

## Views of the Staff on Treatment of Methamphetamine-dependent Female Patients in the Department of Addictology Inpatient Treatment Facility: a Pilot Study



HETZEROVÁ, L., GABRHELÍK, R.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

**Citation:** Hetzerová, L. Gabrhelík, R. (2014). Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie. *Adiktologie*, 14(1), 22–29.

**BACKGROUND:** Czech literature dealing with the treatment of people dependent on methamphetamine (MA) is scarce. **AIM:** To describe how the treatment staff views the treatment interventions provided at the women's inpatient ward of the Department of Addictology of the 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague (DA), with a focus on users of MA.

**PARTICIPANTS:** Five employees of the DA who have experience with female patients. **METHODS:** The qualitative research is based on interviews with the employees and on the analysis of documentation and observation performed by the first author. Inductive qualitative analysis was used to analyse the data. **RESULTS:** In year 2012, out of the 12 patients treated in the DA seven had the diagnosis of MA dependence. Generally, one third of them successfully complete treatment. The experience of the therapeutic team of the DA treatment facility shows that MA-dependent patients are typically young, immature, creative, and impul-

sive, and display external motivation and dissocial behaviour. They are mostly patients who have not developed basic life structures and patterns. MA-dependent patients also tend to be aggressive, destructive, and reckless. They do not seem to follow the rules of proper conduct or common property boundaries. It takes time to establish initial links between them and the therapeutic team and also between them and other patients. If they are retained in treatment, their prospects of recovery are good. Treatment interventions delivered to MA patients are not different from those performed on others. Patients addicted to methamphetamine undergo the same treatment process and have the same rights and obligations as other patients in the ward. Some specific features of their therapeutic programme may include an interruption of their treatment, a broader offer of therapeutic communities and other after-care services to choose from, prolongation of treatment, and support in finding employment.

**KEY WORDS:** DEPARTMENT OF ADDICTOLOGY – GENERAL UNIVERSITY HOSPITAL IN PRAGUE (APOLINAR) – TREATMENT INTERVENTION – METHAMPHETAMINE (MA) – TREATMENT PROCESS – WOMEN – DEPENDENCE

**Submitted:** 21 / FEBRUARY / 2014

**Accepted:** 6 / MARCH / 2014

**Grant support:** Charles University institutional research support programme, No. PRVOUK-PO3/LF1/9.

**Address for correspondence:** Roman Gabrhelík, PhD / [gabrhelik@adiktologie.cz](mailto:gabrhelik@adiktologie.cz) / Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

# Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie



HETZEROVÁ, L., GABRHELÍK, R.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

**Citace:** Hetzerová, L. Gabrhelík, R. (2014). Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie. *Adiktologie*, 14(1), 22–29.

**VÝCHODISKA:** V české odborné literatuře je dlouhodobě nedostatek informací o charakteru a systému léčby u závislých na pervitinu (MA). **CÍL:** Zjistit, jak si personál ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze (KAD) představuje typickou pacientku léčenou ze závislosti na MA a popsat základní léčebné intervence užívané při léčbě závislosti na pervitinu na tomto oddělení. **SOUBOR:** Pět pracovníků ženského lůžkového oddělení KAD. **METODY:** S pracovníky bylo provedeno kvalitativní polostrukturované interview. Výzkum byl doplněn analýzou dokumentace a zúčastněného pozorování při pobytu výzkumníka v rámci stáže na oddělení. Data byla zpracována induktivní kvalitativní analýzou. **VÝSLEDKY:** V roce 2012 bylo na oddělení, které se specializuje zejména na léčbu alkoholových závislostí, přijato 12 drogově závislých, z nichž sedm bylo žen s diagnózou závislosti na MA. Obecně 1/3 MA pacientek úspěšně dokončí léčbu. Na základě zkušenosti léčebného týmu

KAD jsou typické pacientky závislé na pervitinu vnímány jako mladé, nezralé, kreativní, impulzivní, s vnější motivací a disociálním chováním. Jedná se většinou o pacientky, které nemají vytvořeny základní životní struktury a vzorce. Pacientky zároveň dokáží být agresivní, destruktivní, bezohledné. Neznají pravidla běžného slušného chování či majetkové hranice. Zpočátku trvá déle vytvoření vazby jak mezi nimi a terapeutickým týmem, tak mezi nimi a ostatními pacientkami. Pokud v léčbě vydrží, mají velice dobré předpoklady pro uzdravení. Léčebné intervence pacientek se nijak zvlášť neliší od ostatních. Pacientky závislé na pervitinu mají stejný léčebný program a platí pro ně stejná práva a povinnosti jako pro ostatní pacientky na oddělení. Mezi možná specifika patří mírnější „nápravná opatření“ ve formě frakcionované (přerušované) léčby. Dalším specifikem je větší podpora v nástupu do terapeutické komunity, velkorysejší nabídka následné péče či prodloužení léčby a podpora v hledání zaměstnání.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** APOLINÁŘ – LÉČEBNÉ INTERVENCE – METAMFETAMIN (MA) – PERVITIN – ŽENY – ZÁVISLOST

