

Martin Šefránek



# **Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí**

Změny v užívání návykových látek, kriminálním  
chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby







**Evaluace výsledků léčby  
v terapeutických komunitách  
pro léčbu závislostí**

Změny v užívání návykových látek, kriminálním  
chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby

© Úřad vlády České republiky, 2014  
1. vydání  
ISBN 978-80-7440-103-9

*Autor/* Mgr. Martin Šefránek, Ph.D.

*Editor/* Mgr. Lucie Grolmusová

*Odpovědný redaktor/* Mgr. Lucie Grolmusová

*Jazyková korektura/* PhDr. Alena Palčová

**Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách  
pro léčbu závislostí**



<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>8</b>
<b>ČÁST 1: TERAPEUTICKÉ KOMUNITY PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ</b>	<b>12</b>
<b>1 VZNIK A VÝVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT</b>	<b>12</b>
1/1 Demokratické terapeutické komunity	15
1/2 Hierarchické terapeutické komunity	18
1/2/1 USA	18
1/2/2 Evropa	23
1/3 Obsah a metody léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí	36
1/4 Terapeutické komunity pro léčbu závislostí v ČR	41
<b>2 VÝZKUM TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ</b>	<b>46</b>
2/1 Vývoj výzkumu v USA	47
2/1/1 První období výzkumu: 1970–1989	47
2/1/2 Druhé období výzkumu: 1990 až současnost	50
2/2 Vývoj výzkumu v Evropě	51
2/3 Výzkumná témata v hodnocení výsledků léčby	54
2/4 Dialog mezi výzkumem a praxí	57
<b>3 VÝSLEDKY LÉČBY V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ – VÝZKUM V USA A V EVROPĚ</b>	<b>64</b>
3/1 Výsledky léčby v USA	65
3/2 Výsledky léčby v Evropě	78
3/3 Efektivita léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: souhrn zjištěných výsledků	92
<b>ČÁST 2: EVALUACE VÝSLEDKŮ LÉČBY V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ (EVLTK)</b>	<b>96</b>
<b>4 EVLTK: VÝCHODISKA, DESIGN STUDIE A VÝZKUMNÉ NÁSTROJE</b>	<b>96</b>
4/1 Východiska výzkumné studie EVLTK	97
4/2 Design výzkumu	100
4/3 Výzkumné otázky	103
4/4 Spolupracující terapeutické komunity	104
4/5 Výzkumný soubor	105
4/6 Výzkumné nástroje	106
4/6/1 Maudsley Addiction Profile (MAP)	106
4/6/2 Opiate Treatment Index (Index opiátové léčby, OTI)	110
4/6/3 Dotazník kvality života (World Health Organization Quality Of Life Assessment, WHOQOL-BREF)	111
4/6/4 Zung Self-Rating Depression Scale (Zungova škála deprese)	112
<b>5 EVLTK: VSTUPNÍ ČÁST – KDO SE LÉČÍ V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH?</b>	<b>114</b>
5/1 Osobní a sociální charakteristiky klientů	115
5/2 Užívání nealkoholových drog	121
5/3 Konzumace alkoholu	127
5/4 Injekční užívání drog a sexuálně rizikové chování	130
5/5 Kriminalita	134
5/6 Fyzické a psychické zdraví	139
5/7 Práce	142
5/8 Kvalita života	143
5/9 Charakteristiky klientů a rozdíly mezi terapeutickými komunitami	145
<b>6 EVLTK: VÝSLEDKY PO JEDNOM ROCE OD UKONČENÍ LÉČBY</b>	<b>148</b>
6/1 Rozdíly mezi kontaktovanými a nekontaktovanými klienty po jednom roce od ukončení léčby	149
6/2 Klienti po jednom roce od ukončení léčby	150
6/3 Užívání nealkoholových drog	153
6/4 Konzumace alkoholu	158
6/5 Injekční užívání drog a sexuálně rizikové chování	162
6/6 Kriminalita	165
6/7 Fyzické a psychické zdraví	169
6/8 Práce	172
6/9 Kvalita života	175
6/10 Léčba, retenace a výsledky léčby	177
<b>7 SOUHRN VÝSLEDKŮ A ZÁVĚR</b>	<b>188</b>
Poznámka	196
Seznam vybraných zkratk	197
Seznam tabulek a grafů	198
Tabulky	198
Grafy	200
Literatura	201



# PŘEDMLUVA

Cílem práce je prezentovat výzkumem podložené poznatky o efektivitě léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Pokusil jsem se shrnout závěry řady výzkumných studií z USA a z Evropy, které dokládají, že terapeutická komunita pro léčbu závislostí je efektivní léčebnou modalitou. Základem knihy je výzkumná studie „Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí“ (EVLTK). Tato studie přináší dosud ojedinělé poznatky o výsledcích léčby v ČR. Přál bych si, aby knihu četli jak zaměstnanci terapeutických komunit, tak vědeckí pracovníci věnující se primárně výzkumu. Zároveň mou snahou bylo napsat knihu relevantní pro tvůrce protidrogové politiky, studenty adiktologie a dalších příbuzných oborů.

První část knihy pojednává o vzniku a vývoji terapeutických komunit pro léčbu závislostí v USA a v Evropě. V textu je označuji jako „hierarchické“ terapeutické komunity. V úvodu první části knihy se zmiňuji také o „demokratických“ terapeutických komunitách, neboť významně ovlivnily vývoj terapeutických komunit pro léčbu závislostí v Evropě. Jsem si vědom toho, že v české adiktologii se označení „hierarchické“ nebo „demokratické“ terapeutické komunity běžně nepoužívá a taková terminologie může působit značně archaicky a uměle. V textu tuto terminologii používám, abych odlišil dva relativně nezávislé vývojové proudy terapeutických komunit. Jsem si zároveň vědom, že terapeutické komunity pro léčbu závislostí v Evropě integrovaly a úspěšně využívají prvky „demokratických“ terapeutických komunit. O současném českém modelu terapeutických komunit se hovoří jako o syntéze demokratické a hierarchické linie.

Od svého vzniku prošly terapeutické komunity pro léčbu závislostí v USA a v Evropě značným vývojem. Odlišné společenské a kulturní tradice, rozličná regionální specifika nebo způsoby financování se promítaly do jejich vývoje. Hlavní vývojové trendy a odlišnosti popisují v první části knihy.

V první části knihy se dále věnuji výzkumu terapeutických komunit pro léčbu závislostí v USA a v Evropě a shrnuji dostupné výsledky efektivity léčby. Terapeutické komunity vznikly jako alternativa ke stávajícím modelům léčby. Z počátečního experimentu se vyvinuly v zavedenou a respektovanou léčebnou modalitou. Terapeutické komunity jsou dnes označovány jako léčba založená na důkazech (evidence based). V tomto vývoji sehrál klíčovou roli výzkum. Efektivita léčby v terapeutických komunitách je dlouhodobě předmětem intenzivního výzkumu. Studie výsledků léčby jsou doménou USA, nicméně řadu inspirativních výzkumných studií najdeme také v Evropě (např. Velká Británie, Nizozemsko aj.). V ČR jsou data o výsledcích léčby jen velmi omezená a až dosud chyběla studie zkoumající efektivitu léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí.

Druhá část knihy shrnuje závěry výzkumné studie „Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí“ (EVLTK). EVLTK je v ČR dosud jedinou výzkumnou studií efektivity léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Studie hodnotí výsledky léčby klientů čtyř terapeutických komunit jeden rok po ukončení léčby. Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu klientů, nikoli pouze abstinence. Tato studie proto hodnotí změny v řadě oblastí: užívání návykových látek včetně alkoholu, rizikové chování, fyzické a psychické zdraví, osobní a sociální fungování a kvalita života.

Výsledky výzkumné studie považují za významné z několika důvodů. Prvním důvodem je volba *abstinence* jako měřítka výsledku léčby. Abstinence od návykových látek je nejpřísnějším kritériem pro hodnocení efektivity léčby. Druhým důvodem je profil obtíží klientů terapeutických komunit. Řada zahraničních studií, ale i naše závěry ukazují, že v terapeutických komunitách se léčí klienti s *významně závažnějším profilem obtíží* než v jiných typech léčby. Přesto je řada klientů terapeutických komunit schopna dosáhnout velmi příznivých léčebných výsledků. Takové zjištění je značně povzbudivé. Třetím důvodem je vysoká míra uživatelů *pervitinu (metamfetaminu)* mezi klientelou terapeutických komunit v ČR. Opakovaně je poukazováno na značně omezené výzkumné poznatky o efektivitě léčby klientů, jejichž primární drogou je metamfetamin. Prezentovaná zjištění ukazují, že problémoví uživatelé metamfetaminu dosahují po dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě značně příznivých výsledků. Výsledky studie upozorňují na vysokou míru škodlivého pití *alkoholu* u klientů terapeutických komunit. Terapeutické komunity v ČR nejsou primárně určeny pro klienty závislé na alkoholu a konzumace alkoholu není rutinně sledována u uživatelů nealkoholových drog. Závěry studie však ukazují, že vysoká míra konzumace alkoholu může být značným problémem pro řadu klientů terapeutických komunit, který by neměl být přehlížen.

Poděkovat chci nejprve klientům terapeutických komunit Němčice SANANIM, Karlov SANANIM, Podcestný Mlýn, Nová Ves a White Light 1, kteří v letech 2007 a 2008 nastoupili do léčby a zapojili se do výzkumné studie. Je to především jejich studie. Prezentované výsledky dokumentují řadu příznivých a pozoruhodných změn, kterých tito klienti dosáhli jak v průběhu léčby, tak po jejím ukončení. Domnívám se, že léčba v terapeutické komunitě je pouze malou epizodou v životě klientů. Je mi však ctí, že jsem v alespoň omezené míře – s pomocí dat, grafů a tabulek – mohl výsledky jejich léčby dokumentovat.

Na realizaci studie se podíleli: Jana Justinová (nyní Žáková) z TK Němčice SANANIM, Lenka Maškulková (nyní Věbrová) a Pavel Hanzal z TK Karlov SANANIM, Tereza Pelantová a Daniel Karásek z TK Podcestný Mlýn, Hana Habrová a David Adameček z TK Nová Ves a Jakub Solčáň z TK White Light 1. Kolegové ze spolupracujících terapeutických komunit měli na starosti vedení a realizaci rozhovorů s klienty od zahájení léčby až do jednoho roku po jejím ukončení. Klienti byli kontaktováni prakticky po celém území ČR; v mnoha případech bylo nutné za klienty cestovat desítky nebo stovky kilometrů a to ne vždy s jistotou realizovaného rozhovoru. Tato část projektu se ukázala jako mimořádně náročná. Všem patří veliký dík, neboť jejich osobní nasazení ukázalo, že je možné úspěšně realizovat i takto náročnou studii.

Poděkovat chci také vedoucím terapeutických komunit, které jsem v roce 1996 oslovil se žádostí o spolupráci, a oni velkoryse realizaci studie umožnili: Aleš Kuda (Němčice SANANIM), Petr Vácha (Karlov SANANIM), Jiří Bartošek (Podcestný Mlýn), David Adameček (Nová Ves) a Martin Zahálka (White Light 1).

Aleš Kuda se v době přípravy studie ujal nelehkého úkolu a byl mým supervizorem. Poděkovat mu chci především za inspiraci a cenné rady při přípravě a zahájení studie.

Viktorovi Mravčíkovi, Kateřině Škařupové a Marii Coufalové z Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti děkuji především za významnou pomoc se zpracováním a vyhodnocením dat. Za pomoc s přepisem dat děkuji Lence Maškulkové (nyní Věbrové).

Nelehkého úkolu vypracování recenzního posudku se ujal David Adameček. Děkuji mu především za čas a energii, kterou opakovaně věnoval čtení rukopisu a také za cenná doporučení a připomínky k této práci.

Realizace výzkumné studie „Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé“ (EVLTK) byla finančně podpořena dotačním řízením Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (číslo projektu A-49-07), Grantovou agenturou Univerzity Karlovy (číslo projektu 257863) a společností Shering-Plough Central East AG.

Zde publikovaný text byl obhájen jako disertační práce v rámci mého doktorského studia na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Daliborovi Holdovi z Katedry sociální práce děkuji za vedení mé disertační práce.

Speciální poděkování náleží Martině Těmínové Richterové, zakladatelce a předsedkyni správní rady o. s. SANANIM. Velmi si vážím toho, že mě Martina umožnila realizovat výzkumnou studii výsledků léčby v terapeutických komunitách. Předkládaná výzkumná studie vznikla na půdě TK Němčice SANANIM, kterou Martina založila v roce 1991 jako první zařízení tohoto typu v ČR. V SANANIMu jsem téměř 10 let pracoval, nejprve v Kontaktním centru v Praze Holešovicích a potom v TK Němčice. Roky prožité v SANANIMu pro mě byly – a stále jsou – nesmírně obohacující a inspirující jak lidsky, tak profesně.

Zvláštní poděkování chci vyslovit také Michaelovi Gossopovi z Institute of Psychiatry, King's College London. V roce 2007 jsem mu poslal stručný e-mail o mém výzkumném projektu. Také jsem zmínil, že za krátkou dobu budu na pár dní v Londýně. Dodnes si vybavuji moment překvapení, když jsem obdržel odpověď s nabídkou setkání a konzultace mé práce. Michaelovi Gossopovi děkuji za vřelé přijetí a nesmírně inspirativní konzultace. Výzkumná studie National Treatment Outcome Research Study (NTORS), kterou profesor Gossop vedl, se pro mě stala nedostižnou inspirací při zkoumání výsledků léčby v terapeutických komunitách.

Přítelkyni Kateřině děkuji za neocenitelnou pomoc s technickým zpracováním rukopisu a rovněž za vytvoření klidného prostředí pro vědeckou práci.

Martin Šefránek  
Londýn  
Leden, 2014

ČÁST 1  
TERAPEUTICKÉ KOMUNITY PRO LÉČBU  
ZÁVISLOSTÍ



VZNIK A VÝVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

Rozlišujeme dva hlavní a relativně nezávislé proudy v historickém vývoji terapeutických komunit. Terapeutické komunity spadající do prvního proudu vznikly v průběhu 2. světové války ve Velké Británii na půdě armádní psychiatrie a označujeme je jako "demokratické"<sup>1</sup>. Tyto terapeutické komunity byly určeny pacientům s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje. Druhý proud tvoří komunity "hierarchické" (v anglicky psané literatuře označované také jako "concept-based", „concept house“, „drug free“ nebo „pragmatic TC“), které začaly vznikat o více než dekádu později v USA a své kořeny mají v svépomocné komunitě Synanon a svépomocném hnutí Anonymních alkoholiků. Ty byly od svého počátku určeny pro drogově závislé klienty.

Americký sociolog Barry Sugarman<sup>2</sup> (1986) zkoumá pozadí vzniku obou hlavních proudů terapeutických komunit a dochází k následujícím závěrům:

- 1) Terapeutické komunity představovaly *radikální změnu* oproti tradičním postupům léčby, rehabilitace, poradenství, vzdělávání a sociální práce. Změny spočívaly v inovativních způsobech formování a organizace léčebného společenství, otevřené komunikaci mezi všemi členy komunity a využití zpětné vazby. Důraz byl kladen na odpovědnost, možnosti růstu a rozvoj osobnostního potenciálu každého člena komunity.
- 2) *Holistický přístup* terapeutických komunit se soustředil na osobnost jednotlivce jako celek. Zatímco v medicínských, sociálních a vzdělávacích službách převládal trend stále užší specializace, terapeutické komunity se vydaly opačným směrem.
- 3) *Prostředí* terapeutických komunit je unikátním zdrojem změny a učení. Každodenní interakce mezi jednotlivcem a komunitou jsou léčebným procesem.
- 4) Terapeutické komunity na počátku svého vývoje představovaly radikálně nový přístup, který se odlišoval od jiných forem služeb. Vznik a rozvoj terapeutických komunit provázela *polarita názorů*, stejně jako tomu bylo u jiných obdobně inovativních přístupů. Někteří je nekriticky obdivovali a viděli v nich spásné řešení, jiní je zatracovali a sabotovali<sup>3</sup>. Na tyto tendence je nutné nahlížet z dobové perspektivy, kdy terapeutické komunity vznikly jako *alternativa* narušující dosavadní status quo v oblasti psychiatrických služeb, jejich metod, hodnot a cílů. První terapeutické komunity byly často prezentovány jako *jediné* účinné řešení problémů, s nimiž si jiné instituce nevěděly rady.
- 5) Terapeutické komunity by pravděpodobně nikdy nevznikly bez svých nepřehlédnutelných *zakladatelů*. Britského psychiatra Maxwella Jonese, který pracoval ve vládou podporovaných armádních psychiatrických službách a nezaměstnaného bývalého obchodníka Charlese Dedericha, jenž úspěšně prošel léčbou 12 kroků Anonymních alkoholiků, spojovala silná antipatie vůči nemocničním institucím s tradiční autoritativní rolí lékařů a také víra v přirozený lidský potenciál vzájemně si pomoci.
- 6) Terapeutické komunity se vyvinuly ze značně *zoufalých společenských podmínek*, ale paradoxně díky tomu byl jejich vznik tolerován a podporován. Armádní zdravotnické služby ve Velké Británii se ve čtyřicátých letech minulého století musely vyrovnat s tisícovkami

1 Dnes se tyto terapeutické komunity označují také jako „sociálněpsychiatrické“, „psychoterapeutické“, nebo jako „terapeutické komunity pro děti a dospělé“ a dříve byly označovány jako „staré“, aby se odlišily od „nových“, tj. hierarchických terapeutických komunit (Kalina, 2008c).

2 Barry Sugarman je autorem průkopnické případové studie *Daytop Village. A Therapeutic Community* (1974), v níž z pohledu kulturního antropologa popisuje, jak funguje Daytop Village v New Yorku.

3 Podrobněji o tomto vývoji v případě Synanonu pojednává Yablonsky (1965) a v případě Daytop Village Sugarman (1974).

vojáků s vážnými psychiatrickými obtížemi. Jonesův přístup k organizaci nemocnice jako terapeutické komunity umožnil efektivnější využití omezených zdrojů a prostředků, s nimiž měl zvládnout vlnu nově přichozích pacientů. Je pravděpodobné, že v mírových časech by Jones k tak radikálním organizačním změnám svolení nedostal. Sugarmanovu domněnku potvrzuje samotný Jones (1979, s. 1): „Odstartovala to 2. světová válka; v roce 1940 jsem byl postaven do čela stolůžkového oddělení a měl jsem zde léčit a studovat vojáky sužované vyčerpáním způsobeným dlouhodobým stresem (effort syndrome). [...] Londýn byl v té době těžce zasažen leteckým bombardováním, které přispělo ke všeobecnému utužení morálky, provázenému pocitu vzájemné blízkosti a sounáležitosti. Tradiční nemocniční bariéry byly brzy nahrazeny intimními a demokratickými vztahy, což by se v mírových časech pravděpodobně nikdy nestalo.“

Obdobně v USA na konci padesátých let 20. století mnoho závislých na drogách a alkoholu marně hledalo účinnou pomoc. V odborných kruzích převládal názor, že všechny do té doby známé možnosti léčby selhaly. Zdálo se, že Dederichem založené alternativní společenství Synanon nabízí *konečně* funkční a dostupné řešení, neboť snahy o prohibici a kontrolu selhaly. Řada soudců, probačních pracovníků a jiných státních úředníků napříč USA marně hledala účinnou odpověď na rychle se šířící problém drogových závislostí a s nimi související vlnu kriminality. Jeden takový tým tvořený zaměstnanci probační služby Nejvyššího soudu v New Yorku se v roce 1962 vydal na cestu po USA s úkolem najít jakýkoli účinný přístup k léčbě závislostí. Návštěva Synanonu byla do jejich itineráře zařazena dílem náhody. Jednalo se o historický moment, který předcházel založení Daytop Village, první hierarchické terapeutické komunity pro léčbu závislostí.

Po nějaký čas vývoj v obou hlavních proudech terapeutických komunit probíhal do jisté míry nezávisle a bez sdílení zkušeností a informací. Představitelé bezdrogových terapeutických komunit ignorovali existenci jiných terapeutických komunit, zatímco demokratické komunity uplatňovaly distanc vůči svým protějškům z USA, neboť demokratické komunity považovali za jediné „pravé“ a jiné formy uspořádání odmítali (De Leon & Ziegenfuss, 1986; Kalina, 2008c; Kennard, 1998; Lees, Manning, & Rawlings, 1999). „Obě hlavní linie TK žily dlouho ve svých vlastních světech a navzájem se ignorovaly“ (Kalina, 2008c, s. 57). Dostupné prameny se neshodují, nakolik byl tento vývoj skutečně nezávislý. De Leon (2000, s. 24) patří spíše k zastáncům autonomního vývoje a zdůrazňuje, že „neexistují žádné důkazy o tom, že by první psychiatrické terapeutické komunity měly jakýkoli přímý vliv na vznik terapeutických komunit pro léčbu závislostí“. Připouští však, že „podle jedné verze“ zakladatelé Daytop Village a Phoenix House v New Yorku měli velmi dobré znalosti o práci Maxwella Jonese a nově vznikající programy pro drogově závislé pojmenovali jako terapeutické komunity právě podle Jonesova modelu (De Leon, 2000). K obdobnému závěru dochází také Kalina (2008c). Briggs (cit. dle Vandeveld, 2008) zmiňuje osobní návštěvu Maxwella Jonese v Synanonu, na konci 50. let minulého století: Jones vyprávěl zakladateli Synanonu o svém vlastním přístupu a také přednesl několik návrhů na změny v Synanonu. Jones (1979, 1984, 1986), ale i další autoři, např. Broekaert et al. (2000) a Kalina (2008c), publikovali práce, v nichž hodnotili společné znaky a rozdily terapeutických komunit obou hlavních proudů.

