



Mgr. Petra Vondráčková
Klinická psycholožka.

abstrakt

Citace:

Vondráčková, P. (2008). Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou. *Adiktologie*, (8)4, 286-299.

Charakteristika uživatelů psychoaktivních látek s nařízenou ústavní léčbou



autoři

Vondráčková P.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN

Cíl: Popsat vybrané charakteristiky osob s nařízenou ochrannou léčbou protialkoholní a protitoxikomanickou (dále jen OLA/OLT), průběh jejich léčby, některá specifika přístupu k nim. **Design:** Retrospektivní intenzivní kvalitativní studie. **Soubor:** 33 osob, které vykonávaly nařízenou ústavní OLA/OLT na oddělení soudní ochranné léčby v psychiatrické léčebně Kosmonosy. **Metody:** analýza poznámek z pozorování, rozhovorů s klienty a zdravotní dokumentace **Výsledky:** Osoby, kterým byla nařízena ústavní OLA/OLT lze rozdělit do tří základních skupin (a) prvotrestaní s abúzem alkoholu bez přidruženého asociálního životního stylu, (b) opakovaně trestaní s primární diagnózou porucha osobnosti s přidruženým abúzem psychoaktivních látek (dále jen PL) a (c) opakovaně trestaní se závislostí na PL v popředí a s přidruženým disociálním životním stylem. Jednotlivé skupiny se od sebe liší na základě kriminálního chování, komorbidity, vzorce užívání PL a průběhu léčby. Pro každou skupinu je typický průběh léčby a volba některých terapeutických přístupů. **Závěry:** V současné době jsou v České republice diskutovány výsledky a efektivita OLA/OLT. Podrobnější popis vzorku pacientů, se kterými se lze v tomto typu léčby setkat, umožňuje stanovit cíle léčby a specifika přístupu k nim, které může vést ke zlepšení vzájemného vztahu mezi terapeutem a pacientem, zvýšit možnost udržení pacienta v systému péče pro uživatele PL a tím i jeho šanci dosáhnout v pozdější době abstinence. V budoucnu je nutno ověřit platnost navrhované typologie v rozsáhlejší kvalitativní studii.

Klíčová slova: soudní ochranná léčba – alkohol – drogy

Došlo do redakce: dd. mm rrrr



1. Úvod

Soudní ochranná léčba protialkoholní a protitoxikomanická je léčba pro uživatele PL, která je nařízena soudem ve spojitosti s trestným činem, který uživatel spáchal pod vlivem PL nebo v souvislosti s jejich užíváním. V České republice existuje ve dvou základních formách – v ambulantní a ústavní formě. O uložení léčby rozhoduje soud zpravidla na základě doporučení posudku vypracovaného soudním znalcem v oblasti psychiatrie (Baštecký, 1997; Jelínek et al., 2006). Ambulantní léčbu lze vykonávat v ordinacích psychiatrů, soudní ochrannou léčbu mohou uživatelé absolvovat během výkonu trestu ve specializovaných odděleních věznic nebo v psychiatrických zařízeních, které jsou stanoveny ministerstvem zdravotnictví (Baštecký, 1997; MSČR, 2002; Jelínek et al., 2006). OLA/OLT je v České republice ukládána uživatelům-pachatelům trestných činů bez ohledu na jejich souhlas, často jako součást podmíněného trestu. Pouze v některých případech je uložena místo podmíněného trestu odnětí svobody (Müllerová & Gajdošíková, 2007; Grohmannová & Vondráčková, 2007).

Hlavním cílem ochranné léčby je pomoci uživateli podniknout kroky k zahájení a udržení života bez užívání PL a snížit možná rizika negativních důsledků jedincova chování pro společnost (Werdenich & Waidner, 2003; Vondráčková, 2006). V České republice je OLA/OLT ve stávající podobě mnoha odborníky považována za neefektivní opatření (Vondráčková, 2007; Müllerová & Gajdošíková, 2007; Grohmannová & Vondráčková 2007; Kalina, 2000; Švarc, 2007).

V ČR lze vykonávat ústavní formu OLA/OLT v 9 psychiatrických léčebnách a 4 specializovaných odděleních ve věznicích (MS ČR, 2002). OL má trvat tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel. Průměrná délka ústavní OLA/OLT ve zdravotnickém zařízení se pohybuje obvykle mezi 4 -6 měsíci, ve specia-

lizovaných odděleních ve věznicích zhruba 10 měsíců (Vondráčková, 2006; Baštecký, 1997).

V rámci této práce byly při popisu pacientů s nařízenou OLA/OLT identifikovány 4 základní kategorie - kriminální chování, komorbidity, vzorec užívání PL a průběh léčby.

1.1 Kriminální chování

Spojitost mezi užíváním PL a kriminalitou byla opakovaně empiricky potvrzena (například Keene, 2005, White & Gorman, 2000; Stevens et al., 2005). Vztah mezi užíváním PL a trestnou činností není ani jednoduchý, ani lineární (EMCDDA, 2007). Popisují se tři základní modely vztahu užívání PL a kriminality (White & Gorman, 2000):

- Trestná činnost je důsledek užívání PL (příkladem může být majetková trestná činnost uživatelů PL).
- Trestná činnost vede k užívání PL (například pro recidivisty bývá užívání PL součástí jejich životního stylu).
- Trestná činnost a užívání PL jsou vzájemně propojeny díky společným příčinám jako je například alkoholismus rodičů nebo diagnóza asociální poruchy osobnosti uživatele (White & Gorman, 2000; EMCDDA, 2007).