**Došlo do redakce:** 21 / ÚNOR / 2014

**Přijato k tisku:** 6 / BŘEZEN / 2014

**Grantová podpora:** Studie byla podpořena programem institucionální podpory UK vědy č. PRVOUK-PO3/LF1/9.

**Korespondenční adresa:** Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D. / gabrhelik@adiktologie.cz / Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

## ● 1 ÚVOD

Užívání pervitinu (metamfetaminu, MA) je na vzestupu v Evropě a ve světě (Grund et al., 2010) a stává se prioritou při léčbě závislostí a ve výzkumu. Začátky „podomácku“ vyráběného pervitinu v České republice (ČR) jsou datovány do poloviny 70. let minulého století (Brenza, no date; Zábranský, 2007). K výraznému rozšíření výroby a užívání pervitinu došlo po roce 1989. V současné době je v ČR odhadem 26 000 problémových uživatelů, kteří tvoří přibližně 60 % všech problémových uživatelů drog (Mravčík et al., 2013). V obecné populaci se prevalence užívání v posledních 12 měsících ve věkové skupině 18–34 pohybuje kolem dvou procent (Zábranský, 2007). Pravidelné užívání MA vede k závažným fyzickým a psychickým poškozením (Darke et al., 2008; Lee, Rawson, 2008), v případě injekčního užívání navíc zvyšuje riziko plicní embolie, bakteriální infekce a v případě sdílení jehel zvyšuje riziko krví přenosných nemocí.

U závislostí se pojem léčba používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Léčba využívá řady metod či přístupů (farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie). Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní a ústavní/rezidenční; rozdělením podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá (Kalina et al., 2001). V současné době odpovídají jednotlivé komponenty léčebného systému potřebám pacientů a klientů, kteří se nacházejí v různém stupni drogové kariéry. Léčba závislosti na MA je založena zejména na poskytování psychosociálních intervencí, které však mají limity v účinnosti (Lee, Rawson, 2008). Nejčastěji poskytovanými intervencemi jsou poradenství, motivační rozhovory, prevence relapsu a sociální intervence (Shearer, 2007). V zahraničí je léčba závislosti na MA vedena převážně ambulantně, v České republice mohou pacienti využívat možnosti, které poskytuje střednědobá rezidenční léčba. Pro léčbu závislosti na MA nejsou schváleny žádné substituční léky, jaké jsou užívány zejména v léčbě závislosti na opioidech či tabáku (Gabrhelík et al., 2010). Výjimečně a podpůrně lze podávat hypnotika či antidepresiva, u psychotických poruch jsou indikována neuroleptika (Bayer, 2003).

Hser, Evans a Huang (2005) ve své práci poukazují na to, že ženy s problémovým užíváním MA v porovnání s muži (léčenými jak v ambulantních, tak v rezidenčních programech) vykazovaly ve výsledcích léčby zlepšení v rodinných vztazích či zdravotním stavu. A to i přes skutečnost, že tyto ženy (či převážná většina z nich) byly nezaměstnané, pečovaly o dítě, žily s někým, kdo užíval alkohol nebo drogy, byly fyzicky nebo sexuálně zneužívány nebo trpěly psychickými poruchami. Studie rozdílů mezi pohlavími zjistila, že ženy zůstávaly v léčbě déle než muži. Studie UNODC (2004) ukazují, že se ženy setkávají s více překážkami a s mnohem závažnějšími problémy při vstupu do léčby. Jedná se zejména

o témata, jež zahrnují otázky rodiny, strach a obavy ze ztráty opatrovnictví dětí, dále z toho, že je okolí bude identifikovat s rolí „narkomanky“. Zásadní význam léčby žen závislých na MA spočívá ve vytvoření produktivního terapeutického vztahu (Heller, Pecinovská, 2007). Podle Nešpora (2008) vzniká závislost na MA u žen podstatně rychleji než u mužů; ženy však reagují na léčbu poměrně dobře, a pokud v léčbě setrvávají, mívají z ní často větší prospěch než muži.

V České republice se setkáváme s paradoxem, který spočívá v dlouhé historii užívání MA, bohatých zkušenostech v léčbě závislosti na MA a současně v naprostém nedostatku informací, jak je tato léčba vedena, chybí studie prokazující efektivitu konkrétních intervencí užívaných při léčbě závislých na MA (Yates, 2013). Jednou z výjimek je studie Šefránka (2013), která i přes jistá metodologická omezení přináší důkazy o efektivitě léčby uživatelů MA v českých terapeutických komunitách. Cílem naší studie je představení, jak je personálem vnímána typická pacientka léčená ze závislosti na pervitinu, a popis léčebných intervencí léčby závislosti na pervitinu na ženském lůžkovém oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (KAD).

## ● 2 METODY

Kvalitativní studie založená na individuálních rozhovorech s pracovníky ženského lůžkového oddělení KAD a analýzách dokumentů.

### ● 2 / 1 Soubor

Výzkumný soubor tvořili vybraní pracovníci ženského lůžkového oddělení KAD. Výzkumný soubor byl sestaven tak, aby jím byly zastoupeny základní pracovní pozice a bylo tím tak dosaženo minimální teoretické nasycenosti dat. Záměrně nejsou uváděna jejich jména či pracovní pozice, aby tak nedošlo k porušení anonymity. Jako metody pro výběr výzkumného souboru byly zvoleny následující nepravděpodobnostní techniky: příležitostný výběr a záměrný (účelový) výběr.