Vznik demokratických terapeutických komunit popisuje Kalina (2008c, s. 23): „Vyvinuly se z několika originálních organizačních a koncepčních experimentů na nemocničních psychiatrických odděleních ve Velké Británii za 2. světové války do armádních psychiatrických služeb. Prvními místy byla léčebná zařízení pro psychicky narušené vojáky v Northfield Military Hospital v Birminghamu a v nemocnici Mill Hill v Londýně.“

Hnacím motorem těchto experimentů byla neutěšená válečná situace, kdy armádní psychiatrické služby byly přetíženy značným množstvím vojáků s psychickými traumaty. Nemocniční psychiatrická oddělení, která měla jen omezené zdroje, se najednou ocitla v situaci, kdy bylo potřeba poskytnout intenzivní léčbu stovkám vojáků, kteří se měli znova zapojit do válečných operací (Kalina, 2008c). Jak poznamenává Harrison (1999), revolučnost těchto experimentů spočívala ve spojení mezi lékaři a pacienty, jehož cílem bylo společně překonat psychické obtíže, které vojáky sužovaly.

Jména R. W. Bion (významný britský psychoanalytik), S. H. Foulkes (tvůrce skupinové analýzy) a Tom Main (psychiatr a psychoanalytik; někde také uváděný jako Thomas Main) jsou spojena s léčebnou jednotkou v Northfield Military Hospital. Kennard (1998) sumarizuje jejich klíčové myšlenky, které uplatnili při vedení nemocnice a jež se staly východiskem pro to, co Main poprvé popsal jako „terapeutická komunita“ (tabulka 1).

Tab. 1 Klíčové myšlenky uplatněné při uspořádání Northfield Military Hospital (demokratická terapeutická komunita) – Tom Main a další

Problém narušujícího chování se netýká pouze vedení (tj. personálu) – naopak jde o společný problém, který sdílí celé oddělení.
Veškeré události a aktivity jsou součástí srozumitelného programu. Chování pacientů je hodnoceno na pravidelných setkáních s povinnou účastí.
Skupinová setkání mají různé zaměření, ale od všech členů se očekává, že budou spolupracovat a vzájemně komunikovat.
Vedení oddělení je bezpečně ustanoveno personálem a postupně předáváno pacientům v míře, v jaké jsou schopni ho převzít.
„Kultura zkoumán“ („a culture of enquiry“ <sup>4</sup> ) je pojem zavedený Tomem Mainem a v jeho pojetí se zaměřuje především na vztahy mezi personálem.
Změna v jedné části zařízení vždy ovlivní ostatní části, proto je nezbytné nutně pracovat se všemi částmi zařízení.
Pojem „ <i>terapeutická komunita</i> “ v Mainově pojetí je obecným označením pro všechny uvedené myšlenky.

Zdroj: Kennard (1998)

4 Mainovo označení „a culture of enquiry“ použili Lees et al. (2004) v titulu velmi zajímavé a inspirativní knihy o výzkumu v terapeutických komunitách (hierarchických i demokratických): A Culture of Enquiry. Research Evidence and the Therapeutic Community.



Tom Main (1911–1990) se v roce 1946 stal ředitelem Cassel Hospital<sup>5</sup> a působil zde dalších třicet let. V Cassel Hospital vybudoval unikátní systém léčby kombinující terapeutickou komunitu s individuální a skupinovou psychoterapií. Nemocnice mu k tomu poskytla poměrně nadstandardní podmínky, neboť všichni lékaři zde byli absolventi (nebo kandidáti) psychoanalytického výcviku (Kennard, 1998).

Další kolébkou demokratických terapeutických komunit byla nemocnice Mill Hill, kde od roku 1940 působil Maxwell Jones (1907–1990). Právě jeho jméno je nejvíce spojováno s demokratickými terapeutickými komunitami. V Mill Hill se měli léčit vojáci sužovaní závažnými psychosomatickými obtížemi. Jones zde začal zavádět obdobné změny, o které se pokoušel Main v Northfieldu. Základním prostředkem léčby byl způsob, jakým byla nemocnice pod Jonesovým vedením organizována: třikrát týdně se všichni pacienti účastnili vzdělávacích přednášek; pacienti, kteří pobývali v nemocnici dlouhodobě, pomáhali nově přichozím a zísávali tak postavení srovnatelné s personálem; důraz byl kladen na otevřenou komunikaci; uspořádání nemocnice bylo založeno na méně rigidní hierarchii mezi samotným personálem i mezi personálem a pacienty (Kennard, 1998). Samotný Jones (1979) uvádí, že v momentě, kdy byl ustanoven vedoucím oddělení se stovkou vojáků sužovaných stejnými obtížemi, jevílo se jako nejlepší řešení diskutovat problémy se všemi vojáky současně. Situace, v níž se Jones se svými kolegy ocitl, vybízela k opuštění tradičních postupů v psychiatrii.

Jméno Maxwella Jonese je nejčastěji spojováno s jeho působením v Henderson Hospital<sup>6</sup>, hrabství Surrey jihozápadně od Londýna (do roku 1958<sup>7</sup> známá pod názvem Belmont Social Rehabilitation Unit). Jones se stal ředitelem nemocnice v roce 1947. Původně se zde léčili vojáci, kteří trpěli tzv. válečnou neurózou (v současné terminologii se jedná o posttraumatickou stresovou poruchu). Jones zde vybudoval modelovou terapeutickou komunitu pro pacienty s poruchou osobnosti, v níž uplatňoval tři základní principy (Kennard, 1998):

(1) *Komunitní setkání* se konalo každodenně za účasti všech členů komunity (personálu i pacientů) a probíralo se zde dění v komunitě za uplynulých 24 hodin. Komunitní setkání bylo místem, kde členové komunity dostávali zpětné vazby na své chování a zároveň zde byl prostor k projednávání důležitých rozhodnutí týkajících se celé komunity. Vedoucí úloha v těchto setkáních nenáležela výhradně personálu, což mimo jiné pacientům umožňovalo přebírání odpovědnosti za dění v komunitě.

5 Cassel Hospital je stále v provozu, specializuje se na léčbu klientů od 16 let věku s poruchou osobnosti. Standardně nabízí také rodinnou a párovou psychoterapii. Neomezuje se výhradně na rezidenční léčbu, ale nabízí také denní péči a terénní služby. Přestože je členem Asociace Terapeutických Komunit (ATC, <http://www.therapeuticcommunities.org/>), na svých webových stránkách se k terapeutické komunitě jako modelu léčby nehlásí (<http://www.wimht.nhs.uk/cs/cassel-hospital-services/>). Taková praxe je ve Velké Británii běžná a týká se demokratických i hierarchických terapeutických komunit.

6 Činnost Henderson Hospital byla ukončena v dubnu 2008 z důvodu nízké obloženosti. Jednalo se o poměrně rychlou akci: rozhodnutí NHS (National Health Service – britský systém státního zdravotnictví) zveřejnilo rozhodnutí o uzavření nemocnice v prosinci 2007. V té době činila obloženost 12 míst z celkové kapacity 29 lůžek. V roce 1997 nemocnice slavila padesáté výročí úspěšné existence. S Henderson Hospital je spojena také bohatá výzkumná činnost. Norton & Fiona (2004) sumarizují závěry deseti studií, které v letech 1960–1997 hodnotily výsledky léčby. K Jonesově odkazu a jeho modelu léčby v Henderson Hospital se hlásí zakladatelé o. s. Kaleidoskop, které v ČR provozuje rezidenční terapeutickou komunitu pro klienty s poruchou osobnosti.

7 Uvádí se rovněž rok 1960 (Hinshelwood & Manning, 1979).

- (2) *Porady personálu* se konaly bezprostředně po ukončení každého komunitního setkání a byly místem, kde bylo možné diskutovat vzájemně vztahy mezi personálem, sdílet odpovědnost a ventilovat emoce.
- (3) *Učení se z každodenních situací* bylo živou součástí života v komunitě, který přinášel řadu krizových momentů. Když se taková situace objevila, byly přerušeny ostatní aktivity a členové komunity se soustředili na hledání řešení. Jones viděl problémy svých klientů zejména v tom, že neumějí vycházet ani s druhými lidmi ani sami se sebou, a právě učení se z každodenních situací dávalo příležitost k ventilování emocí, k pochopení situace a ke změně.

Dalším Jonesovým inovátorským počinem bylo pozvání Roberta Rapoporta (absolvent sociální antropologie na Harvard University, USA) a jeho týmu, který měl za úkol zkoumat sociální prostředí komunity. Výsledkem jeho práce byla významná kniha *Community as Doctor* (Rapoport, 1960), přinášející první popis fungování demokratické terapeutické komunity z pohledu „outsidera“ (Lees, Manning, & Rawlings, 2004).

Nejnámější součástí knihy je vyhodnocení dotazníku, kterým Rapoport mapoval hodnoty personálu ve vztahu k léčbě. Výsledkem byla formulace čtyř základních principů fungování demokratické terapeutické komunity, které jsou uvedeny v tabulce 2.

Tab. 2 Základní principy fungování demokratické terapeutické komunity podle Rapoporta

<b>Demokratizace</b>
Každý člen komunity (personál i pacienti) má podíl na rozhodování o důležitých věcech týkajících se komunity.
<b>Permisivita</b>
Od všech členů komunity se očekává, že si budou vzájemně tolerovat chování, které by za běžných okolností bylo považováno za znepokojující nebo až deviantní.
<b>Komunalismus</b>
Členové komunity spolu udržují blízké vztahy, oslovují se křestními jmény, volně spolu komunikují a sdílejí společné prostory (jídlna atd.)
<b>Konfrontace s realitou</b>
Obtíže pacientů se promítají do jejich vztahů se členy komunity, a proto je jim neustále sdělováno, jak je ostatní vidí a jak rozumí jejich chování.

Zdroj: Kennard (1998)

Průkopnické uspořádání prvních demokratických terapeutických komunit kladlo důraz na vytvoření společenství, jehož primární hodnotou je vzájemná pomoc a spolupráce v každodenním chodu nemocnice. Sociální rozměr léčby byl doplněn o nedirektivní skupinové diskuse, které měly podpořit porozumění procesu. Postupně docházelo ke stírání „tradiční demarkační linie“ mezi personálem a pacienty (Kalina, 2008c). Vedení psychiatrického oddělení zůstalo v rukou profesionálního personálu, jehož role se posunula směrem k vytváření atmosféry důvěry, v níž byli pacienti podporováni k převzetí části odpovědnosti a k uplatnění vlastní tvořivé iniciativy (Kennard, 1998). Demokratická terapeutická komunita byla organizována jako společenství založené na předpokladu, že všichni budou přispívat k naplnění

kolektivního cíle, kterým je vytvoření sociální organizace s léčebnými prvky (Rapoport, cit. podle Gossop, 2004).

Kalina (2008c) shrnuje revoluční změny, které terapeutické komunity vnesly do systému psychiatrické péče: byla to především snaha o přeměnu hierarchického medicínského modelu péče v model, který uplatňuje otevřenější a demokratičtější struktury. Díky tomu se dveře terapeutických komunit otevřely také jinému než medicínskému personálu, a tím se začal rozvíjet mezioborový přístup. Sociální organizace oddělení byla stejně důležitá jako terapeutické praktiky personálu. Hlavním prvkem terapeutické komunity bylo strukturované sociální prostředí, které umožňovalo postupný proces učení a pochopení skupinové dynamiky.

Demokratické terapeutické komunity hlásící se k odkazu Jonese, Maina a jejich spolupracovníků nebyly určeny pro léčbu závislostí. Demokratické terapeutické komunity se dnes zaměřují na léčbu řady závažných poruch duševního zdraví (Kalina, 2008c). Ve Velké Británii jsou jejich typickou cílovou skupinou pacienti s poruchou osobnosti. Zabývají-li se závislostí, pohlíží na ni jako na jeden ze symptomů základního problému (Lees et al., 1999).

## 1/2

## Hierarchické terapeutické komunity

## 1/2/1 USA

Jestliže u zrodu demokratických terapeutických komunit stáli profesionálové (psychiatři, psychologové, psychoterapeuti), kteří je zakládali jako inovativní součásti již etablovaných psychiatrických oddělení nemocnic, pak hierarchické terapeutické komunity vznikaly v civilním prostředí místního společenství, které kladlo důraz na vzájemnou pomoc lidí s obdobnými problémy (u jejich zrodu často stáli neprofesionálové, bývalí uživatelé drog). Na paradox historického vývoje upozorňuje Kennard (1998): zatímco doktoři, zdravotní sestry a další nemocniční personál v demokratických terapeutických komunitách usilovali o setření hranic mezi personálem a pacienty, nově vznikající bezdrogové terapeutické komunity dostaly do vinku hierarchickou strukturu a tvrdě konfrontační encounterové skupiny.

Synanon založený Charlesem Dederichem (1913–1997) v roce 1958 je všeobecně považován za kolébku hierarchických terapeutických komunit<sup>8</sup>. Dederich byl abstinujícím alkoholikem (použijeme-li slovníku AA), který v Synanonu uplatnil svou osobní zkušenost s hnutím Anonymních alkoholiků. Dederich se společníky z Anonymních alkoholiků začal ve svém bytě pořádat každý týden pravidelná skupinová setkání bez předem určeného obsahu. Ta se změnila v encounterové skupiny a během jednoho roku se z týdenních mítinků vyvinula rezidenční komunita. Synanon byl otevřen v srpnu 1959 v Santa Monice (Kalifornie, USA) s cílem

8 Někteří autoři (Kennard, 1998; Gossop, 2004) označují Synanon za první hierarchickou terapeutickou komunitu. Naopak Kalina (2008c) Synanon za terapeutickou komunitu nepovažuje a píše o něm jako o sociálním experimentu, svépomocné abstinenční komunitě, podnikatelské firmě, klanu a sektě (což jsou vzhledem k dalšímu vývoji Synanonu označení adekvátní). Podle Kaliny (ibid), ale i jiných autorů (např. Broekaert, Colpaert, Soyez, Vanderplasschen, & Vandeveldel, 2007) byl první hierarchickou terapeutickou komunitou Dayton Village založený počátkem šedesátých let minulého století v New Yorku.

poskytnout léčbu lidem, kteří se potýkají se zneužíváním jakýchkoli návykových látek (Gossop, 2004).

Sociolog Lewis Yablonsky v Synanonu dlouhodobě pobýval a je autorem hojně citované knihy *The Tunnel Back*. Synanon publikované v roce 1965. Yablonsky ve své knize zdůrazňuje, jak výjimečným počinem v léčbě drogových závislostí Synanon byl. Synanon vznikl v době, kdy mezi odborníky převládala velmi skeptický názor na možnosti léčby drogově závislých. Yablonsky píše, jak na něho zapůsobily zprávy o Synanonu, o němž poprvé slyšel v roce 1960 na konferenci v Londýně: „Za více než desetiletou praxi, kdy jsem se věnoval řešení kriminality na východním pobřeží (USA – pozn. M. Š.), jsem nepotkal jediného tzv. ex-usera, který by skončil s užíváním drog. Je-li pravdou, že v Synanonu žije bez drog třicet ex-userů, kteří nepáchají trestnou činnost [...], jedná se o zcela průkopnický čin“ (Yablonsky, 1965, s. 3).

Dle Kooymana (2001, s. 61) se ze Synanonu stal „fascinující sociální experiment“. Kooyman navštívil Synanon v roce 1975: „[...] Synanon se skládal z několika areálů s řadou budov, přičemž ten hlavní se nacházel v Tomales Bay, severně od San Franciska, kde bydlelo 16 000 lidí; nebyli zde pouze závislí na drogách a alkoholu, řada obyvatel byla do Synanonu přitahována „životním stylem“ a utopickými ideály o společném životě v komunitě. Měli zde svoje vlastní školy, požární sbory, zdravotní střediska, hospodářské farmy, továrny, obchody a služby. Centrem komunity byl „chrám“, budova, v níž členové Synanonu mohli studovat literaturu a nahrávky, a tak se stát fanatiky Synanonu. Zde také po mnoho let probíhala nekončící skupinová diskuze ve formě „Synanonské hry“. Každý pondělní večer byl vyhrazen pro „hru“, které se účastnila Synanonská rada starších (samotného Dedericha mohla konfrontovat jen jeho manželka a bratr). V areálu Synanonu nechybělo uzavřené televizní a rozhlasové vysílání.“

Synanon prošel za dobu své existence bouřlivým vývojem. Od členů Synanonu se začalo očekávat, že v komuně zůstanou po zbytek svého života a zřeknou se kontaktů s vnějším světem. V roce 1975 se Synanon prohlásil za náboženství a Dederichovi náležela pozice poloboha. O tři roky později byl Dederich spolu s dalšími členy Synanonu obžalován z přípravy vraždy, což byl počátek konce (Kennard, 1998; Kooyman, 2001). „Zdrojem krize bylo především Dederichovo nezvládnutí moci: stal se autokratickým vůdcem, propadl kultu vlastní osobnosti, ostře odmítal jakoukoli kritiku, tvrdě napadal své odpůrce a zbavoval členy společenství jakékoliv osobní svobody (vyžadoval např. sterilizaci mužů na nižších stupních hierarchie, členové komuny nesměli mít žádný osobní majetek a museli oddaně pracovat ve prospěch vůdce)“ (Kalina, 2008c, s. 36). Synanon byl definitivně rozpuštěn v roce 1991 (Broekaert, Vandavelde, Soyez, Yates, & Slater, 2006). Jeho zakladatel zemřel opuštěný a v zapomnění o šest let později.

V roce 1963 byla otevřena terapeutická komunita Daytop Village<sup>9</sup> (New York, USA). Jejím zakladatelem byl psychiatr Dan Casriel (1924–1983), který novou komunitu založil poté, co spolu se svými kolegy osobně navštívil Synanon. Kromě Casriela u zrodu Daytop Village stál Joseph Shelly, vedoucí probačního oddělení u Nejvyššího soudu v New Yorku; Alexander Bassin, psycholog a vedoucí pro výzkum tamtéž a kriminolog prof. Herbert Bloch. V roce 1962 se vydali na cestu po Spojených státech s cílem nalézt řešení pro vzrůstající problém

9 Komunita se původně jmenovala Daytop Lodge, k jejímu přejmenování na Daytop Village došlo v roce 1965 (Casriel & Amen, 1971). V textu používáme označení Daytop Village (eventuálně vžitou zkratku „Daytop“) bez ohledu na to, o kterém období píšeme.

užívání drog (Kooyman, 2001). Na doporučení Jacoba L. Morena (průkopníka skupinové psychoterapie) a Carla Rogerse (zakladatele psychoterapie zaměřené na člověka) navštívili Synanon v Santa Monice. V té době zde žila a abstinovala více než stovka klientů, převážně s historií závislosti na heroinu. Zatímco v léčebných centrech vedených profesionály převládala přátelská atmosféra a porozumění, Casriel a jeho kolegové byli svědky encounterových skupin<sup>10</sup>, obrazného i doslovného holení hlavy<sup>11</sup> (tzv. hair cuts, v českém prostředí je někdy používán termín „mytí hlavy“) a povinnosti nosit na krku zavěšenou ceduli<sup>12</sup>, často s dehonestujícím označením (Kooyman, 2001). Casriel a jeho spolupracovníci objevili v Synanonu nový přístup k léčbě závislosti, po němž do té doby marně pátrali. Zatímco v odborných kruzích panoval značně skeptický přístup k možnostem léčby drogově závislých, klienti Synanonu byli schopni dosáhnout dlouhodobé abstinence.

Počáteční roky Daytopu byly poznamenány dramatickým vývojem (Kooyman, 2001; Sugarman, 1974): první rok byl ve znamení chaosu, klienti nedodržovali řád, užívali drogy a alkohol, v komunitě chyběl zkušený vedoucí a tým. Do čela komunity byl v roce 1964 postaven David Deitch, bývalý absolvent Synanonu, který přinesl žádoucí změnu, ale jeho působení skončilo událostmi, které Sugarman (1974) popisuje jako „velký rozchod“<sup>13</sup>. V letech 1967–1972 v Daytop Village opakovaně pobýval sociolog Barry Sugarman (1974, s. 4), který své první dojmy shrnul následovně: „Čeho si můžete všimnout během první půl hodiny je, že v komunitě panuje pořádek, pravidla jsou všeobecně respektována a v případech potřeby pro-

10 „Slovo „encounter“ pochází z anglického „setkání“ a jedná se o „speciální techniky skupinové psychoterapie zaměřené na odstraňování psychických bariér a obranných mechanismů. Při interpersonální interakci se podporuje otevřenost, ochota řešit problém, volí se přístup „zde a nyní“. Cílem těchto technik je pomoci lidem růst, prožívat radost, otevřenost a spontaneitu. Příkladem technik zaměřených na odstranění zábrán je dotýkání, křik, společný pláč. Terapeut při encounteru podporuje projevovalí emoci naplno a upřímně. V současné době je užití této metody pro léčbu někdy pokládáno za kontroverzní, protože klienti intenzivní zážitky obtížně integrují“ (Kalina, 2001, s. 36). Podle De Leona (2000) je encounterová skupina erbovním znakem terapeutických komunit pro léčbu závislosti a nositelem klíčových hodnot terapeutické komunity.

