v soukromé praxi nebo v nemocnici, předepisovali methylamfetamin (mefedrin) jako náhražku kokainu nebo za účelem stabilizace životního stylu a umožnění abstinence od amfetaminu. Od jara roku 1968 dva lékaři předepisovali ampulky metylamfetaminu v takové míře, že to až přispělo k nárůstu této látky na nelegálním trhu. V říjnu byl methylamfetamin stáhnut z maloobchodních lékáren a tím se tato epidemie částečně omezila. Studie provedené Hawksem et al. (1969), která trvala od začátku června do konce července roku 1968, se účastnilo 74 tehdejších pravidelných uživatelů metylamfetaminových injekcí. Byli dotazováni na 4 sezeních za použití strukturovaného a standardizovaného dotazníku. Cílem studie bylo podat zprávu o vlastnostech některých mladých lidí, kteří se podíleli na této epidemii a popsat, jaký měl na ně lék dopad. Tito lidé se vyznačovali zejména podvýživou či velkou ztrátou hmotnosti a častými poruchami spánku.

Sharer et al. (2001) provedli v Austrálii první randomizovanou a kontrolovanou studii – substituce dexamfetaminu za amfetamin. Celkem se této studii účastnilo 41 respondentů (dlouhodobí uživatelé amfetaminu, kteří vyhledali léčbu), přičemž byli rozděleni na dvě skupiny. První skupině (kontrolní – 20 lidí) bylo nabídnuto týdenní poradenství. Zbylým 21 účastníkům bylo kromě poradenství předepisováno až 60 mg dexamfetaminu denně. Přestože byl projekt koncipován spíše jako pilotní studie (vzorek byl příliš malý), bylo po 12 týdenní době trvání studie prokázáno u obou skupin snížení frekvence užívání ilegálního amfetaminu, rovněž se snížilo i rizikového chování. 80% z účastníků vyjádřilo ochotu dále pokračovat. Několik subjektů poznamenalo, že se cítí klidnější a mají více pod kontrolou užívání. Z této studie vyplývá, že si substituční terapie zaslouží pozornost i nadále, zejména co se týče problematiky užívání amfetaminu a návaznosti kontrolovaných studií s potřebou odpovídajícího vzorku a velikosti.

Tiihonen et al. (2007) provedli studii, kde figurovalo 70 jedinců, kteří splňovali kritéria závislosti na amfetaminu dle DSM-IV. Byli náhodně rozděleni do 3. skupin po dobu 20 týdnů. První skupina obdržela 15 mg aripiprazolu na den, druhá 54 mg metylfenidátu s pozvolným uvolňováním a třetí placebo. Studie byla ukončena předčasně kvůli neočekávaným výsledkům průběžné analýzy. Skupina, které byl přidělen aripiprazol, měla výrazně více pozitivní vzorky moči na amfetamin než pacienti ve skupině, kteří dostávali placebo. Naopak skupina, která dostávala methylyfenidát, měla významně méně pozitivní vzorky moči na amfetamin než skupina pacientů, kteří dostávali placebo. Autoři však tuto studii slibně uzavřeli s tím, že podávání methylyfenidátu je účinnou léčbou na snížení nitrožilního užívání drog u pacientů s těžkou závislostí amfetaminu.

2.2.4. Strategie léčby

Strategie léčby se dle California Department of Alcohol and Drug Programs (2007) týká zejména úsilí uchování jedince v léčbě a vyjádření podpory k dokončení programu. Klienti, kteří absolvují léčebné programy, mají lepší výsledky než ti, kteří do léčby nechtějí. Samozřejmě, čím delší je léčba, tím je i efektivnější (předpokládá se minimálně 4-6 měsíců v léčbě). Důležitou součástí u léčby uživatelů závislých na metamfetaminu je rovněž testování moči. Po dokončení programu by se mělo podporovat úsilí klientů v abstinenci (návštěva svépomocných programů AA, AN, individuální poradenství, duchovní činnosti). Mezi další strategický mezník patří i podpora rodiny na účasti v léčbě. Rodinní příslušníci či blízcí závislých tak mohou lépe pochopit proces závislosti a díky tomuto tak lépe podpořit klienta v jeho abstinenci. Ne vždy je ovšem zapojení rodiny do léčby užitečné.

3. APOLINÁŘ, ODDĚLENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ, KLINIKA ADIKTOLOGIE – APOLINÁŘ

3.1. Podstatné mezníky v historii vzniku Kliniky adiktologie – Apolinář v souvislosti se vznikem jednotlivých prvků léčebných intervencí

V roce 1948 (10. září) bylo založeno první specializované mužské lůžkové oddělení pro léčbu závislosti na alkoholu v Praze u Apolináře (Bém, 2003). Zařízení mělo tehdy kapacitu 20 lůžek. Od roku 1950 činila kapacita 50 lůžek (Skála, 2003).

V roce 1951 vznikla protialkoholní záchytná stanice (s kapacitou 22 lůžek a sloužící jako model krizové intervence), její založení bylo jakýmsi premiérovým aktem, poněvadž pražská záchytná stanice byla jako zdravotnická instituce první na světě (Skála, 1998). Během let byla záchytná stanice vzorem pro zakládání odborných zařízení jak na východě, tak i na západě (Skála, 2003). Zkušenosti s léčbou posbíral Skála ve světě na různých seminářích, kongresech a při studijních cestách; Skála navštívil v roce 1983 několik kanadských záchytek, kde získal od tamějších označení alkoholů přezdívku „father of the detox“ (Skála, 1998).

Aversivní léčba závislých osob emetinem (tzv. blinkačkami), která se k nám dostala z USA, kde ji tehdy (v roce 1947) propagovali MUDr. J. Skála a MUDr. L. Janda – tato represivní forma léčby měla za následek především to, že se mnozí z apolinářského personálu spokojili pouze s tímto přístupem a zanedbávali skupinovou psychoterapii a diskuze v socioterapeutickém klubu (Skála, 2003). Jako první tuto léčbu podstoupil Stanislav Kotulán, který byl následujících 25 let předsedou socioterapeutického klubu (Skála, 1998).

„Skálovy doléčovací skupiny či kluby abstinentů (KLUS – klub usilující o abstinenci) se staly základem dalších nezbytných článků komplexního systému péče o závislé, jakými jsou doléčovací programy, včetně zapojení svépomocných skupin či rodinných příslušníků do samotného procesu léčby (Bém, 2003, p. 155).“

Na jaře roku 1951, se konal seminář psychiatrické kliniky v Libverdy, si z něho přivezl Skála jednu cennou zkušenost, a to pravidelné setkání pacientů ve formě ranní komunity, kdy se přesně stanovil denní program a zhodnotil průběh předchozího dne. Už před 60 lety můžeme sledovat v apolinářském týmu problematiku multidisciplinarity ve spojení s „ex-userem“ v týmu. Skála měl jednoho apolinářského absolventa, který se uplatnil jako laický terapeut v dejvické protialkoholní poradně. (Skála, 1998)

Dalším důležitým mezníkem v historii Apolináře a počinech Jaroslava Skály byl rok 1958 (Skála pro pacienty „získal“ zámek Lojovice) a kapacita se tak rozšířila o 32 lůžek. Lojovice přednostně přijímaly dobrovolné pacienty pro opakované a dlouhodobější léčby. V roce 1968

v Lojovicích poprvé probíhal týden, kdy terapeuti prožívali tytéž metody a režim, který nabízeli svým pacientům. V říjnu roku 1971 byly Lojovice změněny na léčebnu pro ženy s kapacitou 32 lůžek. (Skála, 2003) Lojovice tedy patřily ženám, které se chtěly dobrovolně léčit (z celé České republiky) a kterým byla léčba nařízena (z Prahy a Jihočeského kraje) - v té době vedl lojovickou pobočku profesor Jirí Heller (Skála, 1998).

Mezi takzvaný „apolinářský scénář“ dále a stále, patří zejména psaní deníků, elaborátů a přednášková činnost. Tu Skála považoval vždy za velmi důležitou. Po přednášce následovalo přezkoušení, což rovněž trvá dodnes. Pacienti touto formou získají více informací o droze a jejím působení a dále mohou snáze pochopit zákonitosti své závislosti. Jak uvádí Skála (1998) volná tribuna tj. setkání celé komunity pacientů a terapeutů je aplikována už od roku 1954. Trvá 3 hodiny a koná se jednou týdně. V roce 1975 se Skála dokonce setkal i s její aplikací v jedné malé komunitě v Japonsku. Na volné tribuně se probírají události týkající se komunity. Mezi další zvyklost patří přijímání nových pacientů do stavu (stanou se plnohodnotnými členy komunity a začínají pro ně platit v plné míře práva a povinnosti léčebného řádu) a závěrečné pohovory s těmi, kdo léčbu končí. Mezi sportovní aktivity patřil už od roku 1968 (1. května) Skálův lesní běh. Skála přizpůsobil sportu i systém léčby a zařadil do ní pohybové aktivity, jejichž součástí byly intenzivní léčebné pobyty v přírodě, např. v Dobronicích. S počátky Apolináře je neodmyslitelně spjat bodovací systém, který je pro Apolinář charakteristický a patří rovněž v mnohých zařízeních mezi základní aspekty strukturované léčby.

Dále Skála (1998) uvádí, že v 70. letech do Apolináře přicházeli mladí „toxikomani“, kteří čichali toluen nebo užívali intravenózně pervitin. Měli svou skupinu (vedl psycholog PhDr. I. Douda). Bylo velice výhodné, že byli „toxikomani“ zařazeni na pokoje k věkově starším mužům, závislých na alkoholu. Není novinkou, že každá skupina závislých jakoby druhou skupinu netoleruje (například alkohol vs. drogy), ale v tomto případě se tyto dvě skupiny svým způsobem monitorovaly, kontrolovaly a vzájemně si prospívaly. Sekce pro studium a léčbu alkoholismu byla v roce 1966 rozšířena i o jiné toxikomanie. Možná k tomu přispělo i tvrzení WHO (Světové zdravotnické organizace), a to, že alkoholismus a jiné toxikomanie mají více podobného než odlišného. V Praze stále přibývali pacienti s touto nealkoholovou závislostí, ordinace AT jim však neposkytovaly kvalitní péči.

V roce 1971 proto MUDr. Rubeš založil v Apolináři Středisko drogových závislostí (jednalo se o první specializované ambulantní zařízení pro pouze nealkoholové závislosti) a právě i díky této události lze konstatovat, že byly položeny základy systému péče pro uživatele návykových látek (Bém, 2003).

Apolinář se stal modelem pro ostatní zařízení, která fungují pro léčbu závislostí u nás. Historicky se jedná o nejstarší a nepřetržitě fungující zařízení v České republice. Počátkem roku 2012 došlo spojením Oddělení léčby závislostí VFN a Centra adiktologie 1. LF UK k založení klinického pracoviště. Vznikla Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Tento počín byl logickým vyústěním a snahou pokračovatelů v díle Jaroslava Skály. (Adiktologie, 2012) Hlavní činnost Kliniky adiktologie je rozdělena do celkem čtyř oblastí (Klinický provoz - jednotlivá oddělení, Pregraduální výukové programy, Vědecko-výzkumná činnost a postgraduální výuka v oboru adiktologie, Celoživotní vzdělávání a rozvojové projektu v oboru adiktologie), které respektují jak původní činnost obou subjektů, z nichž klinika byla složena, tak novou podobou, vzniklou díky propojení jejich činností jak obsahově, tak především personálně (lf1.cuni, 2012).

3.2. Současná oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář

3.2.1. Detoxifikační jednotka ¹

Detoxifikační oddělení je lůžkové nemocniční zařízení, jehož cílem je zbavit pacienta abstinčních příznaků. Neuplatňuje se zde léčebný režim, ale spíše režim volný a „odpočinek“ jako takový a to buď na pokoji nebo na chodbě detoxifikačního oddělení. Detoxifikační oddělení je zdravotnické zařízení, tudíž poplatek za jeden den činí 100 Kč. Oddělení funguje jako klasická nemocnice, přičemž nabízí nadstandardně 2 krát denně vizitu. Dobrovolnost pobytu je samozřejmostí. Toto oddělení je jakási všehochuť diagnóz a závislostí. Muži a ženy jsou společně na jednom oddělení (spí na pokojích odděleně dle pohlaví). Nesmí se navzájem navštěvovat na pokojích. Stýkat se mohou pouze ve společenské místnosti (konvice, čaj, TV nebo knihy) a na chodbě. Detoxifikační oddělení přijímá závislé na alkoholu i na drogách (přechod do jiných léčeben – zkřížená závislost). Jako nejspolehlivější metoda při zbavení se abstinčních příznaků je uznávaná medikace. Takzvaný „suchý detox“ – bez zmírnění abstinčních stavů farmaky – se už nepoužívá. Dvakrát týdně mají pacienti možnost účastnit se motivační skupiny. Dle pracovníků tu platí jakési pořekadlo „čím víc, tím hůř“ – aneb čím dychtivěji a rychleji se pacient chce vyléčit, tím spíše opustí detoxifikační jednotku s neukončeným pobytem.

¹ Informace získané při stáži v rozhovoru s vedoucím lékařem detoxifikačního oddělení.

3.2.2. Lůžkové oddělení – ženy (LOŽ) ²

Je určeno pro ženy starší 18 let se závislostí na jakémkoli typu návykové látky (alkohol, návykové léky, ilegální drogy), případně v kombinaci s další psychickou poruchou (poruchy příjmu potravy, afektivní a úzkostné poruchy), jež mají zájem se léčit. Léčba je hrazena z prostředků zdravotního pojištění.

První léčba pacientky neboli tzv. základní léčba trvá 17 týdnů. Tato základní léčba může být na návrh lékaře či na žádost pacientky prodloužena. V některých případech může být léčba rozdělena do několika etap (tzv. fracionovaná léčba). Po ukončení léčby je pacientkám doporučován doléčovací program, který zahrnuje jak ambulantní doléčovací programy (skupiny, klub, individuální terapie), tak i týdenní pobytové programy – tzv. „opakovačky“ (na oddělení nebo ve středisku v přírodě). Doléčovací program probíhá v postupně se prodlužujících intervalech. Léčba je samozřejmě dobrovolná, ale předčasným ukončením ztrácí na svojí účinnosti. Pacientka, která dokončí základní léčbu a setrvá minimálně tři roky v doléčovacím programu, má 80 - 90% naději na udržení abstinence od návykových látek a na zásadní zlepšení kvality života. U pacientky, která nedokončí ústavní léčbu, je naděje na udržení dlouhodobé abstinence menší než 10%.

Program léčby je sestaven tak, aby za příznivých podmínek vystavil pacientky situacím, které neuměly v minulosti zvládat, pomohl jim porozumět jejich selhávání a nacvičit lépe adaptivní způsoby chování. Program zahrnuje psychoterapii, ergoterapii, pohybovou výchovu, relaxační techniky, přednášky a studium odborné literatury. Základem takto strukturované léčby je komunitní a skupinová psychoterapie, doplněná individuální psychoterapií a prací s deníkem. Léčebný režim vede pacientky k tomu, aby při vynaložení vlastního úsilí za pomoci terapeuta využily léčebný program k dosažení lepšího psychického a fyzického stavu. V indikovaných případech je používána farmakoterapie. V prvních třech týdnech pobytu je povolen pouze písemný kontakt. Od 3. týdne v léčbě je možno telefonovat z telefonního automatu na oddělení a přijímat návštěvy (návštěvní doba je stanovena na sobotu 13:00 – 16:30 a neděli 10:00 – 16:30). Používání mobilního telefonu a návštěvy mimo uvedenou dobu jsou nepřijatelné z důvodů zajištění klidu pacientek a k soustředění na léčbu. Od 6. týdne pobytu jsou při splnění podmínek režimu možné víkendové propustky. Spolupráce rodiny v léčbě vždy zvyšuje efektivitu léčby. Doporučuje se, aby k přijetí do léčebného procesu přišla budoucí pacientka v doprovodu blízké osoby (partner, rodič, dospělé dítě). Blízké osobě jsou při pohovoru s psychologem na oddělení sděleny základní informace o systému léčby a o

² <http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=3> + některé doplňující informace získané při stáži na LOŽ

možnostech zapojení rodiny do léčebného procesu. Z nejvýznamnějších je patrně možnost týdenní rodinné terapie s pobytem rodinného příslušníka na oddělení v posledním měsíci léčby. Tento pobyt je zajištěn v rámci nemocenského pojištění. Pokud má žena zájem o léčbu nebo o ní alespoň uvažuje, může se také ještě před nástupem na oddělení zúčastnit doléčovací skupiny, vedené vedoucí lékařkou a supervizorem oddělení. Tato skupina se schází každý čtvrtek od 16:15 do 17:30 v učebně v přízemí ženského oddělení. Na tomto programu se schází abstinující pacientky, které se léčily na oddělení i ty, které se na ni připravují, popřípadě jejich blízcí. Na tuto skupinu docházejí i současné pacientky, v rámci svého individuálního volna. Pro současné pacientky je účast na této skupině velice motivující. Doléčovací skupina je plná pozitivních emocí, kdy absolventky tzv. „Apolenky“ sdělují své zážitky. Je důkazem toho, že když člověk chce, tak může ve svých 63. letech po dlouhé závislostní kariéře abstinovat a k tomu může mít za sebou studium dvou „Univerzit 3. věku“ a začínat studovat tu třetí. K účasti na skupině není nutné žádné doporučení, je možno se zúčastnit i pasivně (pouze naslouchat zkušenostem ostatních).

V případě recidivy po skončení léčby může být pacientka přijata k další hospitalizaci. Délka této hospitalizace je individuální (pacientky, které spolupracují v doléčovacím programu, jsou, bez ohledu na obsazenost oddělení v případě recidivy, přijímány okamžitě). Pacientky, které léčbu nedokončily nebo zájem o doléčování nemají, jsou v případě recidivy přijímány až po řádném objednání a je jim přidělen termín nástupu dle obsazenosti oddělení.

3.2.3. Lůžkové oddělení – muži (LOM) ³

Je určeno pro muže starší 18 let, kteří jsou závislí na jakékoliv návykové látce (alkohol, návykové léky, ilegální drogy), případně v kombinaci s další psychickou poruchou a mají zájem se léčit. Léčba je rovněž hrazena z prostředků zdravotního pojištění a je zcela dobrovolná. První léčba pacienta (základní léčba) trvá o 4 týdny kratší dobu než u žen – tj. 13 týdnů. Léčba může být na návrh lékaře či na žádost pacienta prodloužena. Po dokončení léčby je doporučováno v rámci následné péče zapojení do doléčovacího programu. Doléčovací program zahrnuje ambulantní doléčovací skupiny a týdenní opakovací pobyty v postupně se prodlužujících intervalech. V případě recidivy – tj. návratu k užívání návykových látek po ukončení léčby - může být pacient přijat k další léčbě. Děje se tak stejným způsobem jako u žen – tzn., že pacienti, kteří spolupracují v doléčovacím programu, jsou v případě recidivy přijímáni okamžitě, bez ohledu na obsazenost oddělení. Bohužel u pacientů, kteří se

³ <http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=4>

nedoléčují nebo léčbu nedokončili úspěšně, je přijímáni k další léčbě až po řádném objednání podle obsazenosti oddělení.

Program léčby je sestaven tak, aby za vhodných podmínek vystavil pacienty situacím, které neuměli v minulosti zvládat. Program zahrnuje psychoterapii, ergoterapii, pohybovou výchovu, relaxační techniky, přednášky a studium odborné literatury. Základem léčebného programu je psychoterapie (komunitní a skupinová psychoterapie, doplněná individuální psychoterapií). Psychoterapeutická složka převládá nad složkou režimovou – to je společně s délkou léčby největší rozdíl mezi programem léčby na ženském oddělení a na oddělení mužském. Takovýto léčebný režim je postaven na principu, že vede pacienty k tomu, aby při vynaložení svého vlastního úsilí za pomoci terapeuta využily léčebný program k dosažení lepšího psychického a somatického stavu. V některých případech je samozřejmě využívána i farmakoterapie. V prvních 2 týdnech pobytu na oddělení je dovolen pouze písemný kontakt. Od 2. týdne pobytu je možno telefonovat z telefonního automatu na oddělení. Přijímat návštěvy je možné 4. týden v léčbě (v sobotu od 13:00 do 16:30, v neděli od 10:00 do 16:30). Mobilní telefony a návštěvy mimo uvedenou dobu jsou zakázané. Od 6. týdne pobytu je možnost - při splnění veškerých podmínek režimu absolvovat víkendové pobyty (každý druhý víkend). Mezi doporučovanou součástí léčby je zařazena rodinná terapie, a to ve formě týdenní hospitalizace rodinného příslušníka na oddělení v posledním měsíci léčby.