### ● 2 / 2 Nástroje tvorby dat

Co se týče rozhovorů s pracovníky – v prvé řadě bylo důležité svolení s jejich realizací od samotného primáře a poté od vedoucího oddělení (to probíhalo v rámci stáže). Samotným rozhovorům předcházela pilotní rozhovor s následnou úpravou otázek. Oslovení dalších pracovníků probíhalo buď osobně, nebo telefonicky na oddělení, či e-mailem. Pro každého pracovníka byl sestaven záznamový arch. Arch měl v konečné fázi dvě podoby: v prvním případě vycházel z připravených otázek pro rozhovor (sloužil pro vlastní poznámky výzkumníka v rámci klasického interview), v případě druhém měl podobu textového dokumentu (s podotázkami při e-mailové korespondenci). Respondenti měli samozřejmě možnost se (na počátku či během interview) rozhodnout,

zda zvolí způsob „klasického, nebo alternativního“ interview. Otázky byly modifikovány dle pracovní pozice daných pracovníků.

První rozhovor probíhal s pomocí diktafonu a poznámek výzkumníka pro případný rozvoj rozhovoru. Druhý rozhovor probíhal z jedné poloviny za pomoci diktafonu a zbylá polovina e-mailem. Další dva rozhovory (třetí a čtvrtý) byly vedeny e-mailem. Poslední – pátý – rozhovor opět probíhal e-mailem s doplněním některých informací po telefonu – „telefonní interview“. U „alternativních interview“ e-mailových korespondencí byli účastníci informováni o možnosti doptání výzkumníka. Někdy stačilo jednou, jindy dvakrát. Způsob „alternativního interview“ byl zvolen hlavně kvůli pracovní vytíženosti respondentů.

Struktura otázek se týkala základních informací o pracovníkovi (např. doba praxe na oddělení, specifikace pracovní pozice, zkušenosti pracovníka se závislými na MA), jak vnímá MA pacientky v porovnání s ostatními pacientkami, jak vnímá celkovou atmosféru mezi pacientkami závislými na MA a ostatními. Dále se otázky vztahovaly na léčebné intervence, které jsou specificky pro léčbu závislosti na MA realizovány, a nakonec na možnosti zapojení rodiny do léčby v rámci rodinné terapie.

Významnou částí studie byla analýza dokumentů zařízení. Zdroji dat byl zejména léčebný řád, Apolinářské měsíčníky (periodikum oddělení). Mezi další zdroje patřily dokumenty získané od pracovníků (týdenní strukturovaný program, dokumenty z konferencí o závislostech a léčbě žen či doporučení literatury s vhodnými aspekty pro další zpracování). Tyto informace byly doplněny o sdělení některých statistických dat – prostřednictvím konzultace s vedoucí lékařkou a z příjmové knihy (bez možnosti náhledu výzkumníka) nebo z dosud nepublikovaných dokumentů (sloužících pro různé konference), či následné publikace nebo pro vlastní potřeby zařízení. Další metodou pro získávání dat byla technika přímého pozorování v podobě zúčastněné.

### ● 2 / 3 Analýza dat

Analýza dat byla založena na metodě zachycení vzorců. V každé skupině se velmi často opakovaly podstatné části informací o zkoumaném jevu. Tyto informace se ale navzájem jistým způsobem doplňovaly, což částečně potvrzovalo verifikaci sdělení účastníků výzkumu. Následnou selekcí se v konečné fázi výzkumu vytvořila komplexní struktura z jednotlivých okruhů, které tvoří „příběhy“ složené ze spektra získaných informací v rámci rozhovorů. Výzkumná validita a její metody byly kontrolovány pomocí zpětné vazby od respondentů.

Respondenti byli informováni o tématu výzkumu a měli možnost účast na studii odmítnout. Jelikož byla v rámci výzkumu snadná identifikace respondentů, bylo přesto vynaloženo úsilí výzkumného pracovníka o co největší anonymitu v souvislosti se získanými údaji.

### ● 3 VÝSLEDKY

Informace získané v rámci rozhovorů o pacientkách závislých na MA na ženském lůžkovém oddělení KAD byly následně shrnuty do devíti okruhů.