11 Tzv. „hair cuts“ patřil mezi nejsilnější slovní korektivní intervence, které byly uplatňovány v případech, kdy klientovo opakované negativní chování a postoje nebyly slučitelné s hodnotami komunity. Vyjádření nesouhlasu s klientovými činy a postojí mělo formalizovanou nebo ritualizovanou podobu: „mytí hlavy“ se účastnil personál i klienti, intervence měla předepsanou strukturu, užíval se kritický tón a zpravidla následovalo udělení trestu (ten měl někdy podobu oholení hlavy, jednalo-li se o muže; žena musela určitý čas nosit zimního kulicha). Klient mohl být zavolán do kanceláře, musel stát mlčky, pokorně poslouchat a dívat se do očí přítomným členům týmu a klientům, kteří ho konfrontovali (někdy za pomoci křiku) s jeho nevhodným chováním. Jedinec neměl možnost jakkoli reagovat a zhruba po pěti minutách musel klidnost opustit (De Leon, 2000).

12 Jednalo se o formu disciplinárního potrestání, provinil-li se jedinec porušením pravidla nebo se nechoval v souladu s očekávanými komunitou. Na ceduli se zpravidla uvádělo, co by měl jedinec změnit (např. mluv s respektem, poslouchej, přestaň zastrašovat) nebo se použilo záměrně negativního označení osoby klienta (např. lhář, zloděj, manipulant). Taková intervence byla označována za učení se prostřednictvím zkušeností. Cílem bylo přimět jedince, aby si uvědomil své chování a postoje, což byl první předpoklad žádoucí změny. Od ostatních členů komunity se očekávalo, že při setkání se sankcionovaným jedincem přečtou, co má napsáno na ceduli a požádají ho o vysvětlení obsahu. Tyto interakce měly několik rozměrů: podporovaly učení se žádoucím chování a postojům, podporovaly otevřenost klienta a jeho snahu změnit své chování a zároveň byly nástrojem sociální kontroly ze strany ostatních členů komunity (De Leon, 2000).

13 Deitchovo působení v Daytop Village vyvrcholilo na sklonku roku 1968. Deitch začal rezignovat na léčebné cíle terapeutické komunity, včetně toho základního: návrat klientů do společnosti. Jeho vizi bylo zřeknutí se hodnot většinové společnosti a přeměna Daytopu v utopistické sociální hnutí. Tím se stále více dostával do konfliktu se správní radou komunity a vše skončilo událostmi, které Sugarman (1974) popisuje jako „velký rozchod“: Deitch za dramatických okolností spolu s téměř dvěma stovkami klientů a velkou většinou zaměstnanců komunitu opustil. Během šesti měsíců se Daytop vrátil k běžnému provozu a získal zpět svou reputaci jako terapeutická komunita pro léčbu závislosti. Jak připomíná Kooyman (2001), Deitch svého chování později litoval, studoval na univerzitě, pomáhal zakládat další terapeutické komunity a přednášel po celém světě.

sazována, klienti se sami hlásí k plnění úkolů a dělají to celkem rádi, je to místo, kde se tvrdě pracuje. Uvědomíte-li si, co ti lidé dělali dříve a jaký život vedli, je s podivem, že zde vše běží s neuvěřitelnou lehkostí. [...] Další postřeh již vyžaduje více času a můžete k němu dojít jen v případě, že máte možnost poznat intimnější stránky každodenního života v Daytopu. Použijeme-li oficiální slovník, máme na mysli skupinovou solidaritu. Hovoříme o otevřenosti a připravenosti přivítat nového člena nebo návštěvníka a přispět k tomu, aby se cítil jako člen skupiny. Při bližším zkoumání objevíte značné množství vřelosti, zájmu a lásky, která je přítomna mezi mnohými obyvateli domu. Můžete toho být svědky, zejména po práci, kdy se klienti setkají a neformálně spolu hovoří. Každý, kdo se cítí zklamaný, je pobízen, aby o tom hovořil; většinou dostane radu založenou na obdobné zkušenosti, dostane se mu ujištění, že je schopen se s problémem vypořádat a že ostatní obyvatelé domu mu v tom budou nápomocni."

Sugarman (1974, s. 11) opakovaně referuje o pojmu „koncept“ (v angličtině „concept“), který je spojován s terapeutickou komunitou Daytop Village, kde mělo jeho užití univerzální povahu: „V Daytopu je nejčastěji používaným výrazem – a to mezi zaměstnanci i klienty – slovo „koncept“, které referuje k samotné komunitě Daytop, její filozofii, ideálům a metodám, jakými se vše v Daytopu dělá [...]“ Pojem „Concept Houses“ nebo „Concept-Based TK“ (v česky psané literatuře se lze setkat s označením „na konceptu založené TK“) se používá k označení terapeutických komunit pro léčbu závislostí, které vycházely z tradice Synanonu a Daytop Village a vznikaly v šedesátých až sedmdesátých letech v USA a v sedmdesátých letech 20. století v Evropě. Kalina (2008c, s. 175) referuje o „konceptu“ jako o pojmu, „který odkazuje na osvědčený přístup Synanonu a prvních mateřských terapeutických komunit pro drogově závislé a je značkou správné filozofie sociálního prostředí a správné organizace léčebného plánu pro drogově závislé.“ Tabulka 3 shrnuje základní prvky konceptu v Daytop Village.

Tab. 3 Základní prvky konceptu terapeutické komunity Daytop Village (hierarchická terapeutická komunita)

#### **Komunita jako náhradní rodina**

Model náhradní rodiny rezonoval s potřebou klientů, kteří o vlastní rodiny přišli, či z nich byli vyloučeni. Rodinný model komunity poskytoval zázemí a bezpečí a zároveň nabízel širokou škálu výchovných podnětů a situací. Daytop Village se označoval za „rodinu“, ranní setkání, které se konalo každý den kromě neděle, se zahajovalo pozdravem „Dobré ráno, rodino!“. Být členem Daytopu bylo považováno za odměnu na rozdíl od vězení či nemocnice, kde klienti pobývali za trest nebo z donucení.

#### **Konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí sociální rehabilitace**

Encounterové skupiny (převzaté ze Synanonu) sloužily jako místo, kde bylo možné ventilovat pocity stresu, frustrace a agrese. Klienti se rovněž učili nebát se konfliktu, nevyhýbat se řešení a řešit konflikt produktivnějším způsobem, a tím přispívat k osobnímu růstu. Skupina se věnovala každodenním situacím ze života v komunitě a reálným vztahům „tady a teď“. Další konfrontační techniky používané v Daytopu popisuje podrobně Sugarman (1974).

**Důraz na normy, pravidla a konformitu**

V Daytopu platila dvě kardinální pravidla: (1) zákaz drog a (2) zákaz užití násilí. Vyhovění nařízením bez jakéhokoli protestu či vzdoru bylo přísně vyžadováno, stejně jako plnění pracovních úkolů. Chování všech členů bylo průběžně monitorováno a hodnoceno (samotnými klienty), zda odpovídá vysokým standardům komunity. Kontrola byla rámována odpovědným zájmem o členy komunity. Vysoce byla hodnocena otevřenost a pravdomluvnost. Hodnotový systém komunity nebyl slučitelný s užíváním drog a kriminálním chováním. Sugarman (1974) označuje ideologii Daytopu za autoritářskou a paternalistickou.

**Systém odměňování je základem změny**

Komunita měla hierarchickou strukturu. Jak klienti postupovali v léčbě, plnili náročnější a odpovědnější funkce. Klienti zároveň získávali zpět určitá privilegia, kterých se museli vzdát na začátku léčby: možnost otevřené návštěvy, obdržení korespondence nebo možnost mít u sebe peníze. Klienti se nakonec mohli stát i členy týmu. Postup na hierarchickém žebříčku komunity neznamenal ochranu před konfrontací od ostatních členů komunity.

**Svépomoc je významnější než profesionální pomoc**

Tým Daytop Village byl tvořen jak bývalými uživateli, kteří prošli léčbou v Synanonu (později i v samotném Daytopu), tak profesionály, ale panovalo přesvědčení, že ex-uzeři jsou pro drogovou klientelu vhodnějšími terapeuty než profesionálové. Možnost dosažení terapeutické pozice v komunitě byla vnímána jako významná pro motivaci stávajících klientů. Podle údajů z roku 1971 celkem 75 % absolventů Daytopu pracovalo v některé z terapeutických komunit.

**Charizmatický vůdce má velký terapeutický potenciál**

Daytop Village našel svého charizmatického vůdce a otcovskou figuru v postavě Davida Deitcha, který do komunity přinesl svoji osobní synanonskou zkušenost. Od prvního dne deklaroval, že Daytop je pouze pro ty, kteří jsou odhodláni dodržovat řád komunity a změnit svůj život. Komunitě tím zachránil reputaci, neboť před jeho příchodem bylo běžné, že klienti v domě užívali drogy.

**Oddanost společenství**

Od prvního momentu byl kladen důraz na vznik pevného pouta mezi nově přichozím klientem, členy skupiny a komunitou jako celkem (viz první bod: komunita jako náhradní rodina). Loajalita vůči komunitě byla vysoce ceněna a pro klienty představovala způsob, jak nalézt šťastnější život.

Zdroj: Kalina (2008c), Sugarman (1974), Casriel a Amen (1971)

Absolventi Synanonu začali v šedesátých letech minulého století zakládat v USA další terapeutické komunity – Phoenix House, Odyssey House a Gateway Foundation, které navazovaly na původní filozofii, sociální organizaci a praxi Synanonu (Gossop, 2004). Phoenix House byl otevřen v roce 1966 v New Yorku, a to s podporou komunity Daytop, jejíž zaměstnanci se významným způsobem přičinili o to, aby představitelé města New York začali Phoenix House podporovat (Sugarman, 1974). Nově vznikající terapeutické komunity nebyly již čistě svépomocnými programy, jako byl Synanon, ale na jejich otevření se běžně podíleli psychiatři a další profesionálové. Pro rozvoj terapeutických komunit bylo důležité, že Daytop Village i Phoenix House nabízely zájemcům z nejrůznějších oborů možnost pobytu v terapeutické komunitě, a zažít tak na vlastní kůži komunitní atmosféru a každodenní dění. Tato praxe byla důležitá pro vznik terapeutických komunit v Evropě a vůbec po celém světě (Kooyman, 2001). Právě komunity Daytop Village a Phoenix House se staly modelem pro řadu dalších terapeutických komunit v USA i v Evropě. S těmito terapeutickými komunitami jsou spojena

jména předních odborníků, kteří se věnují výzkumu terapeutických komunit, publikačním a vzdělávacím aktivitám: George De Leon<sup>14</sup> (Phoenix House) a David Deitch<sup>15</sup> (Daytop Village, Phoenix House aj.), máme-li jmenovat pouze dva.

### 1/2/2 Evropa

Přestože užívání drog nebylo v západní Evropě žádnou novinkou, vzhledem k míře rozšíření, specifické skupině uživatelů a přístupu lékařů nebylo považováno za závažný celospolečenský problém, jak ho známe dnes. Strang et al. (2005) uvádějí, že až do konce padesátých let 20. století byla situace ve Velké Británii natolik příznivá, že se zde prakticky nevyskytoval nelegální obchod s drogami, nebyla zde žádná drogová subkultura ani mladiství uživatelé drog. Zatímco USA stály od počátku 20. století v čele snah o kriminalizaci a prosazení protidrogové legislativy na domácí i mezinárodní úrovni, ve Velké Británii od roku 1926 lékaři předepisovali závislým pacientům opiátové léky (včetně heroinu) (ibid). Užívání drog bylo považováno za medicínský problém. Strang et al. (2005) uvádějí, že během dalších třiceti let se ve Velké Británii nevyskytl významný problém s injekčním užíváním opiátů: stabilní populaci uživatelů tvořili lidé středního věku a ze střední třídy, jejichž podstatnou část představovali samotní lékaři a jejich pacienti, kteří se stali závislými na opiátových analgetikách v průběhu léčby jiných obtíží. Případy užívání heroinu, které neměly iatrogenní původ, byly velmi ojedinělé: Judson (1974) uvádí, že v roce 1950 bylo v celém Londýně pouhých 25 uživatelů heroinu. Ve čtyřicátých a padesátých letech minulého století celkový počet závislých na opiátech ve Velké Británii nepřesáhl 500 osob, ovšem pouze 10 % z nich užívalo heroin, a to na lékařský předpis (Strang et al., 2005).

Situace se začala měnit na přelomu padesátých a šedesátých let minulého století, kdy do Velké Británie přišla zhruba stovka drogově závislých ze Severní Ameriky (převážně Kanadánů) s etablovanou kriminální historií, kteří byli přitahováni relativně snadným přístupem k lékařsky předepsovaným opiátům, jak to popsal jeden z imigrantů: „Z letiště jsem si vzal taxíka a jel do Holloway Road<sup>16</sup> k obvodnímu lékaři a okamžitě jsem měl heroin a kokain na předpis“ (Strang et al., 2005, s. 5). Jak uvádějí Strang Et Gossop (2005), novou generaci uživatelů heroinu se v šedesátých letech 20. století stali dospívající a mladí dospělí, kteří heroin cíleně vyhledávali a aplikovali si ho nitrožilně (zatímco v předchozích desetiletích byla obvyklá subkutánní a intramuskulární aplikace).

V západní Evropě mládež šedesátých let nejčastěji užívala marihuanu, LSD, amfetaminy a opium (pomineme-li alkohol). K rozšíření heroinu došlo až na počátku sedmdesátých let minulého století. Např. v Holandsku se heroin objevil na černém trhu až v roce 1972, kdy nahradil do té doby oblíbený metamfetamin a opium a stal se nejpobulárnější tzv. tvrdou drogou (Kooyman cit. podle Kooyman, 2001). Zastaralý systém psychiatrických služeb se začal potýkat s novou klientelou, která hledala účinnou pomoc. V odborných kruzích panoval mimořádně skeptický přístup k možnosti léčby nové generace uživatelů drog a všeobecně se věřilo, že závislost na drogách není možné překonat. Naštěstí se v řadě evropských zemí našli

14 George De Leon je v současnosti pravděpodobně největší autoritou na poli výzkumu hierarchických terapeutických komunit v USA. Mimo jiné založil Centre of Therapeutic Community Research a je autorem monografie *The Therapeutic Community. Theory, Model and Method*.

15 V současnosti působí jako profesor klinické psychiatrie na University of California v San Diegu a je jednou z nepřehlédnutelných postav hnutí terapeutických komunit. David Deitch počátkem devadesátých let minulého století navštívil ČR a zavítal také do TK Němčice SANANIM.

16 Holloway Road je známá nákupní třída v Severním Londýně.



profesionálové dobře obeznámeni s prací Maxwella Jonese, kteří se pod vlivem událostí revolučního roku 1968 netajili sympatiemi k antipsychiatrickému hnutí a zároveň měli přístup k prvním informacím o hierarchických komunitách pro léčbu závislosti v USA (Broekaert et al., 2007; Kalina, 2008c).

Řada autorů (Kooyman, 2001; Yates, Rawlings, Broekaert, & De Leon, 2006) uvádí, jak na ně zapůsobily zprávy z USA o Synanonu a nově vzniklých concept-based terapeutických komunitách (Daytop Village, Phoenix House aj., viz předchozí část textu), které se zásadním způsobem lišily od tehdejších psychiatrických služeb: nové terapeutické komunity měly hierarchické uspořádání, řízeny byly převážně ex-usery a v centru veškerého dění stály encounterové skupiny. Ian Christie vzpomínal, jakým zážitkem pro něj bylo zhlédnutí divadelního představení s názvem *The Concept* (Koncept), v němž absolventi Daytopu velmi přesvědčivě sehráli proces léčby v terapeutické komunitě (Yates et al., 2006). Christie později na svůj zážitek z roku 1968 vzpomínal s opravdovým nadšením: „Jsem ateista. Jsem jím již od třinácti let. Ale to, co jsem zažil, to bylo doslova jako náboženská konverze. Tehdy jsem tomu nepřikládal takový význam. Ale ve skutečnosti jsem byl po návratu z Ameriky jako v mánii“ (Yates et al., 2006, s. 6). Yates et al. (ibid) píše o bezmezném Christieho entuziazmu, s nímž se vrátil ze své poznávací cesty do USA, neboť potřeboval pouhých 14 dní, aby na půdě nemocnice St. James Hospital v Portsmouthu (jižní Anglie) otevřel terapeutickou komunitu Pink Villa Huts. Totožným rozhodnutím – zhlédnout divadelní představení *The Concept*, které se zrovna uvádělo v Evropě – byla o dva roky později radikálně změněna profesionální kariéra Martiena Kooymana, jenž v roce 1972 založil první terapeutickou komunitu pro léčbu závislosti v Holandsku (ibid). Kooyman, v té době vedoucí metadonového programu, vzpomíná, jak mu divadelní hra *The Concept* ukázala, že léčba drogově závislých a dosažení abstinence je možné. Obdobně netradičním příkladem založení terapeutické komunity v Německu je příběh Ingo a Irene Warnkeových, kteří jednoho dne navštívili svého lékaře a požádali ho, aby jim pomohl s jejich závislostí na heroinu. Místo očekávané opiátové substituce byli obdarováni Yablonského knihou *Tunnel Back. Synanon*, popisující příběh Synanonu. O osmnáct měsíců později – v roce 1971 – se již vyléčení a vybavení dalšími výtisky Yablonského knihy vydali do Berlína, kde založili terapeutickou komunitu, z níž se vyvinul Synanon Haus (Frederdsdorf, cit. dle Yates et al., 2006). Právě tyto neopakovatelné souhry okolností stály u vzniku concept-based terapeutických komunit v Evropě.

Počátek vzniku hierarchických terapeutických komunit v Evropě lze datovat od konce šedesátých let minulého století a spadá do Velké Británie. U zrodu stáli dr. Ian Christie a prof. Griffith Edwards, kteří v roce 1967 (na jiném místě uveden rok 1968<sup>17</sup>) navštívili komunity Phoenix House a Daytop Village v USA. Jejich zájem o terapeutické komunity byl vyvolán deziluzí z neuspokojivých výsledků čistě medicínského přístupu k léčbě uživatelů drog, jenž se omezoval na preskripci heroinu a metadonu. V roce 1968 Ian Christie otevřel terapeutickou komunitu Pink Villa Huts v areálu nemocnice St. James Hospital v Portsmouthu (v roce 1971 měla komunita již své vlastní prostory a fungovala pod názvem Alpha House jako součást Phoenix House). Byla to první concept-based terapeutická komunita pro léčbu závislosti v Evropě. V té době již profesor Edwards plánoval založení vlastní komunity. Své záměry dovedl do úspěšného konce a v roce 1970 byla v Jižním Londýně otevřena komunita Phoenix House („Phoenix Futures. Rebuilding lives for 40 years“, 2009).

---

17 Yates et al. (2006) uvádějí rovněž rok 1968.

Začátky Phoenix House v Londýně popisují Broekaert et al. (2006): prvním ředitelem terapeutické komunity byl jmenován Denny Yuson, absolvent Phoenix House v New Yorku. Komunita pod jeho vedením kopirovala americký hierarchický model. Centrem komunitního dění byly encounterové skupiny. Muži v případě závažného porušení pravidel komunity podstupovali holení hlavy<sup>18</sup>. V jiných případech museli klienti nosit na krku zavěšenou ceduli, která upozorňovala na jejich nežádoucí chování, nebo měli za povinnost pracovat několik týdnů v kuchyni a mýt nádobí pro celou komunitu. Yuson o několik let později Phoenix House opustil spolu s půlkou klientů a bezúspěšně se pokusil provozovat novou terapeutickou komunitu ve svém domě.

Warren-Holland (2006) pracoval nejprve v Christiém založené komunitě Pink Villa Huts a řadu zkušeností získal také během pracovních pobytů ve Phoenix House v New Yorku, se v roce 1973 stal novým vedoucím Londýnského Phoenix House a pokračoval v Yusonově stylu vedení komunity. Později však přiznal, že řada tehdy používaných postupů byla příliš radikálních, konfrontačních a dnes již nepoužitelných (Warren-Holland, 2006). Podle mínění některých členů komunity byl z Ameriky převzatý model uplatňován přespříliš dogmaticky a rigidně. Přestože klienti dosahovali v mnoha oblastech pozoruhodných výsledků, řada z nich odcházela z léčby předčasně, protože ji považovali za příliš tvrdou. V léčbě chyběly podpůrné a pečující prvky, stejně tak byl jen minimální důraz kladen na praktické dovednosti klientů. O několik let později se novým ředitelem Phoenix House stal David Tomlinson (ten zde v roce 1976 dokončil léčbu a byl prvním absolventem), který začal uplatňovat více pragmatický přístup: pod jeho vedením terapeutická komunita slevila ze svého konfrontačního přístupu, program se stal více flexibilním, aby lépe odpovídal potřebám klientů, komunita začala spolupracovat s dalšími programy a organizacemi, ale také s rodinnými příslušníky a přáteli klientů, důraz byl kladen na podporu dovedností, které po léčbě umožní lepší začlenění klientů do společnosti. V sedmdesátých letech minulého století se z Phoenix House<sup>19</sup> stala největší síť rezidenčních terapeutických komunit ve Velké Británii (Broekaert et al., 2006; „Phoenix Futures. Rebuilding lives for 40 years“, 2009; Warren-Holland, 2006).