U osob s nařízenou OLA/OLT se lze setkat se všemi výše uvedenými druhy vztahu mezi trestnou činností a užíváním PL. Velká část osob, které absolvují OLA/OLT, byla v minulosti opakovaně trestána a ve výkonu trestu odnětí svobody (Vondráčková, 2006). Podle sledování Škopkové (1986) v letech 1970 – 1983, byli uživatelé, kterým byla nařízena OLA, v průměru 4,2x trestáni a doba, kterou strávili ve výkonu trestu, se pohybovala v rozmezí 5 až 6 roků.

1.2 Komorbidity

U uživatelů PL je vedle diagnózy poruchy užívání PL často ještě diagnostikována i jiná duševní porucha. Nejčastěji jde o poruchy osobnosti, především asociální poruchu

osobnosti, histriónskou a závislou poruchu osobnosti, bipolární afektivní poruchu a schizofrenii (Grant et al., 2004; Compton et al., 2000; Emmelkamp & Vedel, 2007). V ČR byla přibližně u 37% osob se základní diagnózou porucha užívání PL navíc diagnostikována jiná duševní porucha. Nejčastěji šlo o současné užívání více PL, poruchu osobnosti a neurotické poruchy (Miovská et al., 2004).

U pacientů v OLA/OLT je popisována častá komorbidita poruchy užívání PL s poruchou osobnosti (Hampl et al., 1988; Škopková, 1987; Vondráčková, 2006).

1.3 Vzorec užívání PL

OLA/OLT je nejčastěji vyskytují pacienti s diagnostikovanou závislostí či škodlivým užíváním opiátů, alkoholu a metamfetaminu. Často se jedná o kombinovanou formu užívání PL.

Nařízená léčba nekoreluje pozitivně se stupněm závažnosti poruchy užívání PL. Polcin a Weisner (2000) ve své studii zjistili, že osoby, kterým byla nařízena léčba soudem, vykazovaly významně nižší stupeň závažnosti užívání PL v porovnání s těmi, které léčbu vyhledaly na základě tlaku z rodiny. Tato skutečnost pravděpodobně souvisí s tím, že hlavní důvod nařízení léčby nemusí být nutně škodlivý charakter užívání PL, ale trestná činnost, jíž se uživatelé dopouští. Tak je tomu například i v řadě případů uživatelů PL s nařízenou léčbou v České republice.

V odborné literatuře v ČR je často uváděno, že u pacientů s OLA/OLT v klinickém obraze dominuje ve většině případů porucha osobnosti asociálního typu doprovázená abúzem PL (Vondráčková, 2006, Hampl et al., 1988; Škopková, 1987; Velický, 1985; Čapoun & Velický, 1981).

1.4 Průběh léčby

Průběh léčby je výrazně spojen s motivací

k léčbě (např. Joe et al., 1999). O motivovanosti pacientů v nucené léčbě jsou odborníky zastávány protichůdné názory. Výsledky některých studií ukázaly, že nedobrovolnost léčby nutně nevede k nízké motivaci uživatele a na skutečnost, že řada tzv. dobrovolně léčených uživatelů se k léčbě rozhodla pouze v důsledku vnějšího tlaku (Wild et al., 1998; Stevens et al., 2006). Dokonce bylo zjištěno, že samotná skutečnost nařízení léčby může vést ke zvýšení motivace k ní (Gregoire & Burke, 2004). Jiní odborníci naopak argumentují, že pro skupinu osob s nařízenou léčbou je typická nižší motivace k léčbě (Marshall & Hsera, 2002; Pohl, 1990; Škopková, 1987).

Průběh léčby pacientů v rámci OLA/OLT je v odborné literatuře, zejména pak československé, popisován jako často problematický. Pacienti jsou charakterizováni jako nemotivovaní, těžko terapeuticky ovlivnitelní, nespolupracující, s četnými relapsy během léčby (Vondráčková, 2006; Kudrnáč, 1999; Škopková, 1987; Velický, 1985; Čapoun & Velický, 1981; Pohl, 1990).

2. Cíl práce

V posledních dvaceti letech není v České republice věnována odborníky pacientům s OLA/OLT dostatečná pozornost. Pokud je OLA/OLT zmíněna pak často v souvislosti se skutečností, že její aktuální podoba není efektivní. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat a popsat charakteristiky skupiny pacientů s nařízenou OLA/OLT a na základě získaných kategorií navrhnout první verzi jejich typologie, která by pak mohla být navazujícím výzkumu ověřena a rozpracována. Přínosem navržené typologie je její potencionální vliv na diagnostiku a terapeutický přístup k této skupině, který pak následně umožní zefektivnění tohoto léčebného opatření.

3. Metodika

Při realizaci studie byl uplatněn kvalitativní přístup, který stavěl na retrospektivní analýze

dat ze vzorku 33 uživatelů PL, kteří vykonávali OLA/OLT a byli zařazeni do terapeutického programu v psychiatrické léčebně Kosmonosy v letech 2003 – 2007. Data byla získána z pozorování během terapeutických komunit a psychoterapeutických skupin, z rozhovorů s klienty při individuálních konzultacích a z jejich zdravotní dokumentace a následně triangulována. Analýza dat byla v počátečních fázích shodná s otevřeným kódováním dle zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 1999). V poznámkách z rozhovorů, pozorování a ve výpisech ze zdravotní dokumentace byly identifikovány významové jednotky týkající se charakteristik pacientů a zpracovány do významových kategorií. V další fázi byly využity metody Milese a Hubermana metody prostého výčtu a metodu vytváření trsů (Čermák & Štěpaníková, 1998).