#### ● 3 / 1 Charakteristika pacientek závislých na MA

Pacientky závislé na MA jsou jedny z nejmladších pacientek na oddělení. Přicházejí z různého sociálního zázemí. Častěji se u nich než u pacientek závislých na alkoholu jedná o zevní motivaci v důsledku přerušení podpory rodiči nebo v důsledku konfliktu se zákonem. Osobnostně jsou pacientky často impulzivnější. Jsou živější, svobodomyšlnější. Snad o něco málo je u nich patrný horší kontakt se sebou, svým prožíváním. Mají problém setrvat u jedné činnosti a je u nich výraznější vyhledávání vzrušení [sensation-seeking]. Jsou to pacientky, u kterých se rozvinula drogová závislost v době, kdy ještě v podstatě nebyl dokončen psychosociální vývoj, takže jsou mnohdy nezralé. Chybí jim základní struktury, základní životní dovednosti. Často mívají nejruznější poruchy chování i v anamnéze. Pacientky se závislosti na MA mají komplexnější problémy – celkově se jedná o závažné psychické prožívání. Možné specifikum může být v tom, že mají o něco nižší sociální schopnosti (zkušenosti s tím, jak fungovat v běžných situacích – ve škole, v práci, v partnerských vztazích), sebepoznání (kdo jsem, co chci, kam směřuji). Schopnost vydržet sám se sebou, vidět své silné a slabé stránky, vnímat svoje tělo a pocity, je u nich také velice narušena. U těchto pacientek se objevuje opakovaná krize. Mají více práce s tím, aby vytvořily dobré vztahy a aby tyto vztahy vydržely. Jejich velkým problémem je zejména uznávání autorit (neuznávání se projevuje např. tím, že nedodržují nařízení od terapeutického týmu). Cestu si najdou zpravidla k těm pracovníkům, kteří jsou více osobnostně otevřenější. Není to ovšem tak, že by některé pracovníky z principu neměly rády. Jako pozitivum vidí pracovníci fakt, že to jsou pacientky kreativní, autentické, které vnášejí do psychoterapie otevřenost. To, co tam bývá cenné, je, že doplňují model terapie o mezigenerační aspekt – ony jsou pro svoje „spolupacientky“ přenosovým modelem vztahu k jejich dětem (mohou jim nabízet pohled na sebe samé z hlediska jejich dětí) a naopak zase ony od „spolupacientek“ dostávají informace z pozice rodičů.

#### ● 3 / 2 Dodržování léčebného řádu pacientkami

Obecně lze uvést, že ve srovnání s pacientkami závislými na alkoholu či lécích mají tyto pacientky větší tendenci porušovat pravidla. Neumějí je dodržovat, protože to po nich zatím život nechtěl. Jedná se zejména o pravidla v rámci léčebného řádu na oddělení (nedodržují léčebný režim, časový rozsah stanovené aktivity). Mají v sobě daleko více destruktivity a agresivity. Rovněž mají problém dodržovat jasně nastá-

vené hranice (mezilidské hranice a hranice sociální, týkající se sociální interakce). V tomto směru s větší tendencí „hranice testují“. Mají někdy tendence k disociálnímu chování. Velikým problémem jsou kontakty s pacienty z mužské komunity, kteří mají volnější program a mají tak daleko více prostoru pacientky kontaktovat a atakovat. Fakt, že o pacientky někdo projeví zájem (tím jak mají narušené sebevědomí a sebeúctu), je velmi často od terapie odvádí.

### ● 3 / 3 Celková atmosféra mezi pacientkami závislými na MA a ostatními pacientkami

Co se týče zastoupení pacientek ve skupině, je dle pracovníků určitě lepší mít skupiny s více kombinacemi závislostí, protože si jsou tak pacientky navzájem velice užitečné. Všeobecně se dá říci, že mezi jednotlivými pacientkami jsou větší rozdíly než mezi skupinami závislých jako takových. Na začátku léčby stávající skupina (do které přichází nová pacientka závislá na MA) má jaksí strach, že nová pacientka bude porušovat léčebný řád a že je „vyvede z klidu“. Tak ji usměrňují, tím pádem se pacientka dostává do stavu, kdy ji větší množství lidí svým způsobem brzdí a kontroluje, což může znamenat, že se v začátku objeví konflikty. Velmi rychle se však tento typ konfliktů dá zpracovat v rámci terapie (pak se obvykle vytvoří rodinný model). Vytvoří se přenosové vztahy k jednotlivým pacientkám, obvykle dokonce nastane to, že některá z dospělejších pacientek (středního věku) tyto pacientky se závislostí na MA adoptuje a funguje pro ně jako „přenosová maminka“. Tento parametr je velice významný. Je zde ovšem vždy třeba ohlídat, aby se v tomto směru držely hranice. Optimálně je jedna pacientka v šestičlenné skupině. Pokud jsou dvě a jedna z nich je už na konci léčby a druhá přichází, tak je to také možné. Určitě není možné, aby byly v šestičlenné skupině dvě pacientky, které přišly týden po sobě (ty se okamžitě podpoří v destruktivitě a nedokáží začít spolupracovat). V případě většího počtu pacientek závislých na MA dochází v komunitě často k vytváření tzv. koalic, kdy se pacientky „spojí“ proti ostatním, příp. i proti týmu, a nastaví si vlastní pravidla. Klady a záporny daných pacientek ve skupině by se daly popsat následovně. Mezi klady, které přinášejí pacientky závislé na MA do skupiny, patří určitě dynamika (zejména pro jejich větší impulzivitu), dále pak autenticita a emotivita, která je pro skupinu užitečná, a často také poskytování upřímných zpětných vazeb („nebrání si servítek“). Jako hlavní záporny pracovníci zmiňovali často nezdrženlivost emočních projevů a malou trpělivost jdoucí ruku v ruce s agresivitou, destruktivitou, bezohledností, neznalostí pravidel běžného slušného chování, neznalostí hranic (kontaktů, majetku).