3.2.4. Ambulance pro léčbu alkoholové závislosti ⁴

Ambulance je určena pro osoby s diagnózou problémového užívání či se závislostí na alkoholu, které jsou určeny pro tento způsob léčení a zároveň jsou tento typ léčby schopné a ochotné absolvovat (ambulance eventuelně přijímá i patologické hráče). Pracoviště tedy nabízí ambulantní léčbu závislosti na alkoholu, která je samozřejmě dobrovolná a nemůže proto probíhat u nemotivovaných osob. Na začátku je pacient seznámen s podmínkami přijetí do programu ambulantní léčby a s následnou možností setrvání v nabídnutých programech. Dále je provedeno vstupní psychiatrické vyšetření, poté stanovení diagnózy a opětovné zvážení indikace k léčbě. V rámci ambulantního programu se pacient účastní individuální terapie. Individuální terapie je určena například pacientům s přetrvávajícími psychickými obtížemi, dále pro ty, kteří se ocitli ve složité životní situaci nebo nemají uspokojivé vztahy v rodině či v zaměstnání apod. Součástí skupinové terapie je skupina podpůrně-motivačně-edukační, která nabízí vzájemnou podporu v abstinenci, postupné pochopení mechanismů

⁴ <http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=9>

závislosti a osvojení si životního stylu bez alkoholu. V neposlední řadě a neméně důležitou částí je rodinná terapie, která je pro příbuzné pacienta otevřená 1 krát do měsíce. Ambulance nabízí poradenství v oblasti závislosti (v rámci samostatného programu pro příbuzné), farmakoterapii (léčba Antabusem/Disulfiram – podávaný 2 krát týdně), edukační programy (organizace přednášek pro pacienty, rodinné příslušníky a veřejnost). Ambulance dále zprostředkovává terapii somatických poruch či onemocnění a jejich následnou terapii, v případě potřeby lze zprostředkovat indikaci k jiným typům odvykací léčby. Kontroly dodržování abstinence zvláště při léčbě Antabusem jsou rovněž samozřejmostí. Jako nadstandardní počin v rámci služeb (pokud to pacient požaduje a odsouhlasí-li to) je ambulancí nabízena i komunikace s úřady, soudy, policií apod.

3.2.5. Středisko pro psychoterapii a rodinou terapii ⁵

Psychoterapeutické služby směřují především k nastavení a udržení abstinence u klientů zneužívajících drogy (či u klientů již na drogách závislých). Terapie směřuje k posílení motivace k životu bez drog. Díky abstinenci klienti mění životní styl, který je často vedl do konfliktu se společností, zákonem. Díky zdravému abinentnímu životnímu stylu jsou poté schopni lépe se začlenit do společnosti se všemi svými právy i povinnostmi (např. i rodičovskými). Pokud klienti kromě psychoterapeutické péče Střediska potřebují také psychiatrickou péči, docházejí klienti za psychiatrem Střediska (ten vedle pohovorů v případě potřeby předepisuje i vhodné léky na přidružené psychické poruchy). Stabilizace psychického stavu klientů pomocí psychiatrické péče a naordinování správně zvolených léků, celkově přispívá ke zkvalitnění jejich života.

3.2.6. TOXI ambulance (Ambulance 2) ⁶

Nabízí léčbu pacientům se závislostí na nealkoholových návykových látkách. Jsou to zejména opiáty, stimulanty, konopí, Subutex, sedativa, hypnotika, apod. Kromě tohoto poskytuje TOXI ambulance i léčbu duálních diagnóz (afektivních poruch a poruch spánku). TOXI ambulance nabízí možnost využití detoxifikace lůžkové nebo ambulantní. Stabilizovaným pacientům poskytuje poradenství v oblasti zneužívání návykových látek a léčbě závislosti, individuální a skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii a pro ženy po základní léčbě také následnou péči v podobě doléčování. Nedílnou součástí programu je i péče o somatický stav, na jehož případné vyšetření dbá internista. Léčba je, včetně toxikologických vyšetření moči, hrazena z prostředků zdravotního pojištění.

⁵ <http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=7>

⁶ Informace získané volně z nástěnky v budově Kliniky adiktologie - Apolinář

3.2.7. Centrum substituční léčby⁷

Metadonový substituční program OLZ VFN Apolinář zahájil činnost v roce 1997, jednalo se o první zařízení svého druhu v České republice. Primárním cílem substituční léčby je abstinence od veškerých ilegálních drog. U některých pacientů se úspěšně probíhající substituční léčba může stát podkladem pro dosažení úplné abstinence bez další medikace. Lidem, kteří mají o tento způsob léčby zájem, jsou poskytovány poradenské služby, případně zprostředkování kontaktu na jiná specializovaná zařízení (doléčovací). Mezi resocializační složku (zařazení do běžného života) patří vytváření nových sociálních vazeb a zázemí ve společnosti. Tohoto lze docílit především pomocí sociokulturních a sportovních terapeutických aktivit. Pacient, který nastoupí do programu, si pro metadon (jehož působení je dostatečné pokud se užívá 1 x denně) první 2 měsíce dochází denně a užívá jej zde. Nedostává žádné dávky domů, což rovněž pomáhá v mnohých případech překonat závislost na jehle. První 2 měsíce má pacient navíc k dispozici jako prostor, aby přestal užívat jiné drogy neopiátového typu, pokud s nimi má problém. Jedná se především o amfetaminy, benzodiazepiny nebo alkohol. Všechny výše uvedené látky jsou v průběhu léčby pravidelně testovány a jejich užívání je rovněž v rozporu s pravidly programu. V dalších fázích léčby (s plynulým postupem času a rovněž pokud pacient dobře funguje v programu) je možnost si některé dávky odnést domů. Docházky do centra jsou pak v prodlužujících se intervalech – přes denní, víkendové výdeje, kontakt třikrát až dvakrát týdně – až konečný kontakt jednou týdně, pokud se tedy pacient osvědčí a spolupracuje. Kromě užívání metadonu nabízí léčba v centru i další aspekty – konzultaci s lékařem, dále pracovní a sociální poradenství, individuální a skupinovou psychoterapii – a samozřejmě též léčbu zdravotních problémů (např. žloutenky typu C). Pro zájemce jsou rovněž k dispozici různé kulturní nebo sportovní aktivity. Ukončení léčby je osobní záležitostí každého pacienta. Ukončení programu je rovněž nutné, pokud pacient nedodržuje pravidla programu.

⁷ Informace získané volně z nástěnky v budově Kliniky adiktologie - Apolinář

4. LÉČBA ŽEN

4.1. Úvod do problematiky léčby závislostí žen

4.1.1. Historie⁸

Ve 2. polovině 20. století se výrazně změnilo postavení žen ve společnosti. Otevřely se jim možnosti dostat se do nových společenských rolí a očekávání, zároveň jim však zůstaly role tradiční, a to především rodinné. Došlo také k odstranění bariér ve vztahu k alkoholu i nealkoholovým návykovým látkám a rovněž k rozšíření psychofarmak. Nezbytnost obstat ve veškerých rolích dovedla disponované ženy k závislostnímu jednání, tedy ke zneužívání látek odstraňujících vznikající psychické obtíže (ženské tělo je bohužel vůči vlivům návykových látek zranitelnější jak po stránce somatické tak i po té psychické). V posledních letech se s růstem společenských tolerancí výrazně zvýšila snášenlivost ke konzumaci návykových látek, odmítavý postoj k závislé ženě se ale příliš nezměnil. (Heller & Pecinovská, 2007)

4.1.2. Gender

Užívání návykových látek u žen bylo a je mnohdy i dnes jak zmiňuje Vobořil (2003) vnímáno jako reálné nebezpečí pro překračování gender rolí ve společnosti. Za podstatu této genderové zvláštnosti se pro ženu pokládá označení „dvojitá deviace“ (je totiž deviantní nejen pro samotné užívání návykových látek, zároveň zklamává ve své roli manželky a matky). Společenská situace tak vyvíjí tlak, který sebou nese rizika, jež brání vystoupit ženám z anonymity.

4.1.3. Některé základní bariéry znemožňující ženám vstup do léčby

Studie UNODC (2004) ukazují, že se ženy setkávají s více překážkami a s mnohem závažnějšími problémy při vstupu do léčby. Jedná se zejména o témata, jež zahrnují otázky rodiny, strach a obavy ze ztráty opatrovnictví dětí, dále z toho, že je okolí bude identifikovat do role „narkomanky“. Nakonec se jedná o problémy týkající se především nedostatku služeb pro těhotné ženy a nevalného množství informací o možnostech léčby a čekacích dob.

4.1.4. Znaky ženské závislosti

Za další typické znaky ženské závislosti lze považovat podle Heller & Pecinovské (2011)⁹ častou psychiatrickou komorbiditu, tzn. poruchy příjmu potravy, afektivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti apod. Dalším rysem je pozdní reakce okolí často v souvislosti se závažnými rodinnými důsledky (rozpad rodiny, ohrožení vývoje dětí, domácí násilí, sexuální

⁸ Osobní materiál od MUDr. Pecinovské, obsaženo v: *Referátový výběr v psychiatrii*, (6) 2, 56-58.

⁹ Heller, J. & Pecinovská, O. (2011). 40 let léčby závislých žen. XVII. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 50. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP „Závislosti a veřejné zdraví“. Seč.

zneužívání). U žen se v těhotenství vyskytuje poškození plodu vlivem abúzu. Oddalování léčby – zejména z obav ze stigmatizace či zajištění péče okolí patří rovněž mezi typické znaky závislosti u žen.

4.1.5. Rysy ženské závislosti

Mezi charakteristické rysy léčby žen patří pozdní příchod do léčby, pseudospolupráce v ambulantní léčbě či na počátku ústavní léčby (spolupracuje navenek, vnitřně se brání) a racionalizační – obranný systém (Heller & Pecinovská, 2011). Racionalizační systém oddaluje vytvoření náhledu závislosti jako nemoci a tím i aktivní spolupráci v terapeutickém programu (Heller & Pecinovská, 2007).

4.1.6. Léčba žen závislých na metamfetaminu

Zásadní význam spočívá ve vytvoření produktivního terapeutického vztahu (Heller & Pecinovská, 2007). Nešpor (2008) zmiňuje, že závislost na metamfetaminu vzniká u žen podstatně rychleji než u mužů. Ženy však reagují na léčbu poměrně dobře. Pokud v léčbě setrvávají, mívají z ní často větší prospěch než muži.

4.2. Odlišnosti v porovnání s muži

Podle EMCDDA (2006) téměř ve všech aspektech drogové problematiky existují značné rozdíly mezi ženami a muži. Ve všech evropských zemích a pro většinu typů drog mezi uživateli drog výrazně převažují muži.

4.2.1. Vývojové odlišnosti

Důsledky závislosti na návykových látkách jsou u žen v porovnání s muži daleko vážnější (Heller, 2011). Ženy drogově závislé jsou popisovány jako narušenější než jejich mužské protějšky. Často trpí zkříženou závislostí například alkohol + farmaka (Renzetti & Curran, 2005). U žen se podílí podle Hellera (2011) jako stimulující okolnost pro abúzus nejčastěji sexuální problematika (zneužívání) či problémy s dětmi, u mužů to jsou vztahové problémy a problémy v zaměstnání. Častěji je u žen začátek abúzu reakcí na životní těžkosti a neúspěchy. Rovněž je patrná v porovnání s muži větší izolace, kdy ženy užívají návykové látky tajně a osamoceně. Také je pro ženy typické odmítání ze strany blízkých a okolí (v návaznosti na zřetelnější stigmatizaci či opožděnou reakci). Ženy častěji přicházejí o dobré rodinné zázemí, případně o rodinu celou. Heller (2011) dále uvádí, že jsou ženy v porovnání s muži méně agresivní a nedokážou aktivně odpočívat, například ve formě relaxace. Co se týče jejich

tělesného a duševního zdraví, manifestace projevů se děje rychleji a výrazněji než u mužů. Náprava těchto důsledků je rovněž daleko obtížnější.

4.2.2. Odlíšnosti v průběhu léčby

Heller (2011) konstatuje, že včasná a kvalitní léčba přináší lepší a konstantní výsledky než léčba mužů. Na počátku léčby spolupracuje výrazně méně žen než mužů. V průběhu léčby, po vytvoření kvalitního terapeutického vztahu a náhledu, přijme více žen než mužů nezbytnost abstinence. Ženy více spolupracují ve formách individuální psychoterapie než muži.

Hser, Evans & Huang (2005) prostřednictvím studie poukazují na to, že ženy s problémovým užíváním metamfetaminu v porovnání s muži (léčených jak v ambulantních, tak v rezidenčních programech) vykazovaly ve výsledcích léčby notné zlepšení, co se týče především rodinných vztahů či zdravotního stavu. A to i přes skutečnost, že tyto ženy (či převážná většina z nich) byly nezaměstnané, pečovaly o dítě, žily s někým, kdo užíval alkohol nebo drogy, byly fyzicky nebo sexuálně zneužívány nebo trpěly psychickými poruchami. Studie rozdílů mezi pohlavími zjistila, že ženy zůstávaly v léčbě déle než muži.

Ke změnám chování dochází u žen později v porovnání s muži, dosažené změny mají ale trvalejší charakter (Heller & Pecinovská, 2007).

4.3. Závěr

U žen je tedy velmi důležitá včasná diagnostika závislosti s následnou léčbou - nejčastěji ambulantní či ústavní (Heller, 2011). Dalším důležitým momentem v léčbě žen je vytvoření kvalitního a produktivního terapeutického vztahu (Heller & Pecinovská, 2007). Velmi významná je rovněž spolupráce rodiny a blízkých (Heller, 2011). S dlouhodobým doléčovacím programem a aktivitou ve svépomocných programech se pravděpodobnost abstinence zvyšuje (Heller & Pecinovská, 2011).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

V následující části bakalářské práce, jsou předloženy doplňující informace v rámci ženského lůžkového oddělení¹⁰ a následný výzkum, který se zabývá specifikacemi pacientek závislých na metamfetaminu v léčbě. Oddělení (jakožto i celý „Apolinář“) je historicky spjata s léčbou alkoholismu a mnoho lidí nepředpokládá, že by se zde mohly léčit i jiné závislosti. Nejen právě proto bylo počáteční intencí zjistit, jak to „mají s léčbou“ právě pacientky závislé na metamfetaminu. Konečným záměrem této práce by mělo být především pochopení této problematiky.

5. LÉČEBNÝ ŘÁD¹¹ ŽENSKÉHO LŮŽKOVÉHO ODDĚLENÍ A JEHO APLIKACE V PRÁCI V RÁMCI LÉČEBNÉHO PROCESU

Léčebný řád je v souladu s Apolinářským režimem, po léta utvářeným dle moderních vědeckých metod pro léčbu závislostí na alkoholu a jiných drogách. Základní podmínkou léčebného procesu je dodržení důsledné abstinence od návykových látek pacientkami po celou dobu léčby, a to i během opuštění oddělení v rámci léčby.

Hlavní smysl režimu a psychoterapie je ten, aby byla pacientka po vynaložení určitého úsilí a spolupráce terapeuta schopna dosáhnout toho, že změní svůj somatický a psychický stav, což nebývá snadné ani příjemné. Programem léčby je vystavit pacientku za příznivých okolností takovým náročným situacím, které neuměla v minulosti zvládat. Zásahy psychoterapie a režimu nejsou namířeny proti osobám pacientek, ale proti jejich jednání či chování (narušeného dlouhodobým působením alkoholu či jiných drog). Konflikty pacientek s režimem, „spolupacientkami“ i členy terapeutického týmu jsou menší či větší, častější i méně časté, ale z hlediska psychoterapeutického procesu jsou potřebné a konstruktivně používané v terapii.

5.1. Účel léčebného řádu

Účelem léčebného řádu je vytvořit žádoucí terapeutické a rehabilitační klima, které přispívá k zpřesnění diagnózy a k optimální terapii s rehabilitací pacientek. Šetrný, měkký a shovívavý režim je po léčbu pacientek nevhodný a kontraindikovaný. Důsledný a náročný režim vede pacientky k aktuálním projevům, žádoucím konfliktům, které jsou pro vytvoření psychoterapeutického klimatu nutné. Podmínkou zdárného průběhu léčebného procesu je

¹⁰ Základní informace o ženském lůžkovém oddělení jsou popsány v teoretické části práce (kapitola 3.2.3.).

¹¹ Dokument LÉČEBNÝ ŘÁD upravuje podmínky léčby pacientů, jež se prování na Lůžkovém oddělení – ženy.

zajištění bezpečného prostředí na oddělení – tedy prostředí bez alkoholu a psychotropních látek (s výjimkou nikotinových cigaret). Proto jsou pacientky povinny při každém nástupu do léčebny předložit sestře ke kontrole veškerá zavazadla. Rovněž během hospitalizace jsou pacientky povinny umožnit kdykoliv kontrolu osobních věcí, pokojů apod. a na vyzvání se podrobit dechové zkoušce nebo odevzdat vzorek moči či krve k toxikologickému vyšetření.

5.2. Terapeutický bodovací systém

Součástí léčebného režimu je bodovací systém. Kromě toho, že bodovací systém sleduje vyvolávání a posílení zdravého soutěžení mezi jednotlivci a skupinami, je primárním ukazatelem i rehabilitace kolektivu. Zajišťuje potřebnou stimulaci a její obnovu po poškození dogou. Přijetí a pozdější využití bodovacího systému nasvědčuje pokroku v léčbě.

5.3. Důvody k okamžitému propuštění

- Donesení alkoholu či jakékoli jiné drogy na oddělení.
- Brachiální agrese.
- Sexuální kontakty v komunitě.

5.4. Důvody k přerušení léčby ze strany týmu

- Závažné porušování léčebného řádu.
- Dlouhodobé neplnění osobního limitu.
- Sebepoškozování.
- Kouření v budově.

5.5. Podmínka propuštění z léčby

V 17. týdnu pobytu (před ukončením léčby) musí mít pacientka splněný limit v minimálně 15 týdnech léčby. V případě plnění bez této podmínky projedná pacientka na skupině způsob dokončení léčby (prodloužení pobytu, fracionovaná léčba). Podmínkou propuštění je vypracování textu „Co mi dala léčba“ v rozsahu minimálně 10 stran formátu A4. Pokud pacientka léčbu přeruší, musí vypracovat text úměrný délce pobytu. Při poslední Volné tribuně¹² před propuštěním je pacientka povinna předložit grafy znázorňující její průběh léčby (parametry pro limit dle jednotlivých týdnů, skutečně dosažené hodnocení v jednotlivých týdnech, záporné terapeutické body v jednotlivých týdnech, nálady a chuť na sladké v jednotlivých týdnech podle užívané škály). Sestavení a předložení grafu je podmínkou propuštění.

¹² Bližší vysvětlení k „Volné tribuně“ je popsáno v teoretické části práce (kapitoly 3.1. a 3.3.).

6. ÚVOD DO PROBLEMATIKY

System léčebné péče existuje stejně tak jako osoby závislé na různých návykových látkách. Bohužel ne pro všechny závislé jsou dostupné veškeré modality léčby. Na druhou stranu, třebaže jsou modality léčby v některých případech a zařízeních dostupné, nejsou přesto plně využity svými potencionálními uživateli. Například existují zařízení, která se sice specializují na spektra závislostí, ale historickým, společenským či prostým faktem se stává, že si jednoduše vybírají pacienty dle druhů jejich závislostí a díky selekci je skladba pacientů v mnohých případech takto homogenní. V některých případech by mohla být komplexní léčba značně kontraproduktivní, ale je třeba podotknout, že ve většině případů se tyto „skupiny diagnóz a závislostí“ mohou doplňovat a navzájem si prospívat (samozřejmě po důkladném zvážení a rozmístění dle individuálních předpokladů a jednotlivých početních zastoupení „kategorií“ těchto klientů do léčebné skupiny).

6.1. Cíle praktické části

- Zmapovat situaci na ženském lůžkovém oddělení a zjistit, zda se zde pacientky závislé na metamfetaminu vůbec léčí a případně kolik jich je ročně.
- Zprostředkovat zkušenosti pracovníků s léčbou pacientek závislých na metamfetaminu a částečně je i porovnat se zbylým spektrem diagnóz na oddělení.
- Popsat obecně a specificky léčebné intervence na ženském lůžkovém oddělení pro léčbu závislosti na metamfetaminu.