4. Výsledky

Osoby, které přicházejí do psychiatrických zařízení specializovaných na výkon OLA/OLT lze rozdělit do tří skupin podle kategorií kriminální chování, komorbidita, vzorec užívání PL a průběh léčby, které byly identifikovány v procesu kódování získaných dat:

- a) prvotrestání s abúzem alkoholu bez přidruženého asociálního životního stylu;
- b) opakovaně trestání s primární diagnózou porucha osobnosti s přidruženým abúzem PL;
- c) opakovaně trestání se závislostí na psychoaktivních látkách v popředí a přidruženým disociálním životním stylem.

V následující části textu je uvedena jejich charakteristika ve výše uvedených 4 srovnávacích kategoriích a pro ilustraci je uvedena kasuistika typického člena této skupiny.

4.1. Prvotrestání s abúzem alkoholu bez přidruženého asociálního životního stylu

Z celkového počtu 33 lze do této skupiny zařadit 13 osob.

4.1.1. Kriminální chování

Tato skupina pacientů nastupuje obvykle do OLA/OLT z domova. Z tohoto důvodu se

s nimi lze setkat především ve zdravotnických zařízeních a nikoliv ve specializovaných odděleních pro výkon ochranné léčby ve věznicích. OLA/OLT jim zpravidla bývá uložena vedle podmíněného výkonu trestu odnětí svobody. Tito pacienti v minulosti ve většině případů nebyli v konfliktu se zákonem a trestný čin, kvůli kterému jim byla léčba nařizována, byl spáchán jednorázově pod vlivem PL. Nečastěji se v této skupině lze setkat s tzv. psychofarmakologicky podmíněnou trestnou činností (White & Gorman, 2000), kdy je trestný čin proveden v důsledku akutního nebo dlouhodobého účinku PL. V praxi se lze obvykle potkat s případy, kdy tyto osoby v důsledku užití alkoholu zavinily dopravní nehodu nebo ublížení na zdraví.

4.1.2. Komorbidita

V klinickém obraze těchto osob vedle základní diagnózy užívání PL obvykle nedomnuje porucha osobnosti ani jiná duševní porucha. V diagnostické rozvaze obvykle najdeme poruchu užívání alkoholu a výjimečně smíšenou poruchu osobnosti.

4.1.3. Vzorec užívání PL

U těchto osob se lze nejčastěji setkat s užíváním alkoholu. Ve většině případů jde o pravidelné užívání alkoholu (několikrát týdně si zajdou po práci na pivo s kamarády, o víkendy vypijí větší množství alkoholu). Způsob užívání alkoholu ve většině případů spíše splňuje kritéria škodlivého užívání než syndrom závislosti. Často kromě incidentu, v jehož souvislosti jim byla léčba uložena, užívání alkoholu jiným způsobem výrazně negativně nezasahuje do jejich života. Právě v této kategorii se lze setkat s pacienty s poměrně dobrou socializací (mají kde bydlet, kontakt s rodinou, často i zaměstnání).

4.1.4. Průběh léčby

Tento typ pacientů se obvykle během pobytu v programu léčby chová bezproblémově. Ve vztahu k ostatním pacientům i personálu jsou nekonfliktní. Neporušují pravidla, záro-

veň však ani s personálem příliš nespolupracují. V léčebném procesu jde zpravidla o nenápadné pacienty. Na psychotherapeutických skupinách o sobě mnoho nemluví a do skupinové dynamiky se nezapojují. Jejich hlavním cílem je projít léčbou hladce a co nerychleji. Díky skutečnostem, že jim byla léčba nařízena a užívání alkoholu nemá kromě trestního stíhání výrazně negativní vliv na jejich život, zastává tento typ pacientů názor, že s užíváním alkoholu nemají problémy. Jejich přesvědčení je navíc umocněno zpětnou vazbou od spolupacientů z druhé a třetí skupiny (viz 3.2 a 3.3), od kterých slýchávají, že v porovnání s jejich životními příběhy (opakovaný výkon trestu, život na ulici) a aktuální situaci (dluhy, absence zázemí) oni vlastně žádné potíže nemají. Uvedené skutečnosti pravděpodobně negativně ovlivňují proces přeměny vnějšího zdroje motivace k léčbě u daného pacienta OLA/OLT na vnitřní zdroj a tím představují překážku na cestě k vlastnímu rozhodnutí omezit pití či abstinovat od užívání alkoholu.

Pacienti z této skupiny bývají propouštěni v řádném termínu. Netají se s tím, že hodlají dále pokračovat v užívání alkoholu. Pokud už mluví o tom, že jim byl pobyt nějakým způsobem přínosný, pak především proto, že měli možnost vidět, jak užívání PL může negativně ovlivnit život člověka, a díky tomu se ujistili, že takto ve svém životě skončit nechtějí.