### ● 3 / 4 Vytvoření terapeutického vztahu a spolupráce pacientek v rámci léčby

Na začátku je daleko obtížnější získat pacientky ke spolupráci, protože jsou nevyzrálé, rebelující, vzdorující. Droga

byla jejich způsobem jak se osamostatnit a vzepřít vůči normám a pravidlům společnosti (takže pokračují ve vzpírání se vůči nějaké další autoritě). Větší procento z nich odejde z léčby dříve, zejména z důvodu nedodržování léčebného řádu, nerespektování pravidel nebo podepíší revers. Je u nich důležité navázání kvalitního psychotherapeutického vztahu (ve vztahu k ostatním pacientkám je toto navázání o něco důležitější v tom, že u nich v tu chvíli „navázání“ poleví destruktivita). Když vztah nenavážou, tak se „ztrácejí“. Pokud se ztratí v době, kdy ještě nenavázaly „vztah“, tak se do léčby nevracejí. Ale když si terapeutický vztah vytvoří a poté zejména díky porušování hranic léčbu opustí, pak se právě v rámci navázání vztahu po čase do léčby vrátí a pokračují v ní. Podstatnou roli v léčebném procesu a vytvoření terapeutického vztahu „hraje“ pracovní terapie. Když tyto pacientky dostanou jednoduchý úkol, dokážou ho splnit a jsou za něj oceněny, je to jakoby první prvek, na který se „chytí“ a který pak vede k další spolupráci mezi ní a ostatními.

### ● 3 / 5 Průběh léčby pacientky závislé na MA

Když se povede navázat vztah a začnou spolupracovat, pak se s nimi pracuje poměrně dobře, protože jsou relativně otevřené a velmi vnímavé k ocenění. Jakmile však dosáhnou prvních zpětných vazeb a ocenění především ze strany rodiny nebo blízkých, kteří jim pomohli udělat první krok a absolvovat léčbu, pak jim motivace poklesne, začnou opět testovat hranice a porušovat pravidla. V tuto dobu se zde velmi často objeví například tendence navázat vztah, takže obvykle terapeutům nezbyvá než přestoupit k individualizované formě léčby, léčba se „frakcionuje“ do různě dlouhých úseků a tím pádem se přerušuje. Volí se tedy forma přerušované léčby, kdy se pacientce umožní cca na měsíc kontakt s přirozeným prostředím (tím posbírá informace o realitě a v konfrontaci s realitou naplní svoji motivaci k léčbě). Pokud se vrátí (jakože přibývá těch, které se po přerušování léčby vrací a dál spolupracují), tak je obvykle spolupráce lepší a v mnoha případech pacientky základní léčbu zdárně ukončí.

### ● 3 / 6 Specifika v léčebném programu pro pacientky závislé na MA

Všechny pacientky procházejí stejným léčebným režimem, se stejnými pravidly a náplní dne. Pokud pacientky přicházejí před léčbou i na detoxikaci, odvykácí doba je obvykle delší než u alkoholu. Častěji než ženy závislé na alkoholu popisují výskyt cravingu (bažení). Na oddělení existovala ještě asi před dvěma lety výběrová skupina pro nealkoholové závislosti (ovšem uskutečnila se jen několikrát v průběhu let). Skupina trvala cca hodinu a konala se na téma podle výběru pacientek (vztahy, doléčování, aktuální psychické potíže). Specifika programu a léčebných intervencí se odvíjejí od konkrétní situace té které pacientky (bez ohledu na druh závislosti). Mezi možná všeobecná specifika by

však mohla patřit mírnější „nápravná opatření“ ve formě přerušení. Dále možná podpora v nástupu do další komunity či velkorysejší nabídka následné péče – případně i prodloužení léčby. Jelikož je u pacientek se závislostí na MA nutný přechod do resocializačního zařízení, pracuje se u nich zejména na podpoře motivace k dlouhodobější péči. Za další možné specifikum by se dala považovat podpora v hledání práce, apod.

### ● 3 / 7 Základní léčebné intervence na ženském lůžkovém oddělení pro pacientky závislé na MA

Farmakoterapie je u těchto pacientek využívání sporadicky – až na výjimky pacientek s duální diagnózou, kde je samozřejmě farmakoterapie potřebná. Pacientky velmi dobře umí interpretovat nejrůznější slova, problémy a dovedou velmi dobře racionalizovat svou drogovou závislost s využitím psychotherapeutické terminologie. Psychotherapie je v rámci léčby velice potřebná. Je to vlastně základ terapie (musí to být ale psychotherapie, kdy první věcí, na kterou je třeba se zaměřit, je náhled pacientky na to, v jaké situaci se nachází, jaké komplikace si způsobila, a náhled vlastního podílu na danou situaci). Psychotherapie je směřována na nemoc a na analýzu modelových situací v léčbě. Teprve když pacientka přijme zodpovědnost za situaci, ve které se nachází, dále za svoji nemoc a její léčbu i následnou abstinenci, dá se poté zaměřit na traumata (například výše zmíněné traumatické záležitosti z dětství). Velký důraz je kladen na kognitivně behaviorální terapii.

