

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – prezenční forma



Lenka Richterová

**Závažné klinické projevy klientů terapeutických komunit
v kontextu komorbidity ADHD**

**Severe clinical manifestations of therapeutic
communities clients in the context of ADHD**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Praha, 2016

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, 26. 4. 2016

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lence Šťastné Ph.D. za podporu, důvěru a zároveň odborné rady a pomoc se statistickým zpracováním. Děkuji týmu projektu GAČR ADHD za umožnění spolupráce a zpracování tohoto tématu. Děkuji také svým rodičům a přátelům za podporu a náhled, který mi umožnili.

Identifikační záznam:

RICHTEROVÁ, Lenka. Závažné klinické projevy klientů terapeutických komunit v kontextu komorbidity ADHD. [Severe clinical manifestations of therapeutic communities clients in the context of ADHD]. Praha, 2016. 51 s., Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2016. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Abstrakt:

Tato bakalářská práce je subvýzkumem projektu zaměřeného na vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. ADHD je spojeno jak s horší adaptabilitou, tak i se závažnějšími psychopatologickými projevy. To může mít za následek problematictější průběh léčby v terapeutické komunitě a zvětšit počet předčasných vypadnutí z programu. Cílem výzkumu je zjistit zda se ADHD vyskytuje u klientů léčících se v terapeutických komunitách a jakou má prevalenci. Dále pak hledáme souvislost s dalšími závažnými klinickými projevy a také vývoj těchto projevů v průběhu léčby. Zajímá nás také retence klientů s těmito symptomy v léčbě. Výběrový soubor byl sestaven na základě dvoustupňové procedury. Z certifikovaných terapeutických komunit pro léčbu závislostí bylo metodou náhodného výběru pomocí počítačového losu vybráno osm, které se výzkumu zúčastnily. V druhé úrovni byl použit totální výběr a všichni nove nastupující klienti byly otestováni. Počet účastníků je 199. Z toho bylo 133 mužů a 56 žen. Data byla sbírána přímo terapeuty. Speciálně vytvořená testová baterie byla administrována po dvou týdnech v léčbě, poté po třech, šesti a devíti případně dvanácti měsících. Následně byla data přepsána do programu SPSS Statistic, vyčištěna a zpracována. ADHD se podle našich výsledků vyskytuje u 51,6 % mužů a 49,2 % žen. Závažné klinické projevy se objevily u 74,7 % mužů s ADHD. Oproti tomu muži bez ADHD měli další projevy pouze u 38,9 %. U žen se ADHD s dalšími závažnými klinickými projevy vyskytovalo v 71 % a u 50 % žen byly tyto projevy přítomné bez ADHD. U skupiny s ADHD i bez ADHD došlo k redukci symptomů v průběhu léčby. U skupiny s ADHD byla redukce pomalejší. Závěrem lze konstatovat, ADHD vede k větším problémům v léčbě a s tím související vyšší výskyt závažných klinických projevů. Také je u klientů s ADHD vyšší předčasný drop-out.

Klíčová slova:

prevalence ADHD, terapeutická komunita, léčba závislosti, průběh léčby, komorbidita

Abstract in English:

This Bachelor thesis is a sub research of the wider project focused on the impact of ADHD on selected mental functions, life skills and quality of life of the clients recovering from an addiction in the therapeutic communities. ADHD is associated with inferior adaptability and as well with more serious psychopathological symptoms. This can result in problematic course of treatment in a therapeutic community and increase the number of drop-outs of the program. The aim of the research is to determine whether ADHD occurs in clients of the therapeutic communities and what is the prevalence. Furthermore, we search for connections with other serious clinical manifestations and evolution of these symptoms during treatment. We are also interested in retention of the clients with these symptoms in treatment process. The sample was compiled on the basis of the two-step procedure. Fundamental file in the first phase were all certified therapeutic communities for the addictions treatment. Among them were by computer randomly selected eight who participated in the research. At the second level was used a total choice of new coming clients and all of them were tested. The number of participants who filled their gender is 199. 133 men and 56 women. Data were collected directly by therapists in eight therapeutic communities. Specially designed test battery was administered after two weeks of treatment, then after three, six and nine optionally twelve months. Subsequently were the data copied to the program SPSS Statistic, cleaned and processed. ADHD, according to our results, occurs in 51,6 % of men and 49,2 % women. Severe clinical symptoms occurred in 74,7 % of men with ADHD. In contrast, only 38,9 % of men without ADHD had additional symptoms. For 71 % of women with ADHD occurred other serious clinical symptoms and 50 % of females had these symptoms without ADHD. In the groups with ADHD and without ADHD symptoms were reduced during treatment. In the group with ADHD was reduction slower. In conclusion, ADHD leads to greater problems in treatment and the associated higher incidence of serious clinical manifestations.

Key words:

ADHD prevalence, therapeutic community, addiction treatment, treatment process, comorbidity

Obsah

1. ÚVOD	3
2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	5
2.1. DEFINICE A TERAPEUTICKÉ KOMUNITY V ČR.....	5
3. ORGANIZACE A STRUKTURA	7
3.1. PRAVIDLA	7
3.2. DENNÍ A TÝDENNÍ PROGRAM.....	8
3.3. SKUPINY A KOMUNITNÍ SETKÁNÍ.....	8
3.4. PRÁCE A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.....	9
3.5. FÁZE LÉČBY	9
3.6. RITUÁLY	10
3.7. TÝM TK.....	11
4. PROCES LÉČBY A JEHO INDIKÁTORY	12
4.1. PROCES LÉČBY	12
4.2. TERAPEUTICKÉ FAKTORY A ÚČINNÉ FAKTORY SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE.....	16
4.3. PROBLÉMY V LÉČBĚ	21
5. KOMORBIDITA.....	22
5.1. DEFINICE KOMORBIDITY	22
5.2. ETIOLOGIE	22
5.3. PORUCHY OSOBNOSTI.....	22
5.4. DEPRESE	23
5.5. KOMORBIDITA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	24
6. ADHD	25
6.1. DEFINICE	25
6.2. PREVALENCE.....	27
6.3. ADHD U UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	28
6.4. ADHD PŘI LÉČBĚ V TK.....	29
6.5. ADHD A DALŠÍ ZÁVAŽNÉ KLINICKÉ PROJEVY.....	29
8. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
9. VÝZKUMNÝ SOUBOR	33
9.1. VÝBĚR A POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
9.2. ROZDĚLENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
9.3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	34
10. POUŽITÉ METODY.....	38
10.1. METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	38
10.2. ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	39

11.	ETIKA.....	40
12.	VÝSLEDKY.....	41
12.1.	VÝSKYT ADHD	41
12.2.	VÝSKYT ZÁVAŽNÝCH KLINICKÝCH PROJEVŮ	42
12.3.	VÝVOJ SYMPTOMATIKY	45
13.	DISKUZE A ZÁVĚRY	46
14.	SOUHRN.....	50
15.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
16.	PŘÍLOHY	60

1. Úvod

Předkládaná bakalářská práce se věnuje ADHD a dalším závažným klinickým projevům u klientů terapeutických komunit. Cílem je prokázat vazbu mezi ADHD a dalšími klinickými projevy jako depresivita, úzkost atd. a zmapovat vývoj těchto symptomů v průběhu léčby v TK. Předmětem mého zájmu je tady symptomatologie klientů terapeutických komunit. Cílem je umožnit adiktologii zkvalitnit přístup ke klientům. Efektivně a cíleně nastavená léčba je velmi důležitou součástí léčebného procesu. Je důležité zdůraznit, že tato práce nepracuje s diagnózou depresivní, úzkostné či jiné poruchy. Zkoumá jen jejich manifestaci a její závažnost a změny v průběhu léčby. Nereferuje tedy o důkazu přítomnosti poruchy a nelze je ztotožňovat s psychiatrickým vyšetřením. Závislost v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu je velmi komplexní diagnóza vyžadující také komplexní léčbu. Toto téma spadá do psychologické části tohoto model. Mohlo by se zdát, že je tedy spíše pro psychology či psychiatry. Nicméně pro adiktologii jako multidisciplinární obor je nezbytné se touto komponentou zabývat a rozumět jí. Tvořit pak smysluplnou diskuzi mezi více obory a hledat cesty spolupráce (Namyslovová, 2015).

Kombinace ADHD s dalšími závažnými klinickými projevy značně ovlivňuje průběh a výsledek léčby. Znesnadňuje se schopnost sebereflexe a sociálního učení (Mioviský, 2013). Z této skupiny se pak stávají problémoví klienti. Účinné terapeutické faktory v kombinaci se schopným a erudovaným terapeutickým týmem si mohou poradit i s komplikovanými komorbidními klienty (Mioviský, 2013; Kalina, 2008; 2013).

Léčba v terapeutické komunitě ještě není v České republice dostatečně výzkumně zpracovaná. Studie EVLTK Šefránka (2014) se zabývala evaluací výsledků léčby. Je to prospektivní longitudinální studii ve čtyřech českých TK. S participanty byly provedeny dvě interview a to na začátku léčby a rok po skončení. Tato studie mapovala i frekvenci symptomů úzkosti a deprese, které se po roce od dokončené léčby značně snížili.

Procesem léčby z pohledu klientů v TK se zabývala diplomová práce Zima (2015) v komunitě White Light I, bakalářská práce Kotasové (2011) ve TK Fénix v Bílé vodě a Klimas (2012). Tématu procesu léčby se také zabývala Folterová (2007) v terapeutické komunitě AVE. Všechny tyto zdroje jsou zaměřené na jednu terapeutickou komunitu a nezkoumají tedy české komunity jako celek. Výzkum a popis procesu léčby v českých komunitách je tedy stále potřeba.

Podobně je to i s výzkumem komorbidit u uživatelů návykových látek. EMCDDA (2004) odhaduje výskyt užívání návykových látek u 30-50 % psychiatrických pacientů. Výzkumem komorbidit se věnoval výzkum Mioviské et al. (2006), který odhalil nedostatečnou pozornost věnovanou diagnostice. Rubášová (2014) ve své pilotní studii s participací šesti TK potvrdila vysokou míru prevalence ADHD u klientů TK a také jeho vliv na průběh a výsledky léčby. V návaznosti na tento výzkum vznikl projekt GAČR ADHD, kterého je součástí tato

bakalářská práce. Tento projekt má za cíl ověřit specifický vliv ADHD na psychickou nezdolnost, zvládání stresu, emoční labilitu a životní dovednosti u klientů TK (Miovský, 2014). Testové baterie jsou administrovány 4x v průběhu léčby a to po 1 týdnu, po 3 měsících, po 6 a po 9. Výzkum byl realizován v osmy komunitách. V rámci projektu jsem se podílela na sběru dat a komunikaci se čtyřmi komunitami. Také jsem data přepisovala do vytvořené matice. Praktická část vychází z dat sesbíraných v rámci tohoto projektu.

2. Terapeutická komunita

2.1. Definice a terapeutické komunity v ČR

Abychom se mohli věnovat tématu procesu léčby v TK, je nezbytné si nejprve vydefinovat pojem terapeutické komunity. Podle NIDA (2002) je TK typ residenční léčby používající hierarchický model. Rozčleňuje léčbu na fáze a zvyšuje osobní a sociální zodpovědnost. Vlivem vrstevníků vzniká žádoucí skupinový proces, který pomáhá jednotlivcům vnímat sociální normy a učit se efektivní sociálním dovednostem. Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí. Kromě sezení spolu sdílejí i další program s pracovní a jinou činností, což umožňuje, aby do tohoto modelu promítli problémy z vlastního života, hlavně vztahové. Uvedené projekce umožňují zpětnou vazbu o maladaptivním chování, podněcují k náhledu a umožňují korektivní zkušenost a nácvik vhodnějších způsobů. V širším slova smyslu je TK systém organizace léčebného oddělení, v užším smyslu jde o psychoterapeutickou metodu (Kratochvíl, 2005). De Leon (2000) uvádí, že TK není pouze specifická forma instituce ale i přístup k léčbě závislostí. Ne všechny residenční programy jsou TK a ne všechny komunity ve světě jsou residenční. Také ne všechny programy mají stejný model a přístup. Komunity mají své individuální rozdíly. Většina komunit je více či méně strukturovaných. To přináší i riziko zneužití moci a bylo proti důležité vytvořit systém kontroly této moci a klienty trénovat v přijímání a tvoření demokratických rozhodnutí.

Kalina (2008) uvádí, že komunity v ČR nejsou čistě hierarchické ani demokratické, jsou spíš syntézou různých zkušeností a zdrojů. Ovlivněny Skálovým modelem a také Kratochvílovými publikacemi o demokratických komunitách. Převažuje psychodynamická orientace doplněná KBT. TK jsou většinou provozovány nestátní organizací – nejsou to zdravotnické zařízení ale sociálně rehabilitační. Zařízení jsou ohraničené od okolí a dodržují bezdrogové prostředí. Většina komunit v ČR jsou ve venkovských prostředích (Kalina, 2008). Autonomní komunita by měla být i soběstačná ve smyslu zajišťování každodenního provozu. Klienti se střídají v daných funkcích a tím prochází procesem léčby a zároveň se podílí na jejím provozu (Kalina, 2008). V Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV bylo v srpnu 2014 celkem 13 terapeutických komunit poskytujících služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách. Terapeutických komunit, které měly k červnu 2014 certifikát odborné způsobilosti v rámci systému RVKPP bylo celkem 10 (Mravčík et al., 2013). Bližší popis klientů udává následující tabulka 1.

Tabulka 1: Charakteristiky klientů terapeutických komunit dotovaných RVKPP 2003–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012
Počet TK	17	14	12	12	11	10	10	10	10	9
Počet klientů	510	546	491	451	472	427	349	408	402	401
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1	24,2	23,8	26,6	26,7	27,2	27,3
Úspěšně dokončilo léčbu	-	134	102	124	124	123	93	118	106	108
Předčasně ukončilo léčbu	-	252	219	171	164	153	163	150	163	145

Pozn.: * Do údajů je zahrnuto 9 komunit dotovaných RVKPP a TK Vršíček.

Zdroj: Mravčík et al. (2013)

3. Organizace a struktura

Existuje velké množství druhů a přístupů v TK. Díky tomu se značně liší jejich efektivita. Pro pochopení celé problematiky se pokusíme v této kapitole přiblížit organizaci a strukturu TK v ČR.

Kalina (2008) rozděluje strukturu v TK do těchto okruhů:

- Kardinální a další pravidla
- Denní a týdenní rozvrh
- Uspořádání pracovních a funkcí a povinností
- Členění do fází a sub fází
- Privilegia při pokroku a sankce při porušení

Struktura odvádí od negativních myšlenek a nudy, což jsou faktory, které podporují užívání drog. Udržování řádu a bezpečí v TK facilituje osobní změny (De Leon, 2000). Adameček (2003) uvádí, že všichni dodržují stejná pravidla, liší se ale práva a povinnosti. Na nejvyšší stupni je společenství komunity. Terapeutický tým může vetovat rozhodnutí klientů. V praxi se to ale často nestává. TK si nekladou za cíl vyléčení syndromu závislosti, ale úzdravu osobnosti, rozvoj identity a změnu životního stylu (Leon a Melnick In Kalina, 2008). Abstinence je součástí a předpokladem pro změnu osobních hodnot, posilování odpovědnosti. Práce a spoluúčast na fungování a rozhodování komunity je základním kamenem změny.