6.2. Výzkumné otázky

- Jaké typy a formy léčby závislosti na metamfetaminu v České republice mohou být a jsou realizovány?
- Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie - Apolinář jsou obecně pro léčbu závislosti realizovány?
- Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie - Apolinář jsou na ženském lůžkovém oddělení specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány?
- Jaké jsou rozdíly v léčebných intervencích a v procesu léčby u pacientky závislé na metamfetaminu a na jiných návykových látkách?
- Jaký je faktický proces léčby u pacientky závislé na metamfetaminu?
- Jaké je početní zastoupení pacientek závislých na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami jiných diagnóz?
- Jaké je celkové chování pacientek závislých na metamfetaminu vůči ostatním ve skupině a čím přispívají do skupin?

7. METODY

7.1. Typ výzkumu

Výchozím typem výzkumu v tomto kvalitativním přístupu byla případová studie, při které byly použity analýzy dokumentů a individuální rozhovory s pracovníky. V rámci kvalitativního přístupu je případová studie základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu (Miovský, 2006). V případě této bakalářské práce byla využita strategie případové studie organizací a institucí s počátečním zaměřením celkového zmapování tohoto zařízení pro léčbu závislostí s nynějším názvem Klinika adiktologie – Apolinář, se zřetelem na podrobnější popis jedné z jeho složek - ženského lůžkového oddělení.

7.2. Metoda výběru výzkumného souboru

Jako metoda pro výběr výzkumného souboru byly zvoleny následující nepravděpodobnostní techniky: samovýběr, příležitostný výběr a záměrný (účelový) výběr. Tyto techniky byly použity v rámci stáže autorky práce (samovýběr a příležitostný výběr) a následně i po jejím skončení – prostý záměrný (účelový) výběr.

Jak uvádí Miovský (2006) součástí metody výběru souboru samovýběrem je situace, kdy výzkumník nabídne různými způsoby více potencionálním účastníkům možnost se do výzkumu zapojit. Je jen na jejich volbě, zda tuto nabídku přijmou, či nikoli. Mezi hlavní kritéria metody samovýběru patří dobrovolnost a aktivní projevení zájmu respondentů se výzkumné studie účastnit. Metoda příležitostného výběru spočívá v tom, že výzkumník využívá díky strategiím různých příležitostí v průběhu realizace výzkumu, aby získal účastníky. Kritériem výběru pro tuto metodu záměrného (účelového) výběru je vybraná vlastnost, na jejímž základě jsou cíleně vyhledávání účastníci, kteří ji splňují a jsou samozřejmě ochotní se do výzkumu zapojit. Mezi variantu tohoto výběru patří prostý záměrný (účelový) výběr, který má podobná specifika (výběr mezi potencionálními účastníky podle daného kritéria), zároveň se však používá v případech, kdy se nejedná o velký výběrový soubor a rovněž i účastníci v základním souboru jsou snadno dostupní.

7.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor není reprezentativní, byl ovšem sestaven tak, aby jím byly zastoupeny základní pracovní pozice a bylo tím tak dosaženo minimální teoretické nasycenosti dat.

7.4. Získávání kvalitativních dat

7.4.1. Analýza dokumentů a statistických dat zařízení

Kvalitativní data byla získávána (jak v průběhu stáže autorky práce, tak při samotných rozhovorech v průběhu výzkumu) pomocí analýzy dokumentů zařízení. Zdroji dat byl zejména náhled do léčebného řádu, Apolinářských měsíčníků a případný opis důležité informace. Mezi další zdroje patřily dokumenty získané od pracovníků (týdenní strukturovaný program, dokumenty z konferencí o závislostech a léčbě u žen či doporučení literatury s vhodnými aspekty pro další zpracování).

„Práce s dokumenty tvoří velmi specifickou oblast aplikace kvalitativního přístupu. Její specifická je dána tím, že tyto materiály existují nezávisle na naší výzkumné činnosti v tom smyslu, že je obvykle nevytváříme. Nejde tedy v jejich případě o metodu získávání dat v pravém smyslu slova, kdy data v průběhu výzkumu různými postupy a metodami skutečně vytváříme. Zde již data máme vytvořená, fixovaná a pouze je musíme shromáždit (Miovský, 2006, p. 189).“

Získávání informací bylo doplněné o sdělení některých statistických dat zařízení - prostřednictvím konzultace s vedoucí lékařkou a to z příjmové knihy (bez možnosti náhledu výzkumníka) nebo z dosud nepublikovaných dokumentů (sloužících pro různé konference), či následné publikace nebo pro vlastní potřeby zařízení.

7.4.2. Pozorování

Další metodou pro získávání dat byla technika přímého pozorování v podobě zúčastněné. Z metody zúčastněného pozorování byly využité obě dvě její formy a to *skryté zúčastněné pozorování* a *zjevné zúčastněné pozorování*.

Jak uvádí Miovský (2006) zúčastněné pozorování je formou pozorování, kdy se výzkumník bezprostředně pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, jež pozoruje. Skryté zúčastněné pozorování je zvláštní formou zúčastněného pozorování, kdy ostatní účastníci výzkumu nevědí, že jsou pozorováni v rámci nějakého výzkumu. Nevědí tedy, že je jejich chování zaznamenáváno. Výzkumník se mezi nimi pohybuje, jako by byl „jedním z nich“ a postupně svým pozorováním shromažďuje data potřebná pro výzkum. Zapojuje se do obvyklých interakcí, vyhledá si určité místo a roli ve skupině, kde výzkum provádí.

Skryté zúčastněné pozorování bylo využito při běžném provozu na oddělení díky včlenění do kolektivu a týkalo se zejména pozorování pacientek, jejich vzájemných interakcí a celkového průběhu léčby.

Otevřené zúčastněné pozorování prezentuje standardní aplikaci metody pozorování, při němž se výzkumník pohybuje v terénu a je přímým účastníkem situací a jevů, které pozoruje; účastníci výzkumu jsou zároveň srozuměni s tím, že se výzkum provádí a že se získanými daty bude dále nakládáno v souladu s plánem a cíly výzkumu (Miovský, 2006).

Zjevné zúčastněné pozorování bylo v rámci výzkumu využito opět během pobytu na stáži při běžném provozu na oddělení a při rozhovorech s pracovníky.

7.4.3. Metoda moderovaného rozhovoru

Další a poslední – velice důležitou metodou pro získávání dat - byla metoda moderovaného rozhovoru (interview) a to v polostrukturované tzv. semistrukturované formě (s vytvořením závazného schématu, které specifikovalo okruhy otázek pro jednotlivý typ pracovní pozice). V rámci konzultace pro první rozhovor byla provedena i jeho pilotní forma, z níž se pak vytvořilo konečné schéma otázek.

Dle Miovského (2006) se při polostrukturovaném (semistrukturovaném) interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější příprava. Výzkumník si vytváří určité schéma, které je pro tazatele závazné. Výhodou je rovněž možnost pokládat doplňující otázky. Zvláštní formou moderovaného rozhovoru (interview) je „telefonní interview“. Tento typ interview se od klasického interview liší tím, že při jeho realizaci nejsou možnosti využít také metody pozorování. Telefonní interview má na druhou stranu své nesporné výhody, kterými jsou především nízké finanční náklady, které se týkají například toho, že výzkumník nemusí cestovat „do terénu“.

V rámci interview byly použity převážně otevřené otázky (k vyjasnění nesrovnalostí či k doplnění poznatků sloužily zejména otevřené otázky doplňovací a navádějící). Nepatrně byly samozřejmě použity i uzavřené otázky. V případě „telefonního interview“ byla použita jako další varianta „alternativního interview“ e-mailová korespondence.

V závislosti na složitosti a délce interview se využívá nejrůznějších pomocných nástrojů, jako například záznamového archu (ten má podobu blízkou dotazníkům, s tím rozdílem, že arch obvykle vyplňuje výzkumník, nikoli účastníci), dále se využívá různých forem osnov pro interview (při tvorbě těchto „nástrojů“ se kladou nároky na to, aby umožňovaly rychlou orientaci) (Miovský, 2006).

7.5. Zpracování a fixace kvalitativních dat

Data byla zpracována metodou fixace kvalitativních dat, přesněji audiozáznamem s pomocí záznamového archu.

Pro všechny pracovníky byl připraven záznamový arch (VZOR), přičemž měli účastníci možnost se (na počátku či během interviu) rozhodnout, zda zvolí způsob „klasického nebo alternativního“ interview. Záznamový arch byl pak upřesněn pro jednotlivá pracovní zařazení daných respondentů. Záznamový arch měl v konečné fázi dvě podoby. V prvním případě vycházel z připravených otázek pro rozhovor, přičemž sloužil pro vlastní poznámky výzkumníka v rámci klasického interview. V případě druhém sloužil jako textový dokument (s podotázkami k upřesnění) při e-mailové korespondenci, které částečně předcházelo „telefonní interview“.

7.6. Analýza kvalitativních dat

Analýza kvalitativních dat, získaných během stáže (v rámci náhledu do dokumentů či nabytých textových dokumentů), při vlastním pozorování a při interviu (textový materiál a zvukový materiál – zejména přepis audiozáznamu), byla uskutečněna metodou zachycení vzorců.

„Metoda zachycení vzorců („gestaltů“) představuje relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (případně témata) a ty zaznamenáváme. V podstatě jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu atd. ... Výzkumník přitom postupuje tak, že při získávání nebo analýze dat vytváří určité koherentní „příběhy“ o tom, jak daný jev probíhá. Nová a nová data tak postupně vkládá do těchto „příběhů“ a konstruuje svoji představu o zkoumaném fenoménu. Klíčové je přitom opakování podstatných částí obecného příběhu (vzorce) v různých konkrétních případech. Musí samozřejmě průběžně pracovat jak s alternativou verifikace tvořeného „příběhu“, tedy hledat údaje, které podporují, doplňují či rozvádějí konstruovaný příběh, tak také musí pracovat s alternativou jeho vyvrácení (neplatnosti), (Miovský, 2006, p. 222).“

7.7. Etické aspekty výzkumu

- Respondenti byli informováni o tématu výzkumu.
- Respondenti se mohli svobodně rozhodnout, zda budou s rozhovory souhlasit či nikoli.
- Rovněž měli právo od výzkumu kdykoli odstoupit.

- Rozhovor byl nahráván na diktafon nebo byl realizován pomocí záznamového archu v rámci e-mailové komunikace.
- Jelikož je v rámci tohoto výzkumu snadná identifikace respondentů, bylo přesto vynaloženo úsilí výzkumného pracovníka o co největší anonymitu v souvislosti se získanými údaji.
- Mlčenlivost výzkumného pracovníka v rámci výzkumu i po jeho skončení, je rovněž samozřejmostí.
- V rámci zachování anonymity u pacientky (z Apolinářského měsíčníku) byly zaměněny identifikační údaje.
- Výzkumná validita a její metody byly kontrolovány pomocí zpětné vazby od respondentů.
- Po skončení výzkumu mají respondenti možnost se seznámit s výsledky.

8. PRŮBĚH VÝZKUMU

8.1. Úvod

O případném budoucím provádění výzkumu byly podány informace vedoucímu pracovníkovi zařízení už při žádosti o stáž autorky práce. Následně byla rovněž poslána skladba otázek (jež byla následně schválena) pro rozhovor s pracovníky před začátkem výzkumu. Pracovníci vyjádřili souhlas a ochotu zapojit se do výzkumu a byl respektován i fakt, že dotyční v některých případech spolupracovat nechtěli.

8.2. Harmonogram výzkumu

Výzkum pro tuto práci probíhal po dobu 5 měsíců v následujících etapách:

Březen 2012

- Zajištění stáže a seznámení s účelem stáže vedení v zařízení.
- Zmapování prostředí a souběžné pozorování chodu některých oddělení na Klinice adiktologie - Apolinář.
- Analýza interních dokumentů.
- Upřesňování možných témat práce (zúžení rozsahu práce na rozhovory s pracovníky ženského lůžkového oddělení).
- Seznámení případných účastníků s tématem práce a s rozhovory.

Duben 2012

- Zmapování tématu, identifikace výzkumných okruhů na základě teoretické analýzy.
- Stanovení cíle, volba metodiky, tvorba koncepce práce.
- Sestavení osnovy pro rozhovory s pracovníky, nominace konkrétních pracovníků.

Květen 2012

- Konzultace ohledně rozhovorů v zařízení.
- Pilotní rozhovor.
- Statistické informace o uživatelkách metamfetaminu.
- Kontaktování konkrétních pracovníků, kteří přislíbili účast.

Červen 2012

- Realizace rozhovorů s pracovníky.

Červenec 2012

- Analýza a zpracování výsledků.
- Systematické shrnutí a vyvozování závěrů.

8.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapování ženského lůžkového oddělení na Klinice adiktologie - Apolinář se zaměřením na pacientky závislé na metamfetaminu. Hlavní myšlenkou bylo potom popsat obecně charakteristiku těchto pacientek, dále popsat léčebný proces a specifika v léčebných intervencích u těchto pacientek.

8.4. Výběr výzkumného souboru

Jelikož se tyto pacientky vyskytují na oddělení sporadicky a nebylo zaručeno, že právě v danou dobu (v čase provádění výzkumu – potažmo rozhovorů) na oddělení budou a rovněž by byl k rozhovorům potřebný souhlas etické komise (což nebylo zaručeno), byla následně zvolena metoda rozhovoru (interview) s pracovníky oddělení. Výběr pracovníků byl přizpůsoben jejich pracovnímu zařazení (aby se získalo více informací a charakteristik z různých oblastí). Výzkumný soubor – pracovníky (respondenty či účastníky výzkumu) bylo snahou získat již během stáže autorky práce na oddělení, přičemž byli postupně seznamováni s tématem práce a s jejím následným průběhem rozhovorů. Cca po 2 měsících od konce stáže autorky práce na oddělení (po schválení otázek pro rozhovor vedoucím zařízením) byli pracovníci kontaktováni pomocí hromadného e-mailu s tím, že se jim opětovně představil záměr práce a způsoby realizace výzkumu. Do přílohy byl přiložen předběžný nástin otázek. Poté následovala individuální konzultace s vedoucí ošetřující lékařkou, kde se otázky (v rámci realizace pilotního rozhovoru) upravily. Poté se domluvil rozhovor (1. rozhovor). Po zrealizování prvního rozhovoru byli telefonicky opětovně osloveni konkrétní pracovníky. Byla jim nabídnuta možnost jak klasického „verbálního“ interview, „telefonního interview“ nebo „rozhovoru“ za pomoci internetu – čili e-mailové korespondence. Většina pracovníků využila poslední z možností, jelikož chtěli být na rozhovor připraveni a rovněž si chtěli své informace utřídit. Pro zaneprázdněnost účastníků výzkumu v rámci pracovních povinností byla e-mailová korespondence rovněž vyhovující. Tato možnost měla svojí výhodu v tom, že se nemusely domlouvat případné schůzky (výzkumníkem byly zadány termíny pro poslání rozhovorů, které se individuálně domlouvaly s pracovníky). S pracovníky bylo rovněž domluveno následné a případné doptání na nesrovnalosti či rozvedení otázek výzkumníkem. Tímto aktem se tak podařilo doplnit informace týkající se jednotlivých aspektů z daných pracovních pozic a jejich pohledu na pacientky závislé na metamfetaminu.

Z původních 7 plánovaných rozhovorů vzniklo v konečné fázi rozhovorů 5 (zbylé 2 rozhovory se bohužel nepodařilo zrealizovat). Lze konstatovat, že k obecnému rozhledu,

povědomí a pro základní formulace o dané problematice do této práce těchto 5 rozhovorů zcela postačuje.

8.5. Získávání dat

8.5.1. Analýza dokumentů

Ještě předtím než se zvolila metoda rozhovorů, byla možnost při stáži autorky práce analyzovat dokumenty (léčebný řád¹³, týdenní program ženského oddělení¹⁴ a apolinářský měsíčník).

Zde je ukázka z jednoho z nich:¹⁵

Nejen pro tuto pacientku se Apolinář stal významným pilířem pro její novou životní etapu. Do léčby nastoupila po 4 týdenní detoxifikaci s energií a nadšením. Toto nadšení vystřídalo vyčerpání na počátku léčby, kdy ji euforie brzy poklesla a kdy se známky z drogové kariéry začaly podepisovat na jejím somatickém a psychickém stavu. Poznala, že v jejím životě musí nastat nějaký zlom. Po nástupu do léčby zažila osvobození od útrap bez lhaní a naučila se žít v pravdě. Pochopila, že cesta k ideálům vede po směru světla abstinence s pomocí trpělivosti a důslednosti. Díky strukturovanému programu začala během své abstinence pracovat na sobě, upevnila si svůj partnerský vztah (v tomto směru velice pomohla právě rodinná terapie) a začala shánět zaměstnání. Zpočátku si nedokázala léčbu a abstinenci vůbec představit, v polovině léčby se však její názor začal měnit. Pochopila, že se svou závislostí nemusí žít sama a že je naprosto v pořádku, když jí někdo nabídne pomocnou ruku.

Léčba jí dala především rozhodnutí abstinovat. Celý život totiž toužila po dokonalosti – být výjimečná a jedinečná. Tento pocit jí dávala droga (metamfetamin). Cesta jak dosáhnout rychlého uspokojení se v rámci drogy stala takřka raritou. Po léčbě pochopila, že to vše byla jen iluze, která jí stahovala na dno, když dlouhé roky lhala sobě a svým blízkým. Uvědomila si, že jí sice nic metamfetamin nahradí, ale radování z maličkostí jí alespoň částečně může zpočátku pomoci. Přijala závislost jako nemoc a díky informacím získaným během léčby tak zná do budoucna lepší způsoby jak se s ní vyrovnat.

¹³ Základní informace o dokumentu léčebný řád v kapitole 5.

¹⁴ Viz. Příloha číslo 1.

¹⁵ Apolinářský měsíčník 2012

8.5.2. Pozorování

Do výzkumu byla zapojena metoda pozorování – pozorování zúčastněné (otevřené a skryté) - při běžném chodu oddělení. Při stáži autorky práce se naskytla možnost setkání s dvěma pacientkami závislými na metamfetaminu a pozorování jejich chování v léčbě. První pacientka byla v konečné fázi pobytu základní léčby – její motivace byla naplno zvnitřnělá, jevila se schopna návratu do normálního a nechráněného prostředí, přijímala svoji závislost jako nemoc a byla ochotna i nadále spolupracovat v rámci následné péče. U druhé pacientky (opakovaně přijímaná k léčbě), se kterou byla možnost se setkat v rámci návštěvy (autorky práce) na detoxifikační jednotce – při motivační skupině, byla patrná totální nulová motivace k léčbě, závislost si nepřipouštěla a svůj pobyt v léčbě považovala za přechodný.

8.5.3. Rozhovory

Díky následným rozhovorům s pracovníky ženského oddělení, které byly vyvrcholením celého výzkumu, tak byla možnost (rovněž i v kombinaci s ostatními metodami) zmapovat alespoň částečně oddělení. Pomocí rozhovorů byly rovněž zodpovězeny a potvrzeny některé počáteční otázky a předpoklady.

1. Rozhovor

První rozhovor byl s pracovníkem, který měl největší zkušenosti v dané problematice. Rozhovor byl zaznamenáván na diktafon a trval necelých 43 minut. Tento rozhovor, který můžeme považovat za jakýsi model, který sloužil k utvrzení v informacích o pacientkách při následných rozhovorech. Ostatní pracovníci v rozhovorech především potvrzovali předchozí získané údaje. Na druhou stranu se však naskytla možnost specifiky doplnit rozhovory o individuální postřehy týkající se jejich pracovní pozice.

2., 4. a 5. Rozhovor

Tyto rozhovory probíhaly po předchozí domluvě (v rámci krátkého „telefonního interview“) internetovou formou pomocí e-mailové korespondence. Pro každého pracovníka byl individuálně připraven vzor otázek pro rozhovor, přičemž byl doplněn podotázkami, které byly (v rámci pracovní pozice) směrodatnější. Výsledná sestava otázek tak poskytovala (po několikerém tázání a odpovídání v rámci e-mailové korespondence) větší obsáhlost daných rozhovorů (pracovníci odpovídali z hlediska vlastního pozorování při skupinách, vlastní činnosti s pacientkami v rámci jejich zaměření a dalšího pozorování v samotném procesu léčby).

3. Rozhovor

Tento rozhovor obsahoval prvky z obou předchozích skupin. Obsahoval prvky moderovaného polostrukturovaného interview s tím, že byl použit záznamový arch pro vlastní poznámky výzkumníka rámci rozhovoru. Následně byl pak rozhovor doplněn a rozšířen v rámci e-mailové korespondence.

8.5.4. Metody kontroly validity

Validita byla částečně potvrzena v teoretické části práce v kapitole 4 (Ženy v léčbě). V praktické části lze rovněž potvrdit validitu a to v rámci veškerých výzkumných metod, které po sloučení vykazují totožné závěry a navzájem se doplňují.