### ● 3 / 8 Rodinná terapie

Velmi záleží na rodinném prostředí, z kterého pacientky vyšly, a jaké mají zázemí. Pokud je rodina funkční, tak by se do léčby měla zapojit v každém případě (například podporou v léčbě, pomocí a zázemím po návratu z léčby). Tím je rovněž podpořena i vnitřní motivace ke změně životního stylu. Zapojení rodiny je jednoznačně vnímáno jako přínosné, důležité, potřebné, nutné a rovněž zvyšuje pravděpodobnost dosažení remise u pacientky, ne vždy je ale realizovatelné. Rodina by se měla zapojit vždy, pokud to situace a atmosféra v rodině umožní. Je nesmírně cenné, je-li možné získat ke spolupráci některého člena rodiny (úplně nejlépe matku u dívek, kde vztah bývá nejvíce narušený). Pacientka přichází do léčby v té chvíli, kdy rodina vyčerpala všechna svá regulační opatření. Tím pádem se často rodina a blízcí domnívají, že náprava není možná. Klíčovou motivací je „jenom“ pacientku někomu předat nebo ji umístit. Někdy se stane, že se během pobytu na oddělení rodina nezúčastní léčby v žádných směrech, ale teprve když pacientka přechází do zařízení následné péče, tak ji rodina začne opětovně důvěřovat a je třeba ochotná jí v léčbě podpořit. V základním léčebném programu ženského lůžkového oddělení je to tak, že se s rodinou pracuje ještě před léčbou

(při domluvě termínu nástupu léčby je optimální, když s rodinnými příslušníky mluví sociální pracovnice). Rodinný příslušník je většinou přítomen u přijímání pacientky, poté je s ním veden vstupní pohovor, který slouží k získání informací vyplněním tzv. objektivního dotazníku, jehož prostřednictvím získají terapeuti detailnější informace o pacientčině závislosti, jejím vývoji a dopadech na rodinné příslušníky. Během léčby je samozřejmostí, že v případě zájmu může rodinný příslušník kontaktovat kteréhokoli z terapeutů. Paušálně je nabídnut seminář pro rodinné příslušníky, který vede psycholog. Seminář slouží k ošetření zranění rodiny (je to opravdová péče a podpora rodinným příslušníkům a také se jim samozřejmě vysvětlují principy léčby). Psycholog jim pomáhá zorientovat se v informacích, které dostávají od pacientek, nebo jim pomáhá pochopit jejich vlastní prožitky v průběhu léčby. Rodinní příslušníci mají možnost požádat o jednorázový či opakovaný pohovor s členy terapeutického týmu (buď v přítomnosti, nebo nepřítomnosti pacientky). Průměrně nejsou pohovory častější u rodinných příslušníků pacientek závislých na MA než u jiných. Rodinní příslušníci mohou také využít rodinnou terapii s hospitalizací (tzn. týdenní hospitalizaci rodinného příslušníka na oddělení v rámci nemocenského pojištění). Tato možnost se doporučuje, protože to bezesporu zvyšuje účinnost léčby. Po léčbě je pro rodinné příslušníky v nabídce rodinná terapie jak v ambulantní formě (kdy tak slyší příběhy jiných a přece jenom mohou získat naději, že to bude jednou možná fungovat, a jednak dostanou i informace o závislosti – aktuálně od těch, kteří už závislost zvládli), tak i ve formě rezidenční (jednu ročně se pořádá rodinná terapie už pro celé rodiny, kde se vytváří komunita z 3 až 5 rodin). Rodinní příslušníci mají rovněž možnost navštěvovat spolu s pacientkou tzv. doléčovací skupinu, která probíhá 1x týdně. Skupiny se zúčastňují bývalé pacientky, jež abstingují, ale zároveň se jí mohou účastnit i současné pacientky, které tak velmi často získávají motivaci pro svoji abstinenci.

Mezi záporů při rodinné terapii patří aktivní závislost rodinného příslušníka s neschopností vydržet abstinenci po dobu rodinné terapie, zneužívání a jiné patologie. Dále, rodina tzv. kodependentní (pacientku podporuje v závislosti přehnanou péčí, nestanovením jasných pravidel a hranic, případně podporováním v úmyslu předčasně ukončit léčbu).

### ● 3 / 9 Následná péče a doléčování

U pacientek se závislostí na MA, je 4měsíční odvykácí léčba základem, protože všeobecně potřebují v léčbě více času. Je zde nezbytnost návaznosti, doléčování, opakování. Tyto pacientky mají větší potíže zařadit se zpátky do běžného života. Mají spíše přátele, kteří užívají nelegální látky. Pacientky závislé na MA nemívají práci a kvalitní zázemí (obtěžněji hledají, na co navázat). Pacientky, u kterých došlo k rozvoji závislosti na MA už v době, kdy měly vytvořenou základní životní strukturu (dokončily si vzdělání, pracova-