Petr (30 let) pracoval jako opravář osobních automobilů. Jeden den vyjel s autem, které měl svěřené v opravě, do obchodu pro cigarety. Poté se s ním stavil v hospodě, kde do večerních hodin pil pivo a tvrdý alkohol. Při cestě zpět domů na přehledném úseku vyjel v důsledku rychlé jízdy mimo silnici a narazil do dvou zaparkovaných osobních automobilů. Petr si nepamatoval, kolik alkoholu vypil, pravděpodobně však šlo o větší množství.

Na základě této události byl Petrovi uložen podmínečný trest v délce 10 měsíců

s dobou trvání na tři 3 roky. Vedle podmínečného trestu mu bylo uloženo OLA v ústavní formě a zákaz řízení motorových vozidel po dobu 4 let. Dva měsíce po vynesení trestu Petr nastoupil k výkonu OLA na oddělení soudní léčby v psychiatrické léčebně.

V minulosti se Petr kvůli alkoholu ani jiné duševní poruše neléčil. Před rozvedením byl jednou na psychologické konzultaci z důvodu nadměrného užívání alkoholu. V krátké době po dopravní nehodě začal ambulantně docházet k psychiatrovi. Ústavní léčbu sám předem neodmítal. Během soudního líčení uvedl, že se je domluvený s psychiatrem, že zkusí problémy s užíváním alkoholu nejdříve zvládnout léky a v případě neúspěchu je rozhodnut podstoupit protialkoholní ústavní léčbu.

Petr je rozvedený. manželka se s ním rozvedla především z důvodu nadměrného pití alkoholu a skutečnosti, že dával přednost kamarádům před rodinnými povinnostmi.. Aktuálně žije s rodiči. Už 4 roky je nezaměstnaný. Živí se přivýdělkem na brigádách a občas pomůže otci v jeho dílně na opravu aut.

Petr začal pít alkohol na konci studia na odborném učilišti. V té době pil příležitostně, během opilosti míval občas okénka. Po vojně začal pít dvakrát týdně, postupem času pak třikrát, někdy i pětkrát týdně. Později začal chodit z práce rovnou „na pivo“, které kombinoval s tvrdým alkoholem. Během jednoho večera vypil i 10 panáků a k tomu 10-15 piv. Petr užíval alkohol hlavně o víkendech. Časem začal pít i ve všední dny. Stávalo se, že občas nepřišel druhý den do zaměstnání a nakonec byl z něho propuštěn. V tu dobu se rozhodl navštívit protialkoholní ambulanci a požádat o nasazení Antabusu. Lékař mu navrhol léčbu. Petra lékařův návrh odradil a na další setkání již nepřišel. U Petra se stříдалo období, ve kterém své pití mírnil – například dva měsíce nepil, s obdobím, kdy chodil s kamarády do hospody.

Během hospitalizace Petr říkal, že od autonehody v týdnu alkohol nepil a do hospody chodil pouze o víkend. Doma ho nebaví být sám. V hospodě si alespoň s někým popovídá. Petr zastával názor, že na alkoholu není závislý. Jeho hlavním argumentem bylo, že nepije každý den. Má kamarády, kteří v tom „lítají“ mnohem více než on. V průběhu pobytu na oddělení Petr pravidla režimu dodržoval. V léčbě se příliš neangažoval. Na psychoterapeutických skupinách si bral slovo jen zřídka. Petrův názor, že jeho potíže s alkoholem nejsou tak výrazné, byl ještě více podporován spolupacienty. Ti mu říkali, že v porovnání s jejich životní situací (bez rodiny, bydlení a po několikaletém výkonu trestu) nemá vlastně žádný problém, protože má kde bydlet, má rodinu kolem sebe a během pobytu vydrží abstinovat. Po propuštění měl Petr představu, že pití omezí, ale nepřestane. Petr v léčbě strávil tři měsíce. Po podání návrhu měl jednou pozitivní altest, vypil několik piv.

4.2. Opakovně trestaní s primární diagnózou porucha osobnosti a přidružený abúzem PL

Z celkového počtu 33 osob lze do této skupiny zařadit 7 osob.

4.2.1. Kriminální chování

Ve většině případů jsou pacienti z této skupiny do léčení převezeni ihned po výstupu z výkonu trestu, zřídka kdy nastupují do léčby z domova. OLA/OLT je jim nečastěji uložena v souvislosti s ekonomicky motivovanou trestnou činností - pácháním majetkové trestné činnosti v rozsahu od drobných krádeží kosmetiky, oblečení přes autorádia po krádeže aut. Jejich trestná činnost však není realizována výhradně za účelem financování vlastního užívání PL a často je součástí jejich disociálního životního stylu. Převážná část osob má v anamnéze opakovaný výkon trestu.

4.2.2. Komorbidita

V klinickém obraze výrazně dominuje vedle poruchy užívání PL diagnóza poruchy osob-

nosti především asociálního typu. Tyto osoby by pravděpodobně trestnou činností páchaly, i kdyby nebyly pod vlivem PL (jak jeden pacient řekl, „když vidím pěkné boty ve výloze a mají zrovna moji velikost, tak proč bych si je nevzal“). V souhrnu tedy lze říci, že u této skupiny jde primárně o poruchu osobnosti nejčastěji disociálního typu a teprve sekundárně o poruchu užívání PL.