3.1. Pravidla

Terapeutické komunity mají dané kardinální pravidla. To jsou neměnná pravidla, které udržují strukturu a řád komunity. Patří mezi ně zákaz užívání či držení návykové látky v prostředí TK a nabízení či prodej ostatním členům. Dále je nepřípustné fyzické násilí a další typy ohrožujících aktivit, např. krádež a ničení majetku. Mezi kardinální pravidla patří i zákaz sexuálních vztahů. Toto pravidlo je velmi diskutované a setkáváme se s jeho různými interpretacemi. V některých komunitách se vztah nedoporučen, ale povolen za určitých podmínek, které se vztahují k otevřenosti a sdílení se skupinou. Některé komunity mají vztahy striktně zakázané. Další pravidla se týkají uspořádání času a dodržování režimu. Důležité je taky zapojení a přijetí terapie, norem a rozhodnutí komunity. Komunity mají často vytvořené „komunitní desatero“ v němž jsou upraveny žádoucí a nežádoucí způsoby komunikace. Každá komunita má psaná i nepsaná pravidla. Z nichž hodně z nich stanovuje právě komunita. Fungují ale i principy omezené demokracie, kde terapeutický tým má poslední slovo. Pravidel nebývá velký počet a jsou psána srozumitelně (Kalina, 2008). Každá komunita má i svá nepsaná pravidla, která se předávají převážně ústně (Broža, 2007).

3.2. Denní a týdenní program

Program v komunitě zahrnuje přesný časový rozvrh, souhrn pravidel a norem, vyváženou skladbu programu jak pracovních, terapeutických i volnočasových (tabulka 2). Cílem je působit na různé složky klientovi osobnosti a navodit tak změnu sebepojetí, postojů a chování (Kalina, 2008). Řád přináší bezpečí i jistotu, zároveň i možnost dělat chyby. Odpovědnost klienta se během průchodu programem přiměřeně zvyšuje (Kooyman, 1992). Základní rozvrh dne klienta je v tabulce. Klient je po příchodu do komunity nucen okamžitě změnit své chování, teprve pak jej emočně prožít a až nakonec pochopit. Je to přesně naopak než u psychoanalýzy.

Tabulka 2: Rozvrh dne klienta v terapeutické komunitě

Čas		Činnost
Ráno		Budíček, hygiena, rozcvička, snídaně, přípravy
Dopoledne	První část	Ranní komunita
	Druhá část	Pracovní blok, skupiny
Poledne		Oběd, volno
Odpoledne	První část	Pracovní blok, skupiny
	Druhá část	Pracovní blok skupiny, vzdělávání
	Třetí část	Skupiny, vzdělávání, volnočasové aktivity
Večer	První část	Večeře, volno
	Druhá část	Program klubového typu

Zdroj: Kalina (2008)

3.3. Skupiny a komunitní setkání

Komunitní setkání jsou klíčovým prvkem programu. Na setkání v kruhu sdílí pacienti i personál poslední události, společně rozhodují a řeší problémy. Každé ráno je ranní komunita. Z pravidla jednou za 14 dní je velká komunita (Nevšímal, 2007).

Skupiny jsou pak základem terapeutických aktivit. Využívají skupinovou dynamiku. Standarty péče vyžadují nejméně 20 hodin týdně. Mohou být více druhu. Každá má specifické pravidla a témata. Příkladem mohou být: dynamické skupiny, tematické, autobiografické, interakční, samořídící a oddělené mužské a ženské skupiny, prevence relapsu. Každý člen skupiny má právo svolat mimořádnou skupinu (Nevšímal, 2007).

3.4. Práce a volnočasové aktivity

Cílem je obnovení a osvojení pracovních návyků. Kalina (2008) uvádí, že směřuje k zajištění základních potřeb komunity. Diferenciaci práce a úrovní odpovědnosti umožňují funkce, které klienti plní v různých fázích léčby. Klienti v nižších fázích mají hlavně pomocné práce s menší mírou zodpovědnosti (úklid, pomocné práce v kuchyni, na zahradě,...) a učí se od klientů z vyšších fází. Nejvyšší funkcí je „šéf domu“, který rozděluje práci a spolupracuje s týmem. Další důležitou funkcí je „šéf kuchyně“, který zodpovídá nejen za přípravu jídla, ale i za sestavení jídelníčku, nakoupení surovin. Další funkce jsou např. „lékárník, zahradník, zvířeťák, topič, atd.“ Funkce je většinou udělena na dva týdny. Během práce spolu klienti navazují vztahy. Často dochází ke konfliktům, které je potřeba se naučit řešit. Dostávají také zprávu o své důležitosti (Mahrová, 2007).

3.5. Fáze léčby

TK v ČR mají obvykle členěnou léčbu do čtyř fází. Tento model se trochu liší od zahraničních, a proto se budeme věnovat výhradně popisu českého. V následující tabulce 3 vidíte členění fází léčby.

Tabulka 3: Fáze léčby

Měsíc programu	Fáze
Cca 2 týdny	Nultá fáze
	První fáze
	Druhá fáze
	Třetí fáze

Zdroj: Kalina (2008), upraveno autorkou

Jak uvádí Adameček (2007) hlavními kritérii pro postup klienta ve fázích jsou: čas strávený v programu, splnění povinností fáze a pokrok v osobním růstu. Struktura umožňuje klientům pracovat na drobnější, krátkodobějších úkolech.

Důležité je i období před nástupem klienta do komunity. Podle Kooymana (1992) může jít o jeden pohovor či plán na několik týdnů a měsíců. Kalina (2008) rozděluje proces přijímání na osobní žádost klienta, která obsahuje životopis, lékařské doporučení zprávy ze soudu a jiných institucí. Pak následuje diagnostický filtr, kdy se zhodnotí stav klienta. Nakonec přichází před léčebné poradenství a detoxifikace. Čistota od drog je podmínkou přijetí. Komunity v ČR vyžadují absolvování ústavního detoxu, ústavní léčby či jiného zařízení.

Nultá fáze

V této fázi se dokončují přijímací pohovory. Klient musí projít lékařskou prohlídkou a laboratorními testy. Tvoří se také individuální plán léčby. Je taky přidělen garant z terapeutického týmu a klient z vyšší fáze (Kalina, 2008). Klient sice je v programu, ale ještě není součástí komunity. Tím se stává až po požádání a rituálním podpisu smlouvy (Těmínová, 2007). Cílem je rozhodnutí klienta o setrvání v TK, znalost pravidel a režimu a navázání vztahu k určitým členům týmu (Adameček, 2007).

První fáze

Podle Kaliny (2008) je cílem první fáze asimilace klienta do komunity. Probíhá začlenění a přijetí klienta. Je izolován od vnějšího světa – kontakty jsou minimalizovány nebo vyloučeny. Klient se učí pravidla a strukturu komunity a zároveň hovořit o sobě před skupinou. Buduje se důvěra k okolí. Hodně se zabývají sami sebou, postupně se stabilizují (Adameček, 2007).

Druhá fáze

Vrcholné období léčby v komunitě. Podle NIDA (2002) se zvyšují schopnosti prosociálního chování a zodpovědnosti. Podle Kaliny (2008) jsou nejdůležitější rysy druhé fáze v zlepšení chování, zvyšování úrovně náhledu, vzestupu v postavení v komunitě, psychologický růst a rozvoj a vzrůstající autonomii. Podle Adamečka (2007) klienti přijímají zodpovědnost za sebe i za chod komunity. Podle možností obnovují vztahy s rodinou, jsou vzorem pro nižší fáze, jsou schopni zvládat negativní myšlenky i emoce, znají a rozumí filosofii TK, přijímají tým jako autoritu, uvažují o své budoucnosti.

Třetí fáze

Cílem je pozvolené uzavírání procesu. Jedná se o období separace a očekává se, že se klient postaví na vlastní nohy a získané z komunity mu to usnadní. Klient se emočně loučí s komunitou, zhodnocuje svůj pobyt a ověřuje si svoji zralost. Vytváří si síť pozitivní sociální a psychologické podpory. Po léčbě v TK může následovat doléčování v jiném zařízení či svépomocné skupině (Kalina, 2008).

3.6. Rituály

Rituály jsou způsobem, jak přinést do léčby spirituální rozměr. Dávají jistým událostem hlubší význam. Přejímové rituály zajišťují plynulost změny (přijímací, etapové, ukončovací), čistící a rituály smíření mají za úkol stmelit skupinu při vyhocených událostí. Důležitou roli mají i komunitní symboly (Čtrnáctá, 2007).

3.7. Tým TK

Trendem současné adiktologie je multidisciplinarita týmu. Jsou v něm pak zastoupeny různé profese s různým vzděláním. Vzdělání je doplněno také různorodými psychoterapeutickými výcviky. Jak uvádí Kalina (2008) důležitou charakteristikou je i zastoupení profesionálů a bývalých uživatelů drog, často absolventů komunity. Doporučuje se také vyváženost co do věku a pohlaví (Rawing a Yate, 2001).

4. Proces léčby a jeho indikátory

V této kapitole si pokusíme přiblížit proces léčby a také rozhodující faktory, které ho ovlivňují. Pochopení tohoto procesu je naprosto zásadní pro porozumění léčbě v terapeutické komunitě. Nejdřív je důležité si ho popsat a poté hledat odpovědi na otázku: „Jak terapie či komunita klientům pomáhá?“ Na proces léčby se dá dívat z různých úhlů pohledu. Jedním z nich je rozhodně pohled profesionálů a terapeutického týmu, další důležitou součástí je i pohled klientů. My se teď na tuto problematiku se podíváme skrze dostupnou literaturu.

4.1. Proces léčby

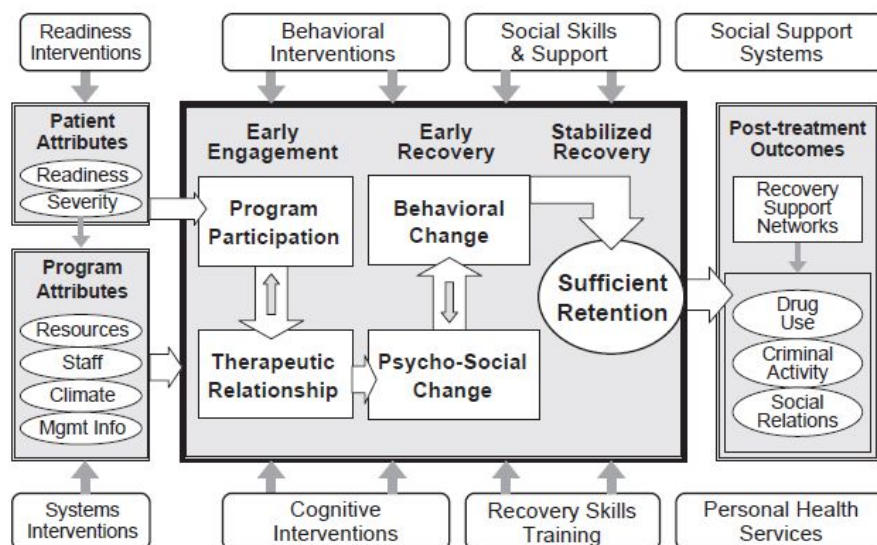
Proces léčby je děj, odehrávající se mezi bodem nástupu a opuštěním komunity. Jak uvádí Zim (2015) proces je značně ovlivněn motem: „Kolik toho dáš, tolik zpět dostaneš.“ Aby klient mohl projít v léčbě změnou, musí pro ni být i dostatečně motivovaný a připravený. Kalina (2013) rozděluje proces v TK na: zaměření na osobu a vztahy a na zaměření na skupinový proces. Poté podrobněji dělí na tyto etapy:

1. Připojení klienta ke společenství, podpora, pocit sounáležitosti, pocit bezpečí, komunita klienta akceptuje a dává mu hranice
2. Proces sociální a interpersonálního učení. Klient poznává své chování a prožívání, snaží se mu porozumět. Prostřednictvím vztahů dostává a dává zpětné vazby a rozpoznává své problematické rysy. Nakonec je schopen přijmout zodpovědnost.
3. Klient zkouší nové způsoby, jak být s druhými, potvrzuje si pozitivní změnu

Toto rozdělení se může v různých komunitách odlišovat a to hlavně v závislosti na rozdílných přístupech, odlišnostech v cílové skupině a různých délkách léčby (Zim, 2015).

Členění z obrázku je z práce Simpsona (2004) a pomáhá vidět proces podrobněji během jednotlivých částí. Dá se říct, že částečně kopíruje formální fáze v TK, kterými klient v léčbě prochází. Pro přehlednost přikládáme obrázek 1.

Obrázek 1: Přehled modelu léčby



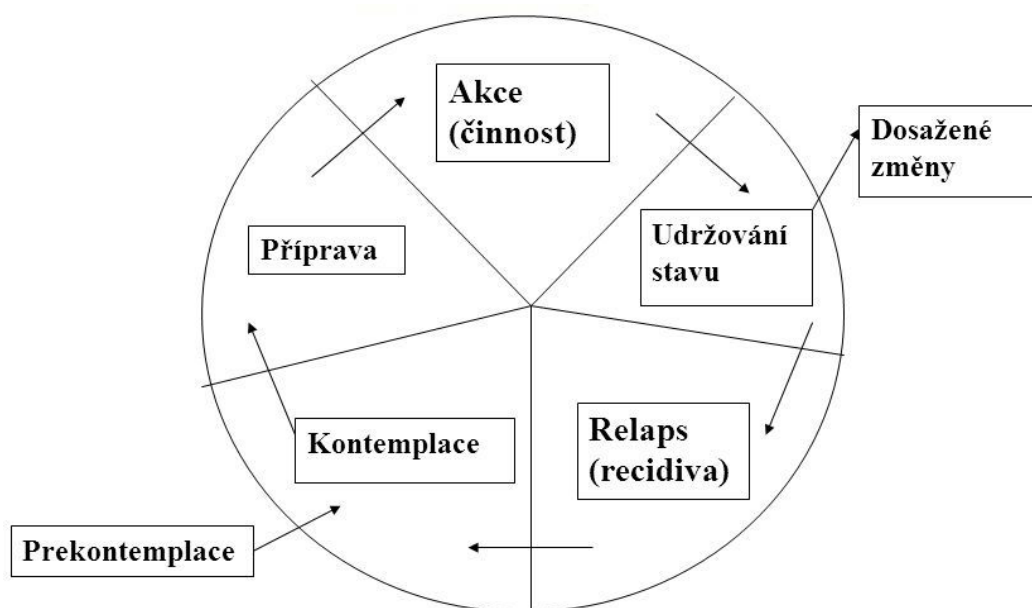
Zdroj: Simpson (2004)

Přijetí, profil a koncept klienta

Levý okraj obrázku popisuje kontextuální vlivy, které ovlivňují vstup klienta do léčby. Zahrnuje **atributy na straně pacienta** a to motivaci ke změně, připravenost pro léčbu a závažnost závislostního profilu (což je důležitější než druh látky). Tyto znaky by měli pomoci při machingu správného typu léčby a to hlavně v nastavení a intenzitě služby (residenční x ambulantní, ...). Zvyšující se závažnost obvykle vyžaduje více intenzivní psychoterapii. Důležité jsou také **atributy programu** – zdroje, dovednosti týmu, klima a systém pro klinický i programový management – relevantní pro terapeutickou efektivitu. Pozitivní vztah mezi retencí v léčbě a výsledkem byl mnohokrát výzkumně ověřován v různých programech, ale bližší studium faktorů na straně pacienta a programu jsou stále potřeba (De Leon, 2000). Pacientovi sociodemografické údaje nebyly považovány za silný prediktor výsledku léčby. Nicméně klienti TK často mají další problémy spojené se závislostí. Závažnost závislosti, kriminalita, sociální zdroje a psychologické dysfunkce před přijetím do léčby ovlivňují, jak vznik terapeutického vztahu, tak setrvání v léčbě. Podle NIDA (2002) mají klienti často závislost na více drogách, trestní činnost, nedostatek sociální podpory a duševní problémy.