ly, či dokonce založily rodinu), prosperují po léčbě jenom s dopomocí doléčovacího programu. Naopak u pacientek, u kterých vývoj závislosti začínal v adolescenci, nebo dokonce v dětství a u kterých nedošlo k vytvoření základních struktur (nebo ty, které dokončily základní vzdělání, ale už v té době užívaly drogu a jejich drogová kariéra byla delší a destruktivnější), se ukazuje jako potřebný pobyt v resocializačním zařízení. Oddělení má velmi dobrou spolupráci se zařízením následné péče TK Kladno-Dubí, jejichž program v podstatě navazuje na program ženského lůžkového oddělení. Pacientky, které přecházejí z tohoto zařízení, mají dobré léčebné výsledky. V současné době je následná péče v komunitě standardně přístupná i pro ostatní pacientky (závislé na alkoholu, lécích apod.). V rámci standardní formy kontaktu při doléčování je nabízen i doléčovací program, což znamená v prvním roce abstinence pětidenní hospitalizaci na oddělení (standardně jako pacientka) v intervalu, který si „současná abstinentska“ zvolí. V rámci doléčovacího programu se pacientky mohou účastnit i již zmíněné doléčovací skupiny. Pracovníci mají zkušenosti, že s nimi pacientky udržují kontakty (pacientky píšou, volají, přijdou je navštívit nebo se „pochlubit“, když překonaly nějaký životní mezník). Ty, které fungují, vazby s pracovníky většinou nepřetrhávají nebo udržují kontakt s jedním členem týmu, jehož si našli jako svoji klíčovou osobu. U pacientek závislých na MA považují pracovníci za léčebný úspěch důslednou abstinenci od všech návykových látek (pokud se totiž abstinence zúží pouze na MA nebo nelegální drogy, dříve nebo později se s nimi sejdou například se závislostí na alkoholu).

#### ● 4 DISKUSE

Pilotní kvalitativní studie má za cíl popsat, jak je personálem vnímána typická pacientka, která se léčí ze závislosti na MA na ženském lůžkovém oddělení KAD, a zmapovat léčebné intervence poskytované těmto pacientkám. S jistotou mírou zobecnění jsou MA pacientky ženského oddělení popisovány jako mladé, nezralé, kreativní, impulzivní, s vnější motivací a disociačním chováním, nemají vytvořeny základní životní struktury a vzorce. Současně dokáží být agresivní, destruktivní a bezohledné. Neznají pravidla běžného slušného chování či majetkové hranice. Zpočátku trvá déle vytvoření vazby jak mezi nimi a terapeutickým týmem, tak mezi nimi a ostatními pacientkami. Podle zkušeností personálu mají pacientky, pokud v léčbě vydrží, velice dobré předpoklady pro uzdravení. Léčebné intervence pacientek se nijak zvlášť neliší od ostatních. Léčebný program mají stejný jako ostatní pacientky na oddělení. Mezi možná specifika patří mírnější „nápravná opatření“ ve formě frakcionované (přerušované) léčby. Dalším specifickým je větší podpora v nástupu do další komunity, velkorysejší nabídka následné péče, či prodloužení léčby a podpora v hledání zaměstnání.

Studie umožňuje náhled do „černé skříňky“ léčebných intervencí ženského lůžkového oddělení KAD. Předložená studie je jedním ze základních kamenů výzkumu specificky zaměřeného na problematiku MA, která může podnítit hlubší zájem o téma léčby závislosti na MA v České republice. Nicméně studie má vedle nesporného přínosu limity, z nichž za nejvýznamnější považujeme skutečnost, že prezentované výsledky jsou vystavěny na sděleních pěti pracovníků jednoho zařízení. V této studii uvedená sdělení mohou obsahovat množství terapeutických kliše či dlouhodobě sdílená dogmata. Například, některé ze zmiňovaných odlišností pacientek závislých na MA a alkoholu nemusí být jednoznačně způsobeny typem užívané návykové látky, nebo že zralost MA pacientek může být jednoduše dána nižším věkem pacientek závislých na MA. Je možné, že k podobným závěrům jako u MA pacientek bychom mohli dojít i u mladších a nevyzrálejších lidí, aniž by užívali MA. S ohledem na zaměření článku (léčba MA pacientky očima léčebného personálu) jsme se nesnažili možná zkreslení personálu zařízení validizačními technikami významněji opravit. Výsledkem studie tedy není popis typické pacientky, ale spíše typický popis pohledu terapeutů na pacientku jednoho lůžkového zařízení, které má svou filozofii léčby. Jako další limit práce vnímáme skutečnost, že nebyla možnost uskutečnit rozhovor se samotnými pacientkami. Rozhovor by práci rozhodně zpestřil. Pro případné rozšíření informací ve výzkumu by byly rozhovory s pacientkami a dalšími pracovníky tohoto oddělení zcela na místě. V rámci získaných údajů (za pomoci tohoto výzkumu) by bylo třeba při dostatku časových možností uzpůsobit otázky pro pacientky (respektive pro ně vytvořit nové) a zároveň rozšířit nynější otázky pro pracovníky. Limitem je bezpochyby také skutečnost, že pilotní studie byla realizována na ženském lůžkovém oddělení KAD, které není typickým zástupcem specializovaného zařízení pro rezidenční typ léčby závislosti na MA. Další studie by měly jednoznačně zahrnovat více zařízení.

Díky získaným informacím z analýzy dokumentů a v rámci vlastního pozorování (zúčastněné skryté a zúčastněné otevřené – při běžném provozu v zařízení) během stáže a v průběhu některých „klasických“ rozhovorů (pozorování zúčastněné otevřené) se tak mohla práce následně zaměřit na typy léčebných intervencí a měla tím tak možnost představit a nastínit celkový průběh léčby na oddělení. Výzkumné předpoklady byly vytvořeny na základě odhadů, které vycházely ze zkušeností načerpaných při stáži. V rozhovorech byla snaha tyto předpoklady následně reflektovat. Shrňme-li však poznatky získané ve výzkumu, získáme tak kladné a záporné charakteristiky. Pacientky jsou podle pracovníků velmi vděčné, aktivní a kreativní. Do skupiny přinášejí dynamiku, například díky poskytování zpětných vazeb. Na druhou stranu dovedou být zlé, agresivní, destruktivní a netrpělivé. Navzájem si ale na oddělení s ostatními pacientkami prospívají, vidí náhled na sebe z pohledu

druhého (nejen z toho důvodu, že doplňují model rodiny o mezigenerační aspekt).