4.2.3. Vzorec užívání PL

Věkově jde spíše o mladší skupinu osob, nejčastěji ve věku 20 – 30 let. U těchto pacientů má užívání PL nejčastěji formu abúzu. Užívání PL v tomto případě je spíše součástí disociálního životního stylu. V rámci OLA/OLT se lze převážně setkat s uživateli heroínu a metamfetaminu. Často je jejich škodlivé užívání kombinováno užíváním několika návykových látek současně.

4.2.4. Průběh léčby

Po zahájení léčby tyto pacienti prohlašují, že potíže s užíváním PL nemají. Svůj názor zdůvodňují tím, že v rámci výkonu trestu abstinovali bez potíží několik měsíců i let. Během léčby, zpravidla již při první propustce z ústavu, zrecidivují. Na základě této události někteří názor změni a připustí, že mají problém s užíváním PL a jsou rozhodnutí ho řešit. Jejich motivace ke změně je však ambivalentní. Pobyt v léčbě je ve většině případů doprovázen četnými relapsy a jinými přestupky proti pravidlům na oddělení. Během terapeutických sezení je jejich spolupráce proměnlivá. Zvláště pokud se ve skupině setká více pacientů z této skupiny, mají tendence vytvářet koalice proti terapeutovi a výrazně se vůči němu vymezovat. Za těchto okolností je spolupráce s nimi velmi obtížná. Směrem ke svým spolupacientům dávají otevřeně najevo, že nemají zájem o to, co o sobě druzí říkají. Za těchto podmínek je velice těžké udržet chráněné psychoterapeutické prostředí, které je tak zásadní pro léčbu (Růžička, 2003). V praxi je

léčba těmto pacientům často ukončována pro neúčelnost, pokud ji sami nepřeruší útekem.

Davidovi (25 let) byla nařízena OLT vedle podmíněného výkonu trestu na základě opakovaného páchání majetkové trestné činnosti. David byl odsouzen za to, že se s kamarádem vloupal do obchodu, kde odcizil kosmetiku a jiné drogistické zboží v hodnotě 20 000 Kč a autorádio ze zaparkovaného auta.

Davidův první kontakt s psychiatrií se uskutečnil v důsledku incidentu, při kterém se během výkonu vojenské služby „zřetoval ve strážní službě a utekl kvůli holce“. Při pobytu v ÚVN byl jeho případ diagnosticky uzavřen jako disociační porucha osobnosti se škodlivým užíváním pervitinu a toluenu na bázi osobnosti. V minulosti byl čtyřikrát trestán podmíněně za ublížení na zdraví a majetkovou trestnou činnost. Toluenu začal čichat v 16 letech. Čichal ho v několika denních intervalech, které občas prokládat užíváním pervitinu. David říká, že drogy užívá spíše z nudy. V minulosti žádný pracovní úvazek neměl, jen příležitostně brigády. Mít stále zaměstnání nemá zájem. Nedovede si představit, že by brzo ráno vstával, chodil do práce na směny a to vše za malý plat. Peníze získával drobnými obchody a krádežemi. David žije u své rodiny, která je poměrně velká a vždy si navzájem vypomohou.

Na oddělení soudní léčby se dostavil po 2 měsíčním pobytu ve vězení za porušení podmínek. Během pobytu na oddělení zpočátku dodržoval pravidla. Po několika měsících začal denní režim stále častěji porušovat. Občas přicházel na oddělení v podnapilém stavu, ve kterém jevil známky agresivity. Několikrát mu byly v moči identifikovány zbytky Subutexu a marihuany. Z vycházek se pravidelně vracel později. Do dění na psychoterapeutické skupině se příliš nezapojoval, probíraná témata ho nezajímala. Ve svých vstupech mluvil především o sobě. Davidův postoj ke svému užívání PL byl ambivalent-

ní. Určité dny mluvil o tom, že s drogami především s pervitinem má potíže a že by s tím chtěl něco dělat, častěji však zastával názor, že drogy prostě patří k jeho životnímu stylu a večer v pervitinové intoxikaci je mnohem zábavnější než bez něj. David byl z léčebny propuštěn po šestiměsíčním pobytu.

4.3. Opakovaně trestání se závislostí na psychoaktivních látkách v popředí a přidruženým disociačním životním stylem

Z celkového počtu 33 osob lze do této skupiny zařadit 3 osoby.

4.3.1. Kriminální historie

Tito pacienti pravidelně přicházejí z výkonu trestu odnětí svobody. V některých případech již mají za sebou jedno a více absolvovaných léčení a v minulosti byli opakovaně soudně trestáni. Trestná činnost u těchto osob by spadala do kategorie tzv. trestných činů porušující protidrogové právní předpisy (EMCDDA, 2007). Nečastěji se lze setkat s trestným činem v souvislosti s nedovolenou výrobou a držením omamných a psychotropních látek. Léčbu v psychiatrické léčebně v drtivé většině případů nastupují přímo po ukončení nepodmíněného výkonu trestu odnětí svobody.

4.3.2. Komorbidita

V klinickém obraze do popředí vystupuje vedle závislosti na psychoaktivní látce také porucha osobnosti. Tyto osoby často trávily více času ve svém dospělém životě ve vězení než na svobodě a mají potíže se vrátit k normálnímu způsobu života.