8.6. Provedení, zpracování a analýza dat

Analýza rozhovorů probíhala na základě metody zachycení vzorců, jež je popsána v podkapitole 4.6. (Analýza kvalitativních dat). Všichni pracovníci měli stejnou strukturu otázek, přičemž byly pro každého individuálně v průběhu rozhovoru tvořeny další podotázky. Vzorová struktura otázek pro pracovníky obsahovala otázky, které se týkaly základních informací o pracovníkovi: (doba praxe na oddělení) a specifikace pracovní pozice, zkušeností pracovníka s pacientkami závislými na metamfetaminu, jak je vnímá v porovnání s ostatními pacientkami a jak vidí celkovou atmosféru mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatním pacientkami. Dále se otázky vztahovaly na léčebné intervence, které jsou specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány a nakonec na možnosti zapojení rodiny do léčby v rámci rodinné terapie.

Analýza získaných dat probíhala metodou zachycení vzorců. V rámci metody zachycení vzorců se v dokumentaci, při pozorování a v rozhovorech dle získaných informací vyhledávaly určité obecné principy. Tyto principy byly vázány na daný kontext. V případě tohoto výzkumu se tedy jednalo o pacientky oddělení, které byly závislé na metamfetaminu.

Kvalitativní data byla získávána analýzou dokumentů zařízení (potažmo ženského lůžkového oddělení) v průběhu stáže autorky práce. Mezi zdroje dat patřil léčebný řád, Apolinářské měsíčníky, týdenní strukturovaný program, dokumenty z konferencí o závislostech – zejména o léčbě u žen, či sdělení některých statistických dat oddělení. Většina z těchto dokumentů byla vizuálně zpracována výzkumníkem nebo z nich byl v průběhu stáže pořízen opis. Od některých dokumentů se podařilo pořídit kopie (se souhlasem pracovníků). Pro analýzu dat byla přínosem i pracovníky doporučená literatura s vhodnými aspekty pro další zpracování. Další metodou pro získávání dat byla technika přímého zúčastněného pozorování (v rámci

stáže autorky práce), přičemž se pozorování konalo ve dvou podobách. První forma – skrytá – probíhala zapojováním do obvyklých interakcí (pracovní terapie, skupiny, arteterapie, relaxace apod.). Druhá forma – otevřená – byla prezentována standardně. Účastníky výzkumu byli pracovníci, kteří s touto aktivitou byli srozuměni. Otevřené zúčastněné pozorování bylo realizováno a využito opět během pobytu autorky práce na stáži při běžném provozu na oddělení, ale také při rozhovorech s pracovníky. Poznatky, získané při analýze dokumentů a pozorování, doplňovaly následující techniku moderovaného rozhovoru (interview) v semistrukturované podobě (v klasické či alternativní formě) s pracovníky na oddělení.

Díky zvolené metodě analýzy - zachycením vzorců - se bohatost jednotlivých dat, získaných z rozhovorů, svým způsobem vytrácela. Jedinečnost však spočívala ve vzájemných podobnostech sdělení pracovníků. Při konstruování představy výzkumníka o daném jevu, společně s následnými daty, získanými při rozhovoru bylo možno následně roztřídit jednotlivé informace na skupiny dle pokládaných otázek. V každé skupině se velmi často opakovaly podstatné části informací o zkoumaném jevu. Tyto informace se ale navzájem jistým způsobem doplňovaly, což částečně potvrdilo verifikaci sdělení účastníků výzkumu. Následnou selekcí se v konečné fázi výzkumu vytvořila komplexní struktura z jednotlivých okruhů, které tvoří „příběhy“ složené ze spektra získaných informací v rámci rozhovorů.

Údaje získané prostřednictvím rozhovorů a jejich platnost bylo možno ověřit v rámci předchozí stáže (autorky práce) na ženském lůžkovém oddělení. Interpretace získaných a analyzovaných výsledků z provedených rozhovorů, která je popsána v následující kapitole, plně koresponduje s poznatky získanými během analýzy dat a pozorování.

8.7. Interpretace výsledků

Informace získané v rámci rozhovorů o pacientkách závislých na metamfetaminu na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář, by se dali shrnout do několika následujících okruhů: Popis a vlastnosti pacientek závislých na metamfetaminu. Dodržování léčebného řádu. Celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami (zastoupení pacientek ve skupině, klady a zápory pacientek ve skupině). Vytvoření terapeutického vztahu a spolupráce pacientek v rámci průběhu léčby. Léčebný program a specifika pro pacientky závislé na metamfetaminu. Průběh léčby pacientky závislé na metamfetaminu. Základní léčebné intervence na ženském lůžkovém oddělení pro pacientky závislé na metamfetaminu (psychoterapie, farmakoterapie). Rodinná terapie. Následná péče a doléčování.

8.7.1. Popis a vlastnosti pacientek závislých na metamfetaminu

Pacientky závislé na metamfetaminu jsou jedny z nejmladších pacientek na oddělení. Přicházejí z různého sociálního zázemí. Častěji se u nich než u pacientek závislých na alkoholu jedná o zevní motivaci v důsledku přerušení podpory rodiči nebo v důsledku konfliktu se zákonem. Osobnostně jsou tyto pacientky často impulzivnější. Jsou živější, svobodomyšlnější. Snad o něco málo je u nich patrný horší kontakt se sebou, svým prožíváním. Mají problém setrvat u jedné činnosti, a je u nich výraznější „sensation-seeking“.¹⁶ Jsou to pacientky, u kterých se rozvinula drogová závislost v době, kdy ještě v podstatě nebyl dokončen psychosociální vývoj, takže jsou mnohdy nezralé. Chybí jim základní struktury, základní životní dovednosti. Často mívají nejružnější poruchy chování i v anamnéze. *„Někdy to jsou vlastně děti nebo dospělí s poruchou hyperaktivity a pozornosti.“*

Pacientky se závislostí na metamfetaminu mají komplexnější problémy – celkově se jedná o závažné psychické prožívání. Možné specifikum může být v tom, že mají o něco nižší sociální schopnosti (zkušenosti s tím, jak fungovat v běžných situacích – škola, práce, partnerské vztahy), sebepoznání – kdo jsem, co chci, kam směřuji. Schopnost vydržet sám se sebou, vidět své silné a slabé stránky, vnímat svoje tělo a pocity, je u nich také velice narušena. U těchto pacientek se objevuje opakovaná krize. Mají více práce s tím, aby vytvořily dobré vztahy, a aby tyto vztahy vydržely. Velkým problémem těchto pacientek je zejména uznávání autorit (neuznávání se projevuje např. tím, že nedodržují nařízení od terapeutického týmu). Cestu si najdou zpravidla k těm pracovníkům, kteří jsou více osobnostně otevřenější, pokud se to tak dá říct. Není to ovšem tak, že by některé pracovníky z principu neměly rády. Jako pozitivum vidí pracovníci fakt, že to jsou pacientky kreativní, autentické, které vnášejí do psychoterapie otevřenost. To, co tam bývá cenné, je, že doplňují model terapie o mezigenerační aspekt – ony jsou pro svoje „spolupacientky“ přenosovým modelem vztahu k jejich dětem (mohou jim nabízet pohled na sebe samé z hlediska jejich dětí) a naopak zase ony od „spolupacientek“ dostávají informace z pozice rodičů.

8.7.2. Dodržování léčebného řádu

Velice obecně se dá říct, že ve srovnání s pacientkami závislými na alkoholu či lécích, mají tyto pacientky větší tendenci porušovat pravidla. Neumí tato pravidla dodržovat, protože to po nich zatím život nechtěl. Jedná se zejména o pravidla v rámci léčebného řádu na oddělení

¹⁶ „Sensation-seeking se projevuje zejména tím, že tyto pacientky nedodržují pravidla a pohrávají si s nimi – je vzrušující vědomě porušit pravidlo a doufat, že to nikdo nezjistí. Sensation-seeking může být ale pro komunitu i pozitivní – může se projevovat větší kreativitou pacientky, přínosem a inovací do programu a jeho náplně.“

(nedodržují léčebný režim, časový rozsah stanovené aktivity). Mají v sobě daleko více destruktivity a agresivity. Rovněž mají problém dodržovat jasně nastavené hranice (mezilidské hranice a hranice sociální, týkající se sociální interakce). V tomto směru s větší tendencí „hranice testují“. Mají někdy tendence k disociálnímu chování. Velikým problémem jsou kontakty s pacienty z mužské komunity, kteří mají volnější program, a mají tak daleko více prostoru pacientky kontaktovat a atakovat. Pro pacientky (tím jak mají narušené sebevědomí a sebeúctu), fakt, že o ně někdo projeví zájem, oslní a velmi často je od terapie odvádí.

8.7.3. Celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami

- **Zastoupení pacientek ve skupině**

Dle pracovníků je určitě lepší mít skupiny s více kombinacemi závislostí, protože si jsou tak pacientky navzájem velice užitečné. Všeobecně se dá říci, že mezi jednotlivými pacientkami jsou větší rozdíly než mezi skupinami závislých jako takovými.

Na začátku léčby skupina – stávající (do které přichází nová pacientka závislá na metamfetaminu) má jaksí strach, že nová pacientka bude porušovat léčebný řád, a že je „vyvede z klidu“. Tak jí usměrňují, tím pádem se pacientka dostává do stavu, kdy jí větší množství lidí svým způsobem brzdí a kontroluje, což může znamenat, že se v začátku objeví konflikty. Velmi rychle se však dají zpracovat v rámci terapie (pak se obvykle vytvoří rodinný model popsán v rámci mezigeneračního aspektu v části 8.7.2). Vytvoří se přenosové vztahy k jednotlivým pacientkám, obvykle dokonce nastane to, že některá z dospělejších (pacientek středního věku) tyto pacientky se závislostí na metamfetaminu adoptuje a funguje pro ně jako „přenosová maminka“. Tento parametr je velice významný. Je zde ovšem vždy potřeba ohlídat, aby se v tomto směru držely hranice.

Optimálně je jedna pacientka v šestičlenné skupině. Pokud jsou dvě a jedna z nich je už na konci léčby a druhá přichází, tak je to také možné. Určitě není možné, aby byly v 6 členné skupině 2 pacientky, které přišly týden po sobě (ty se okamžitě podpoří v destruktivitě a nedokážou začít spolupracovat). V případě většího počtu pacientek závislých na metamfetaminu dochází v komunitě často k vytváření tzv. koalic, kdy se pacientky „spojí“ proti ostatním, příp. i proti týmu a nastaví si vlastní pravidla.

- **Klady pacientek a záporné pacientek ve skupině**

Mezi klady, které přinášejí pacientky závislé na metamfetaminu do skupiny, patří určité dynamika (zejména pro jejich větší impulzivitu). A často také poskytování upřímných zpětných vazeb („nebrání si servítek“). Jako hlavní záporné pracovníci zmiňovali často nezdrženlivost emočních projevů a malou trpělivost.

8.7.4. Vytvoření terapeutického vztahu a spolupráce pacientek v rámci průběhu léčby

Na začátku je daleko obtížnější tyto pacientky získat ke spolupráci, protože jsou nevyzrálé, rebelující, vzdorující. Droga byla jejich způsobem jak se osamostatnit a vzepřít vůči normám a pravidlům společnosti (takže pokračují ve vzpírání se vůči nějaké další autoritě). Větší procento z nich odejde z léčby dřív a to z důvodu výchovných nebo podepíše revers.

Je u nich důležité navázání kvalitního psychoterapeutického vztahu (ve vztahu k ostatním pacientkám je toto navázání o něco důležitější v tom, že u nich v tu chvíli „navázání“ poleví destruktivita). Když vztah nenavážou, tak se „ztrácejí“. Pokud se ztratí v době, kdy ještě nenavázaly „vztah“, tak se do léčby nevracejí. Ale když si terapeutický vztah vytvoří a poté zejména díky porušování hranic léčbu opustí, pak se právě v rámci navázání vztahu po čase do léčby vrátí a pokračují v ní. Co se týče navázání psychoterapeutického vztahu, když pacientka se závislostí na metamfetaminu terapeutům nevěří, tak otevřeně nespolupracuje, což vede k tomu, že dřív nebo později z léčby odejde, ať už na základě rozhodnutí terapeutů pro porušování pravidel nebo na základě vlastního rozhodnutí. *„Kdežto pacientka se závislostí například na alkoholu, i když nedojde k navázání vztahu a terapeutům nevěří, dokáže poměrně dlouho setrvat ve vztahu pseudospolupráce, kdy plní úkoly, které se po ní chtějí (dokáže říkat to, co se po ní chce, ale myslí si něco úplně jiného).“* Pro pacientky jsou terapeuti často rodičem, který je usměrňuje, kritizuje a klade na ně nároky, kdy dokážou uvěřit tomu, že právě oni – terapeuti - mají zájem na jejich prosperitě. Podstatnou roli v léčebném procesu a vytvoření terapeutického vztahu „hraje“ pracovní terapie. Když tyto pacientky dostanou jednoduchý úkol, dokážou ho splnit a jsou za něj oceněny, je to jakoby první prvek, na který se „chytí“, a který pak vede k další spolupráci mezi ní a ostatními.

Léčebný průběh by se dal charakterizovat tak, že se na začátku tyto pacientky různým způsobem brání (mají problémy s režimem), ale po vytvoření terapeutického vztahu začnou lépe spolupracovat a komunikovat. Když se povede navázat vztah a začnou spolupracovat, pak se s nimi pracuje poměrně dobře, protože jsou poměrně otevřené a velmi vnímavé k ocenění. Jakmile však dosáhnou prvních zpětných vazeb a ocenění především ze strany

rodiny nebo blízkých, kteří jim pomohli udělat ten krok a absolvovat léčbu, tak jim motivace poklesne, začnou opět testovat hranice a opět porušovat pravidla. V tuto dobu se zde velmi často objeví například tendence navázat vztah, takže obvykle terapeutům nezbývá než přestoupit k individualizované formě léčby, léčba se tzv. „frakcionuje“ do různě dlouhých úseků a tím pádem se přerušuje. Volí se tedy forma přerušované léčby, kdy se pacientce umožní cca na měsíc kontakt s přirozeným prostředím (tím posbírání informace o realitě a v konfrontaci s realitou naplní svoji motivaci k léčbě). *„V poslední době se daří, že pokud neodejdou v tom samém začátku (tzn. do těch 14 dnů), tak se celkem dokončení léčby objevuje poměrně často (po tom přerušování). Uvědomuji si dvě pacientky, které dokonce dokázaly léčbu dokončit bez přerušování. Uvědomuji si dvě pacientky, které dokonce dokázaly léčbu dokončit bez přerušování a obě abstinují (jedna už asi 5 let, druhá tedy 1 rok). Ale to byla ta varianta, kdy to byly dívky, které už přeci jen tu základní životní strukturu měly.“* Pokud se vrátí (jakože přibývá těch, které se po přerušování léčby vrací a dál spolupracují), tak je obvykle ta spolupráce lepší a v mnohých případech tyto pacientky základní léčbu zdárně ukončí. *„Ze všech těch, které nastoupí tak 1/3 léčbu dokončí a ty které odejdou, tak naprostá většina z nich odejde v tom začátku.“*

8.7.5. Specifika v léčebném programu pro pacientky závislé na metamfetaminu

Na lůžkovém oddělení procházejí všechny pacientky stejným léčebným režimem, se stejnými pravidly a náplní dne. Pokud pacientky přicházejí před léčbou i na detoxikaci, odvykáací doba je obvykle delší než u alkoholu. Častěji než ženy závislé na alkoholu popisují výskyt carvingu (bažení). Na oddělení existovala cca před dvěma lety výběrová skupina pro nealkoholové závislosti (ovšem uskutečnila se jen několikrát v průběhu let). Skupina trvala cca hodinu a konala se na téma podle výběru pacientek (vztahy, doléčování, aktuální psychické potíže).

Specifika programu a těch léčebných intervencí se odvíjí od konkrétní situace té které pacientky (bez ohledu na druh závislosti). Mezi možná všeobecná specifika by však mohla patřit mírnější „nápravná opatření“ ve formě přerušování. Dále možná podpora v nástupu do další komunity či velkorysejší nabídka následné péče – případně i prodloužení léčby. Jelikož je u pacientek se závislostí na metamfetaminu nutný přechod do resocializačního zařízení, pracuje se u nich zejména na podpoře motivace k dlouhodobější péči. Za další možné specifikum by se dala považovat podpora v hledání práce, apod.

8.7.6. Základní léčebné intervence na ženském lůžkovém oddělení pro pacientky závislé na metamfetaminu

„Co se týče farmakoterapie, ta je méně často pacientkami se závislostí na metamfetaminu využívána (pacientky se závislostí na alkoholu daleko častěji mají nejrůznější depresivní

poruchy, tudíž je u nich ta farmakoterapie častější). Pokud se jedná o pacientku s duální diagnózou (kdy to je hraničně strukturovaná osobnost s těžkými výkyvy nálad s projevy až na hranici psychózy), tak tam je samozřejmě farmakoterapie potřeba. Ale mluvím zase o pacientkách, které přicházejí do režimové léčby. Samozřejmě, když má toxickou psychózu, tak tam se bez farmakoterapie neobejdeme, ale to je otázka detoxifikace nebo psychiatrických oddělení. Psychóza je pro náš program kontraindikace.“

Na ženské lůžkové oddělení přicházejí často pacientky v minulosti (především v období dětství) „poškozené psychoterapií“. Umí tedy velmi dobře interpretovat nejrůznější slova, problémy a dovedou velmi dobře racionalizovat svou drogovou závislost s využitím psychotherapeutické terminologie. Psychoterapie je v rámci léčby velice potřebná. Je to vlastně základ terapie (musí to být ale psychoterapie, kdy první na co se je potřeba zaměřit, je náhled pacientky na to, v jaké situaci se nachází, jaké komplikace si způsobila a náhled vlastního podílu na danou situaci). Teprve, když pacientka přijme zodpovědnost za situaci, ve které se nachází, dále za svojí nemoc a její léčbu a následnou abstinenci, dá se poté zaměřit na traumata (například výše zmíněné traumatické záležitosti z dětství).

„Psychoterapie je směřovaná jednak na chorobu jako takovou a jednak právě na analýzu modelových situací v léčbě (tj. kde narážím, proč narážím a jak to udělat, abych nenarážel). Klíčové v psychoterapii s těmito pacientkami je, vést je náhledu na to, co je v jejich chování je rizikové a která by to šlo změnit. V podstatě je to přístup, kde je kladen velký důraz na kognitivně behaviorální terapii.“

8.7.7. Rodinná terapie

Velmi záleží na rodinném prostředí, z kterého pacientky vyšly a jaké mají zázemí. Pokud je rodina funkční, tak by se do léčby měla zapojit ve všech případech (například podpora v léčbě, pomoc a zázemí po návratu z léčby). Tímto je rovněž podpořena i vnitřní motivace ke změně životního stylu. Zapojení rodiny je jednoznačně vnímáno jako přínosné, důležité, potřebné, nutné a rovněž zvyšuje pravděpodobnost dosažení remise u pacientky, ne vždy je ale realizovatelné. Rodina by se měla zapojit vždy, pokud to situace a atmosféra v rodině umožní. Je nesmírně cenné, je-li možné získat ke spolupráci některého člena rodiny (úplně nejlépe matku u dívek, kde vztah bývá nejvíce narušený). Pacientka přichází do léčby v té chvíli, kdy rodina vyčerpala všechna svá regulační opatření. Tím pádem se často rodina a blízcí domnívají, že náprava není možná. Klíčovou motivací je „jenom“ pacientku někomu předat nebo ji umístit. Někdy se stane, že se během pobytu na oddělení rodina nezúčastní

léčby v žádných směrech, ale teprve když pacientka přechází do zařízení následné péče, tak jí rodina začne opětovně důvěřovat a je třeba ochotná jí v té léčbě podpořit.

V základním léčebném programu ženského lůžkového oddělení je to tak, že se rodinou se pracuje ještě před léčbou (při domluvě termínu nástupu léčby je optimální, když s rodinnými příslušníky mluví sociální pracovnice). Rodinný příslušník je většinou přítomen u přijímání pacientky, poté je s ním veden vstupní pohovor, který slouží k získání informací vyplněním tzv. objektivního dotazníku, prostřednictvím kterého získají terapeuti detailnější informace o pacientčině závislosti, jejím vývoji a dopadech na rodinné příslušníky.