Motivaci k léčbě se zabýval hlavně Prochaska a DiClemente (1983) a rozdělili ji do sedmi stádií změny (viz obrázek 2). Pro tyto stádia existují specifické strategie intervencí, kterými se dá motivace podporovat a tím i usnadňovat posun.

Obrázek 2: Kruh změny podle Prochasky a DiClementa (1998)



De Leon a Jainchill (In Simpson, 2004) vyzdvihli roli vnitřní a vnější motivaci a připravenost k léčbě. De Leon (2000) vnímá motivaci a připravenost k léčbě jako nediferencované konstrukty, které mohou zjednodušovat jejich dynamické a složité role v léčbě. Simpson a Joe (1993) používají sebesposuzovací TCU (Texas Christian University) škálu, která měří rozpoznání problému, touhu po pomoci a připravenost pro léčbu jako diskrétní sekvenční stádium.

Dalším důležitým faktorem je **připravenost k léčbě**. Dansareau et al. (2003) rozdělují připravenost do dvou dimenzí. První reprezentují tři stádia: připravenost pro osobní změnu, připravenost pro program a připravenost pro specifické intervence. Druhou dimenzi představují atributy na straně pacienta obsahující: motivaci, schopnosti/zdroje a důvěru ve vlastní účinnost.

Závažnost závislostního profilu byla popsána v Evropském indexu závažnosti návykového chování (Kubička a Csémy, rok neuveden) v sedmi indikátorech a to: základní údaje; zdravotní stav; užívání návykových látek (alkohol/drogy); zaměstnání; rodina, sociální vztahy; právní anamnéza; psychiatrická, psychologická anamnéza. Boylemu, Polinskému a Hserovi (2000) vyšla pozitivní korelace mezi motivací a závažnostem profilem, jejich vazba na výsledek je ale komplikovaná. Joe, Simpson a Broome (1999) identifikovali motivaci jako nejlepší prediktor zapojení se do léčby a retence. To pozitivně ovlivnilo i léčbu deprese a řešení právních problémů. Na druhou stranu větší závažnost u uživatelů kokainu a jejich hostilita při příjmu předpověděla dřívější drop-out.

Zapojení se, navázání vztahu, vznik závazku (Engagement)

Prvním významným krokem v léčbě je brzké a aktivní zapojení klienta do komunity. Jde o účast na programu, ale také navázání terapeutického vztahu v prvních týdnech léčby. Simpson a Joe (2004) potvrdili, že vysoce motivovaní klienti při přijetí se dvakrát více zapojují během

prvních měsíců léčby. Mají také dvakrát větší pravděpodobnost vytvoření příznivého terapeutického vztahu s klíčovým pracovníkem. Nicméně to není striktně lineární proces a ovlivňuje ho právě účast na programu a terapeutický vztah.

Účast zahrnuje **pokrok v léčbě** (postup do vyšších fází a v hierarchii programu) a **přítomnost na programu** (což se týká spíše ambulantních než rezidenčních služeb). Toumbrourou et al. (1998) popisuje, že pokrok v léčbě může vysvětlit jeho zlepšení spíše než čas v ní strávený. Vyšší přítomnost na sesích predikuje lepší výsledky (Stevens-Jones a Storey, 2002).

Další hlavní složkou je **terapeutický vztah**. Úspěch terapie souvisí s kvalitou vztahu, která je spojena s účastí na setkáních, které pacient musí považovat za účinné a panuje obecná shoda mezi pacientem a terapeutem o jejím vývoji (Al-Darmaki a Kivlighan, 1993). Kalina (2013) rozděluje terapeutický vztah do tří složek a to:

1. přenos a protipřenos – rozměr vztahu mezi terapeutem a klientem, který nelze vysvětlit aktuální situací. Jsou to minulé vzorce, které je potřeba reflektovat,
2. skutečný vztah dvou lidí – nerovnovážený, časově omezený,
3. pracovní spojenectví – aliance pro práci s klientovými problémy, tvoření kontraktu.

Spokojenost pacienta se službou odráží přístup, důvěru v efektivnost a závazek a také ovlivňuje výsledek léčby, což sekundárně souvisí i s terapeutickým vztahem (Carlson a Gabriel, 2001). Souvislosti mezi terapeutickým vztahem a výsledky byla popsána v napříč různými adiktologickými službami (Connors et al., 1997). Není překvapením, že proces závisí na formátu: skupinová terapie volá po větší pozornosti pro sociální klima a interakce, zatímco individuální na získání osobního vhledu a řešení problému (Holmes a Kivlighan, 2000).

Úzdrava (Recovery)

Toto stádium navazuje na úspěchy předchozího navázání vztahu a podporuje setrvání v léčbě. Je to období mnoha změn v psychosociální a behaviorální oblasti. Mění se způsob myšlení i jednání. Joe a Simpson (1999) dochází k závěru, že pacienti v metadonovém substitučním programu, kteří navázali pevnější terapeutický vztah, mají 2,3 krát větší pravděpodobnost, že dosáhnou pozitivní změny v psychosociálním fungování (zlepšení sebevědomí, deprese, úzkosti, riskování, sociální shody a rozhodování). V modelu Prochasky a DiClementa (1998) by se jednalo o posunutí z fáze kontempace do fáze rozhodnutí a akce. Tato změna v uvažování a jednání je právě základem úspěchu léčby a je také důležité, aby klient setrval dostatečně dlouho (retence v léčbě). V této době je důležité začít pracovat na prevenci relapsu a tím zvyšovat behaviorální sebeovládání a kognitivní bělost v rizikových situacích (Marlatt a Gordon, 1985). Záměrem je vytvořit a poté stabilizovat nový návyk. Dále je podstatné začít využívat klientovy sítě sociální podpory. V tomto smyslu je důležité zapojit hlavně rodinu a nejbližší. Rodiny mohou být součástí problému a stejně tak mohou potřebovat léčbu, ale zároveň být oporou pro klienta. Rodinná historie, dětství, rodičovská podpora a konflikt ovlivňují psychosociální nastavení v dospělosti stejně tak jako vznik terapeutického vztahu na proces léčby (Broome, Knight, Knight, et al., 1997). Zaměření rodinných intervencí by mělo

brát v úvahu funkčnost a strukturu stávajícího prostředí. Hlavním cílem těchto zásahů je budování sociálních dovedností a tvoření přirozeného sociálního podpůrného systému.

Udržení a přenos získaného (Retention and transmission)

Třetím stádiem léčebného procesu je udržení a přenos naučeného. Toto stádium pomáhá stabilizovat uzdravné procesy z dřívějších stádií. Zaměřuje se na potřeby upevňovat. Důležité je udržet změnu v čase a integrovat ji do životního stylu. Nové chování a abstinence se stávají preferovaným zvykem.

Odchod z TK a následná péče

Odchod z komunity by měl být provázen následnou péčí. Klient implikuje nabyté zkušenosti do každodenního života.

4.2. Terapeutické faktory a účinné faktory skupinové psychoterapie

Terapeutické faktory jsou takové prvky (události, mechanismy, činnosti), které jsou zodpovědné za projevy zlepšení u členů psychoterapeutické skupiny (Jániš, 2010). Mohou pomoci terapeutovi k výběru strategie k formování zkušenosti skupiny a maximalizovat účinnost s různými klienty v různých prostředích. Některé jsou mechanismy změn a jiné jsou podmínkou pro změnu (Flores In Jániš 2010).

Terapeutické faktory se dají rozdělit na:

- Nespecifické – společné všem druhům psychoterapie
- Specifické – dané pro určitý přístup

Cristofanelli et al., (2010) připisují k nespecifickým faktorům například kvalitu klimatu a prostředí. Pod tím vnímají komunikaci s lidmi ve vedení, klimatu v rámci skupiny a jasnost rolí. Otevírají tak nezodpovězenou otázku jak klima/atmosféra mohou ovlivnit průběh a výsledek léčby. Studie těchto faktorů probíhají hlavně v nemocničním prostředí.

Ukazuje se, že specifické léčebné faktory jsou jinak důležité v různých terapeutických skupinách. Pořadí faktorů se také mění v závislosti na druhu cílové skupiny. Například důležitými faktory pro pacienty se závislostí na alkoholu v lůžkové jednotce byly důležité existenciální faktory, sobě porozumění, soudružnost a katarze (Ogilvie, Blait a Paul, 1995).

Studiem terapeutických faktorů se zabývalo mnohou autorů z nich nejznámější je Yalom a Leszcz (2007), Kratochvíl (2005), Bloch a Crouch (In Jániš, 2010), Dierick a Lietaer (2008). Z těchto účinných faktorů psychoterapie vychází také účinné faktory TK, z nichž nejznámější je Kooyman (1992) a De Leon (2000). Všechny tyto faktory se tedy pokusíme srovnat v následující tabulce 4.

Tabulka 4: Srovnání terapeutických faktorů skupinové psychoterapie a účinných faktorů terapeutické komunity

	Dierick a Lietear	Kratochvíl	Flora a Stalikas	Yalom	Bloch a Crouch	Kooyman	De Leon a Melnick
člen skupiny s příjemným pocitem zjišťuje, že může pomáhat druhým ve skupině a být jim užitečný – tím roste pocit jeho vlastní hodnoty		pomáhat jiným	altruismus	Altruismus	altruismus	zvýšení sebevědomí díky úspěchům	altruismus
člen skupiny poznává, že není jedinečný a osamocený – že i jiní členové skupiny sdílí totéž	interakční potvrzení	členství ve skupině		univerzalita	univerzalita	ucelená a srozumitelná filosofie	
člen skupiny cítí, že patří do skupiny, že už není tak sám a že je přijat jinými členy skupiny, přijímá její hodnoty a pravidla, tyto hodnoty jsou zvnitřněny	skupinová koheze	emoční podpora	Přijetí	skupinová soudružnost	přijetí druhými /koheze)	terapeutická struktura	zapojení do léčebného společenství
						internalizace pozitivního hodnotového systému,	přijímání hodnot
							dodržování pravidel
člen skupiny rozeznává u druhých členů zlepšení a poznává i to, že skupina může pomáhat; v členu skupiny se rozvíjí optimismus, že i on může mít užitek z léčby				dodávání naděje	dodávání naděje	pozitivní tlak vrstevníků změna negativního přístupu k životu na pozitivní	naděje
člen skupiny ventiluje silné	očistné	odreagování	katarze	Katarze	katarze		sebeotevření

emoce ohledně zkušenosti z minulosti anebo prožívané tady a teď; zažívá pocit úlevy.	sebeodhalení						
člen skupiny odhaluje jiným členům skupiny velmi osobní informace o sobě a dělí se o ně s ostatními členy skupiny	interakční konfrontace	sebeexprolace a sebeprojevení		rozvoj sociálních dovedností	upřímní sdílnost	učení rozumět emocím a vyjadřovat je	sebeexplorace
člen skupiny přijímá od terapeutů či ostatních členů skupiny informace, rady, nápady, vysvětlení, návody ve vztahu k duševnímu zdraví či svému problému				poskytování informací			
		získávání nových informací a sociálních dovedností		interpersonální učení	interpersonální učení		sociální učení
člen skupiny se učí tím, že pozoruje jiné členy skupiny a terapeuty: napodobuje kvality, kterých si na nich cení, a učí se i tím, že spolu s nimi prožívá to, co oni v terapii zakoušejí	pozorovací zkušenosti			napodobující chování	vedení	sociální učení sociální interakcí	učení pozorováním a napodobováním
člen skupiny se snaží učit, jak se adaptivně a konstruktivně vztahovat k jiným členům skupiny		zkoušení a nácvik nového chování	učení naukou, zástupné učení		zástupné učení		učení praxí
							podpora a rozvoj žádoucího chování

člen skupiny získává díky zpětné vazbě nebo interpretaci jiného člena skupiny či terapeuta nějaké důležité a zatím neznámé či nepřijaté poznání o sobě nebo o tom, jak působí na druhé		zpětná vazba, konfrontace				konfrontace	
pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice ve spojitosti s maladaptivním chováním	Vhled	náhled	sebeporozumění, vhled		náhled	učení prostřednictvím krizí	náhled
člen skupiny přijímá to, že některé své životní situace nemá úplně pod kontrolou, že se s něčím musí smířit a je třeba, aby vzal zodpovědnost za svůj vlastní život	dostat směr			existenciální faktory		odpovědnost kl. za jeho chování	rozvoj individuální odpovědnosti
člen skupiny riskuje a – podpořen přijímající atmosférou ve skupině – vyjadřuje silnou emoci vůči jiným členům skupiny či						náhradní rodina	

terapeutovi. V kontextu situace „tady a teď“ pak spolu s druhými zkoumá, jak odpovídající a vhodné jeho jednání bylo a s čím to vše souvisí		korektivní emoční zkušenost		korektivní rekapitulace prim. rodiny		zlepšení vztahů v původní rodině	korektivní emoční zkušenost
aktivity v komunitě jsou povinné, autonomie klienta je omezena, protože je součástí skupiny.						rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií	
vše co se děje v komunitě, je terapie						terapeutický účinek všech aktivit komunity	

Zdroj: Jáníš (2010), upraveno autorkou

Yalom a Leszcz (2007) považují souhrny terapeutických faktorů za vyčerpávající, ale v podobě nevhodné pro větší klinické využití. Zdůrazňují důležitost větší propojenosti faktorů na podkladu jejich vzájemné závislosti a ovlivňování. Faktory nejvíce ceněné klienty se liší od těch, které zmiňují terapeuti a pozorovatelé. Klienti na skupině také nejvíce oceňují právě to, co se jim v interpersonálních vztazích nedostává. Tento poznatek byl výzkumně ověřen Kivlinghanem a Goldfinem (1991).

4.3. Problémy v léčbě

Určitá míra komplikací a problémů v léčbě je žádoucí. Kalina (2008) uvádí tři možné komplikace v průběhu léčby a to: craving, relaps a drop-out.

Dle MKN-10 je craving jeden ze šesti symptomů závislosti odpovídající silné touze či pocitu puzení užívat návykovou látku. Craving zažívá většina závislých a je tedy běžnou součástí abstinence. Ne všichni uživatelé návykových látek ho zažijí. Důležité je, aby si přítomnost cravingu klienti uvědomili. Potlačení může vést k nepřipravenosti a relapsu po skončení léčby v TK. Léčba v TK by měla klienta vést k rozpoznávání vlastních potřeb a uvědomování si chování i prožívání v různých situacích (Kalina, 2008).

Relaps znamená opětovné užití drogy po určitém období abstinence (Kalina, 2008). Vyhledání drogy je často spojeno se sérií zdánlivě nezávazných rozhodnutí, které vedou k porušení abstinence. Klienti často mluví o neuspokojivých pocitech z intoxikace, o pocit zklamání a viny, které jim brání následně vyhledat pomoc. Připravit se na to a naučit se situaci zvládnout než se z lapsu stane relaps a recidiva je dalším důležitým úkolem léčby. Klient, který poruší kardinální pravidlo, musí sice komunitu opustit, je to ale učícím momentem pro všechny zúčastněné (Kalina, 2008).