V roce 1971 byla v Oxfordu založena Ley Community, jenž patří mezi průkopnické bezdrogové terapeutické komunity ve Velké Británii. Ley Community vznikla z nemocniční jednotky Littlemore Hospital v Oxfordu. Vedoucím Oddělení A, kde se léčili uživatelé drog, byl na konci šedesátých let jmenován lékař Bertram Mandelbrote. Zpočátku se inspiroval demokratickým uspořádáním terapeutické komunity podle Maxwella Jonese a závěry výzkumu Roberta Rapoport a na oddělení kladl důraz na rozdělení odpovědnosti mezi pacienty, otevřenou komunikaci a rozpuštění autoritativní hierarchie. V roce 1969 se členem Mandelbroteova týmu stal Peter Agulnik, jenž později navštívil concept-based terapeutické komunity v USA (Daytop Village, Phoenix House) a ve Velké Británii (Phoenix House v Londýně). Agulnikovy pracovní cesty měly dva zásadní dopady na budoucí vývoj Ley Community. Tím prvním bylo poznání, že demokratický model léčby je nadále neudržitelný. Druhá změna se týkala počtu klientů: zatímco jeho domovská komunita v Oxfordu byla určena pro 11 rezidentů, v USA se v terapeutické komunitě léčily stovky klientů. Agulnik projevil přání mít v čele komunity ex-usera, který prošel léčbou v komunitě. Mike Caldwell z Londýnského Phoenix House mu

18 Zde je potřeba připomenout, že hovoříme o šedesátých a sedmdesátých letech minulého století, kdy vlasy u mužů měly zcela jinou kulturu a hodnotovou symboliku, než je tomu dnes, a mít oholenou hlavu bylo něco více než výjimečného.

19 Phoenix House v současnosti funguje ve Velké Británii pod názvem Phoenix Futures.

jako vhodného kandidáta doporučil ex-usera Johna McCaba z Phoenix House v New Yorku. V roce 1971 byla Ley Community otevřena jako concept-based terapeutická komunita a jejím vedoucím byl jmenován právě McCabe. Stalo se tak poté, co musel rezignovat z postu zástupce ředitele Phoenix House v New Yorku, neboť se zapletl do milostného románu s jednou klientkou. Později se pro komunitu podařilo zajistit nové prostory, což umožnilo výrazně navýšit kapacitu. Zajímavý vývoj Ley Community a další osud McCabeho a jeho relaps na alkoholu, podrobně popisují Agulník & Wilson (2007) a svůj článek uzavírají příznačnou otázkou: „Bylo by to dnes možné?“.

S Ley Community je spojeno jméno Davida Kennarda, který zde působil jako psycholog a později se stal autorem hojně rozšířené a citované monografie o terapeutických komunitách (Kennard, 1998). V roce 1973 se k týmu Ley Community připojil psychiatr Stephen Wilson, jenž zde ve spolupráci s Mandelbrotem a Kennardem inicioval řadu pionýrských výzkumů. Ley Community je jedna z nejdéle fungujících terapeutických komunit pro léčbu závislostí v Evropě. V současnosti je tvořena komplexem několika budov s celkovou kapacitou 64 klientů a jako jedna z mála terapeutických komunit ve Velké Británii nabízí léčbu ve standardní délce 12 měsíců.

Dramatickým vývojem prošla také terapeutická komunita Emiliehoeve založená Martienem Kooymanem v Haagu (Holandsko) v roce 1972. Jak uvádí Kooyman (1975, 2007), Emiliehoeve v prvních měsících své existence uplatňovala model demokratické komunity rozvinutý Maxwellem Jonesem v Henderson Hospital, přestože se od počátku jednalo o léčebný program pro drogově závislé. Americký model vycházející ze synanonské tradice Kooymanovi připomínal spíše vojenský tábor, proto dal přednost demokratickému uspořádání. Postupně se ukázalo, že model efektivní u klientů s poruchou osobnosti se stává antiterapeutickým, je-li uplatněn v léčbě závislostí. Běžně se stávalo, že skupina přehlasovala tým komunity ve prospěch volby odpočinkového programu namísto práce či terapie, konfrontační přístup, který by reagoval na nežádoucí chování klientů, se neuplatňoval, konflikty se odehrávaly pod povrchem a nashromážděné emoce nebylo kde sdílet. Tým komunity byl instruován oceňovat žádoucí chování a ignorovat sebedestruktivní a antisociální projevy klientů. V komunitě chyběly prvky nastavující limity antiterapeutického chování a klienti stále více testovali hranice možného. První etapa vývoje Emiliehoeve skončila „výbuchem násilí“. Někteří zaměstnanci se po té účastnili školení vedeného Danny Yusonem z Londýnského Phoenix House o tom, jak vést encounterové skupiny. Tento skupinový maraton trval 54 hodin a účastníkům byly dopřány pouze 4 hodiny spánku. Kooyman o několik měsíců později nabídl Yusonovi místo konzultanta v Emiliehoeve. Ten stávající tým seznámil s technikou „mytí hlavy“ a navrhl hierarchické uspořádání komunity v duchu amerických concept-based terapeutických komunit. Tým komunity se o radikálních změnách, které šly proti dosavadnímu demokratickému uspořádání, radil mnoho hodin. Nakonec v půl čtvrté ráno museli všichni klienti vstát z postelí a byly jim oznámeny všechny změny odsouhlasené týmem komunity. Na žádné dotazy ze stran klientů nebyl prostor. Klienti dostali instrukci sejít se mezi sebou a dohodnout se na práci pro následující den. Tým komunity s překvapením zjistil, že klienti vše přijali s povděkem. Změnil se rovněž přístup členů týmu ke klientům. Důraz byl kladen na hierarchickou strukturu komunity umožňující vytváření konfliktů mezi klienty. Ty začaly být otevřeně a cíleně řešeny na skupinách. Podrobně o vývoji Emiliehoeve pojednává opakovaně Kooyman (1975, 1993, 2001, 2007).

Kooyman (2007) později sebekriticky přiznal, že angažování bývalého absolventa londýnského Phoenix House na post vedoucího Emiliehoeve<sup>20</sup> bylo chybou: Kooyman ho musel nakonec odvolat poté, co začal zneužívat svých pravomocí vůči klientům. V Emiliehoeve začal být uplatňován model kombinující prvky z demokratického i hierarchického proudu terapeutických komunit. Emiliehoeve brzy získala značné renomé a stala se vzorem pro nově vznikající terapeutické komunity na evropském kontinentě. Kalina (2008c, s. 58) upozorňuje na průkopnický vývoj v Emiliehoeve, která se „stala příkladem terapeutické komunity profesionálně vedené, racionálně využívající skupinovou dynamiku a sociální učení a dostatečně vybavené pro práci s náročnou drogovou klientelou. Tato modifikace obou původních modelů byla pro Evropu přijatelná a šířila se do dalších zemí.“

Terapeutické komunity pro léčbu závislostí byly zakládány také v dalších zemích Evropy: Itálie (1969), Německo (1971), Švédsko (1973), Švýcarsko (1973), Belgie (1974), Norsko (1982) a jinde (Broekaert et al., 2006; Kooyman, 2001). Nově vznikající terapeutické komunity, byly zakládány s výraznou pomocí již fungujících zařízení. Od počátku se věřilo, že nejlepším výcvikem pro nové zaměstnance je několikátýdenní pobyt v roli klienta v již fungující terapeutické komunitě (Kooyman, 2001). Zakladatelé Pink Villa Huts, Phoenix House a Ley Community ve Velké Británii přímo čerpali z Daytop Village a Phoenix House v USA; londýnský Phoenix House přispěl k založení Emiliehoeve v Nizozemí a Coolmine Lodge v Irsku; komunita Emiliehoeve zásadním způsobem přispěla ke vzniku a vývoji dalších terapeutických komunit v Evropě: mimo jiné De Sleutel a De Kiem v Belgii nebo Phoenix House v Norsku; pracovníci terapeutických komunit z Belgie, Švédska, Německa, Anglie, Rakouska a Řecka prošli výcvikem v Emiliehoeve (Broekaert et al., 2007). Terapeutické komunity se dále šířily díky bohaté síti vztahů a spolupráce, výměně informací a zkušeností, ale také zásluhou značného entuziazmu a optimismu generace profesionálů vzešlé z šedesátých let minulého století: právě jsou sedmdesátá léta minulého století označována za zlatý věk hierarchických terapeutických komunit v Evropě (Broekaert et al., 2007). Chronologický přehled vzniku hierarchických terapeutických komunit v USA a jejich následovníků v Evropě uvádí tabulka 4. Nejedná se o výčet zahrnující všechny terapeutické komunity. S ohledem na citovanou literaturu uvádíme terapeutické komunity, které lze označit za pionýrské v dané zemi a časovém okruhu.

Tab. 4 Vývojové etapy hierarchických a demokratických terapeutických komunit a jejich hlavní zástupci v Evropě a v USA

Vývojová etapa	Rok	Název	Zakladatelé
První generace: Demokratické TK 40.-50. léta	1940	Mill Hill, UK	Maxwell Jones
	1943	tzv. Northfieldské experimenty, UK	Wilfred Bion, John Rickman Harold Bridger Sigmund H. Foulkes Thomas Main
	1946	Cassel Hospital, UK	Thomas Main

20 Kooyman (2007) neuvádí jeho jméno. Je však zřejmé, že hovoří o Denny Yusonovi.

Vývojová etapa	Rok	Název	Zakladatelé
	1947 (1958)	Belmont Social Rehabilitation Unit; později Henderson Hospital (1958), UK	Maxwell Jones
<b>Druhá generace:</b> Concept-based TK v USA 60. léta	1958	Synanon, USA	Charles Dederich
	1963	Daytop Village, USA	Daniel Casriel, Charles Devlin William O'Brien
	1967	Phoenix House, USA	Mitchell Rosenthal George De Leon
<b>Třetí generace:</b> Concept-based TK v Evropě a první adaptace 70. a 80. léta	1968	Pink Villa (Saint-James Hospital) (později Alpha Unit; Alpha House; tato TK se stala součástí Phoenix House v UK), UK	Ian Christie David Warren-Holand Jane Green Robert Storey
	1969 (1970)	Featherstone Lodge Project, později Phoenix House (1970), UK	Griffiths Edwards Denny Yuson Madeleine Maldo David Warren-Holand David Tomlinson
	1969	L'Incontro, Itálie	Don Piero Gelmini
	začátek 70. let	Klinik Bad Herrenalb, Německo	Walter Lechler
	1971	Le Centre du Levant, Švýcarsko	Pierre Rey
	1971	Ley Community, UK	Bertram Mandelbrote John McCabe, Peter Agulnik
	1971	Synanon, Německo	???
	1972	Emiliehoeve, Holandsko	Martien Kooyman Denny Yuson, Brian Dempsey
	1972	Daytop, Německo	Ullrich Osterhues Martin Lutterjohann
	1973	Vallmotorp (později Daytop), Švédsko	Lars Bremberg, Paul d'Andrea
1973	Aebi Hus, Švýcarsko	Karl Deissler	

Vývojová etapa	Rok	Název	Zakladatelé
	1973	Coolmine Lodge, Irsko	Lord Rossmore James Comberton
	1974	De Sleutel, Belgie	Johan Maertens, Jos Lievens
	1976	De Kiem, Belgie	Eric Broekaert, Rudy Bracke
	1978	Monar, Polsko	Marek Kotański
	1978	San Patrignano, Itálie	Vincenzo Muccioli
	1978	Choisis! (později Trampoline), Belgie	George van der Straten Ruud Bruggeman
	1979	De Spiegel, Belgie	Paul Van Deun Johanna Martens
	1979	Tannenhof, Německo	Horst Brömer
	1979	San Carlo (CeLS), Progetto per l'uomo, Itálie	Don Mario Picchi Juan Corelli
	1979	Pellas Community, později Kiosko Community, Finsko	Kalliolan Kannatusyhdistys Katriina Pajupuro
	přelom 70. a 80. let	Programas Libres de Drogas, Španělsko	Juan Francisco Orsi Aitor Aresti
	1982	Veksthuset, později Phoenix House Haga, Norsko	Rafael Aspelund Dag Furuholmen, Stuart Rose Inger Vennerod Anthony Slater
	1983	Ithaka/Kethea, Řecko	Phoebus Zafiridis
Čtvrtá generace: „Nové terapeutické komunity“ a reformy tradičních TK 90. léta až současnost	1991	Němčice SANANIM, ČR	Martina Těminová-Richterová
		Velká Británie, Holandsko, Belgie, Itálie, Španělsko, Řecko, Finsko, Švédsko, Česká Republika, Chorvatsko, Slovinsko, Bosna a Hercegovina, Maďarsko a jinde	

Zdroj: Kalina (2008c), Broekaert et al. (2006), Broekaert (2001), Kennard (1998), Harrison (1999), Broekaert, Raes, Kaplan, & Coletti (1999), Yates & Wilson (2001), Vidjak (2003), Yates et al. (2006), Kooyman (2001), Monar

Specifikem vývoje terapeutických komunit pro léčbu závislostí v Evropě bylo, jakým způsobem nakládaly s americkým hierarchickým modelem. Ten se v Evropě rozšířil zejména díky podpoře Daytop Village a Phoenix House a tradici Synanonu. Z původního Synanonu byl inspirativní zejména důraz na otevřenost, upřímnost, kreativitu, hierarchii, strukturu a soběstačnost (Broekaert, 2001; Broekaert et al., 2006). Důležitou roli sehrál také Jonesův model demokratické terapeutické komunity úspěšně etablovaný v Henderson Hospital, s nímž byli zakladatelé Evropských terapeutických komunit velmi dobře obeznámeni<sup>21</sup> a neváhali ho uplatnit v nově zakládaných komunitách pro drogově závislé. V evropských terapeutických komunitách byl větší prostor pro uplatnění sociálněpsychiatrických a psychoterapeutických přístupů (např. transakční analýza, gestalt a rodinná terapie), neboť první zaměstnanci byli téměř výhradně profesionálové<sup>22</sup> (lékaři, psychiatři, psychologové). Z perspektivy liberální evropské tradice se původní hierarchický model jevil jako příliš autoritativní až dogmatický a značně rigidní a tvrdý vůči klientům (Broekaert, 2006; Kooyman, 2001; Phoenix Futures. Rebuilding lives for 40 years," 2009).

Jak dále uvádí Kooyman (2001), přestože komunity v Evropě používají hierarchickou strukturu upravenou a adaptovanou z amerických terapeutických komunit, zůstávají více rovnostářské a zachovávají si i některé další odlišnosti, jako je větší důraz na psychoterapeutickou složku programu nebo důraz na spolupráci s rodinnými příslušníky klientů. Warren–Holland (2006) dodává, že pro adaptaci amerického modelu bylo potřeba zvážit kulturní a legislativní rozdíly mezi USA a Velkou Británií. Některé komunity (Pink Villa Huts, Ley Community) vznikly na půdě psychiatrických nemocnic, které postupy používané v amerických concept-based komunitách považovaly přinejmenším za příliš radikální. Pracovali zde výhradně profesionálové, kteří se ocitli v pozici, kdy bývalí absolventi komunity se měli stát jejich kolegy a v některých případech i vedoucími. Někteří autoři, např. Warren–Holland (2006) a Agulnik Et Wilson (2007), zpětně přiznávají, že řada ex-userů se příliš brzy dostala do náročné pozice, v níž nemohli obstát.

Charakteristiky vývoje první generace hierarchických terapeutických komunit v Evropě shrnuje tabulka 5.

21 Učení Maxwella Jonese a demokratický model terapeutických komunit našel v různé míře uplatnění v Phoenix House (UK), Ley Community (UK), Vallmotorp (Švédsko), Emiliehoeve (Holandsko), De Sleutel (Belgie), CelS (Itálie) a v dalších terapeutických komunitách (Broekaert et al., 2006).

22 Jedním z důvodů byl prostý fakt, že téměř žádní ex-useri nebyli k dispozici. Druhým důvodem byla neochota (či nedůvěra) zaměstnávat bývalé uživatele ze strany členů správních rad a jiných vedoucích pracovníků terapeutických komunit. Nejprve bylo potřeba je přesvědčit, že člověk s ukončenou léčbou v terapeutické komunitě může být důvěryhodným a důležitým členem týmu, jak ukazovala praxe v USA (Kooyman, 2001).

Tab. 5 Charakteristické znaky vývoje první generace hierarchických terapeutických komunit v Evropě

Ačkoli byl vliv první generace concept-based terapeutických komunit z USA značný, rozhodně nelze říci, že by ho evropské TK pouze kopírovaly. Americký model byl přejímán se značnými výhradami a obměnami.
V souladu s tradicí sociálního učení terapeutické komunity v Evropě kladly důraz na dialog a empatické porozumění. K dalším výrazným inspiračním zdrojům patřil model demokratické terapeutické komunity Maxwella Jonese, různé směry humanistické psychologie a psychoterapie (gestalt, transakční analýza, psychodrama, rodinná terapie a další).
Zakladatelé TK byli zpravidla z řad profesionálů s všeobecně lékařským, psychiatrickým, psychologickým, sociálním a jiným vzděláním (novináři, duchovní). Nežřídka měli blízko k antipsychiatrickému hnutí, levicové ideologii a filozofii (marxismus) a také k různým alternativním hnutím, která byla populární v šedesátých letech minulého století.
Většina TK v Evropě byla založena a vedena profesionály. Ex-useři byli v TK rovněž zastoupeni, jejich vliv byl podstatně menší, než tomu bylo v USA.
Některé TK se v počátcích své existence musely vyrovnat s postavou charismatického vůdce, který nezládl vlastní moc a odpovědnost.
Mezi TK panovaly úzké kontakty ve smyslu předávání znalostí a zkušeností (a to mezi USA a některými komunitami v Evropě a mezi evropskými TK navzájem – to se týkalo především vývoje ve Velké Británii, Německu, Holandsku, Belgii, Švýcarsku, Švédsku a jinde), na druhou stranu byly státy, kde se TK vyvinuly relativně nezávisle (Španělsko, Polsko a další). Stranou tohoto vývoje stála Francie a Dánsko.
Úzká spolupráce mezi jednotlivými TK napříč Evropou vyústila v roce 1981 v založení Evropské federace terapeutických komunit (EFTC), jejíž pravidelné konference podpořily další výměnu informací a zkušeností.
Terapeutické komunity byly relativně vstřícné k výzkumu. Řada profesionálů z řad zaměstnanců TK se na výzkumu podílela. Zpočátku se jednalo převážně o interní výzkum prováděný zaměstnanci TK. Ti jen pozvolna byli ochotni otevřít dveře TK pro externí výzkum; ten se začal více prosazovat v osmdesátých letech minulého století. Rozvíjející se výzkumná činnost podstatným způsobem přispěla k dalšímu rozvoji TK a jejich plné integraci do systému služeb pro uživatele návykových látek.

Zdroj: upraveno dle Broekaert et al. (2006)

Zatímco sedmdesátá léta minulého století lze označit za „zlatá léta“ terapeutických komunit v Evropě, desetiletí následující znamenala konec jejich hegemonie na poli drogových služeb (Broekaert et al., 2007). Rozšíření HIV-AIDS v osmdesátých letech znamenalo přesun priorit od abstinencně orientovaných služeb směrem k metadonové substituci a později také k dalším službám snižujícím rizika v oblasti veřejného zdraví. Metadonová substituce byla známá již od počátku šedesátých let, ale až o dvacet let později začala být považována za jeden z hlavních prostředků ke snížení rizik v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti. Injekční uživatelé drog, kteří nechtěli nebo nemohli nastoupit do abstinencní léčby, najednou představovali vysoké riziko vzhledem k možnosti šíření krví přenosných infekčních onemocnění. Na měnící se situaci musely reagovat drogové služby, ale také tvůrci protidrogové politiky a poskytovatelé finančních dotací. Cílem nově vznikajících „harm reduction“ služeb nebyla okamžitá abstinence klienta, ale snižování rizik a změna chování, které představuje riziko



pro veřejné zdraví. Stoupal nejen počet uživatelů drog, ale drogy začaly být problémem pro nové skupiny uživatelů: dospívající mládež, matky s dětmi, vězňe, lidi bez domova nebo klienty s duální diagnózou. Uvedené změny přinesly příležitost pro vznik nových typů služeb a tím také konkurence v získávání finančních dotací. MacGregor (1994) uvádí, že poté, co Britská vláda v roce 1983 zahájila nové financování drogových služeb, rezidenční programy z rozpočtu nezískaly více než 10 %, zatímco ambulantním programům připadla jasná většina financí (56,2 %). Na terapeutické komunity bylo pohlíženo jako na programy příliš nákladné, zastaralé a rigidní v porovnání s nově vznikajícími ambulantními službami. Ty za zlomek ceny poskytovaly služby mnohem větší skupině klientů a také daleko pružněji reagovaly na měnící se potřeby a priority nejen klientů, ale také vládních a regionálních poskytovatelů finančních dotací. V osmdesátých letech byla řada terapeutických komunit uzavřena nebo na ně byl vyvíjen tlak na snížení délky programu, na upuštění od některých praktik, které se jevíly jako příliš kontroverzní, a na zvýšení profesionality zaměstnanců. V drogových službách začal být kladen důraz na individuální léčebné plány, individuální potřeby a práva klientů, s čímž kontrastoval kolektivní duch terapeutických komunit. Stále rostoucí konkurence služeb byla provázena důrazem na krátkodobé a dobře prokazatelné výsledky<sup>23</sup>. Důraz na krátkodobé cíle a řešení akutních problémů doprovázela neochota financovat dlouhodobou léčbu, která naopak kladla důraz na růstový potenciál každého klienta, změnu životního stylu a osobní identity klienta. K dosažení takto komplexních a dlouhodobých cílů bylo potřeba přiměřeně dlouhé a intenzivní léčby, avšak tlak na užití evidence-based přístupů upřednostňoval kognitivně-behaviorální terapii a služby umožňující téměř okamžité prokázání výsledků. S rostoucí profesionalizací a individualizací služeb došlo ke zpochybňování ústředního svépomocného principu terapeutických komunit, bylo poukázáno na nebezpečí proměny terapeutické komunity v sektu či kult, rovněž byly kritizovány nedostatky v respektování odlišných potřeb žen – klientek a vůbec klientely z různých minoritních skupin. Tento vývoj podrobně popisuje řada autorů (např. Broekaert et al., 2007; Broekaert & Kooyman, 1998; Campling & Haigh, 1999; Kennard, 1998; Yates, 2003).