Po doplnění informací získaných díky analýze dat, jež se týkaly zejména léčebného řádu, bylo hlavní myšlenkou popsat obecně personálem vystavěnou charakteristiku pacientek, léčebný proces a specifika v léčebných intervencích u pacientek. Oddělení bohužel nevede specifické statistiky o pacientkách se závislostí na MA. Dle soukromých údajů zařízení se však podařilo získat některá data díky příjmové knize (bez osobního náhledu). Za jeden rok oddělení přijme přibližně 12 drogově závislých, z toho je sedm uživatelů s diagnózou závislosti na MA a z nich 1/3 úspěšně dokončí léčbu.

První autorka strávila na oddělení pět dnů, což umožnilo k informacím od pracovníků získat reálný náhled o průběhu léčby pacientek. Při vlastním pozorování byla taktéž možnost spatřit znatelné kontrasty mezi pacientkou z ženského oddělení v závěrečné fázi léčby (klidná, laskavá, vnitřní motivace, začínala znovu objevovat své ženské stránky) a pacientkou z detoxifikačního oddělení v prvních dnech jejího pobytu (konfliktní, vnější motivace, zanedbaný vzhled, hrubé chování). Pro práci bylo zejména směrodatné zjistit, zda se pacientky (závislé na MA) na ženském lůžkovém oddělení KAD léčí (případně kolik jich je) a v rámci léčebného procesu u nich popsat léčebné intervence.

V České republice je tématu léčby, léčebným intervencím a výzkumu efektivity jednotlivých léčebných kroků věnována velmi malá pozornost. Další studie by mohly být zaměřeny např. na popis a srovnání jednotlivých léčebných modelů více střednědobých zařízení zaměřujících se na léčbu závislostí na MA, odlišnosti v léčbě závislých primárně na MA a závislých na jiných návykových látkách, mohly by porovnat soubor MA se souborem závislých na alkoholu, ale stejného věku, či například zkoumat, jaká je efektivita jednotlivých intervencí.

**Role autorů:** První autorka práci vypracovala jako svou absolventskou práci a vystavěla základní strukturu článku. Druhý autor se podílel na vypracování výzkumného designu a podílel se na psaní a další editaci textu.

**Konflikt zájmů:** Druhý autor je zaměstnancem pracoviště, ve kterém studie probíhala.

**The role of the authors:** The first author drew up the general structure of the paper, which constitutes her graduation thesis. The second author contributed by conceiving the research design and co-writing and editing the text.

**Declaration of interests:** The second author is an employee of the facility in which the study was conducted.

## LITERATURA / REFERENCES

- Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (pp. 19–24). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Brenza, J. (no date). *Charakteristika a vývoj české drogové scény v 70. a 80. letech 20. století z pohledu tehdejších uživatelů nelegálních drog*. Publikace v přípravě.
- Darke, S. et al. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253–262.
- Gabrhelík, R., Štátná, L., Holcnerová, P., Miovský, M., Minařík, J. (2010). Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 10(2), 92–100.
- Grund, J.-P. C., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M., de Bruin, D., Dijkstra, M., Blanken, P. (2010). *The fast and furious: Cocaine, amphetamines and harm reduction, in Harm reduction: Evidence, impact and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 205–225.
- Heller, J., Pecinová, O. (2007). Léčba závislostí u žen. *Referátový výběr z psychiatrie*, 6(2), 56–58.
- Hser, Y., Evans, E., Huang, Y. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of substance abuse treatment*, 28(1), 77–85. Retrieved July 11, 2012 from [http://www.hawaii.edu/hivandaids/Treatment\\_Outcomes\\_Among\\_Women\\_and\\_Men\\_Methamphetamine\\_Abusers\\_in\\_California.pdf](http://www.hawaii.edu/hivandaids/Treatment_Outcomes_Among_Women_and_Men_Methamphetamine_Abusers_in_California.pdf).
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblastí drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, o. s. Filia Nova pro Radu vlády ČR.
- Lee, N. K., Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 309–317.
- Nešpor, K. (2008). Závislost na stimulantech. *Psychiatrie pro praxi*, 9(6), 273–275. Retrieved February 9, 2014 from <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/06/06.pdf>.
- Mravčík, V. et al. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *J. Subst. Abuse Treat.*, 32(1), 41–52.
- Šefránek, M. (2013). Treatment outcome evaluation of therapeutic communities for drug addicts: 1-year follow-up results. [Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: výsledky po jednom roce od ukončení léčby.] *Adiktologie*, 13(2), 106–128.
- UNODC. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. United Nation Office on Drugs and Crime – Drug Abuse Toolkit Serie. New York/Vienna: United Nations.
- Yates, R. (2013). Therapeutic communities: To the outer edges and back into the light. *Adiktologie*, 13(2), 80–82.
- Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155–180.