Předčasné ukončení léčby před plánovaným termínem, tzv. drop out je další poměrně častou komplikací léčby. Kalina (2008) udává drop out průměrně kolem 35%.

Možnou komplikací léčby je také komorbidita, které se budeme věnovat v následující kapitole.

5. Komorbidita

5.1. Definice komorbidity

Světová zdravotnická organizace (2004) definovala psychiatrickou komorbiditu jako současný výskyt více symptomů nebo psychických poruch u jednotlivce. Někdy se tento termín chápe jako společný výskyt dvou diagnostikovaných poruch spojených s užíváním drog, tzv. polymorfní užívání. Patří sem i například společný výskyt užívání návykových látek s psychiatrickou komorbiditou a současné somatické onemocnění (např. hepatitida). Oproti tomu termín duální diagnóza odkazuje k užšímu vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii (Miovská, 2006).

Výzkum Farrena et al. (2011) ukazuje, že komorbidita pojící se se závislostí má gender odlišnosti. U žen se často se závislostí vyskytují poruchy příjmu potravy. Také mají vyšší hladinu deprese, úzkosti a cravingu. Tato hladina klesá v průběhu léčby. U mužů se závislostí se častěji pojí disociální porucha osobnosti (Kalina et al., 2003). U mladších klientů se komorbidita vyskytuje ve větší míře než u starších. Oproti tomu jsou studie, kde zjistili vyšší výskyt depresivních symptomů u chlapců v adolescenci než u děvčat. Toto zjištění autoři studie to vysvětlují na základě rozdílného závislostního příběhu. Depresivní děvčata začínají užívat alkohol ve vyšším věku než chlapci. Komorbidita se u nich také objeví dřív (Ilomaki et al., 2008).

5.2. Etiologie

Z hlediska etiologie je možné rozlišit dvě skupiny komorbidních uživatelů drog. V první skupině vede ke vzniku závislosti psychická porucha. Závislost se v tomto případě objevuje u jedince s jinou psychickou nemocí. Častokrát jde právě o automedikaci, užívání návykové látky za účelem zmírnění symptomů jiné nemoci. V druhé skupině komorbidních uživatelů návykových látek jde o vznik psychické nemoci v důsledku užívání návykových látek. Dlouhodobé užívání může vést až k organickému poškození mozku. Psychopatologické symptomy se mohou vyskytovat i v rámci abstinčního syndromu anebo mohou být zapříčiněné bezprostředním užitím návykové látky (Katona, 2014).

5.3. Poruchy osobnosti

Prevalence poruch osobnosti je u závislých asi 4x vyšší než u obecné populace (Verheul, 2001). Verheul (2001) udává prevalenci mezi 34,8-73 %. Jiná studie uvádí výskyt poruch osobnosti u osob užívající návykové látky o 10-15% vyšší než u běžné populace (Torgersen, Kringlen a Cramer, 2001). Celoživotní prevalence mezi uživateli nelegálních drog je 51 % (Kessler et al. 1996). Prevalence je také vyšší u závislých na ilegálních drogách (47,7 %) než u alkoholiků (28,6 %) (Grant et al, 2004). U uživatelů heroínu se v porovnání s alkoholiky

zjistilo více antisociálních rysů zatím co uživatelé benzodiazepinů a amfetaminu dosáhli vyšší skóre v oblasti sebeprosazení (Gerdner, Nordlandera Pedersen, 2002). Poruchy osobnosti tedy tvoří velkou podmnožinu komorbidit u uživatelů návykových látek. Weaver et al. (2003) zjistil míru prevalence u 37 %. Nejčastěji se u závislých vyskytuje hraniční a antisociální porucha osobnosti (Kolibaš a Novotný, 2007). Di Pierro (In Čablová, 2015) zjišťoval souvislost mezi výskytem duálních diagnóz u uživatelů návykových látek a konkrétní dimenzí struktury osobnosti a zjistil nejvyšší prevalenci právě u antisociální poruchy osobnosti a to 40,5%. Kienast et al. (2014) odhaduje prevalenci hraniční poruchy osobnosti u 78 % případů. Osobnostní patologie je spojována s 1. větším zhoršením, 2. s větší závažností při přijetí, 3. s nižší kvalitou života. Užívání návykových látek může přechodně zmírnit symptomy, v konečném důsledku ale zhoršuje adaptaci a frustrační toleranci a tím vytváří bludný kruh, ve kterém se stupňuje užívání návykových látek (Katona, 2014). Včasné odhalení při přijetí může usnadnit průběh léčby.

5.4. Deprese

Studie (Weaver et al., 2003), která zkoumala skupinu uživatelů drog a alkoholu ukázala výskyt těžké deprese u 27 % pacientů, prevalenci mírné deprese u 40 % a 19 % probandů vykazalo těžké anxiózní symptomy. Výskyt schizofrenie byl u 3 % a psychózy u 5 %.

Kalina (2008) uvádí, že dynamika depresivních symptomů během léčby ustupuje se zvyšující se mírou problémů, které klient v léčbě zpracovává. Podle Příkryla (2008) mají také depresivní symptomy vliv na motivaci klienta a mají vztah k nízkému výkonu. Během léčby ustupuje introvertní chování a sociální interakce jsou preferovány před samotou. Studie McWhirtera et al. (2014) prokázala pozitivní vliv Yalomových terapeutických faktorů na zvýšení kvality života a snížení depresivních symptomů v průběhu komunitní skupinové terapie. Přidružená depresivní porucha může být příčinnou recidivy či suicidálního pokusu.

Mnoho studií spojuje depresi a psychiatrické komorbidity s horšími výsledky v léčbě závislostí (Charney et al., 2005; Dodge, Sindelar, a Sinha, 2005), nicméně některé studie ukazují, že tu nemusí být žádný negativní vliv na retenci, naopak vidí dokonce pozitivní vliv deprese na léčbu (Rounsaville, 2004). Rounsaville (2004) naznačuje, že horší výsledky v léčbě mohou souviset s nízkou energií a anhedonií na druhou stranu to mohou být i motivační symptomy podporující zapojení se do léčby.

Podle evaluace výsledků léčby v TK od Šefránka (2014) se deprese na začátku léčby vyskytovala u 30,6 % klientů. Rok po léčbě byla deprese u 16,1 % klientů. Další jejich zjištění jsou uvedeny v následující tabulce. Došlo k výraznému snížení frekvence výskytu depresivních i úzkostných symptomů, nicméně jejich výskyt přetrvává. Bližší informace o psychických obtížích jsou v následující tabulce 5.

Tabulka 5: Změny v psychických obtížích od zahájení léčby a rok po léčbě

Psychické obtíže	Zahájení léčby	Rok po léčbě
Vnitřní nervozita	81,8	63,2
Pocit napětí	81,2	64,7
Pocit samoty	70,4	53,6
Pocit beznaděje	64,7	42,6
Pocit strachu	55,6	47
Pocit bezenosti	55,6	41,1
Pocit nezájmu	43,7	30,1
Pocit paniky	33,5	27,1
Vyděšení	28,4	22
Sebevražedné myšlenky	18,1	9,5
Deprese	30,6	16,1

Zdroj: Šefránek, v %

5.5. Komorbidita v Terapeutické komunitě

Polimeni, Moore a Grunert (2010) popisovali psychologický profil klientů v TK pomocí MMPI-II do 5 týdnů od nástupu do léčby. Psychotické poruchy převažovali nad neurotickými. Ženy měly vyšší skóre u zmatenosti, hypochondrie, charakterové poruchy a hysterie. Ve srovnání s muži mají ženy dvakrát větší pravděpodobnost přítomnosti klinické deprese (Nolen-Hoeksema, 2001). Klienti starší 35 let měli signifikantně vyšší skóre u depresí osobnostních poruch a paranoi. Klienti zůstávající v léčbě kratší dobu než 4 měsíce byli obvykle mladé ženy s nižší resiliencí a vyšší mánií. Klienti terapeutických komunit vykazují značné psychologické narušení, kterému je dobré věnovat pozornost.

6. ADHD

6.1. Definice

ADHD (attention deficit hyperaktivity disorder) je neurobehaviorální vývojová porucha diagnostikovaná nejčastěji v dětství. Rozvoj ADHD je multifaktoriálně ovlivněn. Genetické faktory v interakci s nepříznivým životním prostředím způsobují neurobiologickou disregulaci (Kiesling a Rohde, 2012). ADHD se vyznačuje hlavně symptomy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tyto symptomy mohou být buď zjevné, nebo skryté a často značně ovlivňují vývoj osobnosti, průběh školní docházky i zaměstnání, případně poruchy učení a další psychiatrické diagnózy (Kalbag a Levin, 2005). My se budeme zabývat hlavně komorbiditou ADHD v dospělosti (AADHD). Pro určení AADHD je důležitá detailní klinická anamnéza doplněná o informace i od klientových blízkých. K objektivizaci a přesnější interpretaci lze využít různé hodnotící škály (Šťastná et al., 2015). Rozdíly v diagnostice podle různých manuálů jsou velké, například kombinovanému typu podle DSM-IV nejvíce odpovídá porucha aktivity a pozornosti v MKN-10 (Drtílková, 2007). DSM-V oproti DSM-IV neuvádí 3 subtypy ADHD, popisuje hlavně klinické manifestace. V tabulce 6 uvádíme srovnání symptomů podle MKN-10, DSM-IV a DSM-V.

Tabulka 6: Srovnání symptomů ADHD podle MKN-10 a DSM-V

MKN-10	DSM-V	
Hyperkinetická porucha (F90)	Kritéria nepozornosti	Kritéria hyperaktivity/impulzivity
Časný začátek (obvykle v prvních pěti letech života);	Často nedokáže dát pozor na detaily, nebo dělá chyby z nepozornosti	Často se neklidně vrtí nebo poklepává rukama a nohama, nebo se kroučí na sedadle
Nedostatečná vytrvalost v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti;	Často má potíže s udržením pozornosti v úkolech nebo při hře	Často opustí své místo v situacích, kdy se očekává, že zůstane sedět
Tendence přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena;	Často vypadá, že neposlouchá, když ho někdo přímo osloví	Často pobíhá kolem nebo je neklidný v situacích, kdy je to nevhodné
Dezorganizovaná, špatně regulovaná a nadměrná aktivita.	Často se neřídí podle pokynů a nedokončí práci nebo povinnosti	Často není schopen se zapojit tiše do volnočasových aktivit
Současně může být přítomna řada dalších abnormalit.	Často má potíže s organizováním činností	Často se chodí, jako kdyby byl „poháněn motorem“
F90.0 Porucha aktivity a pozornosti	Často se vyhýbá, nemá rád nebo se zdráhá úkolů, které vyžadují trvalé duševní úsilí	Často mluví příliš

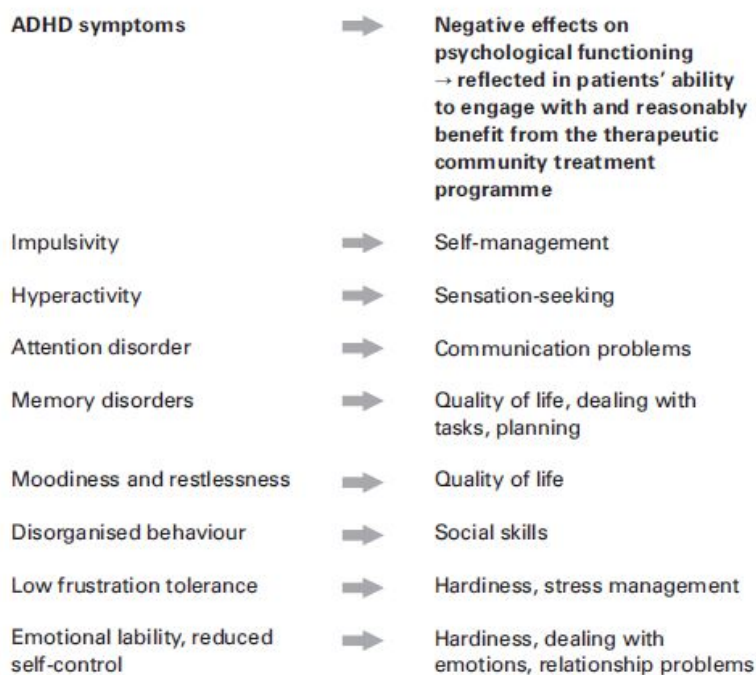
F90.1 Hyperkinetická porucha chování	Často ztrácí věci potřebné pro plnění úkolů nebo činností	Často vyhrkne odpověď dříve, než byla položena otázka do konce
	Často se rozptýlí vnějšími podněty	Často má potíže s čekáním
	Často je zapomnětlivý v denních aktivitách	Často přerušuje v rozhovoru ostatní, nebo jim zasahuje do činnosti

Dle MKN-10 je ještě doplněno: „*Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.*“

Pro stanovení diagnózy podle DSM-V musí být v posledních 6 měsících přítomno 6 a více příznaků nepozornosti a/nebo 6 a více příznaků hyperaktivity/impulzivity. Tyto symptomy musí snižovat kvalitu sociálních, akademických a pracovních aktivit. Pro stanovení diagnózy u adolescentů a dospělých je zapotřebí přítomnost 5 a více kritérií z jedné či obou os. Toto věkové rozlišení bylo provedeno až u DSM-V a to z důvodu ubývání symptomů s věkem.

Problémem diagnostiky ADHD u uživatelů návykových látek je možná záměna jeho projevů s akutní intoxikací či s poškozením z dlouhodobého užívání (Šťastná et al., 2015). Jedná se především o nesoustředění, impulzivitu, poruchy nálady, deprese, zhoršené sebeovládání a emoční nestabilitu. Proto Šťastná et al. (2015) zdůrazňuje nutnost odlišení souvislostí dílčích symptomů a na základě vývoje v individuální historii. Přítomnost ADHD v dětství je nezbytnou podmínkou diagnózy ADHD. Symptomy ovlivňují každého klienta jiným způsobem. Většinou se promítají do prožívání sociální a duševní pohody. Ovlivňují jak kvalitu života, tak taky zvládání intrapersonální a interpersonální konflikty. Mají problémy se zvládáním vývojových úkolů a osvojením si potřebných životních dovedností. Kvůli narušenému vývoji mají obtíže s adaptací v terapeutickém programu a sníží se tak profit při léčbě závislosti (Čablová, 2015). Vliv ADHD na psychické funkce je popsán i v následujícím obrázku 3.