Terapeutické komunity musely reagovat na rychle se měnící situaci. Vývoj terapeutických komunit zároveň představoval možnost reformy, které přinesly řadu pozitivních změn. „Od prvních „concept house“ v šedesátých letech 20. století po současnost prošly TK pro drogově závislé značně dynamickým vývojem [...]. Úsilí o reformy terapeutických komunit a jejich vrůstání do „nového modelu“ bylo plodné, protože otevřelo dveře lepší, účinnější a méně výlučné léčbě v TK“ (Kalina, 2008c, s. 175). Yates (2003) uvádí, že do budoucna by se terapeutické komunity měly zaměřit na klienty, u nichž lze předpokládat, že budou z takové léčby nejvíce profitovat (např. klienti bez stálého bydlení a/nebo s duální diagnózou) a měly by být zřizovány v prostředí, kde je pravděpodobný dostatek klientů (vězení, detenční zařízení). Jak připomíná Kalina (2008c) snahy o reformy terapeutických komunit nastolily téma identity, jejího zachování a potřeby definovat hranice změn. Přehled hlavních reformních změn v terapeutických komunitách pro drogově závislé shrnuje tabulka 6.

23 Autor v letech 2009-2011 pracoval v jedné z terapeutických komunit pro léčbu závislostí v Londýně. Tato komunita byla založena v osmdesátých letech minulého století a poskytovala standardní 12měsíční léčbu. V důsledku změn priorit v oblasti financování služeb byla komunita přinucena upravit svůj program na 3, nebo 6 měsíců. Stále častěji bylo možné sledovat trend zkracování léčby, neboť finance pro léčbu šestiměsíční obdrželi zpravidla pouze klienti s malými dětmi, HIV pozitivní klienti nebo dlouhodobí uživatelé drog, kteří byli v léčbě poprvé.

Tab. 6 Klíčové aspekty vývoje současných terapeutických komunit pro drogově závislé

<b>Charakter instituce</b>
Posun od alternativního společenství deviantních závislých, kteří zřejmě nemohou fungovat ve většinové společnosti, k odborné službě připravující závislé, aby se do ní mohli integrovat či reintegrovat.
<b>Délka pobytu</b>
Posun od neomezené doby pobytu ve stejné komunitě k plánované délce programu, řízené léčebným protokolem.
<b>Financování</b>
Posun od úplného či převažujícího financování ze soukromých či firemních zdrojů k takřka výlučnému odkázání na veřejné zdroje, s čímž se pojí požadavky finanční průhlednosti a dohledu vnějšími grémii (správní rady apod.).
<b>Vůdcovství</b>
Posun od důrazu na charismatického vůdce k principu vedení samotnými členy komunity a týmovému rozhodování.
<b>Personál komunity</b>
Profesionalizace personálu, vzrůstající podíl těch, kteří nemají za sebou drogovou kariéru a léčbu v terapeutické komunitě.
<b>Kontinuita péče</b>
Posun od terapeutické komunity jako místa, „kde vše začíná a končí“, k zapojení do širší sítě služeb; rozvoj programů následné péče.
<b>Identita</b>
Posun od výlučné a jedinečné tradice k postupnému sblížování modelů a metod hierarchických a demokratických TK.
<b>Reformy</b>
Adaptace a modifikace TK pro specifickou klientelu <sup>24</sup> (např. matky s dětmi, mladiství, klienti s duálními diagnózami) a specifické prostředí (např. denní stacionáře, výchovné a sociální instituce, věznice).

24 Kalina (2008c, s. 55) uvádí, že „klientela terapeutických okomunit je dnes daleko různorodější než dříve. Terapeutické komunity se přizpůsobily měnícím se potřebám a rozšířily svoje indikační kritéria [...]. Rada TK (v ČR i v zahraničí) ve svých počátcích neumožňovala užívání psychiatrických léků během léčby, čímž docházelo k selekci části potenciálních klientů s duální diagnózou. Kalina (ibid.) uvádí následující skupiny klientely, se kterými dnes terapeutické komunity běžně pracují: závislí trpící další psychickou poruchou (tzv. duální diagnózy), drogy užívající bezdomovci, drogy užívající nemocní AIDS, drogově závislí pachatelé trestné činnosti, děti a dospívající užívající drogy a trpící dalšími poruchami chování a narušeným psychosociálním vývojem, závislé matky s dětmi (pobyt dítěte s matkou v terapeutické komunitě), etnické minority s drogovou problematikou, klienti v metadonovém udržovacím programu. Dodejme ještě, že např. ve Velké Británii jsou do terapeutických komunit běžně přijímáni klienti s alkoholovou závislostí, a ti se léčí společně s klienty závislými na nelegálních drogách. V českých terapeutických komunitách jsou klienti užívající alkohol jako primární drogu naprostou výjimkou.

**Profesionální parametry**

Rozvoj výzkumu a evaluace; kodifikace požadavků na akreditaci programu a kvalifikaci personálu. Externí hodnocení kvality a efektivity programu; důraz na práva klientů a etický kodex zaměstnanců (doplnil M. Š.)

**Střežové organizace**

Vytváření regionálních, národních a mezinárodních organizací terapeutických komunit.

**Šíření**

Rozšíření terapeutických komunit pro drogově závislé po světě prostřednictvím tréninku, výzkumu, odborné pomoci a působení mezinárodních organizací.

Zdroj: Kalina (2008c)

Vlivem probíhajících společenských změn, které nevyhnutelně přinášejí změny do terapeutických komunit, se představitelé Evropské federace terapeutických komunit (EFTC) začali zabývat otázkou, které prvky musejí zůstat zachovány, aby bylo možné hovořit o terapeutické komunitě. Během svého vývoje terapeutické komunity prošly nezanedbatelným vývojem a lze očekávat, že změny a pokračující tlak na ně se bude objevovat ve stále intenzivnější podobě. Broekaert, Kooyman a Ottenberg (cit. dle Broekaert & Kooyman, 1998) uvádějí následující klíčové prvky terapeutické komunity, které nemohou být změněny, mají-li si terapeutické komunity zachovat svoji identitu:

- *Svépomoc a vzájemná pomoc* jsou pilířem léčebného procesu, v němž má klient primární odpovědnost za osobní růst směrem k smysluplnému a odpovědnému životu za sebe sama a za další členy komunity.
- Úkolem terapeutické komunity je zajistit reintegraci klientů a k tomu je potřeba, aby klienti mohli v terapeutické komunitě setrvat dostatečně dlouhou dobu.
- Terapeutická komunita musí zůstat otevřená vůči vlivům zvenčí; vedoucí, zaměstnanci i klienti mohou být hodnoceni a kritizováni. Charismatický vůdce je přijatelný pouze v případě, kdy je opakovaně otevřeně kontrolován.
- Zaměstnanci musí prokazovat dostatečnou míru odborné kompetence. Ex-useři mají v terapeutické komunitě nezastupitelné místo.
- Terapeutická komunita si musí uchovávat svou identitu a opakovaně revidovat důvody své existence.
- Terapeutická komunita se vždy může změnit, odborné standardy a cíle léčby však musejí zůstat zachovány.
- Léčba může být předčasně ukončena jen ve specifických případech.
- Terapeutická komunita by se měla zapojit a aktivně působit v EFTC, WFTC nebo v obdobné mezinárodní organizaci.
- Zaměstnanci terapeutické komunity musejí dodržovat etické standardy a hranice.
- Život ve společenství, hodnotový systém, žádné násilí a drogy, odpovědný zájem a řád.

Mezinárodní profesní síť The Community of Communities sdružuje terapeutické komunity pro léčbu závislostí, poruch osobnosti, psychických obtíží, poruch učení a pro léčbu klientů s kriminálním chováním. The Community of Communities je součástí Centra pro zlepšování kvality při Královské psychiatrické společnosti v Londýně. Na práci The Community of Com-

munities se podílí také Evropská federace terapeutických komunit (EFTC). The Community of Communities publikovala Odborné standardy terapeutických komunity pro léčbu závislosti (Shah & Paget, 2006)<sup>25</sup>. Standardy se skládají z obecné části, která definuje standardy společné pro všechny terapeutické komunity a specifické standardy terapeutických komunit pro léčbu závislosti, které se dělí na šest částí: prostředí terapeutické komunity, zaměstnanci, přijetí do léčby a ukončení léčby, terapeutické prostředí, terapeutický program a externí vztahy. Obecná část standardů definuje 16 prvků terapeutické komunity, které jsou nezbytné pro zachování identity terapeutické komunity (tabulka 7).

Tab. 7 Obecné standardy terapeutických komunit (Service Standards for Addiction Therapeutic Communities)

Celá komunita se pravidelně schází.
Všichni členové komunity spolupracují na plnění každodenních úkolů.
Všichni členové komunity sdílejí společný volný čas.
Členové komunity sdílejí společně jídlo.
Členové komunity zastávají různé role s odlišnou mírou odpovědnosti.
Neformální prvky každodenního života jsou pevnou součástí fungování komunity.
Všichni členové komunity mohou diskutovat jakýkoli prvek ze života v komunitě.
Všichni členové komunity pravidelně zkoumají vztahy a emoce k sobě navzájem.
Všichni členové komunity sdílejí vzájemnou odpovědnost.
Všichni členové komunity se podílejí na vytváření bezpečného prostředí.
Členové komunity jsou zahrnuti do procesu výběru nových zaměstnanců.
Všichni členové komunity se podílejí na procesu výběru nových klientů.
Členové komunity se podílejí na plánování a ukončení léčby.
Nevhodné chování a projevy emocí jsou tolerovány a je umožněno jejich pochopení.
Pozitivní riskování je považováno za klíčovou součást procesu změny.
Terapeutická komunita má jasný soubor nařízení nebo pravidel, s nimiž jsou obeznámeni všichni členové komunity.

Zdroj: Shah & Paget (2006)

Z vývoje v posledních dvou desetiletích je zřetelná snaha o profesionalizaci terapeutických komunit, obhájení léčby jako důvěryhodné a založené na důkazech a také definování prvků zajišťujících identitu terapeutických komunit. Takové snahy jsou nezbytné pro zabezpečení dalšího vývoje terapeutických komunit. Je zřejmé, že pokračující změny, s nimiž se terapeutické komunity musí vyrovnávat, jsou nevyhnutelné.

25 Standardy jsou volně ke stažení na webových stránkách <http://www.communityofcommunities.org.uk/>.

## Obsah a metody léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti

Gossop (2004) v souladu s De Leonem (2000) spatřuje unikátnost terapeutické komunity v tom, že neustálá interakce mezi jednotlivcem a komunitou je považována za léčebný proces jako takový. *Komunita* sama o sobě má vysoký terapeutický potenciál; je tvořena sociálním prostředím, klienty a týmem zaměstnanců, kteří facilitují sociální a psychologické změny jednotlivce a pro nováčky představují živoucí příklady možnosti změny (De Leon, 1986a, 2010b). Terapeutická komunita je současně *kontextem*, v němž se změna odehrává, a *metodou* léčby (De Leon, 2000). Zajistit co možná největší zapojení každého člena do všech komunitních aktivit (a tím také do interakcí s dalšími členy komunity) je velmi důležité, protože jen tak může být dosaženo cílů léčby. Toto zapojení znamená, že každý člen se naučí používat komunitu jako *nástroj* pro svou vlastní změnu (ibid). Důležitým principem v terapeutické komunitě je *svépomoc a vzájemná pomoc* mezi ostatními členy komunity. Klienti mají k dispozici veškeré dění v komunitě a od klientů se očekává, že se plně zapojí do všech částí programu, tzn. že se budou sami aktivně podílet na své léčbě. Terapeutická komunita nabízí unikátní prostředí, v němž se klienti učí poznávat sami sebe prostřednictvím každodenního života ve skupině svých vrstevníků. Proto je interakce mezi jednotlivcem a komunitou považována za léčebný proces. Jak upozorňuje De Leon (ibid), nedílnou součástí pojetí terapeutické komunity jako metody jsou *očekávání*, jakým způsobem se jedinec do komunity začlení a jak se bude podílet na udržení standardů komunity. Každý člen komunity je neustále *hodnocen* a dostává *zpětné vazby*, nakolik splňuje či nespĺňuje očekávání vzhledem ke své roli v komunitě. Zapojení do každodenních aktivit komunity je základním měřítkem pro hodnocení pokroku klienta a pro poskytování zpětné vazby. Komunita podporuje naplnění pozitivních očekávání a naopak koriguje chování, které se s očekáváními neshoduje či je destruktivní vzhledem k uspořádání a pravidlům komunity.

Terapeutická komunita má *jasnou strukturu, řád a pravidla*. „Řád terapeutické komunity je tvořen souborem pravidel. Zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způsoby hodnocení požadovaného chování, sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování řádu“ (Těmínová Richterová, Kalina, & Adameček, 2008 s. 207). De Leon (2000, 2001) uvádí, že *veškerý obsah komunitního života je nastaven tak, aby produkoval terapeutické a výchovné změny u každého člena komunity*; všichni členové komunity jsou mediátorem probíhajících změn. „Být místem změny je smysl terapeutické komunity“ (Kalina, 2008c, s. 85). De Leon (2000) shrnuje unikátní obsah terapeutické komunity do devíti základních prvků, které ukazují, jakým způsobem se komunita podílí na individuální změně každého klienta (tabulka 8).

Tab. 8 Terapeutická komunita jako metoda: základní prvky

<b>Role členů</b>
Denní život v terapeutických komunitách zajišťují příležitosti pro učení prostřednictvím různých sociálních rolí, které jednotlivci přebírají jako členové společenství. Role se odlišují podle jednotlivých pracovních funkcí či typů interpersonálních vztahů. Role vyžadují od členů, aby měnili své chování, postoje, emoční řízení a hodnoty ve vztahu k ostatním.
<b>Zpětná vazba</b>
Primárním zdrojem podnětů a podpory v osobní změně je pozorování a autentická reakce ostatních. Zajištění této permanentní zpětné vazby je sdílenou odpovědností všech. Ať je pozitivní, nebo negativní, zpětná vazba je vždy výrazem zodpovědného zájmu.
<b>Členství jako vzor</b>
Každý účastník usiluje být příkladem procesu změny. Vedle zajišťování zpětné vazby ostatním v tom, jak se musí změnit, členové terapeutické komunity zároveň poskytují příklad pro ostatní, jak se mohou změnit.
<b>Vztahy</b>
Vztahy v terapeutické komunitě jsou využívány k podpoře údravy a osobního růstu. Mohou usnadňovat zapojení, rozvíjet důvěru, podporovat odvahu k emočnímu risku a sebevýchově, učit interpersonální dovednosti apod. Vztahy navázané v léčbě jsou často základem pro sociální síť, která je nezbytná pro udržení údravy po léčbě.
<b>Skupinový formát učení</b>
Zkušenost podstatná pro úpravu a osobní růst se odvozuje ze sociálních interakcí. Proto se všechny důležité aktivity v terapeutické komunitě (včetně práce a rekreace) odehrávají ve skupinovém prostředí. Jednotlivec se zapojuje do procesu učení s ostatními členy.
<b>Kultura</b>
Terapeutická komunita je <i>kulturou změny</i> . Tradice, rituály a oslavy jsou důležité pro soudržnost komunity a posílení pokroku jednotlivce.
<b>Struktury a systémy</b>
Pracovní funkce, povinnosti v domě a předepsané procedury udržují každodenní chod zařízení. Tyto činnosti posilují svépomoc klientů a jsou médiem pro učení a osobní rozvoj. Růst je výsledkem chování klienta jako odpovědného člena komunity, na němž jsou ostatní závislí. Systém privilegií a sankcí udržuje řád a bezpečí v terapeutické komunitě a facilituje osobní změny.
<b>Otevřená komunikace</b>
Veřejná povaha sdílených zkušeností v komunitě je využívána k terapeutickým účelům pro jednotlivce i pro ostatní. Soukromý a vnitřní život jednotlivce je důležitý pro proces změny a údravy všech. Cítilivé soukromí se často otevírá postupně a je třeba být vůči němu diskrétní. Ale i soukromé záležitosti týkající se kardinálních pravidel musí být komunikovány, aby bylo zajištěno bezpečí, důvěra a zdraví komunity.
<b>Komunitní a individuální rovnováha</b>
Účelem komunity je sloužit jednotlivci, ale vztah mezi komunitou a jednotlivcem musí být reciproční. Potřeby komunity a potřeby jednotlivce musí být vyvážené. To vyžaduje, aby komunita měla schopnost kritické sebereflexe prostřednictvím stálého prověřování chování a postojů personálu i klientů. Každý člen je odpovědný za upevňování a korigování komunity.

Zdroj: De Leon (2000), pracovní překlad a úpravy Kalina (2008c)

Terapeutické komunity pro léčbu závislosti pracují se specifickým pojetím problematiky (1) drogové závislosti, (2) procesu léčby, konceptu „správného života“ a údravy.

### Drogová závislost a osobnost klienta

Drogová závislost je považována za projev *poruchy celé osobnosti* (De Leon, 2000) a může postihovat všechny nebo jen některé její části. „Nejpodstatnější je osobnost klienta a způsob, jak formuje či deformuje své sebepojetí a své vztahy ke světu i k druhým lidem a jak se brání či uniká úkolům a výzvam rozvoje svého potenciálu ke zdraví a zralosti“ (Kalina, 2008c, s. 81). Užívané drogy, délka drogové kariéry nebo způsoby užívání nejsou důležité. Léčba se zaměřuje na sebezničující a destruktivní chování, myšlení a prožívání, interpersonální vztahy, ale i vztah klienta k sobě samému, hodnoty a celkový životní styl jednotlivce. Nejruznější formy destruktivního chování vůči sobě samému i vůči nejbližšímu okolí jsou provázeny užíváním drog, ale samotné užívání nestojí v centru pozornosti terapeutické komunity. Léčba se soustředí na osobnost klienta, nikoli na zneužívání drog a alkoholu. Závislost je symptomem, nikoli podstatou poruchy (De Leon, 2000). Tento přístup ilustruje výrok terapeuta na skupině v TK Němčice SANANIM (osobní účast): „Bavit se tady o drogách je ztráta času. Vy (klienti) jste na drogách zažili všechno – to dobré i to špatné. K tomu vám (my terapeuti) nemáme co říci. Můžeme se tady bavit o tom, jak drogy změnily váš život, vztah k sobě samým, k vaší rodině a dětem.“ Typickými problémy drogově závislých jsou nezralost, nízké sebehodnocení, obtíže s interpersonálním a sociálním chováním, problémy spojené s charakterem, hodnotovým systémem a životním scénářem (Kalina, 2008c). Tyto problémy – na úrovni psychologické a vývojové – mohly drogové závislosti předcházet, ale mohou být i jejím důsledkem.

### Proces léčby, koncept správného života a údravy

De Leon (2000) považuje léčbu v terapeutické komunitě za postupný *vývojový proces*. Podle De Leona (2000) klient může dosáhnout osobního růstu a údravy, pokud se nevyhýbá konfrontacím, je aktivní na skupinách, jeho chování slouží jako modelové pro další členy komunity a také jim poskytuje přátelskou podporu v každodenních situacích. Tímto přístupem se jedinec aktivně podílí na léčbě vlastní a zároveň přispívá k léčbě ostatních členů komunity. Kalina (2008c, s. 85) k procesu léčby dále uvádí: „Léčebná práce se děje prostřednictvím vztahů. Členové komunity jsou podporováni ve vytváření hlubokých a blízkých vztahů mezi sebou navzájem, k personálu a ke společenství jako celku. Tímto způsobem terapeutická komunita zajišťuje korektivní emoční zkušenost začlenění do společenství a sounáležitosti, což v minulosti klientů bylo téměř vždy vážným problémem.“ Těžšíště psychoterapeutické práce v terapeutických komunitách je v různě orientované skupinové psychoterapii; často je využívána psychodynamicky a interpersonálně orientovaná skupinová psychoterapie a kognitivně-behaviorální metody (Mravčík et al., 2012). Jones (1953) uvádí, že v terapeutické komunitě učení probíhá skrze sociální interakce, zkušenosti a role, které klient zastává během léčby. De Leon (2000) označuje komunitu za učitele. *Sociální učení* se uskutečňuje tím, jak se klient aktivně zapojuje do všech složek komunitního života. Výše jsme uvedli, že zneužívání návykových látek je *poruchou celé osobnosti* a stejně tak učení a údrava se uskutečňují v několika oblastech současně: (1) *chování* (eliminace asociálního a antisociálního chování, osvojení si pozitivních vzorců chování), (2) *myšlení* (změna jakým způsobem klient přemýšlí o sobě, světě kolem sebe a svém místě v něm, jakým způsobem je schopen řešit obtížné situace a činit rozhodnutí), (3) *prožívání* (porozumění vlastním emocím, zvládnutí emocí, schopnost sdílet emoce) (De Leon, 2000).

Léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do několika fází. Komunita má odlišná očekávání od klienta, jeho chování a postoje vzhledem k fázi léčby, v níž se momentálně nachází. Jak klient postupuje jednotlivými fázemi, roste jeho odpovědnost a zároveň získává určitá privilegia (např. prožít víkend mimo komunitu). Každá z fází v sobě obsahuje specifické úkoly a nároky a vytváří řadu příležitostí pro sociální učení a nácvik zvládnání nových situací. Distribuce úkolů a odpovědností je mimo jiné důležitá také pro to, aby klient v komunitě mohl vůbec obstát. Každá z fází má specifické cíle, obsah s postupně se zvyšujícími nároky na klienta. Léčba v komunitě je vývojovým učením. Důležitou vlastností tohoto systému je, že délka každé fáze je časově limitována.

V terapeutické komunitě je zdůrazňována *individuální odpovědnost* jednotlivce za jeho léčbu. Odpovědnost klienta začíná již samotným pobytem v terapeutické komunitě. Dveře komunity nejsou uzamčeny, klienti mají přístup ke klíčům i během noci<sup>26</sup> a setrvání v komunitě je individuálním rozhodnutím každého klienta. Odpovědnost klienta se neomezuje pouze na jeho vlastní činy a rozhodnutí, ale jak postupuje léčbou, přebírá stále více odpovědnosti za další členy skupiny a za denní chod zařízení. Z pohledu terapeutické komunity léčba začíná v momentě, kdy klient je schopen začít přebírat individuální odpovědnost za své chování a rozhodnutí, včetně toho bude-li žít bez drog (De Leon, 2000). K tomu je však potřeba, aby komunita nabízela vyvážený přístup, který bude na klienty přiměřeně náročný, ale zároveň i podporující, umožňující dělat chyby a poučit se z nich. Rozměr odpovědnosti klientů za léčbu můžeme ilustrovat tímto výrokem terapeuta ke skupině (TK Němčice SANANIM, osobní účast): „Vy tady tu komunitu máte k dispozici. Je to na vás, jak s ní budete nakládat. Vy se musíte rozhodnout, jestli k tomu přistoupíte s odpovědností a něco se tady o sobě i o druhých naučíte, nebo se budete chovat destruktivně k sobě i k druhým. Každopádně počítejte s tím, že na své chování dostanete zpětnou vazbu.“

V terapeutické komunitě má důležitou roli proces *formálního i neformálního učení*. Klient je členy terapeutické komunity vybízen: „*Jednej, jako bys tomu rozuměl; jednou to pochopíš*“ (v anglické literatuře „Act as if“). Podporováno je žádané chování klienta: *jednej, jako bys byl osoba, kterou „chceš být“ nebo „máš být“*, a to přesto, že uvnitř cítíš, že takový ve skutečnosti nejsi. Tímto doporučením se má na mysli zejména zapojení do skupinových aktivit, pracovních činností a vztahování se k ostatním klientům a autoritám. Uvedený proces je nositelem změny, klient se učí porozumět sobě i ostatním. Uspořádání terapeutické komunity zajišťuje, aby klient neunikal z obtížných situací, čímž vznikají třecí plochy, neboť je obvyklé, že klient se všemožně brání. Na skupinách se klient s pomocí svých vrstevníků a terapeutů učí porozumět vlastnímu prožívání a jednání.

Terapeutické komunity kladou důraz na *morální hodnoty*, které jsou zakotveny v pravidlech komunity a jejím řádu. Komunita od svých členů očekává, že budou *komunikovat otevřeně* a upřímně projevovat své pocity a sdílet myšlenky. Rovněž je vyžadováno, aby jedinec vyjadřoval *odpovědný zájem* o další členy komunity. Tímto se myslí nejen podpora a ocenění pozitivního chování a přístupu, ale také konfrontace nežádoucího chování. Důraz je kladen na řádné plnění široké škály *pracovních úkolů*, které vykonávají samotní klienti. Distribuce pracovních úkolů a kontrola jejich plnění (a zároveň míry odpovědnosti) odpovídá roli klienta a jeho pozici v hierarchickém uspořádání komunity. V české praxi má práce v terapeutických

26 Autorova zkušenost z TK Němčice SANANIM.



komunitách specifické a vysoce hodnocené postavení také proto, že komunity jsou zpravidla umístěny ve venkovském prostředí, které samo o sobě vytváří řadu pracovních příležitostí (starost o zvířata, zahradu, kuchyň, topení, sezonní práce v lese, na poli apod.). Pracovní úkoly mají jasný rozměr distribuce odpovědnosti a péče o komunitu<sup>27</sup> jako o společně sdílený prostor a místo, které klientům slouží (po určitý čas) jako domov.

Cílem léčby v terapeutické komunitě je *změna životního stylu* a *osobní identity* jednotlivce (De Leon, 2000). Cíl léčby není omezen na abstinenci. Ta se často mezi cíle ani nepočítá, ale hovoří se o ní jako o nezbytném předpokladu pro dosažení klientovy úzdravy. „Abstinence [...] není cílem léčby v terapeutické komunitě, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života“ (Těmínová Richterová et al., 2008 s. 206).

De Leon (2010b) rozděluje cíle léčby v terapeutické komunitě na *psychologické*, zahrnující změnu negativních vzorců chování, myšlení a prožívání, které jsou spojeny s užíváním drog, a na *sociální*, kam spadá především vybudování odpovědného životního stylu bez drog.

Rovněž Adameček et al. (2003) označují *změnu životního stylu* za základní cíl léčby v terapeutické komunitě. Mezi dílčí cíle léčby řadí:

- dodání síly klientům a jejich odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní „boj s chutí“,
- změnu vzorců sebedestruktivního myšlení a chování,
- učení se osobní odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé,
- vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství,
- získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, dovednosti řešit konflikty,
- osvojení si pracovních a hygienických návyků,
- změnu negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama,
- poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama,
- uvědomení si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování své fyzické kondice.

Těmínová Richterová (2007) upozorňuje, že léčba v terapeutické komunitě je pro klienta malou životní epizodou a cíle léčby vymezuje následovně:

- přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života,
- přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti,
- přispět k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů,
- přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe,
- přispět k nalezení svého místa v běžném lidském společenství,
- přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu,
- přispět ke spokojenému a radostnému životu,
- přispět k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout.

27 V ČR je běžnou praxí, že komunita je zapojena do života místního společenství v obci, kde sídlí. Např. klienti TK Němčice SANANIM se pravidelně podílejí na sezonním úklidu obce a zapojují se také do místního veřejného života (např. organizace dětského dne apod.).

Přehled charakteristických rysů dnešních terapeutických komunit pro drogově závislé shrnuje tabulka 9.

Tab. 9 Charakteristické rysy dnešních terapeutických komunit pro drogově závislé

Zajištění bezpečného prostředí tj. prostředí bez drog, násilí a jiného ohrožujícího chování.
Terapeutická komunita je místem změny. Veškerý obsah terapeutické komunity je navržen tak, aby navodil změny u každého člena komunity. Důraz na „teď a tady“ a na vztahy jako nositele změny.
Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu a osobní identity klienta.
Relativně vysoký stupeň organizační autonomie. Terapeutické komunity jsou jen velmi zřídka součástí psychiatrické nemocnice nebo jiného zařízení.
Oddělení komunity od vnějšího světa (zejména drogového prostředí) a institucionálního okolí.
Svépomoc klientů v léčebném procesu i v každodenním provozu terapeutické komunity.
Tým složený z profesionálů i bývalých uživatelů-absolventů terapeutické komunity.
Vysoký důraz na struktury (denní a týdenní program, pracovní funkce a povinnosti, fáze léčby), pravidla, normy a zvyky. Hierarchické uspořádání terapeutické komunity.
Komunitní setkání mají centrální místo v programu terapeutické komunity.
Otevřená komunikace a zpětná vazba jsou sdílenou odpovědností všech členů terapeutické komunity.
Projetí drogové závislosti jako projevu poruchy celé osobnosti a z toho vyplývající pojetí procesu jako léčby celé osoby.
Pojetí sociálního učení, změny a údravy jako vývojového procesu a z toho vyplývající rozvržení pobytu do etap/stupňů/fází.
Role, pozice a pracovní funkce klientů definované podle pokroku v léčbě.
Význam práce a výchovy/vzdělávání v programu.

Zdroj: Kalina (2008c)

## 1 / 4

### Terapeutické komunity pro léčbu závislostí v ČR

V roce 1991 Martina Těmínová a její spolupracovníci z o. s. SANANIM založili TK Němčice SANANIM, první terapeutickou komunitu nabízející dlouhodobou léčbu uživatelům návykových látek v ČR. TK Němčice SANANIM vznikla s cílem nabídnout novou službu uživatelům nelegálních drog, pro něž apolinářský model léčby závislých na alkoholu (založený Jaroslavem Skálou) nebyl příliš vhodný (Mravčík et al., 2012). „Zakladatelé TK Němčice SANANIM byli mladí speciální pedagogové z výchovných zařízení pro mládež. Komunitu vytvořili na nezdravotnické půdě jako zařízení sociálně rehabilitačního a výchovného typu s psychotherapeutickou složkou“ (Kalina, 2008c, s. 73). Zakladatelé TK Němčice SANANIM se částečně inspirovali hierarchickým modelem terapeutických komunit z USA (Daytop Village, Phoenix

House) a polským MONAREm; z domácích zdrojů byla významná tradice demokratických terapeutických komunit, publikace Stanislava Kratochvíla (TK Kroměříž) a psychoterapeutické výchovné komunity systému SUR (Kalina, 2008c; Mravčík et al., 2012). Důležitost sananímského modelu terapeutické komunity zdůrazňuje Kalina (2008c, s. 73), který uvádí, že tento model „byl směrodatný pro řadu dalších komunit pro závislé na nelegálních drogách, které vznikaly během devadesátých let“.

V ČR mají terapeutické komunity již dlouhodobě nezastupitelné místo v síti adiktologických služeb. Údaje o aktuálním počtu terapeutických komunit v ČR se liší: v odborné Sekci terapeutických komunit A.N.O. je sdruženo 11 zařízení; Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV uvádí 14 programů registrovaných jako terapeutická komunita (Mravčík et al., 2012). V roce 2011 bylo 10 terapeutických komunit držitelem platného certifikátu Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (ibid). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog uvádí, že v ČR je 10 terapeutických komunit, v nichž se v roce 2011 léčilo 402 klientů; celkový počet lůžek je 158, kapacita jednotlivých terapeutických komunit je 15-20 lůžek (ibid).

Terapeutické komunity v ČR poskytují střednědobou a dlouhodobou odbornou péči v trvání zpravidla 5-12 měsíců. Samostatné terapeutické komunity jsou většinou zřizovány nestátními neziskovými organizacemi. Terapeutické komunity jsou funkčně provázány s dalšími odbornými zařízeními v systému služeb o uživatele návykových látek. Cílovou populací jsou osoby primárně závislé na nealkoholových návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením (Těminová Richterová et al., 2008). Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu prostřednictvím osobního růstu klienta (ibid). Ačkoli terapeutické komunity poskytují léčbu orientovanou k abstinenci, abstinence není cílem léčby, je však nezbytným prostředkem k zapojení klienta do normálního života (ibid). V ČR se některé terapeutické komunity zaměřují na klientelu se specifickými potřebami, jako jsou např. matky s malými dětmi, dospívající a mladí dospělí, dlouhodobí uživatelé drog s kriminální anamnézou nebo klienti s duální diagnózou (Kalina, 2008c). Kalina (2008c) hovoří o českém modelu terapeutických komunit jako o syntéze demokratické a hierarchické linie.

Terapeutické komunity sdružené v Sekci terapeutických komunit A.N.O. jsou držitelem certifikátu Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, komunikují s orgány veřejné správy, se širší odbornou veřejností a také navzájem v rámci pravidelných setkání. Odborná literatura o těchto terapeutických komunitách opakovaně referuje jako o „hlavním proudu“ terapeutických komunit, neboť kromě těchto programů existují v ČR ještě další zařízení, označující se jako terapeutická komunita, avšak ta působí bez kontaktu s odbornou obcí a s veřejnou správou (Kalina, 2008c; Mravčík et al., 2012). Sekce terapeutických komunit A.N.O. v současnosti sdružuje 11 terapeutických komunit (tabulka 10).

Tab. 10 Sekce terapeutických komunit A.N.O.: členská zařízení

Název	Obec	Kraj	Zřizovatel
TK Advaita	Nová Ves-Chrastava	Liberecký	o. s. Advaita
TK Fénix	Bílá Voda	Olomoucký	PL Bílá Voda

Název	Obec	Kraj	Zřizovatel
TK Fides	Bílá Voda	Olomoucký	PL Bílá Voda
TK Krok	Kyjov	Jihomoravský	o. s. Krok
TK Magdaléna	Mnišek pod Brdy	Středočeský	Magdaléna o. p. s.
TK Podcestný Mlýn	Kostelní Vydří	Jihočeský	o. s. Podané Ruce
TK Renarkon	Čeladná	Moravskoslezský	Renarkon o. p. s.
TK SANANIM Karlov	Karlov-Čimelice	Jihočeský	o. s. SANANIM
TK SANANIM Němčice	Němčice u Volyně	Jihočeský	o. s. SANANIM
TK Sejřek	Sejřek	Vysočina	o. s. Kolpingovo dílo
TK White Light	Mukařov-Ústěk	Ústecký	o. s. White Light I

Zdroj: [www.asociace.org](http://www.asociace.org)

Další charakteristiky terapeutických komunit pro léčbu závislostí v ČR shrnuje tabulka 11.

Tab. 11 Terapeutické komunity pro léčbu závislostí v ČR

Terapeutické komunity mají profesionální základ a vedení. Zaměstnanci terapeutických komunit jsou propojeni s širší odbornou komunitou v léčbě závislostí a mají blízko k domácí tradici psychoterapie a psychoterapeutického výcviku.
Terapeutické komunity nabízejí střednědobou až dlouhodobou rezidenční léčbu v délce 6–12 měsíců. Léčba mladistvých klientů je přibližně 6 měsíců, léčba v délce kolem 12 měsíců je určena pro dospělé, dlouhodobé uživatele drog.
Strukturovaný komplexní program terapeutické komunity zahrnuje minimálně 20 hodin strukturovaných aktivit týdně rozdělených minimálně do 5 dní.
Kapacita terapeutických komunit v ČR je 15–20 klientů.
Terapeutické komunity uplatňují interdisciplinární a bio-psycho-sociální přístup v léčbě závislostí.
Terapeutické komunity jsou primárně určeny uživatelům nelegálních drog. Klienti pouze závislí na alkoholu či léčivě se v terapeutických komunitách vyskytují zřídka. Zastoupení duálních diagnóz ve smyslu psychiatrické komorbidity je časté.
Terapeutické komunity jsou bezdrogové, tzn. že poskytují léčbu vedoucí k abstinenci. Abstinence není cílem léčby v terapeutických komunitách, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. Terapeutické komunity kladou důraz na osobnostní změny a na změny životního stylu klientů.
Terapeutické komunity v ČR uplatňují model a metody terapeutických komunit popsané v odborné literatuře (např. De Leon, 2000), jsou však méně „hierarchické“, méně konfrontační (nepoužívá se synanonský encounter) a více odborně vedené. Těžiště psychoterapeutické práce je v psychodynamicky a interpersonálně orientované skupinové psychoterapii, doplněné o kognitivně-behaviorální metody.

Léčebný program se skládá především z aktivit psychoterapeutických, výchovně-režimových, resocializačních, volnočasových a dalších. Důraz je kladen na svépomoc a samosprávu, což především znamená účast a odpovědnost klientů v zajištění každodenního chodu komunity. Medicínské intervence, včetně farmakoterapie jsou běžné a nezbytné, stejně tak práce s rodinou a blízkými klienta.

Léčebný program je rozdělen do tzv. fází.

Terapeutické komunity splňují mezinárodně uznávaná kritéria terapeutické komunity pro drogově závislé. Terapeutické komunity jsou schopné poskytovat standardní léčbu s očekávanými výsledky a jsou rovněž schopné řešit problémy stále více komplikované klientely.

Až na výjimky jsou terapeutické komunity provozovány nestátními neziskovými organizacemi (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti).

Terapeutické komunity jsou úzce propojeny s ostatními odbornými programy v systému péče o uživatele drog.

Zařízení sdružené v Sekci terapeutických komunit A.N.O. jsou držiteli certifikátu odborné způsobilosti podle Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (tzv. certifikační standardy RVKPP).

Nezávislá kvalifikovaná supervize je důležitým způsobem pro zajišťování a rozvoje kvality terapeutických komunit.

Terapeutické komunity shromažďují podrobné statistické údaje o klientech, poskytovaných službách a údaje sloužící k monitorování procesu a výstupů léčby. Některé terapeutické komunity provádějí i katamnestická šetření.

Důležitá je vzájemná výměna zkušeností a zpětných vazeb s kolegy na půdě odborné sekce terapeutických komunit A.N.O.

Zdroj: Kalina (2008c); Mravčík et al. (2012)





VÝZKUM TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT  
PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ

Terapeutické komunity pro léčbu závislosti vznikly jako alternativa ke zdravotnickým zařízením v oblasti psychiatrických služeb. Terapeutické komunity se poměrně záhy staly předmětem značného zájmu a publicity. První deskriptivní práce o terapeutických komunitách byly založeny na pozorování, rozhovorech a osobní zkušenosti ze života v komunitě. Autoři si kladli za cíl podrobně popsat, jakým způsobem terapeutická komunita funguje a do určité míry taky proč funguje. Sociolog Lewis Yablonsky pobýval několik let v Synanonu a v roce 1965 publikoval hojně citovanou knihu *The Tunnel Back. Synanon*. Obdobným způsobem vznikla Casrielova studie *So Fair a House: The Story of Synanon* (1966). Psychiatr Daniel Casriel navštívil Synanon v roce 1962, potkal zde sociologa Yablonského a prožil v Synanonu nějaký čas. Z jeho pobytu v Synanonu nevznikla jen zmiňovaná kniha, ale našel zde rovněž základní inspiraci pro terapeutickou komunitu Daytop Village, k jejímž zakladatelům patřil. O několik let později se Casriel autorsky podílel na knize *Daytop. Three Addicts and Their Cure* (1971), v níž formou tří kazuistických studií popsal fungování Daytop Village. Sociolog Barry Sugarman v letech 1967–1970 pobýval opakovaně několik měsíců v Daytop Village a v roce 1974 publikoval případovou studii *Daytop Village. A Therapeutic Community*, v níž podrobně popsal uspořádání, program a postupy zde uplatňované. Cílem jeho studie bylo odpovědět na otázku, jak Daytop funguje a také proč funguje.

Od sedmdesátých let minulého století se terapeutické komunity staly předmětem zájmu intenzivního výzkumu. De Leon (2004a, 2004b) rozlišuje dvě hlavní etapy výzkumu terapeutických komunit v USA: první etapu datuje lety 1970–1989 a druhou od roku 1990 do současnosti. Obě fáze výzkumu se věnují specifickým tématům a odrážejí změny ve vývoji terapeutických komunit.

### 2/1/1 První období výzkumu: 1970–1989

Prioritou poznání byly tři oblasti: (1) popsat sociální a psychologické charakteristiky klientů terapeutických komunit, (2) přinést důkazy o účinnosti léčby a (3) ozřejmit fenomén předčasného vypnutí (drop-out) a setrvání v léčbě (retence) (De Leon, 2004a).

#### Kdo se léčí v terapeutické komunitě?

Výzkum se zaměřil nejen na charakteristiku užívání návykových látek, ale také na popis sociálního a psychologického profilu klientů terapeutických komunit. Cílem výzkumu bylo obhájit terapeutickou komunitu jako metodu léčby závislosti, která používá specifické postupy, sleduje specifické cíle a je určena pro *specifickou* skupinu klientů. Terapeutické komunity vycházejí z konceptu, podle něhož je drogová závislost poruchou cele osobnosti; užívání návykových látek není jediným problémem. Celková změna životního stylu a identity klienta jsou základní cíle léčby. Pro jejich dosažení je zapotřebí dlouhodobá a intenzivní rezidenční léčba (De Leon, 2004a, 2004b).

#### Je terapeutická komunita efektivní?

Prokázání efektivity léčby bylo klíčové pro obhájení terapeutické komunity jako účinné, opodstatněné a důvěryhodné léčby. Bylo potřeba doložit, nakolik jsou terapeutické komunity



schopny dosáhnout cílů léčby. Výsledky léčby se sledovaly nejen u absolventů léčby, ale také u těch klientů, kteří odešli z léčby předčasně (De Leon, 2004a, 2004b).