Během léčby je samozřejmostí, že v případě zájmu může rodinný příslušník kontaktovat kteréhokoli z terapeutů. Paušálně je nabídnut seminář pro rodinné příslušníky, který vede psycholog. Tento seminář slouží k ošetření zranění rodiny (je to opravdová péče a podpora rodinným příslušníkům a také se jim samozřejmě vysvětlují principy léčby). Psycholog jim pomáhá zorientovat se v informacích (které dostávají od pacientek nebo jim pomáhá pochopit jejich vlastní prožitky v průběhu léčby). Rodinní příslušníci mají možnost požádat o jednorázový či opakovaný pohovor s členy terapeutického týmu (buď v přítomnosti, nebo nepřítomnosti pacientky). Průměrně nejsou pohovory častější u rodinných příslušníků pacientek závislých na metamfetaminu než u jiných. Pokud žádají o pohovor, bývá to obvykle z důvodu toho, že se chtějí informovat o průběhu léčby, poradit se o vhodných intervencích a míře a formě spolupráce s pacientkou po skončení hospitalizace. Často si žádají i o párový poradenský pohovor týkající se partnerského spolužití.

Rodinní příslušníci mohou také využít rodinnou terapii s hospitalizací (tzn. týdenní hospitalizaci rodinného příslušníka na oddělení v rámci nemocenského pojištění). Tato možnost se doporučuje, protože to bezesporu zvyšuje účinnost léčby. Cílem hospitalizace je v podstatě ošetření těch největších vzájemných zranění a domluva o spolupráci na dobu po léčbě, kdy by měli mít domluvený signalizační a záchranný plán (neboli krizový či havarijný plán pacientky). Záchranný plán je jakýsi akt kdy by pacientka měla být schopná zformulovat svou představu o problému a rovněž i nějaké žádosti o konkrétní pomoc a podporu. Rodinám se pomáhá v tom, aby žádost byla smysluplná, resp. aby byly nastavené hranice mezi tím, co je úkol a zodpovědnost pacienta a kde je smysluplná podpora rodiny a kde ne.

Po léčbě je pro rodinné příslušníky v nabídce rodinná terapie jak v ambulantní formě (kdy tak slyší příběhy jiných a přeci jenom mohou získat naději, že to bude jednou možná fungovat a jednak dostanou i informace o závislosti – aktuálně od těch, kteří už tu závislost zvládli), tak i ve formě rezidenční (jednou ročně se pořádá rodinná terapie už pro celé rodiny, kde se vytváří komunita z 3 až 5 rodin). Tato forma vlastně není tolik o tématech závislosti, ale spíš o tématu

vztahu. Rodinní příslušníci mají rovněž možnost navštěvovat spolu s pacientkou tzv. doléčovací skupinu, která probíhá 1 x týdně. Této skupiny se zúčastňují bývalé pacientky, které abstínují, ale zároveň se jí mohou účastnit i současné pacientky, které tak velmi často získávají motivaci pro svoji abstinenci. Dobrá spolupráce podstatně zvyšuje efektivitu léčby, jelikož rodinný příslušník detailněji nahlíží do problematiky závislosti, více se orientuje ve spouštěcích či rizikových situacích dané pacientky. Mezi členy rodiny tak opětovně vzniká podpora, porozumění, otevřená komunikace o obtížných tématech, zlepšení vztahů. Rodina pomáhá formou „podpory i tlaku“ v doléčování. První druhem této formy je „kontrola“ (rodina ví, podle čeho pozná, že pacientka plní naplánovaný program, ale nechodí za ní, aby se ptali, jestli to dělá a nutili jí). Členové rodiny jen sledují, jak se pacientka chová. Mají domluvené, podle čeho se to pozná, že program plní (sama jim o tom řekne, zavolá, najdou lístek na lednici, chodí včas na schůzky apod.). Mezi další formu patří legalizace léčby proto, aby doléčování nebylo nic, za co by se musela stydět nebo co by musela obhajovat („proč tam pořád jezdíš“...). Další formou podpory rodiny je ostrov jistoty (pacientky nemohou o svých potížích se závislostí mluvit s kdekým, leckdy to skrývají). Ostrov jistoty jim pomáhá cítit se v bezpečí a pochopené. Tyto aspekty, týkající se kladné spolupráce s rodinou vedou k rychlejší reakci na případnou recidivu a k celkovému ujasnění „jak na tom spolu jsme“.

Na druhou stranu má spolupráce s rodinou i své záporné. Kontraindikací pro rodinnou terapii jsou individuální věci závislé na věku, existenčních podmínkách, na stavu závislého, na stavu rodiče. Mezi další záporné při rodinné terapii patří aktivní závislost rodinného příslušníka s neschopností vydržet abstinenci po dobu rodinné terapie, zneužívání a jiné patologie. Zápor spolupráce s rodinou je i tehdy, když je rodina tzv. kodependentní (pacientku podporuje v závislosti přehnanou péčí, nestanovením jasných pravidel a hranic, případně podporováním v úmyslu předčasně ukončit léčbu). Může se objevit tlak na řešení problémů, které ještě nejsou řešitelné, pacientka začne na pomoc rodiny až příliš spoléhat a přenášet tak na ni zodpovědnost. Záleží na osobnostech členů rodiny, jak zvládnou komunikovat a udržet hranice.

8.7.8. Následná péče a doléčování

U pacientek se závislostí na metamfetaminu, je 4 měsíční odvykací léčba jakýmsi základem, protože všeobecně potřebují v léčbě více času. Je zde nezbytnost návaznosti, doléčování, opakování. Tyto pacientky mají větší potíže s tím, zařadit se zpátky do běžného života. Mají spíše přátele, kteří užívají ilegální látky. Pacientky závislé na metamfetaminu nemívají práci a kvalitní zázemí (obtížněji hledají na co navázat).

Pacientky, u kterých došlo k rozvoji závislosti na metamfetaminu už v době, kdy měly vytvořenou základní životní strukturu (dokončily si vzdělání, pracovaly či dokonce založily rodinu), prosperují po této léčbě jenom s dopomocí doléčovacího programu. Naopak u pacientek, u kterých vývoj závislosti začínal v adolescenci nebo dokonce v dětství a u kterých nedošlo k vytvoření základních struktur (nebo ty, které dokončily základní vzdělání, ale už v té době užívaly drogu a ta drogová kariéra byla delší a destruktivnější), se ukazuje jako potřebný pobyt v resocializačním zařízení. Oddělení má velmi dobrou spolupráci se zařízením následné péče TK Kladno - Dubí, jejichž program v podstatě navazuje na program ženského lůžkového oddělení. Pacientky, které přecházejí z tohoto zařízení, mají dobré léčebné výsledky. V současné době je následná péče v komunitě standardně přístupná i pro ostatní pacientky (závislé na alkoholu, lécích apod.).

V rámci standardní formy kontaktu při doléčování je nabízen i doléčovací program, což znamená v prvním roce abstinence 5 denní hospitalizace na oddělení (standardně jako pacientka) v intervalu, které si „současná abonentka“ zvolí. V rámci tohoto doléčovacího programu se pacientky mohou účastnit i již zmíněné doléčovací skupiny.

Pracovníci mají zkušenosti, že s nimi pacientky udržují kontakty (pacientky píšou, volají, přijdou je navštívit nebo se „pochlubit“, když překonaly nějaký životní mezník). Ty, které fungují, vazby s pracovníky většinou nepřetrhávají. Nebo udržují kontakt s jedním členem týmu, kterého si tak jako našli, jako svoji klíčovou osobu.

U pacientek závislých na metamfetaminu, považují pracovníci za léčebný úspěch důslednou abstinenci od všech návykových látek (pokud se totiž abstinence zúží pouze na metamfetamin nebo na ilegální drogy, dříve nebo později se s nimi sejdou například se závislostí na alkoholu).

9. DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo podat v teoretické části - po představení základních pojmů, souvisejících s tématem - všeobecný náhled na problematiku léčby závislosti na metamfetaminu jak v České republice, tak částečně i v zahraničí.

S kapitolou „Léčba závislosti na metamfetaminu v České republice“ souvisela první výzkumná otázka, která zněla takto: *Jaké typy a formy léčby závislosti na metamfetaminu v České republice mohou být a jsou realizovány?* Na výzkumnou otázku se podařilo odpovědět v rámci získaných dat v průběhu studia literatury. Specifika pro léčbu závislosti na metamfetaminu v České republice jsou následující: Léčba probíhá výhradně formou abstinence, přičemž je této metodě v mnohých případech nápomocna farmakoterapie. Léčba probíhá buď v ambulantních zařízeních (AT poradny, denní stacionáře), ústavních zařízeních (psychiatrické kliniky, oddělení nemocnic pro léčbu závislostí apod.) nebo je poskytována ve formě rezidenční (terapeutické komunity). Ve většině zařízení je uplatňován strukturovaný program a multidisciplinární složení pracovníků. V této kapitole byla částečně rozebrána i otázka substituce, která by v souvislosti s léčbou závislosti na metamfetaminu mohla být využita (jak je tomu například v zahraničí), nicméně doposud nepatří v České republice mezi schválené způsoby léčby.

Dalším úkolem teoretické části práce bylo seznámení s provozem zařízení (Klinika adiktologie – Apolinář), kde byl výzkum prováděn. Zde byly popsány základní historické mezníky vzniku zařízení v souvislosti se vznikem jednotlivých prvků léčebných intervencí (averzivní léčba, psychoterapie apod.) Přičemž nebyl opominut popis jednotlivých složek tohoto zařízení (neboli současných oddělení). Toto přiblížení složek odpovídalo následující výzkumné otázce: *Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie - Apolinář jsou obecně pro léčbu závislosti realizovány?* v rámci získaných dat se na výzkumnou otázku podařilo opět odpovědět, jak v průběhu studia literatury, tak i při stáži. Současná oddělení poskytují širokou škálu léčebných intervencí pro osoby s nejrůznějším spektrem závislostí. Při pobytu na detoxifikační jednotce se jedná zejména o podpůrnou farmakoterapii a motivační terapii. V rámci základní strukturované léčby na ženském, či mužském lůžkovém oddělení připadá v úvahu z léčebných intervencí: psychoterapie (individuální a skupinová forma), farmakoterapie, rodinná terapie, pracovní terapie, relaxační složky v rámci skupinové psychoterapie a ergoterapie. Nadstandardně je na ženském lůžkovém oddělení nabízena i následná péče. Další složkou ve struktuře Kliniky adiktologie – Apolinář je Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii. Nabízí se zde zejména psychoterapeutická složka pro

abstinující klienty, zaměřená k posílení motivace „bezdrogového“ způsobu života, psychiatrická péče či farmakoterapie. Nedílnou součástí jsou ambulance (alkoholová a TOXI). Tyto ambulance nabízí následující léčebné intervence: individuální terapie, skupinová terapie, rodinná terapie a farmakoterapie. Alkoholová ambulance nabízí dále i terapii somatických poruch, TOXI ambulance naopak poradenství a pro ženy nadstandardně následnou péči ve formě doléčovacího programu. Poslední složkou systému je centrum substituční terapie, které kromě metadonové léčby nabízí poradenské služby, či resocializační aktivity (sportovní, sociokulturní).

V souvislosti s doplněním informací o zkoumaném vzorku byla následně do teoretické části dodána kapitola – ženy v léčbě. Tato kapitola obsahovala i zmínku o ženách závislých na metamfetaminu. Jelikož se informace z této části buď doplňovaly se obecnými informacemi o závislých ženách, nebo se nepodařilo nalézt vhodnější literaturu, je této části věnována pouze nepatrná zmínka.

Pro orientaci a následné plánování ve výzkumu se jevilo jako nutné sestavení harmonogramu, dle kterého bylo důležité zajistit stáž a následně seznámit vedení v zařízení s jejím účelem. Při stáži bylo možné mapovat způsob léčby prostřednictvím souběžného pozorování chodu některých oddělení a následně toto podložit analýzou dokumentů. Při stáži došlo k upřesňování možných témat práce a volbě metod, tj. zúžení rozsahu na provádění výzkumu na ženském lůžkovém oddělení. Práce se tedy po praktickém zhodnocení časových možností zaměřila na výše uvedené oddělení. S ohledem na charakteristiky zkoumaného souboru byl v následující části práce zvolen kvalitativní přístup, kterému byly přizpůsobeny i metody. Za dokumenty byl považován zejména léčebný řád ženského lůžkového oddělení, Apolinářský měsíčník a různé textové dokumenty v rámci strukturované léčby umístěné volně po oddělení pro lepší orientaci pacientek (historie vzniku ženského oddělení, bodovací systém, týdenní strukturovaný program apod.). Po doplnění informací získaných díky analýze dat, jež se týkaly zejména léčebného řádu, bylo hlavní myšlenkou popsat obecně charakteristiku těchto pacientek, léčebný proces a specifika v léčebných intervencích u těchto pacientek.

Oddělení bohužel nevede specifické statistiky o pacientkách se závislostí na metamfetaminu. Dle soukromých údajů zařízení se však podařilo získat některá data díky příjmové knize (bez osobního náhledu). Za jeden rok oddělení přijme cca 12 drogově závislých a z toho je vyloženě 7 uživatelů metamfetaminu, z nichž 1/3 úspěšně dokončí léčbu.

Díky získaným informacím z analýzy dokumentů a v rámci vlastního pozorování (zúčastněné skryté a zúčastněné otevřené – při běžném provozu v zařízení) během stáže a v průběhu některých „klasických“ rozhovorů (pozorování zúčastněné otevřené) se tak mohla práce

následně zaměřit na typy léčebných intervencí a měla tím tak možnost představit a nastínit celkový průběh léčby na oddělení. Výzkumné předpoklady byly vytvořeny na základě odhadů, které vycházely ze zkušeností načerpaných při stáži. V rozhovorech byla snaha tyto předpoklady následně reflektovat.

S pomocí rozhovorů s pracovníky práce výsledně představila a částečně i zvýraznila aspekty u uživatele metamfetaminu. V průběhu stáže byli seznámeni případní účastníci (pracovníci na ženském lůžkovém oddělení) s tématem práce. Necelý měsíc po ukončení stáže byla následně sestavena osnova pro konkrétní nominované pracovníky (příčemž byla zaslána vedoucímu zařízení ke schválení). Po schválení o provedení výzkumu byla na řadě následná konzultace ohledně rozhovorů v zařízení (s vedoucí ošetřující lékařkou ženského lůžkového oddělení). Byla provedena pilotní forma rozhovoru s následnou úpravou otázek. V rámci této konzultace se naskytla možnost doplnit dřívější data o získání dalších dokumentů (o ženách v léčbě) a statistických informací, týkající se uživatelů metamfetaminu. Po realizaci pilotního rozhovoru se uskutečnil první moderovaný semistrukturovaný rozhovor. Následovalo kontaktování ostatních pracovníků, kteří přislíbili účast, realizace rozhovorů, v neposlední řadě samotná analýza výzkumu, která probíhala metodou zachycení vzorců a konečné zpracování výsledků výzkumu. Vzájemným spojením získaných informací (z jednotlivých výzkumných metod) byla potvrzena hodnověrnost údajů.

Po systematickém shrnutí získaných poznatků z analýzy dat, pozorování a z rozhovorů bylo možno odpovědět na zbylé výzkumné otázky - *Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie - Apolinář jsou na ženském lůžkovém oddělení specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány? Jaké jsou rozdíly v léčebných intervencích a v procesu léčby u pacientky závislé na metamfetaminu a na jiných návykových látkách?* V zařízení prochází pacientky se závislostí na metamfetaminu stejným způsobem léčby, vyložená specifika a rozdíly mezi léčebnými intervencemi nejsou realizovány.

Mezi možná specifika patří mírnější „nápravná opatření“ ve formě přerušování či prodloužení léčby. Dalším specifikem je větší podpora při nástupu do další komunity a velkorysejší nabídka následné péče v porovnání s ostatními pacientkami. Jelikož se nemají často kam vrátit, mají problém s resocializací. Pokud mají pacientky rodinu, která je ochotná podpořit, spolupracuje se s ní v rámci rodinné terapie s větší intenzitou (tím se v mnohých případech opět prohloubí důvěra) a cesta resocializace je tak snadnější. Dalším možným specifikem je podpora v hledání zaměstnání.

Výzkumné otázce - *Jaký je faktický proces léčby u pacientky závislé na metamfetaminu?* – by se daly přiřadit tyto „odezvy“. Zpočátku trvá, než pacientka závislá na metamfetaminu začne spolupracovat (svým způsobem se spolupráci brání). U těchto pacientek se v žádném případě neobjevuje forma pseudospolupráce, jako například u pacientek závislých na alkoholu. Zde je značně významný akt vytvoření terapeutického vztahu, po jehož vybudování se s pacientkou lépe komunikuje a kooperuje. Pacientka v léčebném procesu buď spolupracuje, nebo ne (v tomto případě následuje zpravidla ukončení léčby). Z hlediska nedodržování hranic či při navázání vztahu (což se u nich objevuje velmi často) následuje přerušování léčby, díky kterému buď z léčby vypadnou, nebo se po čase vrátí (lépe pak spolupracují) a následně léčbu ukončí. Ve skutečnosti totiž potřebují v léčbě mnohem více času, proto jim je v rámci nadstandardní péče doporučována následná léčba s doléčovacím programem, který je podobně koncipován jako program v základní léčbě na oddělení.

Na otázku - *Jaké je početní zastoupení pacientek závislých na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami jiných diagnóz?* – se dá odpovědět velice jednoduše. Všeobecně je početní zastoupení pacientek závislých na metamfetaminu v porovnání s ostatními menší. Zpravidla je jedna pacientka v šestičlenné skupině nebo dvě pacientky, přičemž jedna do skupiny právě přichází a ta druhá je u konce základní léčby (na oddělení jsou celkem 3 skupiny). Takovéto zastoupení slouží jako „nepřísahá ochrana proti koalici, vytvářenými těmito pacientkami. Pokud jsou totiž dvě a více pacientek v této šestičlenné skupině, které léčbu právě nastoupily, začínají se podporovat v destruktivitě. Stanou se agresivními a vytváří si svá vlastní pravidla, například ustanovují jiné pacientky, aby za ně prováděly úkoly.

Poslední otázka se týká osobnosti a charakteristik pacientek: *Jaké je celkové chování pacientek závislých na metamfetaminu vůči ostatním ve skupině a čím přispívají do skupin?* Velice jednoduše se dá říci, že ne všechny pacientky závislé na stejném typu návykové látky mají totožnou osobnost či charakteristiky. Shrneme-li však poznatky získané ve výzkumu získáme tak kladné a záporné charakteristiky. Tyto pacientky jsou podle pracovníků velmi vděčné, aktivní a kreativní. Do skupiny přináší dynamiku, například díky poskytování zpětných vazeb). Na druhou stranu dovedou být zlé, agresivní, destruktivní a netrpělivé. Navzájem si ale na tomto oddělení s ostatními pacientkami prospívají, vidí náhled na sebe z pohledu druhého (nejen z toho důvodu, že doplňují model rodiny o mezigenerační aspekt).

Při rozhovorech s pracovníky byly dodržovány veškeré etické aspekty. Pracovníci byli informováni o tématu výzkumu, mohli se svobodně rozhodnout, zda budou s rozhovory souhlasit či nikoli. Měli právo od výzkumu kdykoli odstoupit (což se stalo ve 2 případech a toto právo bylo respektováno), rovněž měli právo na seznámení s výsledky výzkumu. Pracovníci se na rozhovory připravovali svědomitě, odpovídali upřímně a s rozvahou.

Výzkum v konečné fázi nastiňuje popis a vlastnosti pacientek závislých na metamfetaminu v rámci dodržování léčebného řádu a celkové atmosféry mezi jimi samotnými a ostatními pacientkami. Dále popisuje proces vytvoření terapeutického vztahu, spolupráci pacientek v průběhu léčby a specifika v léčebném programu. Přibližuje také základní léčebné intervence na ženském lůžkovém oddělení pro pacientky závislé na metamfetaminu jako farmakoterapii a psychoterapii s obsáhlejším sdílením v rámci rodinné terapie. Nakonec se výzkum zaměřuje na následnou péči a doléčování.

Nebyla bohužel možnost provést rozhovor se samotnými pacientkami. Rozhovor by tuto práci rozhodně zpestřil, nicméně se podařilo (alespoň prostřednictvím náhledu do Apolinářského měsíčníku v rámci stáže) získat částečný pohled na léčbu pacientky závislé na metamfetaminu, která nyní abstínuje.

Pro případné rozšíření informací ve výzkumu by byly rozhovory s pacientkami a dalšími pracovníky tohoto oddělení zcela na místě. V rámci získaných údajů (za pomoci tohoto výzkumu) by byla potřeba při dostatku časových možností uzpůsobit otázky pro pacientky (respektive pro ně vytvořit nové) a zároveň rozšířit nynější otázky pro pracovníky.