Obrázek 3: Vliv ADHD na psychické funkce

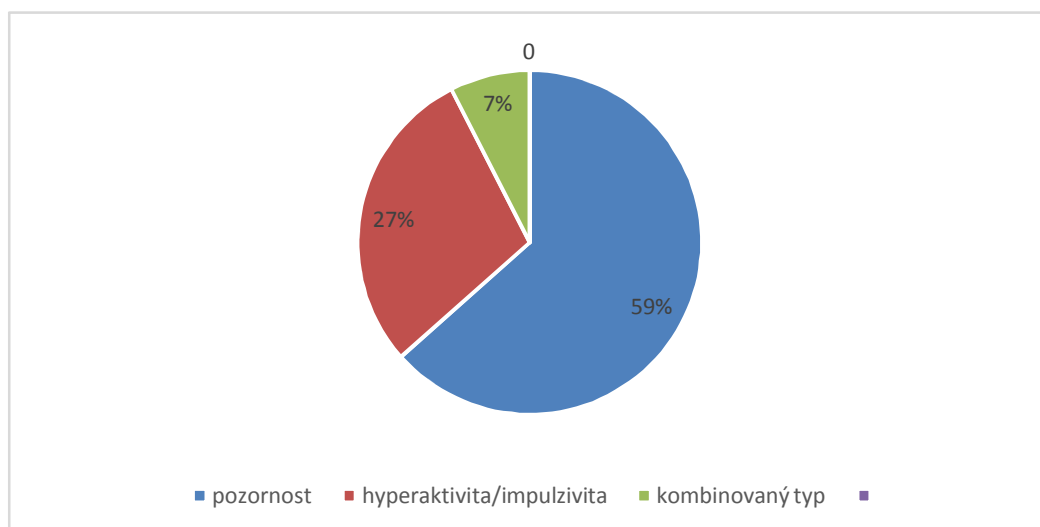


Zdroj: Miovský et al., 2013

6.2. Prevalence

Celosvětová prevalence ADHD v obecné populaci je mezi 5-12 % (Arias et al., 2008). U dětí a dospívajících je prevalence výskytu ADHD se pohybuje mezi 5-8 % (Polancyk et al., 2007; Drtílková, 2007). Více se vyskytují u chlapců než u dívek a to v poměru mezi 10:1 a 2,5:1 (Drtílková, 2007). Asi 70 % dětí s diagnostikovaným ADHD má nadále problémy i během dospívání a v dospělosti (Levin et al., 2004). Fayyad et al. (2007) spočítal celosvětovou prevalenci ADHD u dospělých na 3,4 %, kterou rozdělil na země s nižší prevalencí kolem 1,9% a země s vyšší prevalencí kolem 4,2 %. V zemích, které používají DSM-IV je prevalence podstatně vyšší a to 4-19 % než v zemích s MKN-10 1-3 %. To je způsobeno širším definováním kritérií DSM-IV.

Graf 1: Zastoupení subtypů ADHD podle DSM-IV



Zdroj: Drtílková a Šerý (2007)

6.3. ADHD u uživatelů návykových látek

Výskyt ADHD u lidí se závislostí je ve srovnání s obecnou populací značně vysoký (Arias, et al., 2008). Děti trpící ADHD mají 4x vyšší pravděpodobnost užívání návykových látek v dospělosti (Levin et al., 2004). V adolescenti s ADHD také více užívají marihuanu a kokain (Claudia et al., 2008). ADHD se u uživatelů návykových látek vyskytuje u 9-45 % (Wilens, 2004). Výzkum Hornera a Scheibe (1997) uvádí výskyt až nad 50 %. Oproti tomu v metaanalýze Van Emmerik-van Oortmerssena et al. (2011) byla prevalence ADHD u uživatelů návykových látek 21 %. ADHD ovlivňuje celoživotní proces adaptability, což ovlivňuje i vstup do léčby závislostí. Má vliv na kvalitu života, kterou Školníková et al. (2014) rozdělila do tří hlavních oblastí a to: produktivita (práce a denní aktivity), vztahy a zdraví (psychické a fyzické).

V případě komorbidity ADHD a závislosti se zvyšuje závažnost obou poruch (Levin et al., 2004). Teorií vysvětlujících vztah závislosti a ADHD je mnoho. Zde jich pár uvádím. Jeden ze symptomů ADHD, impulzivita, může způsobit nepromyšlené a unáhlené experimentování s návykovými látkami. Další z teorií vysvětlující vztah ADHD a závislosti v dospělosti je, že trvalé symptomy ADHD vedou k zhoršení výsledků v zaměstnání a snižují kvalitu interpersonálních vztahů a tím podporují vznik závislosti. Další teorií je, že stimulanty mohou poskytovat krátkodobou úlevu od symptomů ADHD. Dalším faktorem ovlivňující vztah ADHD a závislosti jsou genetické faktory. Kontroverzním vysvětlením může být i vystavení ADHD pacientů léčbě pomocí stimulantů. Biederman et al. (2003) vyzkoumal, že pacienti s léčbou ADHD stimulanty mají 3-4x větší pravděpodobnost užívat návykové látky v dospívání než ti, kteří léčeni nebyli. Další teorií je, že přidružená porucha může vysvětlit užívání návykových látek u adolescentů s ADHD a může být také predikovat užívání drog v dospělosti (Kalbag a Levin, 2005).

6.4. ADHD při léčbě v TK

ADHD má za následek narušení kognitivních funkcí, snížení adaptačních mechanismů, vyšší koncentraci konfliktů a snížené sociální dovednosti (Miovský, 2013). Většinou není prováděn screening, stanovení diagnózy a léčba ADHD. Tyto symptomy pak mohou negativně ovlivnit průběh léčby v terapeutické komunitě a tím i zvětšit počet předčasných vypadnutí z programu (drop out) (Levin et al., 2002). Podle pilotní studie Rubášové (2015) se vyskytuje ADHD u klientů v komunitě u 56,6 %.

6.5. ADHD a další závažné klinické projevy

ADHD je spojeno se závažnějšími psychopatologickými projevy. Příbyl (2008) uvádí, že externalizovaný příznak hyperaktivity u dětí je spojen s budoucím rozvojem internalizovaných poruch. Není jasné, zda komorbidita reprezentuje diagnostické nebo symptomatické překrývání dvou rozdílných onemocnění nebo jde o různé projevy stejné heterogenní poruchy se sdílenou vulnerabilitou (Drtílková, 2007). Komorbidita ADHD s dalšími psychiatrickými poruchami se vyskytuje až ve 44 % případů, se dvěma dalšími poruchami 32 % a 11 % třemi (Szatmari et al., 1989). Úzkostné poruchy se objevují 20-30 % a afektivní 32 %. Velmi časté jsou symptomy úzkosti, deprese, nižší sebehodnocení, obsedantně kompulzivní porucha a afektivní poruchy. Abikoff et al. (2005) uvádí úzkostnou poruchu v širokém intervalu 10-40 % a deprese v 6-38 %. Dosavadní epidemiologické studie uvádí, že asi každé čtvrté dítě má současně ADHD a úzkostnou poruchu (Brown, 2008).

Výzkum Arias et al. (2008) potvrdil vyšší výskyt antisociální poruchy osobnosti, posttraumatické stresové poruchy, bipolární poruchy a přídavné poruchy u dospělých s ADHD. Výsledky výzkumu jsou shrnuty v tabulce 7. Tabulka 8 uvádí vzájemný výskyt komorbidit poruch osobnosti u klientů s diagnostikovanou ADHD v léčbě závislosti (Čablová, 2015). Včasná diagnóza a léčba ADHD a odhalení psychopatologie může podpořit i léčbu závislosti v komunitě (Kalbag a Levin, 2005).

Tabulka 7: Výskyt psychopatologie u lidí se závislostí (v %) (Arias et al., 2008)

	ADHD	Non-ADHD
Antisociální porucha osobnosti	27,17	13,4
Postrauematická stresová porucha	24,18	12,75
Bipolární porucha	18,14	4,5
Porucha chování	14,13	2,79

Tabulka 8: Shrnutí poruch osobnosti u uživatelů návykových látek s ADHD

Autoři studie	Porucha osobnosti	Komorbidity PO a ADHD (v %)	Komorbidity ADHD a SUD (v %)
Arias et al.	Antisociální	27,17	
	Postrauematická stresová porucha	24,18	
	Bipolární porucha	18,14	
	Porucha chování	14,13	
Daigre et al.	Antisociální	16	
	Hraniční	11	
	Paranoidní	6	
			63,3
Ferrer et al.	Hraniční	38,01	59,4
van Emmerik-van Oortmerssen et al.	Anti-sociální	51,8	
	Hraniční		34,5
	Hraniční		29
Torok et al.	Hraniční a poruchy chování	24	46
Cumyn et al.	Vyhýbavá	12,54	
	Pasivně-agresivní	13,33	
			10,15

Zdroj: Čablová(2015)

7.Cíle výzkumu

Zahraniční studie popsané v teoretické části potvrzují negativní vliv ADHD na proces léčby závislosti. Klienti mají výrazné problémy s navazováním sociálních kontaktů, jsou emočně nestabilní, mají nízké sebevědomí. Z léčby tolik těžit. Potýkají se taky s horší adaptabilitou a tím i častěji předčasně odchází. Klienti užívající návykové látky se současnou komorbiditou ADHD mají zvýšené riziko výskytu další psychiatrické diagnózy. Téma ADHD se dostává v zahraničí do povědomí. V České republice se na něj výzkumně upozornilo díky pilotní studii Rubášové (2014) a dále ho výzkumně zpracovává projekt GAČR ADHD, kterého je tato bakalářská práce součástí.

Cílem výzkumu je zjistit zda se ADHD vyskytuje u klientů léčících se v terapeutických komunitách a jakou má prevalenci výskytu. Dále pak hledáme souvislost s dalšími závažnými klinickými projevy a také vývoj těchto projevů v průběhu léčby. Zajímá nás retence klientů s těmito symptomy v léčbě.

Nejdříve zjistíme výskyt ADHD a tuto skupinu pak porovnáme se skupinou bez ADHD z hlediska výskytu dalších klinických projevů. Ty nám skupinu rozčlení podle pohlaví na muže a ženy. Chceme zjistit, zda klienti se zjištěnými komplikacemi mají srovnatelnou retenci v léčbě a jak se tyto projevy vyvíjí v průběhu léčby. Hledáme tedy souvislost s výskytem psychopatologie. Také nás zajímá, jak se tato patologie vyvíjí v průběhu léčby.

8. Výzkumné otázky

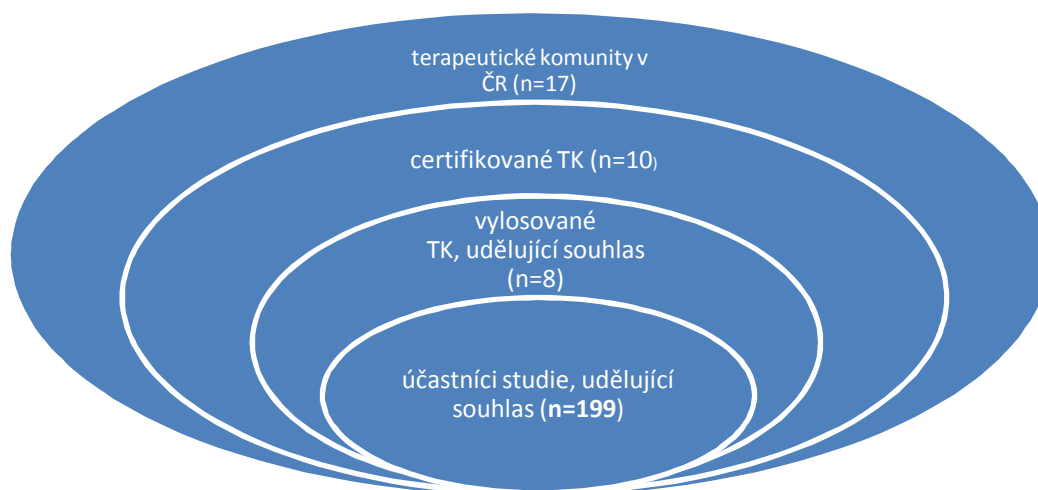
- a) Jaká je prevalence ADHD v terapeutické komunitě?
- b) V jaké míře se vyskytují závažné klinické projevy u skupiny klientů s ADHD oproti těm bez ADHD?
- c) Jaký je rozdíl ve výskytu ADHD a dalších závažných klinických projevů u mužů a žen v terapeutické komunitě?
- d) Jak se vyvíjí tyto klinické projevy v průběhu léčby?
- e) Jaká je retence v léčbě klientů s ADHD a dalšími závažnými klinickými projevy oproti těm bez těchto symptomů?

9. Výzkumný soubor

9.1. Výběr a popis výzkumného souboru

Výběrový soubor byl sestaven na základě dvoustupňové procedury. Základním souborem byly v první fázi všechny certifikované terapeutické komunity pro léčbu závislostí. Výběr přes instituci definuje Miovský (2006) jako metodu výběru specifické služby či instituce určené pro danou výzkumnou skupinu. Negativním aspektem může být zkreslení dat ztrátou cenných informací od těch, kteří s institucí v kontaktu nejsou. V roce 2013 bylo v ČR celkem 17 zařízení, z nich mělo 10 certifikaci odborné způsobilosti (Mravčík et al., 2014). Nejprve se oslovily všechny, poté se vybraly prostým náhodným výběrem pomocí počítačového losu a osm udělilo souhlas s účastí ve studii. Každá certifikovaná komunita tedy měla stejnou pravděpodobnost se do studie dostat. V druhé úrovni byl použit totální výběr. Tato metoda ve svém názvu definuje svou podstatu. Všichni nově nastupující klienti, kteří udělili souhlas, byli otestováni (Miovský, 2013).

Obrázek: Výběr výzkumného souboru



Zdroj: Miovský et al., 2013

Data použitá v tomto výzkumu byla odebrána v rámci projektu GAČR ADHD. Výzkumný soubor se skládá z klientů léčících se od 28. 2. 2014 do 1. 2. 2016. Počet účastníků, kteří vyplnili své pohlaví je 199. Z toho bylo 133 mužů a 56 žen. Žen bylo výrazně méně než mužů. Průměrný věku klientů je 27,31, ženy jsou průměrně mladší než muži.

Tabulka: Věk respondentů

	N	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka	Průměr
Celkem	199	15	50	6,701	27,31
Muž	133	17	50	6,886	28,51
Žena	56	15	36	5,288	24,46

9.2. Rozdělení výzkumného souboru

Základním souborem jsou klienti léčící se v terapeutických komunitách. Výběrovým souborem jsou klienti 8 terapeutických komunit, kteří udělili souhlas se studií. Tento soubor se nám kvůli genderově odlišným hodnotám hranice normy a onemocnění ve vyhodnocení SCL-90 dělí na muže a ženy. S tímto rozdělením je dále nahlíženo i v popisu základních charakteristik. Žen je celkově v léčbě v terapeutické komunitě méně než mužů.

Dále se nám soubor člení na skupinu s ADHD a bez ADHD. Důležitý je pro nás současný výskyt ADHD v dospělosti, který je z definice tohoto syndromu podmíněn výskytem v dětství. Sledujeme tedy výskyt dalších závažných klinických projevů u skupiny žen a mužů s a bez ADHD.

9.3. Charakteristika výzkumného souboru

Základní sociometrické údaje udává tabulka níže. Nejvíce klientů mužů i žen jsou svobodných (81,6 %). Pouze 2 % jsou ženatí/vdané a rozvedených je 4,9 %. Základní vzdělání má 38,2% mužů a 51,3 % žen oproti tomu střední školu s maturitou 24,3 % mužů a 21,9 % žen. Zdravotní stav je nejčastěji dobrý (43,9 %) a velmi dobrý (21,3%). Ani u jedné kategorie nejsou významnější genderové rozdíly.