### Co je známo o setrvání klientů v léčbě?

Bylo obvyklé, že léčbu v terapeutické komunitě dokončilo pouze 10–20 % klientů. Takové výsledky byly znepokojující, neboť vysoký počet předčasných odchodů vzbuzoval pochybnosti, nakolik může být taková léčba skutečně efektivní. Porozumění fenoménu setrvání v léčbě (retence) a předčasného vypadnutí (drop-out) bylo klíčové pro zlepšení účinnosti léčby (De Leon, 2004a, 2004b).

Počátky výzkumu terapeutických komunit v USA jsou spojeny s terapeutickými komunitami Phoenix House a Daytop Village. Již koncem šedesátých a počátkem sedmdesátých let minulého století zde bylo realizováno několik výzkumů, které shrnul De Leon (1974) ve své práci *Phoenix House: Studies in a Therapeutic Community (1968–1973)*. Výzkumy z komunity Daytop Village publikovali Casriel & Amen (1971) nebo Collier (1974). Ravndal (2003) uvádí, že řada těchto studií sledovala pouze klienty, kteří léčbu řádně dokončili. De Leon (1974) tuto selekci vysvětluje nedostatkem finančních prostředků; Ravndal (2003) s odstupem času usuzuje, že důvodem byla pravděpodobně nutnost prokázat, jakým způsobem se změnil život klientů po ukončení léčby. Dalším charakteristickým znakem těchto prvních výzkumů byla skutečnost, že řada z nich realizovaly přímo terapeutické komunity (Broekaert et al., 1999; Ravndal, 2003). Jak poznamenává Ravndal (ibid), tento metodologický problém mohl vést ke zkreslení výsledků ve snaze prokázat účinnost léčby. Rovněž Broekaert et al. (1999) poukazují na problematickou pozici pracovníka terapeutické komunity angažovaného ve výzkumu, neboť taková role vzbuzuje pochybnosti o vědecké nezávislosti, objektivitě a ovlivnění výsledků. Na druhou stranu zaměstnanec terapeutické komunity věnující se výzkumné činnosti měl snadnější pozici pro navázání nezbytné spolupráce s týmem komunity i samotnými klienty (Ravndal, 2003). Výše uvedené studie hodnotily výsledky léčby vždy v jednom zařízení a neměly ambici porovnat více terapeutických komunit současně. Prvotní studie jsou také dokladem toho, že výzkum v terapeutických komunitách začal velmi brzy a dočkal se značného ohlasu.

Hollandová (cit. dle Ravndal, 2003) prezentovala výsledky devatenácti studií efektivity léčby v terapeutických komunitách, které byly realizovány v USA v letech 1972–1983. Třináct studií bylo zaměřeno na evaluaci jednoho zařízení, zbylých 6 výzkumných projektů porovnávalo výsledky léčby v jedné či více terapeutických komunitách s jinými typy služeb, jako jsou metadonové substituce nebo abstinenčně orientované denní programy (ibid). Základním výzkumným záměrem těchto studií bylo popsat profily a charakteristiky klientů terapeutických komunit, zjistit míru úspěšnosti léčby a zkoumat faktory spojené s úspěšnou léčbou (Broekaert et al., 1999).

V osmdesátých letech De Leon dále rozšiřoval a zintenzivňoval výzkum v komunitě Phoenix House (Broekaert et al., 1999). De Leon, Wexler, & Jainchill (1982) vedli rozhovory s klienty Phoenix House, kteří zahájili léčbu v letech 1970 a 1971. Rozhovory byly prováděny s odstupem 5 let se 162 klienty, kteří léčbu nedokončili a se 75 úspěšnými absolventy. V jiné výzkumné studii De Leon se svými spolupracovníky sledoval 214 mužů a 74 žen v období 2 let po absolvování léčby a porovnával rozdíly v dosažených výsledcích v závislosti na pohlaví klientů (De Leon & Jainchill, 1981). Dalším výzkumným projektem realizovaným ve Phoenix

House byla studie výsledků léčby po 5 letech od ukončení léčby, v níž bylo sledováno 162 klientů s předčasně ukončenou léčbou a 75 absolventů (De Leon et al., 1982). V pozdější práci se De Leon (1989a) zaměřil na problematiku uživatelů drog s významnými psychickými obtížemi a možnostmi jejich léčby v terapeutických komunitách. Dalším výzkumným tématem byly změny v užívání alkoholu po dvou letech od ukončení léčby, které De Leon (1987) sledoval u 215 klientů s předčasně ukončenou léčbou a u 31 absolventů.

Ravndal (2003) a Broekaert (1999) shodně konstatují, že uvedené výzkumné studie byly v evropských terapeutických komunitách sledovány se značným zájmem a ohlasem a staly se důležitým zdrojem inspirace pro zkoumání efektivity terapeutických komunit. De Leonova výzkumná činnost rovněž upozornila na potřebu změny výzkumné metodologie v zájmu zlepšení výsledků výzkumů (Broekaert et al., 1999). Do budoucna se měl výzkum orientovat na sofistikovanější popis terapeutické komunity a zkoumání rozdílů mezi jednotlivými programy (ibid). A měl se více zaměřit na sledování procesu léčby, a tím rozšířit stávající primární cíl, kterým bylo hodnocení výsledků (ibid). Zde se ukázala síla evropského výzkumu, který opakovaně kombinuje sledování různých prvků procesu a výsledků léčby.

Terapeutická komunita Phoenix House nebyla jediným centrem výzkumu v USA. Hollandová (1978) prováděla výzkum v Gateway Houses a sledovala změny v počtu zatčení před léčbou a po léčbě v závislosti na délce setrvání v programu. Výzkumný soubor tvořilo 193 klientů. Bale (1980) sledoval 585 dlouhodobých uživatelů drog ve třech terapeutických komunitách, programu metadonové substituce a detoxifikačním programu. Uvedená studie hodnotila výsledky léčby po šesti a dvanácti měsících od nástupu do programu. Barr (1986) srovnával výsledky léčby mezi terapeutickou komunitou Eagleville a programy metadonové substituce. Výzkumný soubor tvořilo celkem 866 klientů, kteří byli sledováni v období od zahájení léčby do jednoho roku po léčbě. Collier (1974) sledoval výsledky léčby klientů Daytop Village po dvou letech od odchodu z léčby. Klienti byli rozděleni do dvou skupin, a to na absolventy (N = 272) a ty, kteří odešli z léčby předčasně (N = 327). V terapeutické komunitě Daytop Village byl rovněž realizován výzkum sledující změny v sebepojetí u 127 mužů a 42 léčených žen (Wheeler, Biase, & Sullivan, 1986).

Problematika retence a prevence relapsu je dlouhodobě prioritním výzkumným tématem v terapeutických komunitách (Broekaert et al., 1999). Zejména v osmdesátých a devadesátých letech byla publikována řada studií a odborných článků, které věnovaly pozornost předčasnému ukončení léčby, setrvání v léčbě, dokončení léčby a prediktorům spojovanými se setrváním v léčbě a úspěšnými léčebnými výsledky (např. Condelli, 1994; Condelli & De Leon, 1993; Condelli & Dunteman, 1993; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1986b, 1991; De Leon & Schwartz, 1984; Kooyman, 1993; Lewis & Ross, 1994; Pompei, 1994; Simpson, 1979).

National Institute on Drug Abuse (NIDA) v USA financoval tři významné celonárodní výzkumné projekty zaměřené na hodnocení výsledků léčby uživatelů drog: DARP (Drug Abuse Reporting Programme, zahájený v roce 1968), TOPS (Treatment Outcome Prospective Study, zahájená 1979) a DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study, zahájená 1989). Studie sledovaly celkem 66 000 klientů ze 192 léčebných programů, a to v období 12 let (DARP), 5 let (TOPS) a 1 rok (DATOS) po léčbě. Hodnocena byla efektivita různých typů léčebných programů zahrnujících krátkodobé i dlouhodobé terapeutické komunity, programy metadonové substituce, ambulantní abstinční léčby a pobytové i ambulantní detoxifikace. Tyto studie

přinášejí informace nejen o výsledcích léčby, ale také o uživatelích drog a profilu jejich obtíží. Důležitým výzkumným tématem byla také problematika retence klientů v léčbě. Díky detailnímu sledování klientů po odchodu z léčby můžeme lépe rozumět tomu, jak se mění užívání drog, kriminální chování, zaměstnanost a další sledované oblasti. Studie ukázaly, že setrvání v léčbě a její dokončení je opakovaně spojováno s lepšími výsledky (Gossop, 2004; Gossop, Trakada, Stewart, & Witton, 2005). Studie obdobného rozsahu jsou vzácné vzhledem k vysokým finančním nákladům a nezbytnosti dlouhodobého a značného úsilí, spolupráce a nasazení velkého počtu lidí z různých organizací.

### **2/1/2 Druhé období výzkumu: 1990 až současnost**

Vývoj v této fázi byl charakteristický značnou různorodostí klientely, ale také zařízení, která se definovala jako terapeutická komunita. Oprávněnou otázkou bylo, nakolik jsou nové programy věrohodné a zdali poskytují účinné služby. Od počátku devadesátých let minulého století se prioritou výzkumu staly dvě oblasti: (1) evaluace efektivity tradičních terapeutických komunit, v nichž se léčily nové generace uživatelů drog, ale také nové modifikované programy uplatňující model terapeutické komunity, (2) definování hlavních prvků terapeutické komunity, které jsou nezbytné pro zajištění účinné léčby (De Leon, 2004a, 2004b).

#### **Poskytují současné terapeutické komunity efektivní léčbu?**

Předmětem výzkumu byly tradiční i modifikované terapeutické komunity s kratší dobou léčby. Cílem výzkumu bylo zdokumentovat výskyt psychiatrické komorbidity, popis retence a předčasného vypadnutí, krátkodobé i dlouhodobé výsledky léčby a nákladovou efektivitu. Výzkum reflektoval podstatné rozšíření klientely terapeutických komunit. Kromě dospělých uživatelů drog se výzkum zaměřil na klienty s duální diagnózou, dospívající, klienty bez domova, uživatele drog v konfliktu se zákonem, matky s malými dětmi a klienty metadonové substituce. Model terapeutické komunity se začal uplatňovat ve zdravotnických zařízeních, psychiatrických a sociálních službách a také ve vězeňství. Všechny tyto modalitty se staly předmětem výzkumu (De Leon, 2004a, 2004b).

Simpson et al. (1999) sledovali 1 rok po ukončení léčby 1 605 klientů závislých na kokainu. Tito klienti se léčili v terapeutických komunitách s dlouhodobým programem, v krátkodobých rezidenčních programech a v ambulantních programech. Terapeutické komunity byly zahrnuty do nové národní studie výsledků léčby uživatelů návykových látek National Treatment Improvement Evaluation Study - NTIES (Gerstein et al., 1997). NTIES byla zahájena v roce 1992 a výzkumný soubor tvořilo 4 411 klientů, kteří byli sledováni od zahájení léčby až do období 12 měsíců po ukončení léčby. Řada výzkumných studií se zaměřila na hodnocení efektivity modifikovaných terapeutických komunit pro klienty v konfliktu se zákonem (Hiller, Knight, Devereux, & Hathcoat, 1996; Hiller, Knight, & Simpson, 2006; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper, & Harrison, 1997; Wexler, Melnick, Lowe, & Peters, 1999), mladistvé uživatele drog (Jainchill, Hawke, De Leon, & Yagelka, 2000; Jainchill, Yagelka, Hawke, & De Leon, 1999), HIV pozitivní klienty (Kingree, Glasford, & Jones-allen, 1997; McCusker, Bigelow et al., 1997), drogově závislé klienty ve vězení, u nichž byla zjištěna duální diagnóza (Sacks, Sacks, McKendrick, Banks, & Stommel, 2004; Sullivan, McKendrick, Sacks, & Banks, 2007) a pro klienty s duální diagnózou a bez domova (De Leon, Sacks, Staines, & McKendrick, 2000; Nuttbrock, Ng-Mak, Rahav, & Rivera, 1997).

### Co je terapeutická komunita a jak léčba funguje?

Porozumění terapeutické komunitě jako metodě léčby a pochopení procesu léčby je klíčové pro potvrzení věrohodnosti terapeutické komunity, ospravedlnění nákladů na léčbu a další rozvoj. Výzkum se zaměřil na zpracování teorie a postupů terapeutické komunity jako metody léčby, popis léčebného procesu, definování a ověření základních prvků terapeutické komunity a rizikové faktory spojené s předčasným vypadnutím. Další snahou byl vývoj výzkumných nástrojů pro hodnocení klientovy motivace a připravenosti na léčbu a klinického progresu během léčby (De Leon, 2004a, 2004b).

Melnick at al. (1999; 2000) jsou autory dotazníku Therapeutic Community Scale of Essential Elements Questionnaire (SEEQ), který je určen k rozlišení typologie jednotlivých zařízení. SEEQ detailně sleduje rozdíly v základních prvcích a filozofii jednotlivých terapeutických komunit. Upravenou podobu dotazníku v ČR použil Kalina (2008c). Mezinárodní think tank RAND ve spolupráci s Phoenix House vytvořili dotazník Dimension of Change (DCI), který je určen k hodnocení procesu léčby v terapeutické komunitě (Edelen et al., 2007; Orlando et al., 2006; Paddock et al., 2007). Na půdě Centre for Therapeutic Community Research vznikla sada tří dotazníků pro evaluaci klinického progresu klienta v léčbě: Client Assessment Inventory (CAI), Client Assessment Summary (CAS) a Staff Assessment Summary (SAS) (Kressel, De Leon, Palij, & Rubin, 2000). Moos (1997) je autorem dotazníku Ward Atmosphere Scale (WAS), který slouží pro hodnocení terapeutického prostředí rezidenčních programů pro léčbu závislostí.

## 2/2

### Vývoj výzkumu v Evropě

Z přehledu literatury vyplývá, že naprostá většina výzkumů efektivity terapeutických komunit pochází z USA, kde mají takové výzkumné aktivity značně vysoký profesionální i organizační status a zároveň odpovídající finanční podporu, což jsou podmínky nesrovnatelné s jinými zeměmi (Rawlings, 2001). Na druhou stranu, výzkum v Evropě – ačkoli ne tolik rozšířený jako v USA – přináší řadu důležitých a zajímavých poznatků. Proto je důležité evropský výzkum sledovat, ačkoli se mu nedostává takové publicity a pozornosti.

Jak uvádějí Broekaert et al. (1999) u vzniku terapeutických komunit v Evropě stáli psychiatři, kliničtí a sociální psychologové, sociální pracovníci, ale také řada bývalých uživatelů drog, kteří prošli léčbou. Pro tuto heterogenní skupinu bylo prioritou zajištění každodenního provozu terapeutické komunity a akademický výzkum jim byl velmi vzdálený. S postupem času terapeutické komunity stály před nutností obhájit výsledky své práce, a tím si zajistit další existenci. První výzkumy terapeutických komunit v Evropě byly prováděny zaměstnanci terapeutických komunit, kteří svůj čas dělili mezi klinickou a výzkumnou práci. Práce George De Leona z terapeutické komunity Phoenix House v USA se staly významným inspiračním zdrojem evropského výzkumu (Broekaert et al., 1999; Broekaert, Vandeveld, Vanderplasschen, Soyez, & Poppe, 2002).

Řada vnějších impulzů pro výzkum terapeutických komunit přišla v osmdesátých letech minulého století. Byly to jednak změny související s vývojem cílové populace: došlo k zásadní

mu rozšíření indikačních kritérií na skupiny klientů, s nimiž terapeutické komunity dříve nepracovaly. Model léčby terapeutických komunit byl implementován do nových typů služeb, jako jsou denní stacionáře, azylové domy, výchovná zařízení pro děti a mládež, věznic. Objev infekce HIV/AIDS s sebou přinesl důraz na ochranu veřejného zdraví. Harm reduction služby a metadonové programy byly rozpoznány jako účinné v prevenci šíření krví přenosných infekčních nemocí. Terénní programy, nízkoprahová centra, programy metadonové substituce a ambulantní centra se staly významným konkurentem terapeutických komunit v oblasti příjmů finančních dotací. Terapeutické komunity se musely vyrovnávat s tlakem na zkrácení doby léčby. V neposlední řadě došlo ke zvýšení nároků na odbornou práci. Terapeutické komunity musely přijmout standardy odborné péče a otevřít se pravidelným externím inspekcím a auditům. Důsledkem tohoto vývoje byla potřeba otevřít terapeutické komunity výzkumu, který by potvrdil jejich místo v síti odborných služeb, efektivitu služeb a ospravedlnil relativně vysoké náklady rezidenční léčby v terapeutické komunitě ve srovnání s ambulantními programy. Podrobně o tomto vývoji referuje např. Kalina (2008c).

Broekaert et al. (1999) uvádějí, že před rokem 1980 se v Evropě neuskutečnil žádný prospektivní výzkum výsledků léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Avšak několik výzkumných studií terapeutických komunit bylo realizováno již v sedmdesátých letech minulého století v Anglii, a to v TK Phoenix House (Ogborne, 1975; Ogborne & Melotte, 1977) a v Ley Community (Wilson, 1978; Wilson & Mandelbrote, 1978, 1978b). Ravndal (2003) rovněž upozorňuje na výzkumy terapeutických komunit ve Skandinávii (ty však nebyly publikovány v anglickém jazyce). Skutečnost zůstává, že v sedmdesátých letech se výzkum efektivity hierarchických terapeutických komunit prováděl z velké části v USA a až osmdesátá léta jsou považována za skutečný počátek výzkumu výsledků léčby v Evropě (viz citovaná literatura). Výzkum efektivity terapeutických komunit byl iniciován v řadě států<sup>28</sup>, a to zejména v Německu, Itálii, Holandsku, Norsku, Švédsku, Švýcarsku, Velké Británii, Belgii a později také ve Španělsku.

Výzkum efektivity terapeutických komunit v Evropě se zaměřuje na řadu specifických témat, která byla v USA dlouhodobě opomíjena. Z evropských výzkumných projektů je zřejmá snaha hlouběji poznat samotný průběh léčby a porozumět tomu, jak terapeutická komunita funguje. Evropský výzkum přináší informace nejen o změnách v chování klientů po odchodu z léčby, ale zároveň také cenné poznatky o různých aspektech terapeutické komunity, průběhu léčby a používaných metodách a jejich vlivu na výsledky léčby. Díky tomu můžeme lépe rozumět tomu, jak terapeutická komunita funguje a které její prvky jsou klíčové pro dosažení úzdravy klientů.

Jak ukazují Ravndal (2003) a Broekaert et al. (1999), téměř každé výzkumné centrum doplnilo sledování léčebných výsledků o zkoumání dalších specifických oblastí: V Itálii byla pozornost poprvé věnována rodinné terapii integrované do programu terapeutické komunity a jejímu vlivu na výsledky léčby. Výzkum v Holandsku ukázal, že zapojení rodičů do programu významně zlepšuje výsledky léčby v terapeutické komunitě. Takové závěry byly poměrně radikální, neboť nabourávaly vžitý koncept, podle něhož je potřeba klienta zcela izolovat od kontaktů mimo terapeutickou komunitu. V původních terapeutických komunitách nebylo

28 Přehled výzkumů terapeutických komunit v Evropě uvádí Ravndal (2003); Broekaert et al. (1999) nebo Kooyman (1993). Výzkum ve Španělsku viz Malivert et al., (2011).

pro zapojení rodičů nebo rodinnou terapii místo, terapeutická komunita se stala novou rodinou klienta. Výzkum však ukázal, že zapojení rodiny naopak zlepšuje léčebné výsledky, což dále podpořilo větší otevřenost terapeutických komunit. V Holandsku se rovněž zaměřili na vývoj nástrojů pro hodnocení potřeb žadatelů o léčbu a pro katamnestické sledování klientů po ukončení léčby. Výzkum v Německu sledoval průběh léčby, faktory spojené se setrváním v léčbě, vypadnutím a relapsem. Švýcarský výzkum se zaměřil na popis terapeutických komunit a rozdílů v motivaci klientů pro léčbu v terapeutické komunitě a v jiných typech služeb. Mimoto byla ve Švýcarsku realizována studie srovnávající výsledky léčby terapeutické komunity a programu metadonové substituce. Výsledky ukázaly, že klienti terapeutických komunit hodnotí kvalitu svého života jednoznačně lépe v porovnání s klienty z jiných programů. Ve Skandinávii byly již v sedmdesátých letech 20. století realizovány početné kvalitativní studie popisující rozmanité faktory procesu léčby a jejich dopadu na klienty. Předmětem výzkumu se staly různé léčebné intervence, uspořádání a atmosféra léčebného zařízení nebo cíle a filozofie léčebného programu. K tomu byla využita kvalitativní data získaná z pozorování a rozhovorů se zaměstnanci i s klienty. Inspiračním zdrojem zde byla Rapoportova práce *Community as Doctor* (1960). Ve Švédsku byl koncem osmdesátých let zahájen rozsáhlý výzkumný projekt s názvem *Swedate*. Participovalo na něm 31 léčebných programů, včetně 16 terapeutických komunit. Uvedená studie kombinovala sledování procesu a výsledků léčby. Studie hodnotila výsledky léčby, které byly doplněny o charakteristiky klientů a jednotlivých léčebných programů. Výzkum v Norsku hodnotil nejen zakomponování rodinné terapie do léčby závislosti, ale také speciální terapeutické programy pro ženy a pro dospívající uživatele drog.