4.3.3. Vzorec užívání PL

Tato skupina zahrnuje osoby, v jejichž anamnéze je v popředí dlouhodobá závislost na psychoaktivní látce. Jedná se především o uživatele nečastěji pervitinu. Ve velké většině případů je jejich život spojený s návykovou látkou od adolescence. Do ochranné léčby se

dostávají ve věku 40 – 50 let po předchozích četných neúspěšných léčebných pokusech. Průměrná doba jejich užívání PL je 10 -20 let.

4.3.4. Průběh léčby

Po nástupu do léčby a během ní tito pacienti hovoří o tom, že droga se stala součástí jejich života a že bez ní již nejsou schopní žít a na tomto stavu již nic nehodlají měnit. V užívání PL jsou rozhodnutí pokračovat. V ideálním případě by chtěli mít více pod kontrolou užívané množství.

V léčbě zpočátku dodržují pravidla. Postupem času začínají stále častěji porušovat řád oddělení pozdními návraty z dovolenek nebo pozitivními močovými testy. Na skupinových sezeních se střídá období, kdy se angažují více, s obdobími kdy se v ní angažují méně. Osobnostně se podobají pacientům z předchozí skupiny, v porovnání s nimi však vůči personálu vystupují méně konfrontačně. Často je to způsobeno jejich věkem. Opakovaně říkají, že jsou díky věku o něco klidnější, než byli dříve. V praxi je těmto pacientům obvykle ukončena léčba v naplánovaném termínu.

Aleš (43 let) začal užívat PL před více než 20 lety. Zprvu se jednalo o toluen, později si injekčně aplikoval alnagon. Od roku 1985 užívá pervitin. Před nástupem do výkonu trestu Aleš pervitin užíval prakticky denně. Pervitin si vyráběl ve velké většině případů sám. Aleš pochází z přeměřeného výchovného a sociálního prostředí. Nikdo z rodiny nebyl v kontaktu s psychiatry ani nebyl nikdy trestán. Aleš byl v minulosti několikrát neúspěšně léčen v souvislosti s užíváním PL, byla mu také nařízena soudní ochranná léčba. Aleš byl opakovaně trestán většinou se jednalo o nedovolenou výrobu omamných látek. Od roku 1997 Aleš nikde nepracoval, příležitostně se živil výrobou pervitinu, kterou podle svých slov velmi dobře ovládal.

Aktuální OLT byla Alešovi nařízena pro trestný čin nedovolená výroba a držení omamných

a psychotropních látek a jedů a pro trestný čin krádeže. Aleš měl údajně v cizím zamčeném autě přechovávat předměty (chemické sklo, smotky vaty a láhve s různými tekutinami), které se používají k výrobě metamfeaminu z efedrinu. Na předmětech byly nalezeny jeho otisky. Vedle OLT byl také odsouzen k odnětí trestu v trvání 15 měsíců. Aleš s obviněním nesouhlasil. Tvrdil, že auto nebylo jeho a že s těmito předměty nemá nic společného. Důkazy jsou podle něho nastražené policisty, kteří ho prostě chtěli dostat do vězení, protože on je v kraji již „známá firma“

Po ukončení výkonu trestu byl Aleš ihned převezen do psychiatrické léčebny k výkonu ochranného léčení. Během pobytu na oddělení Aleš první dva měsíce dodržoval pravidla. Na psychoterapeutické skupině hodně vstupoval do dění, mluvil o sobě zároveň se i vyjadřoval k ostatním. Aleš byl rozhodnutý dále pokračovat v užívání pervitinu. Podle jeho slov ho OLT k abstinenci v žádném případě nedonutí, spíše naopak tlak k abstinenci povede k tomu, že bude pervitin užívat ještě více. Aleš pervitin provázel celý život a bez něj si ho nedokáže představit. Životní styl úzce spojený s užíváním pervitinu je pro něj důležitý, a tak mu nevádí, když díky němu tráví větší část svého života ve vězení. Jediné co by chtěl, je alespoň trochu užívání pervitinu omezit, ale tomu moc šancí nedává. Na zásadní změnu životního stylu je už trochu starý.

Během léčby se Aleš dopustil několika přeštoků. Jednalo se především o pozdní návraty z dovolenky. Díky porušením režimu léčbu protáhl z obvyklé délky (4 měsíce) o další tři měsíce. Přestože s velkou pravděpodobností při dovolenkách opakovaně užíval pervitin, pozitivní toxikologii na metamfetamin měl pouze jednou. Aleš tuto skutečnost později komentoval tím, že umí kontrolovat dávky, které si vezme. Ve vztahu k personálu se u něj střídala období vstřícnosti a nakloněnosti s obdobími odmítání a přehlížení personálu, které

vždy souviselo s trestem uloženým za přestupek. Na závěr byl Aleš propuštěn z léčby pro nemožnost naplnění účelnosti tohoto opatření.