Tabulka: Základní sociodemografické charakteristiky

		Muž	Žena	Missing	Celkem
Rodinný stav	Svodobný/á	128	55	16	199
	Ženatý/Vdaná	3	2	0	5
	V partnerském stavu	3	2	0	5
	Žijí odděleně	2	0	0	2
	Rozvedený	10	2	0	12
	Missing	7	3	11	21
Nejvyšší dosažené vzdělání	ZŠ	58	34	11	103
	Vyučení	54	13	13	80
	Vyučení s maturitou	2	2	0	4
	SŠ s maturitou	37	14	3	54
	Missing	1	1	0	2
Zdravotní stav	Velmi špatný	1	0	0	1
	Špatný	7	4	1	12
	Ani dobrý ani špatný	21	17	5	43
	Dobrý	76	25	6	107
	Velmi dobrý	34	14	4	52
	Missing	14	4	11	29

Hlavní drogou jsou výrazně nejčastěji stimulancia a to u mužů (82) i u žen (39). Alkohol jako hlavní drogu uvedlo 9 mužů a 2 ženy. Marihuanu uvedlo celkově 7 respondentů celkem. Opiáty před vstupem do komunity užívaly pouze 5 klientů.

	Pohlaví			Celkem
	Muž	Žena	Missing	
Alkohol	9	2	0	11
Heroin	2	0	1	3
Jiné opiáty	1	1	0	2
Kokain	1	0	0	1
Stimulancia	82	39	14	135
Marihuana	5	1	1	7
Jiné drogy (MDMD, extáze,...)	1	0	0	1
Gambling	1	0	0	1
Missing	8	1	3	12
Celkem	110	44	19	173

Tabulka: Hlavní droga

Následující tabulka srovnává psychologické charakteristiky vyhodnocené z Europ-ASI. Jedná se o údaje celoživotní a z posledního měsíce před vyplněním dotazníku. Jsou patrné rozdíly mužů a žen. Za celý život mělo 69 klientů (39,9 %) vážné deprese či stavy úzkosti. 65 (37,6 %) také zná stavy, při kterých se nebyli schopni ovládat. Na sebevraždu někdy myslelo 77 respondentů, což odpovídá 44,5 %. V posledních 30 dnech se nejvíce objevovaly těžké stavy úzkosti a to 32,8 % (55 respondentů), stavy při nichž se špatně chápe, soustředí a nepamatuje, se mělo 27,2 % (47) a vážná deprese byla u 19,7 % (34). Muži mají mírně vyšší neschopnost ovládnutí se, ženy mají mírně vyšší výskyt halucinací. U žen v celoživotní prevalenci převažují vážné deprese, které jsou u 38,7 % ze souboru žen, těžké stavy úzkosti jsou u 45,5 % a myšlenky na sebevraždu u 47,7%. V posledních třiceti dnech jsou vážné deprese u 25 % žen, vážná úzkost u 40,9 % a myšlenky na sebevraždu 13,6 %. U mužů převažují celoživotně vážné deprese a to u 40 % ze všech mužů, vážné úzkosti u 36,4 % a myšlenky na sebevraždu u 43,6 %. V posledních třiceti dnech se objevují hlavně těžké úzkosti u 28,2 % a stavy, při nichž těžko chápou, nesoustředí se, nepamatují si u 30 %.

Tabulka: Psychologické charakteristiky

		Celý život				Posledních 30 dnů			
		Pohlaví			Celkem	Pohlaví			Celkem
		Muž	Žena	Missing		Muž	Žena	Missing	
Vážná deprese	Ano	44	17	8	69	20	11	3	34
	Ne	63	20	0	83	82	26	0	108
	Missing	3	7	11	21	8	7	16	31
Těžké stavy úzkosti	Ano	40	20	9	69	31	18	6	55
	Ne	64	20	0	84	70	21	0	91
	Missing	6	4	10	20	9	5	13	27
Stavy, při nichž těžko chápal, nesoustředil se, nepamatoval si	Ano	33	10	4	47	33	10	4	47
	Ne	69	29	0	98	69	29	0	98
	Missing	8	5	15	28	8	5	15	28
Halucinace	Ano	16	12	4	32	6	8	0	14
	Ne	87	27	0	114	94	28	0	122
	Missing	7	5	15	27	10	8	19	37
Neschopnost se ovládat	Ano	40	17	8	65	21	7	1	29
	Ne	63	22	0	85	80	30	0	110
	Missing	7	5	11	23	9	7	18	34
Předpis psychiatrických léků	Ano	37	11	5	53	16	11	4	31
	Ne	68	26	0	94	82	25	0	107
	Missing	5	7	14	26	12	8	15	35
Myšlenky na sebevraždu	Ano	48	21	8	77	20	6	2	28
	Ne	54	20	0	74	79	30	0	109
	Missing	8	3	11	22	11	8	17	36

10. Použité metody

10.1. Metody získávání dat

Tato práce je subprojektem studie ČAČR ADHD. Vychází z dat sesbíraných v rámci této studie. Výzkumný soubor se nakonec skládá z klientů léčících se od 28. 2. 2014 do 5. 2. 2016. Hledáme spojitost mezi diagnózou ADHD a psychopatologií podle SCL-90. Soubor se nám tak rozdělí na skupiny podle přítomnosti ADHD a dále podle specifických klinických projevů. K použitým metodám pro získání dat patří dotazník, test, rozhovor a pozorování. K získání dat je použita sada dotazníků zadávána terapeuty přímo v komunitách a to během 1 týdne léčby a poté do 3 měsíců, 6 a 9. Výhodou administrace přímo terapeuty v komunitách je jejich blízký a důvěrný kontakt s klienty. Testy ze speciální baterie vytvořené pro tuto studii, které jsou použité v tomto subprojektu, jsou DIVA a SCL-90. Čas potřebný pro administraci těchto dvou testů je přibližně 120 minut.

DIVA 2.0

DIVA je diagnostické interview o ADHD vyvinuté původně v Holandském prostředí. Ke stanovení diagnózy ADHD je určující stanovení přítomnosti symptomů ADHD v dětství i v dospělosti. Rozhodující se stav v dospělosti. Z devíti symptomů je pro diagnózu nutné splňovat aspoň šest. Zjišťuje se také, zda symptomy provází signifikantní dysfunkce nejméně ve dvou oblastech života. ADHD v tomto interview má tři podtypy a to: typ převážně nepozorný, převážně hyperaktivní - impulzivní a kombinovaný (Kooi a Franckem, 2010). Pro určení přítomnosti ADHD je nezbytná jeho přítomnost v dětství a zároveň je pro nás důležitý aktuální stav v dospělosti.

SCL-90

Je devadesáti položkový screenengový dotazník SCL-90, který umožňuje odhalit přítomnost psychopatologických, patopsychologických symptomů a osobnostních poruch. Respondent si u každé otázky vybírá z pětibodové škály, jak moc ho dané symptomy obtěžovaly (vůbec ne, trochu, středně, hodně a mimořádně mnoho). Devadesát otázek v dotazníku je rozřazeno do devíti škál (somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, vztek-hostilita, fobie, paranoidita, psychoticismus. **Somatizace** odráží ve svých dvanácti položkách úzkost vyplývající z vnímání tělesné dysfunkce. Může se jednat o fyzické obtíže i o psychické obrany. **Obsedantně kompulzivní** chování je úzce propojeno se stejnojmenným klinickým

syndromem. Obsedantní znamená nutkavé, vtíravé a opakující se myšlenky. Kompulze je to stejné, ale opakující se chování. Tato škála má deset otázek v dotazníku. **Interpersonální senzitivita** je dvanáct položek reflektující pocit vlastní nedostačivosti a méně cennosti a to hlavně ve srovnání s ostatními. **Deprese** je třináct položek mapující depresivním symptomy jako dysforie, nedostatek zájmu, sebeobviňování, pocity osamělosti a beznaděje, sebevražedné sklony. **Anxiozita** popisuje projevy úzkosti, odpovídá generalizované úzkostné poruše. Tyto stavy nemají danou příčinu. Odpovídá jí deset položek v dotazníku. **Vzteklivost** odpovídá šesti položkám, které se ptají na myšlenky, emoce a činy motivované agresí. Nedostatečné sebeovládání, nutkání ubližovat a ničit. **Fobie** je sedm otázek sledující strach. Odpovídá spíše sociální nebo agorafobii. **Paranoidita** se zabývá podezřívavostí a nedůvěrou vůči okolí. Odpovídá jí šest otázek. **Psychoticismus** odráží deset položek reflektující od pocitů osamělosti až k domněnkám, že ostatní mohou ovládat a číst myšlenky. Bodový součet jednotlivých škál je vydělen počtem otázek a porovnán s hranicí normy a onemocnění v obecné populaci. Tím dostaneme výsledek vypovídající o závažnosti klinických projevů. Hodnoty mezi hranicí normy a onemocnění se dají považovat za zvýšený výskyt symptomatiky. Čím menší skóre, tím nižší je míra závažnosti dané škály (Fenclová, 2014). Tyto hranice normy a onemocnění jsou genderově odlišné.

10.2. Zpracování a analýza dat

Sesbírané dotazníky byly přepsány do elektronické databáze v programu SPSS Statistic. V průběhu také probíhala kontrola přepsaných dat. Byly vyřazeny dotazníky nebo části dotazníků, které pro svou neúplnost nebylo možné použít. Pro analýzu byly použity statistické metody jako deskriptivní statistika, korelační analýza, t-test a chí kvadrát.

11. Etika

Určení zástupci z každé terapeutické komunity byli proškoleni na společném setkání ohledně způsobu testování. Každému klientovi nastupujícímu do komunity byly pak skrze terapeuta předány informace o účasti na výzkumu. Ty dostali jak písemnou, tak ústní formou. Klientovo rozhodnutí o účasti nijak neovlivnilo přijetí do léčby či průběh léčby. Celkově se odmítly studie zúčastnit 2 klienti. Před testováním byl také podepsán informovaný souhlas, který potom v jedné kopii zůstal v terapeutické komunitě a další kopie se archivuje na Klinice adiktologie. Klienti byli poučeni o možnosti ze studie kdykoliv vystoupit. Dbalo se hlavně na nepoškození respondentů. Vzhledem k citlivé povaze dat byl každému klientovi přidělen kód a zpracování dat probíhalo anonymně. Kód se skládal z čísla terapeutické komunity, roku, pořadí testovací vlny a kódu.



Zdroj: Namyslovová, 2015

12. Výsledky

12.1. Výskyt ADHD

ADHD je neurobiologická vývojová porucha a pro jeho přítomnost je proto nezbytný výskyt v dětství. V případě, kdy se nevyskytuje v dětství, nemůže se jednat o ADHD. Nás zajímá ADHD současně v dospělosti s počátkem v dětství. V následující tabulce je uveden výskyt ADHD u klientů terapeutických komunit. To je přítomno u 51,6 % mužů a 49,2 % žen. Celkově se ADHD vyskytuje u 128 klientů

Tabulka: Výskyt ADHD

Pohlaví	Výskyt ADHD	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muž	Ne	74	48,4	48,4	48,4
	Ano	79	51,6	51,6	100,0
	Celkem	153	100,0	100,0	
Žena	Ne	33	50,8	50,8	50,8
	Ano	32	49,2	49,2	100,0
	Celkem	65	100,0	100,0	
Missing	Ne	11	40,7	44,0	44,0
	Ano	14	51,9	56,0	100,0
	Celkem	25	92,6	100,0	
	Missing	2	7,4		
Celkem	Ne	128			
	Ano	125			

Diagnostické interview DIVA 2.0 určuje přítomnost symptomu nepozornosti a hyperaktivity/impulzivity v případě kladné odpovědi u 6 z 9 otázek. V této tabulce je výskyt jednotlivých symptomů ADHD. U obou pohlaví je vyšší výskyt hyperaktivity/impulzivity (ženy 78,5 %, muži 67,3 %) než nepozornosti (ženy 55,4 %, muži 56,9 %).

Tabulka: Výskyt symptomů ADHD podle pohlaví

Pohlaví	Symptom	Přítomnost	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muž	Nepozornost	Ano	87	56,9	56,9	56,9
		Ne	66	43,1	43,1	100,0
	Hyperaktivita/impulzivit	Ano	103	67,3	67,3	67,3
		Ne	50	32,7	32,7	100,0
Žena	Nepozornost	Ano	36	55,4	55,4	55,4
		Ne	29	44,6	44,6	100,0
	Hyperaktivita/impulzivit	Ano	51	78,5	78,5	78,5
		Ne	14	21,5	21,5	100,0
Missing	Nepozornost	Ano	11	40,7	44,0	44,0
		Ne	14	51,9	56,0	100,0
	Hyperaktivita/impulzivit	Ano	13	48,1	52,0	52,0
		Ne	12	44,4	48,0	100,0

12.2. Výskyt závažných klinických projevů

Psychopatologie byla hodnocena na základě dotazníku SCL-90. K určení přítomnosti byl použit obecný ukazatel (součet bodů jednotlivých dimenzí vydělený počtem otázek). Výsledky byly srovnány s hodnotou normy a onemocnění, které jsou jiné pro muže a ženy. Dále byly výsledky rozděleny podle přítomnosti ADHD. U mužů s ADHD byl výskyt dalších závažných klinických projevů u 74,7 % oproti mužům bez ADHD, kde byl výskyt pouze 38,9 %. U 25,3 % mužů s ADHD nebyla přítomna další patologie a 61,1 % mužů nemělo ani ADHD ani další patologii. U žen se ADHD s dalšími závažnými klinickými projevy vyskytovalo v 71 % a u 50 % žen byly tyto projevy přítomné bez ADHD. 29 % žen mělo ADHD bez další patologie a 50 % žen nemělo ani ADHD ani další projevy.

Tabulka: Přítomnost závažných klinických projevů a ADHD podle pohlaví

Pohlaví	Obecný ukazatel patologie		ADHD		Celkem
			Ne	Ano	
Muž	Ne	Počet	44	20	64
		% z pohlaví	68,8%	31,3%	100,0%
		% ze souboru	61,1%	25,3%	42,4%
	Ano	Počet	28	59	87
		% z pohlaví	32,2%	67,8%	100,0%
		% ze souboru	38,9%	74,7%	57,6%
	Celkem	Počet	72	79	151
		% z pohlaví	47,7%	52,3%	100,0%
		% ze souboru	100,0%	100,0%	100,0%
Žena	Ne	Počet	15	9	24
		% z pohlaví	62,5%	37,5%	100,0%
		% ze souboru	50,0%	29,0%	39,3%
	Ano	Počet	15	22	37
		% z pohlaví	40,5%	59,5%	100,0%
		% ze souboru	50,0%	71,0%	60,7%
	Celkem	Počet	30	31	61
		% z pohlaví	49,2%	50,8%	100,0%
		% ze souboru	100,0%	100,0%	100,0%

Pro názornou ukázkou výsledku si zobrazíme hodnoty na ose (obrázek). Jsou tam vyznačené průměrné hranice obecného ukazatele skupiny s ADHD a bez ADHD v porovnání s hranicí normy a onemocnění. Obě skupiny se pohybují okolo hranice onemocnění. Skupina s ADHD má tento ukazatel výš. Abychom zjistili, jak významné jsou tyto rozdíly statisticky, uděláme t-test.

Obrázek: Srovnání hranice normy a onemocnění podle SCL-90 se skupinou s a bez ADHD

Naše hypotéza o souvislosti mezi výskytem vyššího obecného ukazatele patologie u skupiny s ADHD se v t-testu pro dva nezávislé výběry potvrdila na statistické významnosti 0,001. Nalezený rozdíl mezi symptomatikou podle SCL-90 mezi skupinou s ADHD a bez ADHD je tedy signifikantní. Velikost rozdílu se s 95 % jistotou pohybuje mezi 0,14-0,5. Z tohoto výsledků vyplývá, že souvislost mezi výskytem patologie a ADHD je nízká a rozdíl je malý. T-testem jsme si také ověřili souvislost mezi výskytem deprese a psychoticismu podle SCL-90 u skupiny s ADHD oproti bez ADHD. Rozdíl se taktéž statisticky potvrdil na hladině významnosti 0,001.