IV. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou pacientek závislých na metamfetaminu z ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář. Pro tuto práci jsem si vytyčila za cíl zmapovat léčebné intervence u těchto pacientek.

Uskutečnění stáže na ženském lůžkovém oddělení a na oddělení detoxifikačním mi dalo možnost díky poskytnutým informacím od pracovníků získat skutečný přehled o průběhu léčby těchto pacientek. Při vlastním pozorování jsem měla taktéž možnost spatřit znatelné kontrasty mezi pacientkou z ženského oddělení v závěrečné fázi léčby (klidná, laskavá, vnitřní motivace, začínala znovu objevovat své ženské stránky) a pacientkou z detoxifikačního oddělení v prvních dnech jejího pobytu (konfliktní, vnější motivace, zanedbaný vzhled, hrubé chování).

Pro tuto práci bylo zejména směřodlatné zjistit, zda se pacientky (závislé na metamfetaminu) na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář léčí (případně kolik jich je) a v rámci léčebného procesu u nich popsat léčebné intervence. V průběhu výzkumu se mi prostřednictvím aplikovaných metod - analýza dokumentů a pozorování - podařilo shromáždit podstatné údaje o pacientkách závislých na metamfetaminu. Zejména díky možnosti uskutečnění rozhovorů s pracovníky, byly tyto záměry naplněny pomocí výše zmíněných výzkumných metod. Podařilo se získat všeobecný náhled na problematiku těchto pacientek v léčbě.

Léčebné intervence a specifika u pacientek závislých na metamfetaminu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie – Apolinář, v základní léčbě s propojením léčby následné mohou na základě provedeného výzkumu hodnotit kladně a efektivně.

V. POUŽITÁ LITERATURA

1. Apolinář oddělení pro léčbu závislostí VFN. In Abstinence. Retrieved February 26, 2012 from
<http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=3>
<http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=4>
<http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=9>
<http://www.abstinence.cz/index.php?rubrika=7>
2. Bartošíková, I. (2003). Práce v multidisciplinárním týmu. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (p. 125-132). Praha: Úřad vlády ČR.
3. Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (p. 19-24). Praha: Úřad vlády ČR.
4. Bém, P. (2003). Úvod – složky systému péče v ČR. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (p. 155-158). Praha: Úřad vlády ČR.
5. Bém, P., Kalina, K. & Radimecký, J. (2003). Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (p. 33-40). Praha: Úřad vlády ČR.
6. California Department of Alcohol and Drug Programs. (2007). Methamphetamine treatment: A Practitioner's Reference. Retrieved July 7, 2012 from
<http://www.adp.ca.gov/meth/pdf/MethTreatmentGuide.pdf>
7. Contingency management. In Wikipedia.
Retrieved July 8, 2012 from http://en.wikipedia.org/wiki/Contingency_management

8. Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (p. 195-200). Praha: Úřad vlády ČR.

9. EMCDDA (2006). Annual report 2006 – Selected Issues. Belgium. ISBN 92-91 68-25-250-0. Retrieved June 28, from [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8bdeW-KhpggJ:www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37291_EN_sel2006_2-en.pdf+EMCDDA+\(2006\).+Annual+report+2006+%E2%80%93+Selected+Issues.+Belgium:+EMCDDA&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESiP2dTkwW7KCFZdbvtek9BTbDLgF5xeXaSiOyGebjs-B-0E7IbgtGkoC62fYwkPmSpIw_3a_yekwVH8gIohDSknf9LJClmn4fxsFL0KdZj_SqlX3_eY41BiS0PJhuD31JNiFC1r&sig=AHIEtbRaGBXymWxarskxjmqEAEV9IctG_Q](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8bdeW-KhpggJ:www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37291_EN_sel2006_2-en.pdf+EMCDDA+(2006).+Annual+report+2006+%E2%80%93+Selected+Issues.+Belgium:+EMCDDA&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESiP2dTkwW7KCFZdbvtek9BTbDLgF5xeXaSiOyGebjs-B-0E7IbgtGkoC62fYwkPmSpIw_3a_yekwVH8gIohDSknf9LJClmn4fxsFL0KdZj_SqlX3_eY41BiS0PJhuD31JNiFC1r&sig=AHIEtbRaGBXymWxarskxjmqEAEV9IctG_Q)

10. EMCDDA & Europol (2010). *Metamfetamin (pervitin): Situace v EU a její globální kontext*. Praha: Centrum Adiktologie a sdružení SCAN.

11. Gabrhelík, R., Šťastná, L., Holcnerová, P., Miovský, M. & Minařík, J. (2010). Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, (10)2, 92–100.

12. Hawks, D., Mitcheson, M., Ogbourne, A. & Edwards, G. (1969). Abuse of methylamphetamine. *British Medical Journal*, 85, 715–721.
Retrieved July 7, 2012 from <http://www.bmj.com/content/2/5659/715.pdf%2Bhtml>

13. Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (p. 172-178). Praha: Úřad vlády ČR.

14. Heller, J. & Pecinovská, O. (2011). 40 let léčby závislých žen. XVII. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 50. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP „Závislosti a veřejné zdraví“. Seč.

15. Heller, J. & Pecinovská, O. (2007). Léčba závislostí u žen. *Referátový výběr z psychiatrie*, (6)2, 56-58.

16. Heller, J. (2011). Závislost a ženy. In J. Heller & O. Pecinová (Eds.). *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. (p. 27-38). Praha: Togga.
17. Hser, Y., Evans, E., & Huang, Y. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of substance abuse treatment*, 28(1), 77-85. Retrieved July 11, 2012 from http://www.hawaii.edu/hivandaids/Treatment_Outcomes_Among_Women_and_Men_Methamphetamine_Abusers_in_California.pdf
18. Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblastí drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, o. s. Filia Nova pro Radu vlády ČR. ISBN 80-238- 8014-4.
19. Kuda, A. (2008). Sociální rehabilitace a následná péče. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
20. Lee, N. K. & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*, 27, 309-317.
21. Minařík, J. (2003). Stimulancia. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 164-168). Praha: Úřad vlády ČR.
22. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s.
23. Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P. & Koňák, T. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-056-8.
24. Nešpor, K. (2008). Závislost na stimulancích. *Psychiatrie pro praxi*, 9(6), 273-275. Retrieved July 8, 2012 from <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/06/06.pdf>

25. Newton, T. F., Roache, J. D., De La Garza, R., Fong, T., Wallace, C. L., Li, S-H., Elkashef, A., Chiang, N. & Kahn, R. (2006). Bupropion Reduces Meth's Subjective Effects and Cue-Induced Craving. *Neuropsychopharmacology*, 31, 1537–1544.
Retrieved July 7, 2012 from
<http://www.nature.com/npp/journal/v31/n7/full/1300979a.html>
26. Otevření kliniky adiktologie. In LF1. Retrieved May 26, from
http://www.lf1.cuni.cz/file/32622/TZ_otev%C5%99en%C3%AD%20kliniky%20adiktologie.pdf
27. Rawson, R. A., Marinelli-Casey P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., ... & Zweben, J. (2004). A multisite comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99, 708 – 17.
28. Renzetti, M. C., & Curran, D. J. (2005). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.
29. Richterová-Těmínová, M. (2008). Složky systému péče. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
30. Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J., Hall, W. & Dolan K. (2001). Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence. *Addiction* 96, 1289 – 1296.
Retrieved July 7, 2012 from
<http://innerchangefoundation.org/pdf/Reduction%20in%20Cocaine%20Use.pdf>
31. Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 41– 52.
Retrieved July 7, 2012 from
<http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/PIIS0740547206002042/fulltext>
32. Skála, J. (2003). Historie léčby závislosti v České republice. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (p. 91-96). Praha: Úřad vlády ČR.

33. Skála, J. (1998). *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel.
34. Studničková, B. & Petrášová, B. (2011). *Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie. ISBN 978-80- 254-9321-2.
35. The Matrix Model. In *The free Dictionary*. Retrieved July 8, 2012 from <http://encyclopedia.thefreedictionary.com/matrix+model>
36. Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O., Vormo, H., Sokero, P., Haukka, J. & Meririnne, E. (2007). A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *The American Journal Of Psychiatry*, 164(1), 160–162.
Retrieved July 8, 2012 from <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3791/07aj0160.PDF>.
37. Tisková zpráva ke konferenci dne 3. dubna 2012 (Otevření Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN). In *Adiktologie*. Retrieved July 1, 2012 from <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/57/3593/Vznikla-Klinika-adiktologie-ktera-propoji-tradici-lecby-zavislosti-a-vyzkumne-pracoviste>
38. UNODC (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. United Nation Office on Drugs and Crime – Drug Abuse Toolkit Serie. New York/Vienna: United Nations.
Retrieved July 11, 2012 from http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf
39. Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (p. 238-243). Praha: Úřad vlády ČR.
40. Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155–180.

VI. PŘÍLOHY

Příloha číslo 1.: TÝDENNÍ STRUKTUROVANÝ PROGRAM (LOŽ)

PONDĚLÍ	6:15 – zvonění, budíček 6:25 – rozsvička 6:40 – hygiena 7:00 – 7:20 – úklid, zpěv 7:25 – vizita 7:35 – zvonění 7:40 – hlášení 7:45 – snídaně 8:00 – léky 8:25 – zvonění 8:30 – 8:45 – auto-relaxace 9:00 – 9:50 – komunita	10:00 – 11:30 – pracovní terapie 11:40 – zvonění 11:45 – čtení z tisku 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky 13:00 – 14:15 – pracovní terapie 14:30 – 16:00 – skupiny 16:50 – zvonění 16:55 – hlášení	17:00 – večeře 17:45 – léky 18:00 – 19:00 – samostudium 19:45 – čtvrtáková rozsvička 20:00 – večerní úklid, léky 21:25 – zvonění, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka
ÚTERÝ	6:15 – zvonění, budíček 6:25 – rozsvička 6:40 – hygiena 7:00 – 7:20 – úklid, zpěv 7:25 – vizita 7:35 – zvonění 7:40 – hlášení 7:45 – snídaně 8:00 – léky 8:25 – zvonění 8:30 – komunita 9:35 – 9:50 – relaxace	10:00 – 11:30 – LORKA 11:40 – zvonění 11:45 – čtení z tisku 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky 13:00 – 14:30 – skupiny 14:45 – 15:30 – vážení, tlaky (15:00 – náhradní kolečka) 15:45 – 16:15 – 20 minut pohybu 16:50 – zvonění	16:55 – hlášení 17:00 – večeře 17:45 – léky 18:00 – 18:15 – kvíz 18:15 – 19:00 – elaboráty 19:40 – zvonění 19:45 – čtvrtáková rozsvička 20:00 – večerní úklid, léky 21:25 – zvonění, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka
STŘEDA	6:15 – zvonění, budíček 6:25 – rozsvička 6:40 – hygiena 7:00 – 7:20 – úklid, zpěv 7:25 – vizita 7:35 – zvonění 7:40 – hlášení 7:45 – snídaně 8:00 – léky 8:25 – zvonění 8:30 – komunita 9:35 – 9:50 – relaxace	10:00 – 10:45 – přednáška 11:00 – 11:30 – přezkoušení 11:40 – zvonění 11:45 – čtení z tisku 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky 13:00 – 16:00 – pracovní terapie, nákup (14:15 – 14:30 – přestávka) 16:50 – zvonění	16:55 – hlášení 17:00 – večeře 17:45 – léky 18:00 – 19:00 – setkání s absolventkou – Apolenkou 19:40 – zvonění 19:45 – čtvrtáková rozsvička 20:00 – večerní úklid, léky 21:25 – zvonění, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka
ČTVRTEK	6:15 – zvonění, budíček 6:25 – rozsvička 6:40 – hygiena 7:00 – 7:20 – úklid, zpěv 7:25 – vizita 7:35 – zvonění 7:40 – hlášení 7:45 – snídaně 8:00 – léky 8:25 – zvonění 8:30 – komunita 9:35 – 9:50 – relaxace	10:00 – 11:30 – skupiny 11:40 – zvonění 11:45 – čtení z tisku 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky 12:50 – zvonění, vizita 13:00 – 15:30 – volná tribuna 16:00 – 16:45 – elaboráty 16:50 – zvonění (16:15 – 17:30 – doléčovací skupina)	16:55 – hlášení 17:00 – večeře 17:45 – léky 17:30 – 18:30 – klub 18:00 – 19:30 – KLUS (poslední čtvrtek v měsíci) 19:40 – zvonění 19:45 – čtvrtáková rozsvička 20:00 – večerní úklid, léky 21:25 – zvonění, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka
PÁTEK	6:15 – zvonění, budíček 6:25 – rozsvička 6:40 – hygiena 7:00 – 7:20 – úklid, zpěv 7:25 – vizita 7:35 – zvonění 7:40 – hlášení 7:45 – snídaně 8:00 – léky 8:25 – zvonění 8:30 – komunita 9:35 – 9:50 – relaxace	10:00 – 11:30 – pracovní terapie 11:40 – zvonění 11:45 – čtení z tisku 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky 13:00 – 13:45 – odpolední komunita (hodnotící) 14:15 – zvonění, vizita 14:15 – 15:15 – generální úklid (GÚ) 15:15 – vizita po GÚ (na pokyn sestry po GÚ – zvonění) 15:40 – 16:40 – rozsvička 15 minut + sport 16:50 – zvonění	16:55 – hlášení 17:00 – večeře 17:45 – léky 18:00 – 19:00 – biblioterapie 20:00 – večerní úklid, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka
SOBOTA	6:30 – zvonění, budíček, hygiena 7:00 – úklid, zpěv 7:25 – vizita 7:35 – zvonění 7:40 – hlášení 7:45 – snídaně 8:00 – léky 8:25 – zvonění 8:30 – ranní komunita	9:00 – odchod na kulturní vycházku (KV) 11:30 – 11:50 – návrat z KV 11:55 – zvonění 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky 13:00 – 16:30 – návštěvy, vícepráce 16:50 – zvonění	16:55 – hlášení 17:00 – večeře 17:45 – léky 18:00 – 19:00 – kultura 20:00 – večerní úklid, léky 21:25 – zvonění, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka
NEDELE	7:00 – zvonění, budíček, hygiena 7:30 – úklid, zpěv 7:50 – zvonění, vizita 7:55 – hlášení 8:00 – snídaně 8:30 – léky 9:00 – 9:30 – kolečka 10:00 – návštěvy, vícepráce	11:55 – zvonění 12:00 – hlášení 12:05 – oběd 12:45 – léky Návštěvy do 16:30, vícepráce 16:50 zvonění 16:55 – hlášení 17:00 – večeře	17:45 – léky 18:00 – 18:45 – kultura 18:50 – 19:30 – zpěv 19:40 – zvonění 19:45 – čtvrtáková rozsvička 20:00 – večerní úklid, léky 21:25 – zvonění, léky 21:30 – vizita 22:00 – zvonění, večerka

Příloha číslo 2.: ROZHOVORY A JEJICH PŘEPIS

1. ROZHOVOR (10. 6. 2012)

1. Jak dlouho a jakým způsobem (specifikace pracovní pozice) se podílíte na léčebném procesu zde na Klinice adiktologie?

Pracuji na tomto oddělení od roku 1993, takže 19 let. Jsem psychiatr, jsem lékařka. Mám druhou atestaci s psychiatrie a psychoterapeutický výcvik včetně supervizní části. Od roku 2003 pracuji jako vedoucí lékař lůžkového ženského oddělení.

- *Jaká je náplň Vaší práce, kdy se střetáváte s pacienty?*

Vedu program jako takový, koncepčně vedu celý program a samozřejmě se účastním všech druhů léčebného programu, protože je na tom zejména náš systém postaven. To znamená vedení komunity, vedení denních programů, vedení skupinové psychoterapie, individuální práce s pacienty a samozřejmě lékařská péče o pacienty. Dále samozřejmě rodinná terapie, resocializační nebo podpora v resocializačních aktivitách a v rámci doléčovacího programu. Takže se tedy věnuji pacientům, jak co se týče individuální terapie, tak co se týče skupin, tak co se týče doléčovacích aktivit.

2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacientkami, které jsou závislé na metamfetaminu (MET)?

Jsou to pacientky, které přicházejí do léčby zpravidla mladé, častěji se u nich než u pacientek závislých na alkoholu jedná o zevní motivaci v důsledku přerušení podpory rodiči nebo v důsledku konfliktu se zákonem. Nebývají somaticky poškozené. Jsou to pacientky, u kterých se rozvinula drogová závislost v době, kdy ještě v podstatě nebyl dokončen psychosociální vývoj, takže jsou to pacientky nezralí. Často tam bývají nejrůznější poruchy chování i v anamnéze. Někdy to jsou vlastně děti nebo dospělí s poruchou hyperaktivity a pozornosti. To je, co se týče stavu pacientky.

Pokud se týče spolupráce. Na začátku je daleko obtížnější je získat ke spolupráci, protože jsou prostě nevyzrálé, rebelující, vzdorující, ta droga byla jejich způsobem kterak se osamostatnit a vzepřít. Takže zase pokračují v tom vzpírání se vůči nějaké další autoritě. Je tam důležité navázání psychoterapeutického vztahu stejně jako u ostatních pacientek, ale u nich je to o něco důležitější v tom, že v tu chvíli u nich poleví ta destruktivita. Pak mají samozřejmě větší tendenci nedodržovat program, překračovat hranice. Velikým problémem jsou kontakty s pacienty z mužské komunity, kteří mají volnější program, kteří mají daleko více prostoru ty naše dívky jaksi kontaktovat a atakovat a ony mají samozřejmě narušené sebevědomí a narušenou sebeúctu, takže ten fakt, že o ně někdo projeví zájem, je pro ně vlastně oslnivý a velmi často je od té terapie odvádí, když si k tomu zase připočtete problém s dodržováním jakýchkoli hranic - chybí jim často nějaké základní struktury, základní životní dovednosti. Když se povede navázat vztah a začnou spolupracovat, pak se s nimi pracuje poměrně dobře, protože jsou poměrně otevřené, dokážou spolupracovat, jsou velmi vnímavé k ocenění, protože to je pro ně důležitý parametr.

Obyklý léčebný průběh je takový že na začátku se různým způsobem brání, pak začnou spolupracovat, když dosáhnout prvních zpětných vazeb a ocenění především třeba ze strany rodiny nebo ze strany těch, kteří je do té léčby „trošičku dostrkali“, tak jim motivace poklesne a začnou vlastně opět testovat hranice, opět porušovat pravidla. Navíc v tuhle dobu se tam velmi často objeví například ta tendence navázat nějaký vztah, takže obvykle nám nezbyvá než přestoupit k individualizované formě léčby, tzn. ta léčba se „frakcionuje“ do různě dlouhých úseků, kdy se přerušuje. Volí se forma přerušované léčby, kdy se té pacientce umožní cca na měsíc kontakt s přirozeným prostředím (tím ona posbírá informace o realitě a v té konfrontaci s realitou zase posbírá motivaci k léčbě). Pokud se vrátí - jakože přibývá těch, které se po tom přerušení léčby vrací a dál spolupracují - tak obvykle je ta spolupráce lepší.

U pacientek se závislostí na MET, kdy je pouhá ta 4 měsíční základní odvykácí léčba takovým základem, může být problémem resocializace. Ty pacientky, u kterých došlo k rozvoji závislosti na MET už v době, kdy měly vytvořenou nějakou základní strukturu, to znamená: dokončily si vzdělání, pracovaly či dokonce založily rodinu - takových pár máme a ty prosperují po této léčbě jenom s dopomocí doléčovacího programu. Ty, u kterých ten vývoj závislosti vlastně začínal v adolescenci nebo dokonce v dětství a u kterých vlastně nedošlo k vytvoření těch základních struktur nebo, ty které dokončily základní vzdělání, ale už v té době užívaly drogu a ta drogová kariéra byla delší a destruktivnější - tam se ukazuje jako potřebné pobyt v resocializačním zařízení. Máme velmi dobrou spolupráci se zařízením následné péče na Kladně, jejichž program v podstatě navazuje na náš program a pacientky, které přecházejí do tohoto zařízení, mají dobré léčebné výsledky.

U pacientek závislých na MET, považujeme za léčebný úspěch důslednou abstinenci od návykových látek, protože pokud tu abstinenci zúžíme pouze na ten MET nebo na ilegální drogy, tak se s nimi dřív nebo později sejdete se závislostí na alkoholu.