5. Cíle léčby u pacientů s OLA/OLT

5.1. Netrvat nutně pouze na možnosti abstinence po ukončení OLA/OLT

Ideálním cílem léčby každého uživatele PL je abstinence. Jak již bylo zmíněno, pro velkou část osob z výše uvedených skupin, je nepředstavitelná možnost úplné abstinence. Změna cíle léčby z abstinence na alternativu kontrolovaného užívání po ukončení léčby je jimi často považována za přijatelnější. Cílem OLA/OLT u těchto osob je především ovlivnění jejich užívání PL a s ním spojeného životního stylu. Avšak zdůrazňování pouze jediné alternativy léčebného cíle - abstinence, vede často k odmítnutí léčby (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Owen & Marlatt, 2001) a ke snížení pravděpodobnosti vytvoření dobrého terapeutického vztahu, který je pro průběh léčby a její efektivitu klíčový (Emmelkamp, Vedel, 2007). Připuštění možnosti kontrolovaného užívání po ukončení léčby může naopak podpořit motivaci u těchto osob k léčbě a k využívání doléčovacích služeb. Při práci s cílem kontrolovaného pití je možné aplikovat teoretická východiska kognitivně-behaviorální terapie, zvláště pak prvky prevence relapsu. Jako výhodné se ukazují zaměřit se na identifikaci rizikových situací, sebemonitorování a trénink sociálních dovedností (Rotgers, 2003, Wanigaratne et al., 2006).

Pokud není pro pacienta přípustné ani kontrolované užívání PL, je třeba jeho rozhodnutí akceptovat a pozornost věnovat principům bezpečného užívání. V tomto případě je vhodné pacientovi nabídnout, aby si vybral sám témata, která nutně nesouvisí s problematikou užívání, a využil pobytu k tomu, aby se jim věnoval.

5.2. Terapeutické ovlivnění maladaptivních prvků v chování

Vzhledem ke skutečnosti, že u některých pacientů nejde o typickou závislost na PL,

je vhodné se zaměřit na ovlivnění některých maladaptivních prvků v chování souvisejících s diagnostikovanou poruchou osobnosti a v rámci léčby se zaměřit na vytvoření dobrého terapeutického vztahu a dále klást velký důraz na strukturování psychoterapeutického procesu.

5.3. Podpořit pacienta v kontaktu se službami pro uživatele po ukončení léčby

Dalším cílem léčby by měla být motivace pacienta k pokračování v léčbě i po ukončení OLA/OLT. V případě že se pacientům, kteří se rozhodli své užívání kontrolovat, nebude dařit užívání PL kontrolovat, mohou začít pod vedením odborníka uvažovat o změně přístupu ve prospěch abstinence.

Pokud jsou pacienti odhodlaní dále v problémovém užívání pokračovat, je nutné je alespoň podpořit, aby se přihlásili do substitučního programu nebo začali využívat služeb nízkoprahových zařízení. Jejich užíváním se tak zvýší možnost, že se dožijí vlastního rozhodnutí s užíváním přestat.

5.4. Věnovat pozornost sociálním problémům

Pacienti, především z druhé a třetí skupiny, se po ukončení léčby často vracejí zpět do civilního života po několika letech ve výkonu trestu. Při návratu a obvykle již v průběhu léčby řeší otázky týkající se jejich finanční situace, bydlení a zaměstnání. Během léčby je nutné věnovat dostatečnou pozornost i tomuto tématu, protože neúspěch při návratu do civilního života může často být počátkem návratu ke způsobu života před léčbou.

6. Diskuze

Navrhovaná typologie uživatelů v rámci OLA/OLT podle vybraných kategorií jsou pouze pomocné kategorie pro přemýšlení o metodách, formách a cílech práce s těmito pacienty. V praxi nejsou ostře ohraničené a od sebe zcela oddělené. Mohou se překrývat či v průbě-

hu času mohou jednotliví uživatelé přecházet z jedné kategorie do druhé. Například představitel druhé kategorie může během několika let nabývat více charakteristik pacientů třetí kategorie. Limitem výše navrhované typologizace pacientů podstupujících OLA/OLT v psychiatrické léčbě je omezená velikost vzorku. Autorka čerpala ze zápisů z vlastního pozorování, rozhovorů s pacienty během své klinické praxe na oddělení ochranné léčby v psychiatrické léčbě Kosmonosy. Závěry tedy mohou být zatíženy jejím subjektivním pohledem na danou skutečnost. Pro získání výzkumem podloženého profilu pacientů v OLT/OLA je nutno provést rozsáhlejší kvalitativní studii.

7. Závěr

Z výše uvedeného textu vyplývá, že pacienti s nařízenou OLA/OLT nejsou homogenní skupinou a lze je rozdělit do tří základních skupin – (a) prvotrestaní s abúzem alkoholu bez přidruženého asociálního životního stylu, (b) opakovaně trestaní s primární diagnózou porucha osobnosti s přidruženým abúzem PL a (c) opakovaně trestaní se závislostí na psychoaktivních látkách v popředí a s přidruženým disociálním životním stylem. Jednotlivé skupiny se od sebe liší na základě různých vzorců kriminálního chování, komorbidity, vzorců užívání PL a přístupů k léčbě.

Přínosem tohoto rozdělení je podrobnější zmapování pacientů s nařízenou OLA/OLT, u kterých jsou výsledky léčby a její efektivita v poslední době v České republice diskutovány. Na základě tohoto popisu pacientů je patrné, že stanovené léčebné cíle mají více korespondovat s aktuálním nastavením a potřebami pacientů. Pokud nebude odborný personál léčebny rigidně trvat na dosažení důsledné abstinence od PL po ukončení OLA/OLT a bude více pozornosti věnovat pacientově sociální situaci, může tak přispět ke zlepšení vzájemného vztahu mezi terapeutem a pacientem, zvýšit tím pravděpodobnost udržení pacienta v systému péče pro uživatele PL a šanci na změ-

nu rizikových či škodlivých vzorců užívání PL či dosažení abstinence v pozdější době.