Tabulka: T-test

		Obecný ukazatel		Deprese		Psychoticismus	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	Equal variances assumed	Equal variances not assumed	Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	,153		,677		,381	
	Sig.	,696		,411		,538	
t-test for Equality of Means	T	3,528	3,522	-3,111	-3,106	-2,673	-2,673
	Df	235	230,957	233	229,557	235	233,087
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,002	,002	,008	,008
	Rozdíl průměrů	,31791	,31791	-,32779	-,32779	-,25596	-,25596
	Std. chyba rozdílu	,09011	,09027	,10536	,10555	,09575	,09574
	95%interval spolehlivosti výsledků	Nižší mez	,14039	,14005	-,53538	-,53576	-,44460
Vyšší mez		,49544	,49578	-,12020	-,11982	-,06731	-,06733

12.3. Vývoj symptomatiky

Jeden z okruhů našeho zájmu je vývoj klinických projevů podle SCL-90 v průběhu léčby. Naším předpokladem bylo, že symptomy budou ustupovat. To se také potvrdilo. U skupiny s ADHD i bez ADHD došlo k značné redukci symptomů, kromě 5. vlny, která byla vyplněna pouze u jednoho respondenta a nelze z toho tedy dělat závěr. U skupiny bez ADHD byla nejvýraznější redukce během 1., 2. a 3. vlny. Drop out byl nejvýraznější mezi 1. a 2. vlnou a to 69 klientů a v léčbě zůstala přibližně 1/4. Po druhé vlně zůstala už 1/2 a taktéž i u 3. vlny. 5. vlnu vyplnil pouze jeden respondent a nelze z ní tedy vyvozovat žádné závěry.

U skupiny s ADHD byl drop out klientů po 1. vlně také velký a to 82. V léčbě zůstala přibližně 1/3 klientů. Vysoký odchod přetrvával i mezi 2. a 3. vlnou a odešlo 28 klientů a v léčbě opět zůstala přibližně 1/3. Mezi 3. a 4. vlnou odešlo 9 klientů. A léčbu do konce absolvovalo 5 klientů, což je o více než polovinu méně než klientů bez ADHD.

Tabulka: Srovnání vývoje průměrů obecného ukazatele podle SCL-90

vlna	Bez ADHD					S ADHD				
	N	Min	Max	Průměr	Směr.odch.	N	Min	Max	Průměr	Směr.odch.
1	113	,08	3,21	1,0486	,70692	124	,10	3,36	1,3665	,67980
2	44	,04	1,71	,8227	,46537	42	,31	2,32	1,1347	,54119
3	24	,10	1,64	,5523	,33218	14	,26	3,04	1,1452	,88076
4	13	,07	1,47	,4821	,40102	5	,38	1,70	,7600	,55747
5	1	,66	,66	,6556						

13. Diskuze a závěry

Nejdříve se budeme věnovat odpovědím na výzkumné otázky a jejich interpretaci a následným srovnáním s výsledky podobných prací.

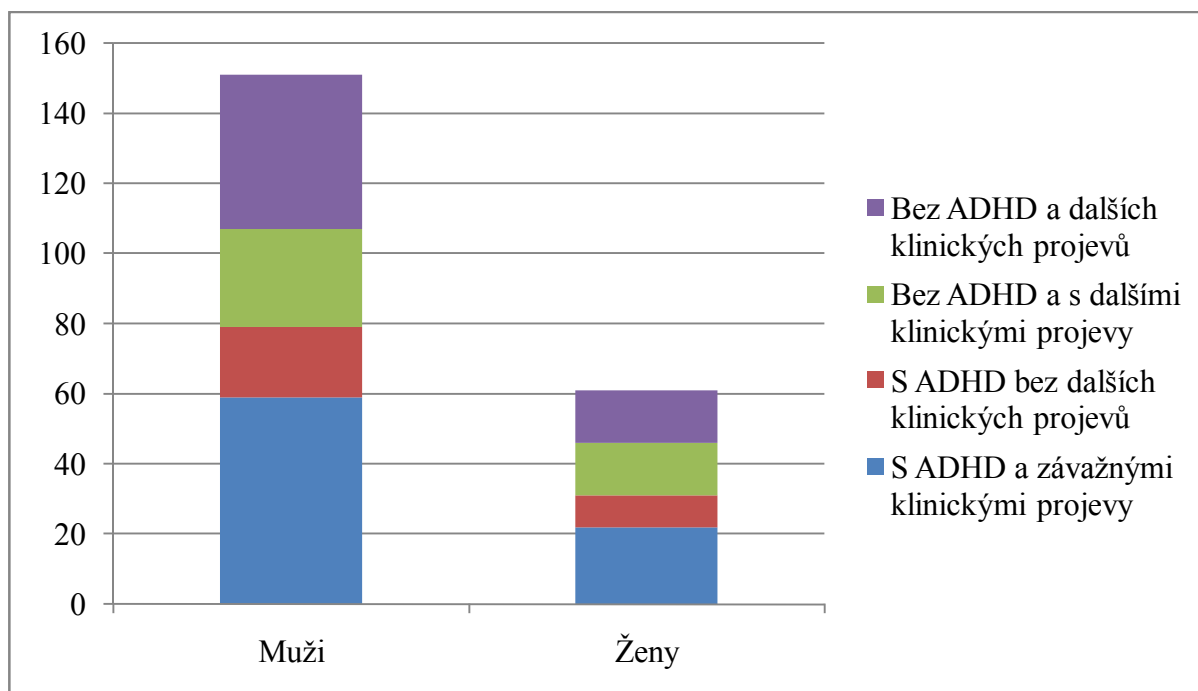
a) Jaká je prevalence ADHD v TK?

ADHD se podle našich výsledků vyskytuje u 51,6 % mužů a 49,2 % žen léčících se v terapeutické komunitě. Tento poznatek se shoduje s některými zahraničními studii. Horner a Scheibe (1997) představují prevalenci ADHD mezi uživateli návykových látek nad 50 %. Taktéž pilotní studie Rubášové (2015) spočítala 56,6 % prevalenci. Wilens (2004) uvádí výskyt ADHD v širokém intervalu 9-45 %. Rubášová (2015) i my jsme oproti ostatním studiím pracovali s přítomností jednotlivých kritérií ADHD. Nešlo tedy o diagnózu, ale spíše o výskyt jednotlivých symptomů. Zmíněné zahraniční studie oproti tomu pracují s diagnózou. To může vysvětlovat rozdíl, který ve výsledcích vzniká. Rubášová (2015) uvádí, že škály použité k diagnostice kritérií ADHD mohou také zachycovat i jiné poruchy. Vliv drogové anamnézy na symptomy ADHD může být značný a je proto potřeba diferenciální diagnostika. ADHD jakožto neurobiologická vývojová porucha se musí vyskytovat zároveň v dětství i v dospělosti. Klienti, kterým tedy vyšla ADHD v dospělosti, ale neměli její projevy dřív, nemají tento syndrom a do našeho výsledku zahrnutí nebyli. Pokud se ADHD vyskytovalo v dětství a v dospělosti už nebylo, mohla porucha s věkem odeznít nebo si mohl klient v průběhu života vypěstovat funkční copingové strategie. Test už proto symptomy v dospělosti nezachytil a taktéž nebyli zahrnutí. Rozdíl ve výskytu ADHD u mužů a žen je minimální.

b) V jaké míře se vyskytují závažné klinické projevy u skupiny klientů s ADHD oproti těm bez ADHD?

U mužů s ADHD byl výskyt dalších závažných klinických projevů u 74,7 % u žen to bylo 71 %. Muži bez ADHD měli závažné klinické projevy pouze u 38,9 % a ženy 50 %. U 25,3 % mužů s ADHD nebyla přítomna další patologie a u žen to bylo 29 %. 61,1 % mužů nemělo ani ADHD ani další patologii, u žen 50 %. Pro větší přehlednost přikládáme graf 2.

Graf 2: Znázornění rozložení ADHD a závažných klinických projevů u mužů a žen v terapeutické komunitě



Naše hypotéza o souvislosti mezi výskytem vyššího obecného ukazatele patologie u skupiny s ADHD se v t-testu pro dva nezávislé výběry potvrdila. Statistická významnost byla 0,001. Nalezený rozdíl mezi symptomatikou podle SCL-90 mezi skupinou s ADHD a bez ADHD je tedy signifikantní. T-testem jsme si také ověřili souvislost mezi výskytem deprese a psychoticismu u skupiny s ADHD oproti skupiny bez ADHD. Rozdíl se taktéž potvrdil na hladině významnosti 0,001.

Mareš et al. (2015) upozorňují, že výsledek potvrzující hypotézu ještě neznamená, že je průkazný. Doporučují si proto ověřit sílu účinku (sílu vzájemného vlivu proměnných). Spočítáme si proto standardizované míry, z nichž nejznámější je Cohenovo d a Pearsonovo r .

Vyšlo nám, že $r=0,22$ a $d=0,31$. V tabulce nalezneme, že se jedná o malý rozdíl, malou souvislost. To znamená, že závažné klinické projevy se vyskytují statisticky významněji u skupiny s ADHD. Vztah je ale malý. V případě většího vzorku by mohla být významnost vyšší, protože ta s velikostí vzorku stoupá. U depresivity nám míry vyšly, že $r=0,2$ a $d=0,33$, u psychoticismu se $r=0,17$ a $d=0,3$. Jedná o také malý účinek. Nezávisle proměnná vysvětluje 1 % variability závisle proměnné.

Tabulka: Interpretace Cohenova d a Pearsonova r

Interval pro d	Interval pro r	Slovní označení
<0,2-0,5)	<0,1-0,3)	Malý rozdíl, malá souvislost
<0,5-0,8)	<0,3-0,5)	Střední rozdíl, střední souvislost
0,8 a vyšší	0,5 a vyšší	Velký rozdíl, velká souvislost

Zdroj: Mareš et al. (2015)

c) Jaký je rozdíl ve výskytu ADHD a dalších závažných klinických projevů u mužů a žen v terapeutické komunitě?

Přítomnost závažných klinických projevů jsme určovali podle obecného ukazatele patologie podle SCL-90. Tento screeningový dotazník nepracuje s diagnózou, ale s tendencemi pro určité typy patologie. Výsledek se srovná s hranicí normy a onemocnění v obecné populaci. Pokud byl nad hranicí onemocnění, považovali jsme ho u klientů za přítomný. Závažné klinické projevy se tedy vyskytují u 57,6 % mužů. U žen to je 60,7 %. Ženám ukazatel vyšel nepatrně vyšší. Z důvodu omezené kapacity této práce jsme výsledky nezpracovávali specifičtěji, nelze je tedy porovnat se studii uvedenými v teoretické části, které popisují generově specifické onemocnění.

Zahraniční studie udávají celkový výskyt komorbidit u 30-50 % (EMCDDA, 2004). Nám vyšel 52,3 %. Naše vyšší procento lze vysvětlit tím, že jsme pracovali testem, který neurčoval diagnózu. Převažují ale klienti s výskytem závažných projevů a dá se tedy říct, že klienti terapeutických komunit vykazují značné psychologické narušení. Jak už bylo uvedeno v teoretické části, mnoho studií spojuje depresi a psychiatrické komorbiditity s horšími výsledky v léčbě závislostí (Charney et al., 2005; Dodge, Sindelar, a Sinha, 2005), najdou se ale i takové, které ukazují, že tu nemusí být žádný negativní vliv na retenci, naopak vidí dokonce pozitivní vliv deprese na léčbu (Rounsaville, 2004). Horší výsledky v léčbě mohou souviset s nízkou energií a anhedonií na druhou stranu to můžou být i motivační symptomy podporující zapojení se do léčby. Naše výsledky potvrzují, že klienti TK jsou náročná klientela. Tomuto narušení je dobré dále věnovat pozornost.

d) Jak se vyvíjí tyto klinické projevy v průběhu léčby?

Jeden z okruhů našeho zájmu je vývoj klinických projevů podle SCL-90 v průběhu léčby. Naším předpokladem bylo, že symptomy budou s postupem léčby ustupovat a to se také potvrdilo. U skupiny s ADHD i bez ADHD došlo k značné redukci symptomů. Skupiny bez ADHD byla výrazná redukce během celého procesu léčby. Skupina s ADHD měla tuto redukci pozvolnější a méně výraznou. Kalina (2008) uvádí, že depresivní symptomy během léčby ustupují se zvyšující se mírou problémů, které klient v léčbě zpracovává. Během léčby

ustupuje introvertní chování a jsou preferováni sociální interakce před samotou. McWhirter et al. (2014) zjistil, že Yalomovy terapeutické faktory mají vliv na zvýšení kvality života snížení depresivních symptomů v průběhu komunitní skupinové psychoterapie. Šefránková (2014) evaluace výsledků léčby v TK se deprese vyskytovala na počátku léčby u 30,6 % klientů a rok po léčby jen u 16,1 %, pocit beznaděje byl na počátku léčby u 64,7 % a rok po léčbě u 42,6 %, samota 70,4 % proti 53,6 %. Tato hladina klesá v průběhu léčby. I přesto, že se všechny tyto symptomy zmírnily, jejich výskyt přetrvává i po dokončení léčby a taktéž to vypadá i s našimi výsledky.

e) Jaká je retence v léčbě klientů s ADHD a dalšími závažnými klinickými projevy oproti těm bez těchto symptomů?

Po druhé vlně byl drop out klientů velmi výrazný a to 69 klientů, v léčbě zůstala přibližně ¼. Po druhé vlně zůstala už ½ a taktéž i u 3. vlny. 5. vlnu vyplnil pouze jeden respondent a nelze z ní tedy vyvozovat žádné závěry. U skupiny s ADHD byl drop out klientů po 1. vlně také velký a to 82. V léčbě zůstala přibližně 1/3 klientů. Vysoký odchod přetrvával i mezi 2. a 3. vlnou a odešlo 28 klientů a v léčbě opět zůstala přibližně 1/3. Mezi 3. a 4 vlnou odešlo 9 klientů. A léčbu do konce absolvovalo 5 klientů což je o více než polovinu méně než klientů bez ADHD. Velikost drop-outu je překvapivá. Autoři studie ADHD očekávaly drop-out 30-35 % klientů (Miovský et al., 2013). Podle Kaliny (2008) je drop-out klientů průměrně kolem 35 %.

Dále bychom chtěli diskutovat metodologické otázky zpracování této práce. Soubor studie GAČR ADHD je poměrně veliký a je tedy reprezentativním vzorkem. Na sběru dat se podílelo 26 pracovníků terapeutických komunit. Aby se zamezilo chybovosti, přepis realizovali pouze tři výzkumné asistentky. V datech je ale poměrně velký počet missingu. Data sbírali přímo terapeuti v komunitách. Dá se předpokládat, že klienti jim díky jejich vytvořenému vztahu více důvěřovali a proto by data mohla být pravdivější, nicméně některé věci také mohli zatajovat. Některé věci se objevují až v průběhu procesu. Od počátku terapie je také časté, že dochází k mírnému zhoršení. Toto je ale těžce postihnutečné.