- ***Pokud se týče navázání vztahu, v jakém časovém horizontu nebo v jakém porovnání s ostatními pacientkami se tak děje?***

Pro pacientky jsme rodičem, který je usměrňuje, kritizuje a klade na ně nároky, a kdy dokážou uvěřit tomu, že máme zájem na jejich prosperitě. Je to otázka individuální. Mám pocit, že docela velkou roli tam hraje pracovní terapie. Tam když dostanou jednoduchý úkol a dokážou ten konkrétní úkol splnit a jsou za něj oceněny, tak je to jakoby první prvek, na který se chytí, takže velmi často vlastně tyto pacientky první, koho se chytají, bývá (nebo, kde se jim daří navázání toho vztahu) třeba naše pracovní terapeutka.

- ***Trvá to tedy déle než u ostatních pacientek?***

No já bych řekla, že je to jinak. Nedá se to popsat časově. Pacientka se závislostí na MET. Když nám nevěří, tak nespolupracuje, otevřeně – což vede k tomu, že dřív nebo později z léčby odejde, ať už na základě našeho rozhodnutí pro porušování pravidel nebo na základě vlastního rozhodnutí. Kdežto pacientka se závislostí na alkoholu, i když vlastně nedojde k tomu navázání vztahu a nevěří nám, tak

dokáže poměrně dlouho setrvat ve vztahu pseudo-spolupráce, kdy plní úkoly, které se po ní chtějí. Jaksi dokáže říkat to, co se po ní chce, ale myslí si něco úplně jiného.

Ty toxikomanky jsou otevřenější, ale co je tam těžší, že ony, když ten vztah nenavážou, tak se ztrácejí. Pokud se ztratí v té době, kdy ještě nenavázaly ten vztah, tak vlastně se nevracejí. Kdežto když navážou vztah, pak přeci jen kvůli porušování hranic se s nimi musíme na nějaký čas rozejít, ale právě díky navázání vztahu se do léčby vrátí a pokračují.

3. Jak vnímáte pacientky závislé na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami?

- Z hlediska dodržování léčebného řádu.

Větší tendence testovat hranice. Taky neumí dodržovat pravidla, protože to po nich zatím život nechtěl. Ony žily v džungli, nikoliv v normálním světě, takže tohle je pro ně obtížnější. Mají v sobě daleko víc destruktivity a agresivity. Mají někdy tendence k disociálnímu chování. Normy ulice jsou samozřejmě jiné než normy člověka, který pracuje a má rodinu. Takže v tomhle jsou ty negativa. To co je tam pozitivní, tak to, že to jsou pacientky otevřené, autentické, které vnášejí do té psychoterapie otevřenost. Jsou to pacientky velmi často kreativní, takže přinášejí rovněž kreativitu. To, co tam bývá cenné, že vlastně doplňují model terapie o mezigenerační aspekt – oni jsou pro svoje spolu-pacientky přenosovým modelem vztahu k jejich dětem a můžou vlastně nabízet spolu-pacientkám pohled na ně z hlediska jejich dětí a naopak zase ony od nich dostávají informace z pozice rodičů. Tohle tam vnímám jako užitečné a velmi dobré.

- Jaký je optimální počet rozložení „druhů závislostí“ ve skupině (pacientky závislé na metamfetaminu vůči ostatním)?

Optimálně je jedna pacientka v té 6 členné skupině. Pokud jsou dvě a jedna z nich je už na konci léčby a druhá přichází, tak to je možné. Ale určitě není možné, aby byly v 6 členné skupině 2 pacientky, které přišly týden po sobě, protože ty se okamžitě podpoří v té destruktivitě a nedokážou začít spolupracovat.

- Kolik patientek závislých na metamfetaminu máte cca ročně na oddělení?

Ročně máme okolo 12 toxikomanek (někdy 10, někdy 14), z toho těch vyloženě MET bude dejme tomu 7 (takže 3/4).

- Kolik z nich úspěšně dokončí léčbu?

V poslední době se daří, že pokud neodejdou v tom samém začátku (tzn. do těch 14 dnů), tak se celkem dokončení léčby objevuje poměrně často (po tom přerušování). Uvědomuji si dvě pacientky, které dokonce dokázaly léčbu dokončit bez přerušování a obě abstinují (jedna už asi 5 let, druhá tedy 1 rok). Ale to byla ta varianta, kdy to byly dívky, které už přeci jen tu základní životní strukturu měly. Když budu počítat i ty, které odešly první týden, ze všech těch, které nastoupí tak 1/3 léčbu dokončí a ty které odejdou, tak naprostá většina z nich odejde v tom prvním, druhém, třetím týdnu („prostě nebudou vstávat v 6 ráno“).

- ***Jaká je celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami na oddělení?***

Na začátku léčby je to tak, že ta skupina – stávající (do které přichází nová MET pacientka) má strach, že ta pacientka bude porušovat léčebný řád, a že je vyvede z klidu. Tak jí usměrňují, takže tím pádem ta pacientka se opět dostává do stavu, kdy jí větší množství lidí nějak usměrňuje a kontroluje, což v tom začátku se konflikty objeví, ale velmi rychle se dají zpracovat v rámci terapie a pak obvykle se opravdu vytvoří ten rodinný model. Vytvoří se tam přenosové vztahy k jednotlivým pacientkám, obvykle dokonce nastane to, že některá z těch dospělejších (z těch pacientek středního věku) je adoptuje a funguje pro ně jako ta přenosová maminka. Takže tam je vždy potřeba trošku ohlídat, aby se v tomto držely hranice, protože tohle zase velmi často dělají pacientky, které mají výčitky svědomí díky interakcím se svými dětmi, kdy začnou pečovat o další. Tento parametr je tam významný. Je to model jaksi „dospívající dítě v rodině“, to si myslím, že vystihuje tu dynamiku úplně nejbližší včetně toho, že ta toxikomanka tam přináší tu kreativitu, tu otevřenost. V podstatě i tu autenticitu a emotivitu, která tam je užitečná.

Ale zároveň teda dokáže být agresivní, dokáže být destruktivní, dokáže být bezohledná. Nezná pravidla běžného slušného chování. Nezná hranice kontaktu. Nezná hranice majetkový a tohle všechno. Ona se v té skupině prostě musí do-naučit to, co se buď nenaučila v primární rodině, nebo co se tam sice naučila, ale na ulici to ztratila.

- ***Myslíte si, že je lepší mít skupinu s jednotnou závislostí?***

Určitě ne. Myslím, že si jsou navzájem velice užitečné.

4. Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie jsou specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány? (odlišnosti od struktur, specifika)

Pokud se týče programu, ten mají stejný. Specifika programu a těch léčebných intervencí se odvíjí od konkrétní situace té které pacientky (bez ohledu na to, jestli je to metamfetaminová nebo opiátová), tzn. od psychických komplikací nebo souběžných psychiatrických diagnóz. Od somatických komplikací, od rodinného zázemí. Tam těch specifík je u každé pacientky víc.

Když bych se měla pokusit vztáhnout to, co je potřeba udělat u těch MET, tak jsem mluvila o tom, že je tam potřeba přechod do resocializačního zařízení. Takže pracujeme na podpoře motivace k té dlouhodobější péči. Je tam potřeba jaksi větší pozornost k hlídání hranic. Ty ostatní specifika se mohou objevit i u pacientů s jinými závislostmi.

- ***Pokud byste mohla odstupňovat intervence používané u „metamfetaminových“ pacientek ve škále, které by byly nejvíce využitelné samotnými pacientkami a které nejméně?***

Co se týče psychoterapie – často k nám přicházejí pacientky už poškozené psychoterapií (v minulosti se dostaly do rukou nějakého terapeuta, který se domníval, že když bude analyzovat jejich dětství, tak že je vyléčí). A tak pacientka přichází s tím, že umí velmi dobře interpretovat nejrůznější slova, problémy a dovede velmi dobře racionalizovat svou drogovou závislost s využitím psychoterapeutické

terminologie. Těchto pacientek dostáváme dost a bohužel často z nestátních zařízení, kde pravděpodobně pracují mladší lidé, takže jsou v tomhle taková miň zkušená.

Psychoterapie je potřebná, je to vlastně základ terapie, ale jaksi musí to být psychoterapie, ve vazbě na realitu, kdy první na co je potřeba se v té psychoterapii zaměřit je vlastně náhled pacientky na to, v jaké situaci se nachází, jaké komplikace si způsobila, náhled choroby a náhled vlastního podílu na té dané situaci. A teprve, když ten pacientka přijme zodpovědnost za tu situaci, za svojí nemoc a její léčbu a zač abstinovat, tak pak se dá zaměřit na traumata (traumatické záležitosti).

Psychoterapie je směřovaná jednak na chorobu jako takovou a jednak právě na analýzu modelových situací v léčbě (tj. kde narážím, proč narážím a jak to udělat, abych nenarážel). Samozřejmě se tam dají využít paralely s vývojovými zkušenostmi, ale velmi opatrně a spíš jako pro vysvětlení. Klíčové tam je, vést tu pacientku k náhledu na to, co v jeho chování je rizikové a kterak by to šlo změnit. Není to taková ta klasická KBT ale v podstatě je to přístup, kde je důraz toho KB veliký.

- **Jak to je z hlediska farmakoterapie?**

Tam to už záleží na poškození. Ale když o tom tak přemýšlím, tak je méně často využívána. Pacientky se závislosti na alkoholu daleko častěji mají nejruznější depresivní poruchy, tudíž je u nich ta farmakoterapie častější. Pokud se jedná o duální diagnózu (kdy to je hraničně strukturovaná osobnost s těžkými výkyvy nálad s projevy až na hranici psychózy), tak tam je samozřejmě farmakoterapie potřeba. Ale mluvím zase o pacientkách, které přicházejí do režimové léčby. Samozřejmě, když má toxickou psychózu, tak tam se bez farmakoterapie neobejdeme, ale to je otázka detoxifikace nebo psychiatrických oddělení. Psychóza je pro náš program kontraindikace.

5. Co si myslíte o možnosti zapojení rodiny do léčby?

Zapojení rodiny je potřebné, nutné, ne vždy realizovatelné. Je nesmírně cenné, když je možné získat ke spolupráci některého člena rodiny, úplně nejlépe teda matku u těch dívek, kde vlastně ten vztah bývá nejvíce narušený. Určitě zapojení rodiny zvyšuje pravděpodobnost dosažení remise u té pacientky, ale ne vždycky se to podaří.

Někdy se stane, že během pobytu na oddělení se rodina nezúčastní, ale když ta pacientka přechází do zařízení následné péče, tak protože už projeví další období své aktivity, tak ji rodina začne třeba znovu důvěřovat a je třeba ochotná jí v té léčbě podpořit. To je parametr, se kterým je nutné třeba počítat. Ty rodiny se často a oprávněně bojí, že když jakoby poleví z těch hranic, které té pacientce nastavily, tak že vlastně se znova octnou v té pozici těch zachránců a trvá delší dobu, než jsou schopni v tomhle spolupracovat. Ta pacientka přichází vlastně do léčby v té chvíli, kdy ta rodina vyčerpala vlastně všechna svá regulační opatření. Takže tím pádem se často domnívají, že náprava není možná. Klíčovým motivací je jenom tu pacientku někomu předat nebo ji umístit a vlastně teprve, když ta pacientka projeví zřetelnou změnu chování (nejenom na propustkách, ale třeba v nějakém delším časovém úseku), je pak třeba konstruktivním způsobem je podporovat – s důvěrou je to totiž složité.

- **Od kdy by se rodina měla zapojovat?**

V našem programu je to tak, že s rodinou se pracuje ještě před léčbou, tzn. už vůbec při dohadování termínu nástupu léčby je optimální, když s rodinnými příslušníky mluví sociální pracovnice. Nabízíme rodinným příslušníkům účast na ambulantní rodinné skupině, kdy slyší příběhy jiných, tak přeci jenom mohou trošičku získat naději, že to bude jednou možná fungovat a jednak dostane nějaký takový jednotlivý informace, o závislosti – aktuálně od těch, kteří už tu závislost zvládli.

Při přijetí do léčby mluví s rodinným příslušníkem psycholog, odebírá anamnézu a zároveň poskytuje základní informace o léčbě. Pak během léčby je možnost samozřejmě kontakt s kterýmkoli z terapeutů na základě zájmů rodinného příslušníka. To, co je nabídnuto paušálně, je seminář pro rodinné příslušníky, který vede zase psycholog, a který by měl sloužit, řekla bych k ošetření zranění rodiny. Není to rodičovské sdružení, ale opravdová péče a podpora rodinným příslušníkům a plus se jim samozřejmě trochu vysvětlují principy léčby. Pomáháme jim zorientovat se v informacích, které buď dostávají od pacientů, nebo co oni konkrétně prožívají v průběhu té léčby. Pak přichází rodinná terapie s hospitalizací (tzn. týdenní hospitalizace rodinného příslušníka zde na našem oddělení). Cílem hospitalizace je v podstatě ošetření těch největších vzájemných zranění a domluva o spolupráci na dobu po léčbě, kdy by měli mít domluvený signalizační a záchranný plán. Ta identifikovaná pacientka by měla být schopná během rodinné terapie zformulovat svou představu o problému a zformulovat nějaké svoje žádosti o konkrétní podporu. Pomáhá se těm rodinám v tom, aby žádost byla smysluplná, resp. aby byly nastavené hranice mezi tím, co je úkol a zodpovědnost pacienta a kde je smysluplná podpora rodiny a kde ne. Po léčbě je samozřejmě v nabídce rodinná terapie v ambulantní formě a i ve formě rezidenční – jednou ročně se pořádá rodinná terapie už pro celé rodiny, kde se vytváří komunita z 3, 4, 5 rodin, co vlastně není tolik o tématech závislosti, ale spíše o tématu vztahu. Je výhodou – zvláště, když tam jsou děti – zapojí do resocializačních aktivit, protože tím se jakoby nenásilně ošetřují následky případně traumata, která tam během toho rozvoje závislosti vznikly.

- **Jaké jsou kontraindikace, kdy by se rodina neměla zapojit do léčebného procesu?**

Jsou to individuální věci závislé na věku, existenčních podmínkách, na stavu závislého, na stavu rodiče. Tak samozřejmě pokud by u rodinného příslušníka byla aktivní závislost s neschopností vydržet abstinenci po dobu rodinné terapie, tak to je problém. Pokud by tam bylo zneužívání, tak samozřejmě nebudeme usilovat o vztah dítěte s rodičem, který jej zneužíval. Potom se budeme snažit dostat jej pryč a ochránit. Pokud je ten rodič zjevně patologický, tak to je otázka, protože stále je pro to dítě lepší život s patologickým rodičem než úplné oddělení od té rodiny.

- **Kolik rodin se průběžně zapojuje v rámci léčby u pacientky závislé na metamfetaminu?**

Paušálně to nelze, spíše si to vybavuji v souvislosti s konkrétními pacientkami.

V začátku odejdou ty, u nichž převládá vnější motivace (aktivně se nechají vyhodit, aby dokázali tomu, kdo je sem dal, že to nejde), a které se dostaly do léčby pod tlakem naléhavých okolností. Všichni jsou přinuceni, u všech pacientek je zpočátku vnější motivace, ale ta vnější motivace nemůže být úplně

striktní v podobě toho, že se ta rodina chce toho dítěte jenom zbavit, ale musí to být („tento způsob soužití není v této době možný, ale záleží nám na tobě“).

Ty, které tu zůstanou – poté je spolupráce s rodinou vždy možná. Pokud je to ovšem rodina, kdy matka žije na hranici zákona a otec není, tam je spolupráce samozřejmě problematická. Tam je potřeba se chytat jiných struktur. Pokud je ale ta rodina v zásadě bez závažnější patologie, prakticky vždycky spolupracují. Když už se nezúčastní té rodinné terapie v hospitalizaci, tak chodí na semináře pro rodinné příslušníky.

- **Jaká část pacientek se do léčby vrací a jaká ne?**

Je pravda, že u MET, buď začnou spolupracovat, dokončí a abstinují. Ty, které zde byly delší dobu a zrecidivují, tak se vrací. Ty, které zde byly kratší dobu a jen si to tu přišly omrknout, jak už jsem říkala, že se ráno vstává v 6:15, tak ty se schovají radši někam jinam, kde je to pohodlnější.

- **Jaká je následná komunikace a spolupráce mezi pacientkami a pracovníky po léčbě?**

Doléčovací program znamená v 1. roce 5 denní hospitalizace v intervalu, které si pacientka zvolí a zároveň je zde možnost absolvovat ambulantní doléčovací skupinu.

Toto je taková standardní forma kontaktu, ale jinak máme zkušenost, že nám pacientky píšou, volají, mají cestu okolo, návštěva, přijdou nás navštívit, přijdou se pochlubit, že překonaly nějaký životní mezník. Ty, které fungují, většinou vazby s pracovníky nepřetrhávají. Nebo udržují kontakt s jedním členem týmu, kterého si tak jako našli, jako svoji klíčovou osobu s tou si píšou (e-mailová komunikace je v tom docela užitečná). Každý z nás má kontakty se spoustou pacientek. Ony napíšou jednou za čas, že se jim něco povedlo, my je pochválíme a tak.

2. ROZHOVOR (19. 6. 2012)

1. Jak dlouho a jakým způsobem se podílíte na léčebném procesu zde na Klinice adiktologie?

- **Doba, specifikace pracovní pozice.**

Na tomto oddělení pracuji půl roku, z pozice psycholog ve zdravotnictví, ve specializační přípravě, tj. pod odborným dohledem. Předtím jsem měla 1,5 roční zkušenost se střednědobou léčbou závislosti – muži v Psychiatrické léčebně v Bohnicích

- **Jaká je náplň Vaší práce s pacientkami z pozice psychologa.**

Je to zejména skupinová terapie, vedení celokomunitních programů (ranní komunita, celokomunitní psychoterapeutické programy, apod.), dále provádím individuální pohovory a psychologickou diagnostiku.

- **Jak vypadá taková psychologická diagnostika?**

Je to vyšetřování pomocí základních (klinických - pozorování a rozhovor - a testových) psychologických metod.

2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacientkami závislými na metamfetaminu?

MET pacientky jsou jedny z nejmladších pacientek, z různého sociálního zázemí. Velice obecně se dá říct, že ve srovnání s pacientkami závislými na alkoholu či lécích, mají MET pacientky větší tendenci porušovat pravidla, nedodržovat jasně nastavené hranice, neuznávat autority. V případě většího počtu MET pacientek v komunitě dochází často k vytváření tzv. koalic, kdy se pacientky „spojí“ proti ostatním, příp. i proti týmu a nastaví si vlastní pravidla. Osobnostně jsou MET pacientky často impulzivnější.

- Jaká vlastní pravidla například máte na mysli?

Např. ustanovení jiné spolupacientky zodpovědné za nějakou činnost či aktivitu, než která byla pro ni určena.

- Jak nejčastěji nebo jakým způsobem porušují „pravidla“?

Jedná se o pravidla v rámci léčebného řádu na oddělení, nelze blíže specifikovat. Porušují např. tak, že nedodržují časový rozsah, délku apod. stanovené aktivity.

- Které hranice jim dává největší problém nedodržovat?

Jsou to zejména mezilidské hranice a hranice sociální, týkající se sociální interakce.

- Jak se u nich projevuje neuznávání autorit – jak se k pracovníkům chovají?

Cestu si najdou zpravidla k těm pracovníkům, kteří jsou více osobnostně otevřenější, pokud se to tak dá říct. Nedá se říct, že by některé pracovníky z principu neměly rády.

Neuznávání se projevuje např. tím, že nedodržují nařízení od terapeutického týmu.

- Jak pacientky vnímáte Vy sama. Jak se vyvíjí v rámci léčebného programu?

To je velice individuální, nedá se obecně hodnotit. Z mých zkušeností je nejvýraznější asi pozorování o větší tendenci překračovat pravidla (znovu obecně, neplatí to pro každou pacientku).

- Jak/jakým způsobem podle Vás nejčastěji/nejvýrazněji překračují pravidla?

Nedá se říct konkrétně, obecně tím, že nedodržují léčebný režim.

- Jaká jsou u nich specifika z pohledu psychologie.

Výše zmíněná impulzivita, menší trpělivost, často neschopnost setrvat u jedné činnosti, výraznější „sensation-seeking“.

- Jak se například sensation-seeking (vyhledávání, vzrušení a zážitků) projevuje?

Možná právě tím, že nedodržují pravidla a pohrávají si s nimi – je vzrušující vědomě porušit pravidlo a doufat, že to nikdo nezjistí. Taky ale sensation-seeking může být pro komunitu pozitivní – mlže se projevit větší kreativitou pacientky, přínosem inovací do programu a jeho naplně.

3. Jak vnímáte pacientky závislé na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami? Jaká je celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami na oddělení?

+: je to určitě dynamika, pro svoji větší impulzivitu; často taky poskytováním upřímných zpětných vazeb („nebrání si servítek“).