Kontakt:

Petra Vondráčková
Centrum adiktologie PK 1. LF a VFN v Praze
Ke Karlovu 11, Praha 2
e-mail: vondrackova@adiktologie.cz



- 1 Baštecký, J. (1997). *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén
- 2 Compton, W. M., Cottler, L. B., Abdallah, A. B., Phleps, D. L., Spitznagel, E. L., & Horton, J. C. (2000). Substance Dependence and Other Psychiatric Disorders Among Drug Dependent Subjects: Race and Gender Correlates. *The American Journal on Addiction*, 9, 113-125.
- 3 Corbin, J. & Strauss, A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert
- 4 Čapoun, V. & Velický, V. (1981). K některým problémům ústavném ochrannéj protialkolickej léčby. *Protialkoholický obzor*, 16 (1), 27 - 30
- 5 Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1998). Kontrola validity dat k kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie*, 42 (1), 50 - 62.
- 6 EMCDDA (2007). *Drogy a trestná činnost*. Belgie: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
- 7 Emmelkamp, P. M. G. & Vedel, E. (2007). *Evidence-Based Treatment for Alcohol and Drug Abuse*. New York: Routledge.
- 8 Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P. S., Ruan, J. W., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 361-368.
- 9 Gregoire, T. K. & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 35 - 41.
- 10 Grohmannová, K. & Vondráčková, P. (2007). *Ochranná léčba, kde je chyba?*
- 11 Workshop na celostátní AT konferenci a XIII. Konferenci SNN při ČLS JEP. 6.-10. května 2007, Měřín
- 12 Hampl, K., Douderová, L., Palečková, M., & Žlebská, H. (1988). Efektivita ochranné ambulantní protialkoholní léčby. *Protialkoholický obzor*, 23 (4), 221 - 225.
- 13 Jelínek, J. a kol. (2006). *Trestní zákon a trestní řád s poznámkami a judikaturou*. Praha: Linde
- 14 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.
- 15 Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnosti v prevenci a v léčbě drogových závislostí*. Praha: A.N.O. a SANANIM.
- 16 Keene, J. (2005). A case-linkage study of the relationship between
- 17 drug misuse, crime, and psychosocial probléme in a total criminal justice population. *Addiction Research and Tudory*, 13(5): 489-502.
- 18 Kudrnáč, I. (1999). *Psychiatrické posuzování zneužívání PL a hráčství*. StudiaGeo.
- 19 Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867 - 886.
- 20 Marshall, G. N. & Hser, Y. I. (2002). Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 27, 179-192.
- 21 Ministerstvo spravedlnosti ČR (2002). *Sbírka instrukcí a sdělení*. Praha: MŠČR
- 22 Ministerstvo spravedlnosti ČR (1995 - 2005). *Statistická ročenka kriminality 1995 - 2005*.
- 23 Miovská, L., Miovský, M., & Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. *Psychiatrie* 10 (3), 150 - 156.
- 24 Müllerová, P. & Gajdošíková, H. (2007). *Workshop na celostátní AT konferenci a XIII. Konferenci SNN při ČLS JEP. 6.-10. května 2007, Měřín*.
- 25 Owen, P. & Marlatt, G. A. (2001). Should Abstinence Be the Goal for Alcohol Treatment? *The American Journal on Addictions*, 10, 289-295.
- 26 Pohl, V. (1990). *Nespolupracující pacient*. *Protialkoholický obzor*, 25, (1), 55-57.

- 27 Polcin, D. L., Wiesner, C. (1999). Factors associated with coercion in entering treatment for alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 63-68.
- 28 Rotgers, F. (2003). Cognitive-Behavioral Theories of Substance Abuse. In: Rotgers, F., Morgenstern, J., Walters, S.T. *Treating Substance Abuse*. New York: The Guilford Press
- 29 Růžička, J. (2003). Péče o duši v perspektivách psychoterapie. Praha: Triton
- 30 Stevens, A., Trace, M., & Bewley-Taylor, D. (2005). Reducing drug-related crime: an overview of the global evidence, Report 5, Witley: The Beckley Foundation Drug Policy Programme.
- 31 Škopková, H. (1986). Příspěvek ke sledování efektivity ochranné ústavní léčby alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 21 (3), 153 – 158.
- 32 Škopková, H. (1987). Dlouhodobý výkon trestu a realizace ochranné ústavní protialkoholní léčby. *Protialkoholický obzor*, 22 (5), 289 – 293.
- 33 Švarc, J. (2007). Problematika ochranného léčení (nepublikovaný text).
- 34 Velický, V. (1985). Príspevok k indikáciám ochrannéj protialkolickej léčby. *Protialkoholický obzor*. 20 (5), 263 – 269.
- 35 Vondráčková, P. (2006). Klinický pohled na stav soudní ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické v ČR. *Adiktologie*, 4, 507 – 512.
- 36 Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., & Farmer, R. (2006). *Relaps Prevention for Addictive Behaviors*. London: Blackwell Publishing
- 37 Werdenich, W. & Waidner, G. (2003). Final Report on QCT – system descriptions, QCT Europe. European Commission, The Fifth Framework RTD Funding Programme, EISS, University of Kent
- 38 White, H. R. & Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug_crime relationship, Washington D.C.: US Department of Justice.
- 39 Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alleto, R. (1998). Percieved coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23(1), 81 – 95.