14. Souhrn

V teoretické části této bakalářské práce se snažíme představit terapeutickou komunitu a proces léčby v ní. Neboť se komunity v individuálních rozdílech odlišují, zaměřujeme se na obecné a společné rysy. Proces léčby je popsán z organizačního hlediska, do kterého patří například rozvrh dne, týdně, fáze léčby, rituály, terapeutický tým,... Dále je na proces léčby nahlíženo skrze proces psychoterapie a jeho účinných faktorů. Uvádíme srovnání jak účinných faktorů psychoterapie, tak i terapeutické komunity. Proces léčby je tedy chápán jako dynamický vývoj. Následně je vydefinován pojem komorbidita, což je jeden z problémů v léčbě, který se poměrně často vyskytuje. Zaměřujeme se na jeho prevalenci i etiologii. V poslední kapitole teoretické části je specifikována komorbidita ADHD.

Ve výzkumné části své bakalářské práci se zabýváme tématem výskytu ADHD u klientů terapeutických komunit pro léčbu závislostí v České republice. ADHD se podle našich výsledků vyskytuje v českých TK u 51,6 % mužů a 49,2 % žen. Tento poznatek se shoduje s některými zahraničními studii. Většina studií pracujících s diagnózou ADHD měla nižší prevalenci.

Zároveň nás také zajímá výskyt závažných klinických projevů a jejich vývoj a změny v průběhu léčby. U mužů s ADHD byl výskyt dalších závažných klinických projevů u 74,7 % oproti mužům bez ADHD, kde byl výskyt pouze 38,9 %. U žen se ADHD s dalšími závažnými klinickými projevy vyskytovalo v 71 % a u 50 % žen byly tyto projevy přítomné bez ADHD. Naše hypotéza o souvislosti mezi výskytem vyššího obecného ukazatele patologie u skupiny s ADHD se v t-testu pro dva nezávislé výběry potvrdila na statistické významnosti 0,001. Nalezený rozdíl mezi symptomatikou podle SCL-90 mezi skupinou s ADHD a bez ADHD je tedy signifikantní. T-testem jsme si také ověřili souvislost mezi výskytem deprese a psychoticismu podle SCL-90 u skupiny s ADHD oproti bez ADHD. Z tohoto výsledku vyplývá, že souvislost mezi výskytem patologie a ADHD je nízká a rozdíl je malý. Podle zahraničních studií je výskyt komorbidit u uživatelů návykových látek 30-50 % (EMCDDA, 2004). Nám vyšel celkově výskyt 52,3 %. My jsme ale nepracovali s diagnózami ale s výsledky orientačního screeningového testu. Další výzkum v této oblasti je ještě třeba.

Jedním z cílů bylo také zjistit retenci a drop-out klientů s ADHD. Drop out byl nejvýraznější mezi 1. a 2. vlnou a to 69 klientů a v léčbě zůstala přibližně 1/4. Po druhé vlně zůstala už 1/2 a taktéž i u 3. vlny. 5. vlnu vyplnil pouze jeden respondent a nelze z ní tedy vyvozovat žádné závěry. U skupiny s ADHD byl drop out klientů po 1. vlně také velký a to 82. V léčbě zůstala přibližně 1/3 klientů. Vysoký odchod přetrvával i mezi 2. a 3. vlnou a odešlo 28 klientů a v léčbě opět zůstala přibližně 1/3. Mezi 3. a 4. vlnou odešlo 9 klientů. A léčbu do konce absolvovalo 5 klientů což je o více než polovinu méně než klientů bez ADHD. Velikost drop-outu je překvapivá. Oproti očekávanému, který byl 30-35 % klientů.

Závěrem lze konstatovat, ADHD vede k větším problémům v léčbě a s tím související vyšší výskyt závažných klinických projevů. Také je u klientů s ADHD vyšší předčasný drop-out. Abstinence vede k redukci závažných klinických projevů u obou skupin nicméně u skupiny s ADHD je méně výrazný. Ani po léčbě tyto symptomy nevymizí. V oblasti komorbitity u uživatelů návykových látek je potřeba dalšího více specifického výzkumu.

15. Seznam použité literatury

Adameček, D., Těmínová, M., & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 8/8. Praha: Úřad vlády ČR.

Adameček, D. (2007). Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In P. Nevšímal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe* (Vyd. 1.) (s. 91-96). Praha: Magistrát hl. m. Prahy.

Al-Darmaki, F., & Kivlighan Jr., D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379–384.

Abikoff, H., McCough, J., Vitiello, B., et al. (2005). Sequential pharmacotherapy for children with comorbid attention-deficit/hyperactivity and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 44, 418-427.

APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Arias, A.J., Gelernter, J., Grace, H., Roger, D.W., Brady, K.T., Farrer, L., & Kvanzler, H.R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Chest*, 123, 1730–1739.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Monuteaux, M. C., Plunkett, E. A., & Gifford, J. (2003). Growth Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Revisited: Impact of Gender, Development, and Treatment. *Pediatrics*, 111(5), 1010.

Boyle, K., Polinsky, M. L., & Hser, Y. (2000). Resistance to drug abuse treatment: A comparison of drug users who accept or decline treatment referral assessment. *Journal of Drug Issues*, 30, 555–574.

Brown, T. E. (Ed.). (2008). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults* (2nd Edition). Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing. Retrieved from <http://www.ebrary.com>

Broome, K. M., Knight, D. K., Knight, K., Hiller, M. L., & Simpson, D. D. (1997). Peer, family, and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationers. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 387–397.

Brože, J. (2007). Klíčová pravidla a režim. In P. Nevšímal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe* (Vyd. 1.) (s. 82-90). Praha: Magistrát hl. m. Prahy.

Carlson, M. J., & Gabriel, R. M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52, 1230–1236.

- Claudia, M. S., Luis, A. R., Oscar, B., & Brook, S. (2008). Is attention deficit hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community based case-control study. *Addiction Abingdon*, 102(7), 7122.
- Connors, G. J., Carroll, K. M., DiClemente, C. C., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 588–598.
- Cristofanelli, S., Fassio, O., Ferro, L., & Zennaro, A. (2010). Relational and organizational aspects of therapeutic communities as treatment factors: The CFCQ (Climate factors in therapeutic community questionnaire). *BPA - Applied Psychology Bulletin (Bollettino Di Psicologia Applicata)*, 261/262, 95-102.
- Čablová, L., Miosvský, M., Kalina, K. & Šťastná, L. (2015). Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislosti. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 111(2), 99-107.
- Dansereau, D. F., Evans, S. H., Czuchry, M., & Sia, T. L. (2003). Readiness and mandated treatment: Development and application of a functional model. *Offender Substance Abuse Report*, 3(1–2), 13–16.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer Pub., xviii, 450 s., ISBN 08-261-1349-4.
- Dierick, P., & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 203-230.
- Dodge, R., Sinfelar, J., & Sinha, R. (2005). The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treatment*, 28(2), 189-196.
- Drtilková, I., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD (1. vyd)*. Praha: Galén, 268 s., ISBN 978-80-7262-419-5.
- EMCDDA. (2004). *Komorbidity: užívání drog a duševní poruchy*. Drugs in Focus, 14. Lisabon: EMCDDA.
- Fayyad J., Graaf R. de, Kessler R., Alonso J., Angermeyer M., Demyttenaere K., De Girolamo G., Haro J.M., Karam E.G., Lara C., Lepine J.P., Ormel J., Posada-Villa J., Zaslavsky A.M., & Jin R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402–409.

Farren, C. K., Snee, L., &McElroy S. (2011). Gender differences in Outcome at 2-Year Follow-Up of Treated Bipolar and Depressed Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(5), 872–880.

Folterová, A. (2007). Vnímání procesu léčby z pohledu drogově závislých klientů terapeutické komunity AVE. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, fakulta sociálních studií- katedra psychologie.

Gerdner, A., Nordlander, T., &Pedersen, T. (2002). Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance use and misuse*, 37(1), 1–18.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., et al. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(4), 361–368.

Holmes, S. E., &Kivlighan Jr., D. M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 478–484.

Horner, B. R., &Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 30–36.

Charney, D. (2005). The psychobiology of human response to stress. *Neuropsychopharmacology*, 30, 60–61.

Čtrnáctá, Š. (2007). Rituály TK. In P. Nevšimal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe* (Vyd. 1.) (s. 103–107). Praha: Magistrát hl. m. Prahy.

Ilomaki, R., Sodervall, J., Ilomaki, E., Hakko, H., &Rasanen, P. (2008). Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: A comorbidity study of substance dependence and mental disorders. *Eur Addict Res*, 14, 161–168.

Jániš, M. (2010). Účinné faktory skupinové psychoterapie. *E-psychologie* [online]. 4(1), 30–50 [cit. 2016.4.7.]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/janis.pdf>>. ISSN 1802-8853.

Joe, G. W., Simpson, D. D., &Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113–125.

Joe, G. W., Simpson, D. D., Greener, J. M., &Rowan-Szal, G. A. (2004). Development and validation of a client problem profile and index for drug treatment. *Psychological Reports*, 95(1), 215–234.

- Kalbag, A. S., & Levin, F. R. (2005). Adult ADHD and Substance Abuse: Diagnostic and Treatment Issues. *Substance Use & Misuse*, 40(13-14), 1955-1981.
- Katona, L. (2013). Problematika komorbidity u závislých. *Psychiatrie pro praxi*. 14(3), 142-144.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie* (Vyd. 1.). Praha: Grada.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí* (Vyd. 1.). Praha: Grada.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. (1. vyd.). Praha: Grada.
- Kooi, J. J. S., & Franckem, M. H. (2010). *DIVA 2.0 Diagnostické interview o ADHD u dospělých*. Haag: DIVA Foundation.
- Kooyman, M. (1992). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Rotterdam: Universiteitsdrukkerij Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kooyman, M., De Leon, G., & Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí* (Vyd. 1.). Praha: Středočeský kraj.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita* (1. vyd.). Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. (3. vyd.). Praha: Galén.
- Kessler, R. C., Nelson, C.B., McGonagle, K. A. et al. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*, 168(30), 17–30.
- Klimas, J. (2012). Interpersonální vztahy v průběhu užívání drog a léčby závislostí z pohledu klientů/tek v terapeutické komunitě. *Adiktologie*, 1(12), 36-45.
- Kolibáš, E., & Novotný, V. (2007). *Alkohol, drogy, závislosti. Psychické poruchy spojené s užíváním návykových látek*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- Kotasová, S. (2011). *Léčba závislosti v terapeutické komunitě očima klientů*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Centrum adiktologie.
- Kubička, L., & Csémy, L. (rok neuveden). *Evropský index závažnosti návykového chování. EuropASI – česká verze*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 111(16), 280–286.

Kiesling, R., & Rohde, L.A. (2012). ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. In Stanford C., Tannock R. (Eds.). *Behavioral Neuroscience of Attention Deficient Hyperactivity Disorder and Its Treatment. Current Topics in Behavioral Neurosciences 9*, pp 1–16, New York: Springer.

Kivlinghan, D. M. Jr., & Goldfine, D. C. (1991). Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and participant interpersonal attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 150-158.

Levin, F.R., Evens, S.M., Vosburg, S.K., Horton, T., Brooks, B., & Ng, J. (2004). Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and other psychopathologies on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Journal of Addictive Behaviors*, 29(9), 1875-1882.

Levin, F. R., Evans, S. M., McDowell, D. M., Brooks, D. J., & Nunes, E. (2002). Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Addictive Disease*, 21, 1– 16.

Mahrová, G. (2007). Denní program. In P. Nevšimal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe (Vyd. 1.)* (s. 96-99). Praha: Magistrát hl. m. Prahy.

Marlatt, G. A., & Gordon J. R. (Ed.). (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

Miovská, L., Miovský, M., & Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog [Psychiatric Comorbidity in Patients Treated for Drug-Related Problems]. *Psychiatrie*, 10(3), 150-156.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu (Vyd. 1.)*. Praha: Grada.

Miovský, M., Čablová, L., Kalina, K., & Šťastná, L. (2014). Vliv ADHD na průběh a výsledky léčby závislosti u klientů terapeutických komunit: design výzkumného projektu. *Adiktologie*, 14(4), 392-400.

Miovský, M. et al. (2013). Vliv ADHD na vybrané psychické funkce (kognitivní a exekutivní funkce a emoční labilitu) a na životní dovednosti (dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti) u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. Praha. Návrh projektu GAČR. Pracovní verze dokumentu.

MKN-10. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmanová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., &Jurystová, L. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., &Jurystová, L. (2014). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 Praha: Úřad vlády České republiky.

McWhirter, P., Nelson, J., &Waldo, M. (2014). Positive Psychology and Curative Community Groups: Life Satisfaction, Depression, and Group Therapeutic Factors. *The Journal for Specialists in Group Work*, 39(4), 366-380, DOI: 10.1080/01933922.2014.955384

Namyslovová, M. (2015). Komplikace léčby v terapeutické komunitě u uživatelů metamfetaminu v kontextu rizikových faktorů spojených s ADHD. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

Nevšímal, P. (Ed.). (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe (Vyd. 1.). Praha: Magistrát hl. m. Prahy.

NIDA – National Institute on Drug Abuse (2002). Therapeutic communities (NIDA Research Report Series). National Institutes of Health: National Institute on Drug Abuse.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *American Psychological Society*, 10 (5), 173-176.

Ogilvie, S. S., Blair, S. E., &Paul, A. L. (1995), Survey of patients on an alcohol in-patient unit in relation to group therapeutic factors. *Occup. Ther. Int.*, 2: 257–277. doi: 10.1002/oti.6150020405

Polimeni, A., Moore, S. M., &Gruenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *E-Journal Of Applied Psychology*, 6(1), 1-9.

Prochaska, J. O., &DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

Příkryl, R. (2008). Deprese z různých úhlů pohledu III. Praha: Galén.

Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Van de Glind, G., Van den Brink, W., Smit F., Crunelle, C.L., Swets, M., &Schoevers, R.A. (2011) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A metaanalysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 11–19.

Rawings, B., & Yates, R. (Eds.) (2001). *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Rounsaville, B. J. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biol. Psychiatry*, 56, 803–809.

Rubášová, E. (2014). ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

Rubášová, E. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice – pilotní studie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(5), 228–235.

Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219–230.

Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 357–368.

Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99–121.

Šefránek, M. (2014). *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislotí*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Školníková, M., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). Vývoj diagnózy ADHD, její přechod z dětství do dospělosti a vliv na kvalitu života u uživatelů návykových látek. *Adiktologie*, 14(3), 332-346.

Šťastná, L., Miovský, M., Čablová, L., & Kalina, K. (2015). Diagnostika ADHD a její specifika u dospělých uživatelů návykových látek. *Psychiatrie*, 19(2), 81-89.

Těmínová, M. (2007). Cíle léčby. In P. Nevšímal (Eds.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe* (Vyd. 1.) (s. 35-37). Praha: Magistrát hl. m. Prahy.

Toumbourou, J. W., Hamilton, M., & Fallon, B. (1998). Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction*, 93, 1051–1064.

Torgersen S., Kringlen E., & Cramer V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.

Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274–282.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V. et al. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304–313.

World Health Organization. (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Geneva: WHO.

Wilens, T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 283–301.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. (2. vyd.) Praha: Portál.

Zim, M. (2015). *Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. z perspektivy klientů*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

16. Přílohy

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

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

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

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

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