-: často nezdrženlivost emočních projevů, malá trpělivost.

4. Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie jsou specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány?

U nás na oddělení je stejný režim pro MET pacientky a pacientky ostatní (ALKO, LÉKY, GAMBLING). Jedná se o komunitní program, skládající se z psychoterapeutických programů zmíněných výše, psychoedukativních programů (přednáška, samostudium, psaní elaborátů, apod.), pracovní terapie, sportovních a kulturních aktivit. V případě potřeby směřujeme dlouhodobé uživatelky do komunitní formy léčby.

- O jakou komunitní formu léčby se jedná?

Dlouhodobá terapeutická komunita pro léčbu drogových a alkoholových závislostí, např. Bílá Voda, Sejřek, Magdaléna, Němčice, apod.

- Posíláte do takové léčby pouze pacientky s drogovou závislostí?

Ne, posíláme tam i alkoholičky.

- Našla byste přeci jen nějaká specifika například z pohledu celkového průběhu léčebného programu pacientky závislé na metamfetaminu a ostatních?

Pokud pacientky přicházejí před léčbou i na detoxikaci, odvykáací doba je obvykle delší než u alkoholu. MET pacientky – tím že obecně mají větší tendenci nerespektovat pravidla a bojovat proti nim – mají někdy delší adaptační dobu na léčebný režim a z toho vznikající i častější konfliktní situace. Častěji než ženy závislé na alkoholu popisují výskyt carvingu (bažení).

- Existují rozdíly v léčebných intervencích u pacientky závislé na metamfetaminu a na jiných návykových látkách?

Ne, u nás na lůžkovém oddělení procházejí všechny pacientky stejným léčebným režimem, se stejnými pravidly, náplní dne, režimem. Požadavky na všechny pacientky jsou stejné.

5. Co si myslíte o možnosti zapojení rodiny do léčby?

- V jakých případech a kdy by se rodina měla zapojit?

Na oddělení existuje možnost 5 denního pobytu rodinného příslušníka spolu s pacientkou. Tato možnost se doporučuje, protože to bezesporu zvyšuje účinnost léčby.

Rodinný příslušník je většinou přítomen u přijímání pacientky, poté je s ním veden vstupní pohovor o pacientčině závislosti – slouží k získání objektivních informací o vývoji pacientčiny závislosti

Rodinné příslušníky prosíme o vyplnění tzv. objektivního dotazníku, prostřednictvím kterého získáváme detailnější informace o pacientčině závislosti, jejím vývoji, dopadech na rodinné příslušníky.

- **Jaké nejčastější dopady na rodinné příslušníky z hlediska pacientčiny závislosti rodinní příslušníci uvádějí?**

Bohužel nemám tolik osobních zkušeností, abych toto mohla objektivně zhodnotit.

- **Kdybyste mohla, jak byste ohodnotila celkově rodinného příslušníka pacientky závislé na metamfetaminu? V jakém stavu se nejčastěji „nachází“.**

Nedokážu odpovědět, nemám tolik zkušeností.

Rodinní příslušníci mají možnost požádat o jednorázový či opakovaný pohovor s členy terapeutického týmu (buď v přítomnosti, nebo nepřítomnosti pacientky).

- **V jakých případech a jak často takto žádají (jestli vůbec)? Jsou tyto pohovory častější u rodinných příslušníků pacientky závislé na metamfetaminu než u ostatních pacientek?**

Průměrně nejsou pohovory častější u rodinných příslušníků MET pacientek než u jiných. Pokud žádají o pohovor, bývá to obvykle z důvodu toho, že se chtějí informovat o průběhu léčby, poradit se o vhodných intervencích a míře a formě spolupráce s pacientkou po skončení hospitalizace, často si žádají i o párový poradenský pohovor týkající se partnerského spoluzití.

- **Žádají spíše o pohovor v přítomnosti nebo v nepřítomnosti pacientky?**

Nedá se říct, spíše závisí od rozhodnutí lékaře, terapeuta, zda by přítomnost rodinného příslušníka byla produktivní nebo ne.

Rodinní příslušníci mají možnost navštěvovat spolu s pacientkou tzv. doléčovací skupinu, která probíhá 1x týdně a zúčastňují se jí bývalé pacientky, které abstingují.

- **Využívají tuto možnost?**

Bohužel nedokážu posoudit, nevedu doléčovací skupinu. Vím ale, že občas rodinní příslušníci na skupinu chodí.

- **V čem vidíte klady a záporné aspekty spolupráce s rodinou?**

Dobrá spolupráce podstatně zvyšuje efektivitu léčby, jelikož rodinný příslušník detailněji nahlíží do problematiky závislosti, více se orientuje ve spouštěčích či rizikových situacích dané pacientky, je důležitý v zapojení se do tzv. krizového či havarijního plánu pacientky.

Zápor spolupráce s rodinou je jenom tehdy, když je rodina tzv. kodependentní, tj. pacientku podporuje v závislosti přehnanou péčí, nestanovením jasných pravidel a hranic, příp. podporováním v úmyslu předčasně ukončit léčbu.

- **Setkala jste se někdy s kodependentní rodinou u pacientky závislé na MET?**

Během půlročního působení zde v Apolináři ne.

3. ROZHOVOR (24. 6. 2012)

1. Jak dlouho a jakým způsobem se podílíte na léčebném procesu zde na Klinice adiktologie, Apolinář?

- *Doba, specifikace pracovní pozice.*

Pracuji zde 3 a půl roku jako psycholog.

- *Náplň Vaší práce s pacienty z pozice psychologa.*

Je to hlavně vedení skupinových a komunitních programů (skupiny, Lorky - pozn. - arteterapie, komunity, volné tribuny), psychologická vyšetření, individuální rozhovory.

Dále vedu skupiny pro rodinné příslušníky při příjmu a výběrové skupiny poruch příjmu potravy.

- *Jak vypadá takové psychologické vyšetření?*

Bud' cílené – většinou zaměřené na kognitivní funkce, nebo komplexní (kognitivní funkce i osobnost).

- *Kdybyste mohl, zkuste říci, na jaká témata se nejčastěji zaměřují individuální rozhovory u pacientek závislých na metamfetaminu (v porovnání s ostatními pacientkami)?*

- *Vím, že to bude u všech individuální, ale zkuste prosím nějaká témata vybrat.*

Měl jsem jich minimálně – není to zde příliš obvyklé. Ale asi nejčastější témata jsou vztahy, sebepoznání, aktuální potíže v komunitě – jinak nic specifického.

- *Obdobná otázka – zaměřená na rozhovory s rodinnými příslušníky - zkuste říci, na jaká témata se nejčastěji zaměřují individuální rozhovory u pacientek závislých na metamfetaminu (v porovnání s ostatními pacientkami)?*

Tyto rozhovory probíhají při příjmu, pouze zjišťuji, jak situaci pacientka vidí a jak situaci vidí oni.

Rovněž poskytují informace o léčbě, doléčování apod. Opět nic specifického.

2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacientkami závislými na metamfetaminu?

Komunikace s nimi je dobrá, z hlediska věku to jsou mladší pacientky. Jsou živější, svobodomyšlnější. Zpočátku mají problémy s režimem, ale potom je spolupráce dobrá. Objevuje se u nich opakovaná krize. Větší procento z nich odejde dřív z léčby a to z důvodu výchovných nebo podepíší revers. Snad o něco málo je u nich horší kontakt se sebou, svým prožíváním. Spolupráce je stejná jako u alko/ostatních pacientek, postoje taktéž. Potíže s autoritou jsou také v zásadě shodné (někdo má, jiný nemá potíže).

- *K jakým pracovníkům se podle Vás (z hlediska osobnostního, pracovního postavení či autority) pacientky závislé na metamfetaminu nejčastěji upínají?*

To netuším, pochybuji, že v tom je rozdíl.

- *Jak pacientky vnímáte Vy sám. Jak se vyvíjí v rámci léčebného programu?*

Pokud v programu vydrží, tak je vnímám jako pracovitě, vděčně, aktivní. Vývoj je velmi individuální – jsou schopné přijmout program, ale otázka jeho přenosu do běžného života je – tak jako ale i u ostatních – nejistá.

- **Jaká jsou u nich specifika z Vašeho pohledu psychologa.**
- *Mluvil jste před rozhovorem o tom, že si vybavujete cca 3 pacientky závislé na MET, případně na MET či jiné látce (zkuste je popsat, jak se projevovaly, nějaké jejich zvláštnosti atd.).*

Už mně jich napadlo více, nicméně především jsou to specifika spojená s nižším věkem (průměr odhaduji kolem 30 let), průměrný věk alkoholičky je 45 let.

Možné specifikum vidím v tom, že mají o něco nižší sociální schopnosti a sebepoznání. Toto je asi dané v důsledku toho, že v období dospívání/mladé dospělosti zanedbaly rozvoj v tomto směru.

- **Jaké sociální schopnosti máte na mysli. Jak se toto projevuje u sebepoznání?**

Myslím zkušenosti s tím, jak fungovat v běžných situacích – škola, práce, partnerské vztahy, myslím, že mají větší obtíže, aby byly ty vztahy dobré a vydržely.

Co se potom týče sebepoznání – kdo jsem, co chci, kam směřuji, schopnost vydržet sám se sebou, vidět své silné a slabé stránky, vnímat svoje tělo a pocity... Ale těžko říci, je to individuální.

Je to ale jen pocit. Je možné, že mohou profitovat z delší léčby, než je standard (ne nutně zde na oddělení). Je zde potřeba návaznosti, doléčování, opakování.

Myslím, že mají větší potíže s tím, zařadit se zpátky do běžného života – mají spíše přátele, kteří také berou, málo jiných, s ohledem na věk a způsob užívání. Pacientky závislé na MET nemívají práci a zázemí, tj. obtížněji hledají na co navázat. S tím souvisí již uvedené menší zkušenosti s běžným fungováním.

- **Všeobecně – jaké je Vaše setkání s MET pacientkami kdekoli v léčbě?**

Nepoznáte je od jiných.

- **Na první pohled možná ne, ale po bližším kontaktu, či v rámci dlouhodobější spolupráce – mohl byste prosím zmínit ještě nějaký charakteristický znak?**

Snad trochu živější?

3. Jak vnímáte pacientky závislé na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami?

Jaká je celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami na oddělení?

Všeobecně se dá říci, že mezi jednotlivými pacientkami jsou větší rozdíly než mezi skupinami závislých jako takovými. Určitý typ lidí má jisté predispozice k určitému typu drogy. Pacientky se závislostí na MET mají komplexnější problémy – celkově se jedná o závažné psychické prožívání. (Co se týče problémovosti: je pravdou, že mnoho pacientek s kombinovanou závislostí ALKOHOL + LÉKY jsou více problematické než MET pacientky).

Co se týče MET pacientek, obava z koalic je, proto přijímáme maximálně jednu do skupiny, ale nepozoroval jsem, že by se naplnila. Koalice jsou pravděpodobnější např. u nespolupracujících pacientek, a to není dáno zneužívanou látkou. Historické důvody toto opatření ale asi má.

- **Jaké historické opatření máte na mysli?**

Historickým myslím to, že někdy v minulosti pro to důvod byl – ale jaký – asi že snadněji vytvářejí koalice a to pak zhoršuje spolupráci v léčbě a že to u „toxi“ klientek bylo patrnější.

Záleží tedy spíše na osobnosti, ta podle mě ovlivňuje všechny tyto věci výrazně více; a nevidím, že by měly společné rysy (rozhodně ne v období kdy už jsou nějakou dobu v léčbě).

- **Když tedy nemají společné rysy – jaké jsou rozdíly? Nebo v čem je dále vidíte? Rozdíly mezi nimi navzájem?**

To se asi nedá vyjmenovat, prostě rozdíly mezi dvěma odlišnými lidmi.

Co se týče **adaptace na léčbu** – snad větší potřeba autonomie, vyjádřit se, určitě potíže s režimem, ale to může být věkem, neumím to odlišit.

- **Mohl byste pár slovy popsat celkovou atmosféru mezi MET pacienty a ostatními pacienty na oddělení?**

MET pacientky si možná myslí, že jim druzí nemohou tolik rozumět. Je to také o pohledu mladšího na starší, mohou si myslet, že alko jsou poddajnější, pomalejší, ale těžko říci. To je spíš pocit, realita je taková, že je od sebe nepoznáte.

4. Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie jsou specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány?

Co se týče režimu oddělení, nevím o tom, že by se lišil; měli jsme výběrovou skupinu pro nealkoholové závislosti (tj. MET ale i léky a další), ovšem uskutečnila se jen několikrát v průběhu těch let. Možná specifikum by mohlo být jako mírnější „nápravná opatření“ ve formě přerušení – to bývá kratší (pokud k němu dojde), protože je větší riziko relapsu, a také možná velkorysejší nabídka následné péče – případně i prodloužení léčby, podpora v hledání práce, nástupu do další komunity apod. Ale opět – to je s ohledem na aktuální stav, nikoli na to, že jsou MET. Ale může tato potřeba u nich být větší (vliv věku).

- **Můžete prosím nastínit základní aspekty, délku, průběh či případné intervence, které se týkali výběrové skupiny?**

Vedla ji Mgr. Červená. Sám jsem tam nikdy nebyl. Skupina trvala cca hodinu a konala se na téma podle výběru pacientek, čili asi nic specifického (vztahy, doléčování, aktuální psychické potíže). Skupina se konala podle mne tak 3x.

- **Kdy byla tato skupina realizovaná?**

Myslím, že cca před 2 lety?

- **Proč byla ukončena – jaký byl důvod k ukončení?**

Nepropagovala se, nebylo dost pacientek, prostě nic oficiálního.

- **Jak je realizována následná péče?**

V rámci Apolináře je realizována standardně jako u alko pacientek, jinak je realizována i individuálně - nabízíme komunitu v Dubí (tam jdou ale i alko a lékové pacientky).

5. Co si myslíte o možnosti zapojení rodiny do léčby?

- V jakých případech a kdy by se rodina měla zapojit?

Je-li perspektiva spolupráce rodinných příslušníků s pacientkou, není-li pro ni příliš ohrožující (např. přítel také užívá), v zásadě ovšem pokud možno, tak zapojit rodinu do léčby i do doléčování. To je ovšem opět stejné pro všechny.

- V čem vidíte klady a zápory spolupráce s rodinou?

Klady: podpora, porozumění, otevřená komunikace o obtížných tématech, podpora (i tlak) v doléčování, „kontrola“ (dispečer), zlepšení vztahů, legalizace léčby, ostrov jistoty, podpory, bezpečí, rychlejší reakce na recidivu, ujasnění, jak na tom spolu jsme.

Zápory: Může se objevit tlak na řešení problémů, které ještě nejsou řešitelné, pacient začne na pomoc rodiny až příliš spoléhat/přenáší zodpovědnost (záleží na osobnostech členů rodiny, jak i oni zvládnou komunikovat, udržet hranice apod.). Samozřejmě i rodiny mohou působit negativně – nereálná očekávání apod., to ale je cílem spolupráce, aby se zrealizovala.

- Můžete mi prosím blíže vysvětlit tyto pojmy: „kontrola“ (dispečer), legalizace léčby, ostrov jistoty?

Kontrola - rodina ví, podle čeho pozná, že pacientka plní naplánovaný režim/program, ale nechodí za ní, aby se ptali, jestli to dělá a nutili jí. Jen sledují, jak se pacientka chová, zda např. někde byla. Mají domluvené, podle čeho se to pozná, že plní – sama jim o tom řekne, zavolá, najdou lístek na lednici, chodí včas na schůzky, prostě co si domluví.

Legalizace – aby doléčování nebylo nic, za co by se musela stydět nebo co by musela obhajovat („proč tam pořád jezdíš“ ...).

Ostrov jistoty – pacientky nemohou o svých potížích se závislostí mluvit s kdekým, leckdy to skrývají, a tak aby aspoň někde mohly vydechnout, cítit se v bezpečí a pochopené.

4. ROZHOVOR (27. 6. 2012)

1. Jak dlouho a jakým způsobem se podílíte na léčebném procesu zde na Klinice adiktologie, Apolinář?

- Doba, specifikace pracovní pozice:

Na ženském lůžkovém oddělení pracuji 4 roky jako staniční sestra.

- Jaká je náplň Vaší práce s pacienty z pozice staniční sestry?

Je to vlastně celý ošetrovatelský proces (podávání léků, aplikace léků, odběry biologického materiálu, podávání stravy atd.). Také se účastním psychoterapeutických programů. Účastním se na psychoterapeutických skupinách jako koterapeut, eventuálně samostatně vedu skupin v nepřítomnosti

psychoterapeuta. V neposlední řadě poskytují krizovou intervenci, telefonní intervenci, účastním se kontaktů se zájemci o léčbu a dělám motivační pohovory.

2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacientkami závislými na metamfetaminu?

Je to úplně stejné, jako s pacientkami závislých na jiných návykových látkách. Rozdíl je spíše v osobnosti pacientky, její zralosti a motivaci, než v druhu užívání návykové látky.

- ***Jak pacientky vnímáte Vy sama. Jak se vyvíjí v rámci léčebného programu?***

Všeobecně potřebují v léčbě více času.

- ***Jaké je Vaše setkání s pacientkami závislými na metamfetaminu kdekoli v léčbě?***

Setkala jsem se s nimi našem zařízení, na stáži v TK Magdaléna.

3. Jak vnímáte pacientky závislé na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami? Jaká je celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami na oddělení?

Velmi záleží na rodinném prostředí, z kterého vyšly a jaké mají zázemí. Tím je podpořena také vnitřní motivace ke změně životního stylu. Velký vliv na léčbu má jejich nezralost a opožděný (zastavený) psychický vývoj. Na vznik koalic má spíše vliv věk pacientek.

2. Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie jsou specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány?

- ***Jak vypadá léčebný program u uživatele MET? Je léčebný program uživatelů MET něčím specifický?***

Léčebný program je stejný, jako pro léčbu závislosti na alkoholu.

- ***Našla byste přeci jen nějaká specifika například z pohledu celkového průběhu léčebného programu pacientky závislé na MET a ostatních?***

Myslím, že v našem zařízení ne.

3. Co si myslíte o možnosti zapojení rodiny do léčby?

- ***V jakých případech a kdy by se rodina měla zapojit?***

Pokud je rodina funkční, tak by se do léčby měla zapojit ve všech případech.

- ***V čem vidíte klady a záporné aspekty spolupráce s rodinou?***

Klady - podpora v léčbě a pomoc a zázemí po návratu z léčby.

Záporné aspekty - pokud je v rodině kodependence.

- ***Kdybyste mohla, jak byste ohodnotila celkově rodinného příslušníka pacientky závislé na MET? V jakém stavu se nejčastěji „nachází“?***

Bohužel jsem se nesešla s rodinnými příslušníky pacientky závislé na MET.

5. ROZHOVOR (28. 6. 2012)

1. Jak dlouho a jakým způsobem se podílíte na léčebném procesu zde na Klinice adiktologie?

Na klinice pracuji od listopadu 2011 na 1/2 úvazku, jako sociální pracovník.

*Náplní mojí práce je kompletní **sociální poradenství** – dávky, zaměstnání a další sociální situace, se kterými si pacientky nevědí rady.*

2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacientkami závislými na metamfetaminu?

Moje zkušenosti s pacientkami se závislostí na MET nejsou téměř žádné. Za dobu co zde pracuji, naším oddělení prošly cca 4 pacientky.

Pacientky vnímám jako všechny ostatní v komunitě a pracuji s nimi stejně.

Z hlediska sociální práce řeší všechny pacientky stejné problémy bez ohledu na látku, na které jsou závislé.

3. Jak vnímáte pacientky závislé na metamfetaminu v porovnání s ostatními pacientkami? Jaká je celková atmosféra mezi pacientkami závislými na metamfetaminu a ostatními pacientkami na oddělení?

Pacientky se závislostí na MET vnímám stejně jako ostatní pacientky. Domnívám se, že v komunikaci i v postoji k dodržování léčebného řádu nezáleží na látce, kterou pacientky užívaly, ale na osobnosti pacienty.

4. Jaké léčebné intervence na Klinice adiktologie jsou specificky pro léčbu závislosti na metamfetaminu realizovány?

Na Klinice adiktologie máme stejný přístup ke všem závislostem.

Pacientky na MET nemají zvláštní program, přístup ani jiná specifika.

5. Co si myslíte o možnosti zapojení rodiny do léčby?

Zapojení rodiny do léčby vnímám jako jednoznačně přínosné, potřebné a důležité. Rodina by se měla zapojit vždy, pokud to situace a atmosféra v rodině umožní.