Evropský výzkum terapeutických komunit se vyznačuje zájmem o hlubší poznání procesu léčby v terapeutické komunitě s využitím kvalitativní metodologie (Ravndal, 2003). Broekaert et al. (1999) však poukazují také na řadu slabin: ad hoc realizované projekty, u nichž není zajištěna dostatečná nezávislost na terapeutických komunitách, propojenost výzkumných týmů s terapeutickými komunitami, hodnocení výsledků léčby v jediném zařízení a bez srovnání s jinou léčebnou modalitou, nedostatečný design výzkumu vzhledem k výzkumným cílům, prioritou je lokální zájem a lokální využití výsledků, málo početné výzkumné soubory, nízké zastoupení výzkumů srovnávajících výsledky léčby s kontrolní skupinou, která neprošla léčbou. Zejména Ravndal (2003) zdůrazňuje, že evropskému výzkumu se dlouhodobě nedostávalo stejné pozornosti jako studiím v USA. Tato situace se postupně mění se vzrůstající potřebou porozumění procesu léčby jako komplexnímu a dynamickému procesu a se vzrůstajícím důrazem na využití kvalitativní metodologie (Broekaert et al., 1999; Ravndal, 2003).

V kontextu evropského výzkumu výsledků léčby je výjimečným počinem projekt NTORS (National Treatment Outcome Research Study) zahájený ve Velké Británii v roce 1994 (např. Gossop, Marsden, & Stewart, 1998). Základním cílem studie bylo prokázat účinnost systému odborných služeb pro uživatele drog. Studie sledovala 1 075 uživatelů drog z 54 léčebných programů v průběhu pěti let od zahájení léčby. Na výzkumu participovaly dlouhodobé i krátkodobé programy metadonové substituce a různé typy rezidenčních léčebných zařízení včetně terapeutických komunit poskytujících dlouhodobou léčbu. NTORS sledovala změny v řadě oblastí včetně užívání drog a alkoholu, rizikového chování, kriminality, zdravotního stavu a sociálního fungování. NTORS je naturalistickou studií a byla realizována přímo v léčebných programech během každodenního provozu. Jedná se o dosud největší prospektivní studii vý-

sledků léčby nejen ve Velké Británii, ale také v Evropě. Allsop (1999) publikoval interview s Michaelem Gossopem, který upozorňuje na okolnosti spojené s iniciací projektu NTORS. Studie byla realizována na základě přímého požadavku britského ministerstva zdravotnictví ve snaze uplatnit evidence-based přístup v odborných službách pro uživatele drog. NTORS se tak dočkala značné publicity a dlouhodobé podpory ze strany vládních úředníků, kteří deklarovali připravenost vzít zjištěné výsledky na vědomí. Gossop ve zmíněném interview uvádí, že taková míra komunikace mezi výzkumnými pracovníky a vládními politiky je vzácná.

## 2/3

## Výzkumná témata v hodnocení výsledků léčby

Výzkum léčby uživatelů drog se soustředí na tři základní otázky (Hendriks, 1999):

- Je léčba efektivní; co tvoří „léčbu“ a co tvoří „úspěch“ v léčbě?
- Jak léčba funguje a co je obsahem léčby?
- Jaká léčba je nejvhodnější pro jaký typ klientů?

### Výsledky léčby

Řada autorů (např. EMCDDA, 2007; Gossop, Marsden, & Stewart, 2001; Kalina, 2008c; McLellan et al., 1997) klade důraz na to, aby výsledky léčby uživatelů drog vycházely z širšího pojetí léčby jako *sociální rehabilitace* klienta. Užívání drog je jen jednou částí životního stylu klientů terapeutických komunit. Snížení míry užívání drog a alkoholu je prvořadým cílem léčby závislostí (McLellan et al., 1997). Léčba má zároveň přinášet zlepšení v osobním a sociálním fungování klientů a snižovat rizika v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti, které jsou relevantní pro celou společnost. Kalina (2008c, s. 261) připomíná nutnost celkové změny životního stylu klienta terapeutické komunity: „Aktuální abstinování od drog není samo o sobě spolehlivým ukazatelem dobré prognózy, není-li doprovázeno dalšími změnami ve způsobu života.“

EMCDDA (2007) doporučuje sledovat sadu několika výsledků léčby současně raději než jeden výsledek (např. relaps) a spolu s výsledky léčby sledovat indikátory procesu léčby. Pro hodnocení výsledků léčby problémových uživatelů drog EMCDDA (ibid) doporučuje monitorovat změny v oblasti užívání návykových látek, rizikového chování, fyzického a psychického zdraví, míry sociální integrace, subjektivního vnímání kvality života a dále retenci a způsob ukončení léčby (tabulka 12).

Změny závislostního chování sleduje typ užívané návykové látky a změny v míře a vzorcích užívání. Takové měření nám poskytne mnohem realističtější obrázek o klientově situaci než zjednodušený výsledek léčby „abstinence“ versus „užívání drog“. Přestože klient po léčbě neabstinuje, mohl dosáhnout podstatných zlepšení ve smyslu užívání méně rizikových drog, změny frekvence nebo způsobu užívání.

Doména rizikové chování se zaměřuje na chování v souvislosti s rizikem šíření krví přenosných infekčních chorob (např. hepatitidy, HIV, syfilis).

Oblast zdraví zahrnuje změny ve výskytu symptomů psychických a fyzických obtíží a také změny v sebevražedném chování, sebepoškozování nebo sociální izolaci, které jsou spojovány s významnými psychickými obtížemi (ibid).

Indikátory sociální integrace jsou zejména typ bydlení a jeho stabilita, zaměstnanost a studium, zdroje finančních příjmů, sociální kontakty s osobami neužívajícími drogy a kriminalita (ibid).

Hodnocení subjektivního vnímání kvality života začalo být vnímáno jako důležitý indikátor výsledku léčby uživatelů drog až relativně nedávno. Sledování změn v kvalitě života podporuje pojetí výsledků léčby uživatelů drog jako komplexní změny, kterou je potřeba sledovat sérií několika indikátorů. Ty poskytují „profil výsledků léčby“, nikoli jediný výsledek (ibid).

Tab. 12 EMCDDA: Indikátory výsledků léčby problémových uživatelů drog

Doména	Výsledek
Retence	doba setrvání v léčbě
Ukončení léčby	plánované/neplánované
Závislostní chování	míra užívání legálních a nelegálních návykových látek
Rizikové chování	injekční užívání drog sdílení injekčního náčiní nechráněný pohlavní styk
Zdraví	psychické a fyzické zdraví
Sociální integrace	bydlení zaměstnanost sociální vztahy životní styl kriminalita
Kvalita života	subjektivní vnímání kvality života

Zdroj: EMCDDA (2007)

Rovněž další autoři doporučují, aby efektivní hodnocení výsledků léčby uživatelů drog zahrnovalo tři základní oblasti (McLellan et al., 1997):

- snížení užívání drog a alkoholu,
- zlepšení osobního a sociálního fungování (zlepšení fyzického a psychického zdraví, osobních vztahů, zaměstnanosti),
- snížení rizik v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti (snížení rizikového chování a kriminality).

Výsledky léčby uváděné McLellanem et al. (ibid) jsou ve shodě s doporučeními EMCDDA (2007).



### Průběh a obsah léčby

Lewis et al. (1994) uvádějí, že pro sledování průběhu léčby je klíčové hodnotit tyto indikátory:

- *Retence* (vytrvání v léčbě) vyjadřuje poměr mezi počty dnů setrvání v programu a úspěšným ukončením léčby. Čím více se retence klientů v programu blíží úspěšnému ukončení léčby, tím je program považován za efektivnější. Nízká míra retence je hodnocena značně negativně. Retence se měří *délkou setrvání v programu*, tj. počtem dnů (týdnů, měsíců), po které klient setrval v léčbě. Retence má klíčový význam pro hodnocení efektivity léčby. Klienti musí v programu setrvat dostatečně dlouhou dobu, aby mohlo být dosaženo příznivých výsledků. Zároveň je nutné počítat s tím, že terapeutická komunita nemůže garantovat, že všichni klienti léčbu dokončí. Určité procento klientů odchází předčasně z léčby je znakem dobře fungujícího programu. Jak upozorňuje Kalina (2008c, s. 266): „Retence v konkrétním zařízení je ukazatelem jeho úspěšnosti a je relevantní pro financování z veřejných zdrojů.“
- *Ukončení léčby* vyjadřuje plánované ukončení léčby, kdy klient formálně dosáhl stanovených léčebných cílů v souladu s terapeutickým plánem. V terapeutických komunitách je každé úspěšné ukončení léčby stvrzeno závěrečným rituálem, kterého se účastní všichni členové komunity. Terapeutická komunita musí mít specifikovanou délku programu, v níž klient může léčbu úspěšně ukončit. Retence usiluje o prodloužení délky setrvání v programu tak, aby se co nejvíce shodovala s ukončením léčby.
- *Předčasné ukončení léčby* z pohledu terapeutické komunity znamená, že klient v programu nesetřval optimálně dlouhou dobu. Z pohledu klienta může předčasný odchod z léčby znamenat změnu jeho osobních cílů nebo nespokojenost s léčbou. Z perspektivy zařízení se může jednat o ukončení léčby z důvodu závažného porušení pravidel terapeutické komunity nebo o překlad do jiného zařízení, které je lépe indikováno pro klientovy potřeby. Takové rozdíly znesnadňují interpretaci předčasných ukončení léčby. Kalina (2008c) upozorňuje, že předčasné ukončení léčby souvisí s horšími výsledky; zároveň bylo zjištěno, že klienti, kteří z léčby vypadli, se také zlepšují, a to přímo úměrně době, po kterou v léčbě setřvali.

Parametry léčebného zařízení jako je jeho umístění a dostupnost, intenzita a délka programu, typ léčby a její cíle a návaznost programů následně péče jsou klíčové pro hodnocení efektivity léčby (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998). Kalina (2008c) upozorňuje, že vztah mezi efektivitou léčby a jednotlivými složkami programu terapeutické komunity je jen ojediněle předmětem výzkumu<sup>29</sup>. Ukazuje se, že pro dosažení příznivého léčebného výsledku je důležitá kvalita terapeutického vztahu a schopnost léčebného programu reagovat na klientovy potřeby (Marsh, Shin, & Cao, 2010), avšak tyto parametry jsou sledovány ojediněle.

### Profil klientů

Na začátku léčby se hodnotí profil obtíží a jejich závažnost, a to ve stejných oblastech, které se používají pro hodnocení výsledků léčby: užívání návykových látek, rizikové chování, zdravotní stav, kriminalita, osobní a sociální fungování klientů. „Poznatky o charakteristikách klientů mají význam pro srovnávací studie (léčba v terapeutické komunitě versus jiná léčba),

29 Příkladem výzkumu v oblasti léčby drogových závislostí, který sleduje výsledky spolu s podrobným obsahem programu, je práce autorů Balla & Allana (1991), která se zabývá efektivitou programů metadonové substituce.

pro stanovení některých prediktorů úspěchu a pro klinické indikace" (Kalina, 2008c s. 254). Sledovat profily klientů je důležité pro zlepšování retence klientů v léčbě.

Lewis et al. (1994) uvádějí, že pro hodnocení průběhu léčby je důležité sledovat:

- kdo odchází z léčby předčasně,
- kdy klienti odcházejí z léčby,
- proč klienti odcházejí z léčby předčasně.

Takové informace jsou cenné pro zlepšení retence v programu a zlepšení efektivity léčby. Profily klientů, kteří mohou z léčby odejít předčasně, okolnosti a důvody odchodu, jsou důležité pro zavedení účinných strategií pro prodloužení délky setrvání klientů v programu.

## 2 / 4

## Dialog mezi výzkumem a praxí

Mnoho let se na možnosti léčby drogově závislých pohlíželo velmi skepticky. Obvyklým názorem bylo, že člověk závislý na drogách se může jen stěží vzdát svého návyku a naděje na úspěšnou léčbu je velmi malá. Gossop (2004) cituje z úvodu prvního čísla *International Journal of the Addiction* z roku 1966, v němž se konstatuje, že nebyla nalezena žádná souvislost mezi léčbou a výsledky léčby a dále se uvádí, že velká většina klientů pokračuje v užívání drog bez ohledu na to, zda absolvovali léčbu. Více než čtyřicet let intenzivního výzkumu terapeutických komunit pro léčbu závislosti přineslo přesvědčivé důkazy o účinnosti léčby. Výzkum efektivity terapeutických komunit dokumentuje řadu významných a značně optimistických výsledků léčby. Přesto je efektivita léčby v terapeutických komunitách nadále zpochybňována a výzkumné závěry jsou označovány jako nedostatečně průkazné (De Leon, 2010a). Vzájemný dialog mezi výzkumem a praxí v terapeutických komunitách není jednoduchý a je zatížen řadou překážek.

Terapeutické komunity se zrodily z potřeby nalézt novou metodu léčby neboť užívání heroínu, amfetaminu, kanabisu a LSD se stalo celospolečenským problémem nejprve v USA a později také v Západní Evropě. Terapeutické komunity vznikly jako alternativa k tradičním zdravotnickým zařízením, která nebyla schopna efektivně reagovat na vzrůstající problematiku užívání drog (Tims, Jainchill, & De Leon, 1994). Na počátku sedmdesátých let minulého století pracovníci terapeutických komunit bezmezně věřili konceptu, s nímž pracovali, a k jakémukoli výzkumu se stavěli s velkou rezervou (Broekaert et al., 2002). V terapeutických komunitách převládalo přesvědčení, že pokud se má výzkum realizovat, je potřeba ho provádět samotnými pracovníky terapeutických komunit. Nezávislí výzkumníci vzbuzovali značnou nelibost mezi pracovníky terapeutických komunit. Björling et al. (cit. podle Broekaert et al., 2002) shrnují výhrady zaznívající z terapeutických komunit vůči externímu výzkumu: možnost zneužití výsledků tvůrci drogové politiky, riziko porušení soukromí a integrity klientů, nesoulad mezi filozofií terapeutických komunit a výzkumnou praxí, omezené a povrchní výzkumné metody, které nedokáží popsat léčebný proces.

Již o rok později Kooyman et al. (cit. podle Broekaert et al., 2002) obhajují potřebu zavedení výzkumu do terapeutických komunit. Specifické metody léčby uplatňované v terapeutických komunitách spolu s odlišným pohledem na klienta a jeho obtíže, přinášely otázky, nakolik se jedná o důvěryhodnou léčebnou metodu a zdali jsou terapeutické komunity schopny dosáhnout svých cílů. Zakladatelé terapeutických komunit stáli před nutností doložit efektivitu a účelnost léčby ve snaze udržet finanční podporu a obhájit svou práci před ostatními odborníky (Ravndal, 2003). Obhájení důvěryhodnosti nové léčby vyžadovalo vědecké zkoumání a popis metod práce a výsledků léčby terapeutických komunit (ibid). V Evropě se začal rozvíjet dialog mezi terapeutickými komunitami a výzkumem od poloviny osmdesátých let minulého století (Broekaert et al., 2002). Od devadesátých let se evropské terapeutické komunity plně podílejí na mezinárodním i domácím výzkumu (ibid).

Vzájemný dialog mezi výzkumem a terapeutickými komunitami představuje důležitý přínos pro obě strany (De Leon, 2004b), a to navzdory tomu, že je zatížen komunikačními těžkostmi a „percepčními distorzí“ obvykle se vyskytujícími mezi vědeckými výzkumníky a ostatními profesionály, kteří se výzkumu běžně nevěnují (ibid). De Leon (ibid) upozorňuje na řadu potenciálních překážek: zaměstnanci terapeutických komunit mohou vnímat hodnocení léčebného programu jako skrytou hrozbu pro další financování, a tím i potenciální ohrožení pro přežití samotného zařízení, sběr dat je v terapeutických komunitách považován za mechanickou náhražku oboustranného dialogu, výzkumní pracovníci jsou častokrát vnímáni jako odtržení od každodenní reality provozu léčebného zařízení a konečně sběr dat a vyplňování formulářů představuje nevděčnou práci navíc, která není relevantní pro samotnou léčbu. Naopak výzkumní pracovníci mohou pohlížet na pracovníky terapeutických komunit jako neflexibilní a s minimálním zájmem o objektivní hodnocení vlastní práce; pokud se zaměstnanci terapeutických komunit věnují výzkumné práci, nejsou důslední v dodržování striktních pravidel vědeckého výzkumu. Kritickým bodem je transformace výsledků výzkumu do léčebné praxe a zde obě strany dialogu narážejí na obtíže vyplývající z používání odlišného jazyka (ibid).

Merino (1999) upozorňuje na čtyři hlavní překážky ve výzkumu výsledků léčby v terapeutických komunitách:

- vzájemná neporovnatelnost zjištěných výsledků,
- nízká míra konsenzu o tom, co je úspěšný výsledek léčby,
- používání různých způsobů hodnocení výsledků léčby, především v oblasti užívání drog,
- malý počet studií, které srovnávají výsledky léčby s kontrolní skupinou (randomizované kontrolované studie).

Obtížná porovnatelnost výzkumných výsledků má řadu příčin. Jsou to zejména rozdílné charakteristiky klientů, s nimiž různé terapeutické komunity pracují, různá délka léčby, odlišné cíle léčby, odlišnosti v jazyku, jímž autoři zastupující různé odborné disciplíny popisují zkoumané populace klientů, průběh léčby a její výsledky, rozdílné výzkumné metody využívající ad hoc vytvořené nástroje s nejasnou validitou a reliabilitou (Merino, 1999).

Obtíže v porovnatelnosti výsledků souvisí se značnou diverzitou terapeutických komunit a v nich uplatňovaných léčebných postupů (Kalina, 2008c). Terapeutické komunity za dobu své existence prošly značným vývojem a reformami. Fridell (1999) to ilustruje na změnách v počtu klientů, kteří léčbu úspěšně dokončí: zatímco v sedmdesátých letech minulého sto-

letí to bylo 10–15 %, v devadesátých letech to bylo již 30–40 %. Otázkou je, nakolik lze výsledky současného výzkumu porovnávat s léčebnými výsledky před 20 nebo více lety. Nelze opomenout významné rozdíly mezi terapeutickými komunitami v Evropě a v USA, rozdíly v systému a financování léčby a odlišnosti mezi klientelou terapeutických komunit. Otázkou zůstává, nakolik jsou výsledky léčby v terapeutických komunitách v jednotlivých státech, ale také v různých časových obdobích srovnatelné. Kalina (2008c), který srovnává výsledky a indikátory úspěšnosti terapeutických komunit v ČR se závěry zahraničních výzkumů zdůrazňuje, že často se jedná o zjištění vzájemně nesrovnatelná.

Dalším problematickým tématem je nízká míra shody ohledně definování úspěšného výsledku léčby. Snížení užívání drog je primárně sledovaným výsledkem léčby (Kalina, 2008c). Zlepšení v oblasti užívání drog lze definovat různě. Některé studie považují za úspěšný výsledek léčby pouze úplnou abstinenci od drog a alkoholu. V jiných případech se může jednat o abstinenci od původní drogy a případně mírné pití alkoholu nebo občasné užití marihuany je tolerováno. Některé studie hodnotí změny ve frekvenci, případně množství užitých drog. Jiné studie hodnotí dobu setrvání v programu nebo počty relapsů po léčbě.

Výsledky léčby v terapeutických komunitách v řadě případů nabourávají medicínské pojetí závislosti jako chronického recidivujícího onemocnění. Léčba v terapeutické komunitě je založena na úzdavě, která nabízí možnost „přerůst“ závislost. Výzkumy výsledků léčby v terapeutických komunitách nabízejí odlišný pohled na závislost: závislost je chronickou (vracející se) poruchou, avšak řada klientů může závislost překonat a dojde u nich k úzdavě (De Leon & Wexler, 2009). Zajímavou otázkou je, jak hodnotit relaps k původní droze v kontextu hodnocení výsledků léčby. Neurobiologický model závislosti nahlíží na závislost jako na chronické recidivující onemocnění mozku, mezi jehož klíčové behaviorální projevy patří vysoká tendence k relapsu a toto riziko relapsu trvá i po letech abstinence od drog (Dvořáček, 2008). Lze se setkat s názorem, že relaps je nejčastějším výsledkem léčby, jedná se o relativně běžný doprovodný jev, nikoli výjimku (Kuda, 2008a). Řada autorů (např. Kalina, 2008b; Kuda, 2008a) se shoduje na tom, že relaps poskytuje prostor pro učení a nápravu; pokud dojde k adekvátnímu zpracování relapsu (během léčby nebo v rámci doléčování), tato událost může mít pro klienta neocenitelný přínos<sup>30</sup>. Je otázkou, jakým způsobem by na výše uvedené poznatky o relapsu měly reagovat výzkumné studie hodnotící výsledky léčby, neboť relaps a následný kontakt s léčebným programem může být posuzován jako doklad neefektivní léčby<sup>31</sup>.

Jak upozorňuje Merino (1999) výzkumné studie používají různé metody pro hodnocení změn v užívání návykových látek a v dalších sledovaných oblastech. Z metodologického hlediska se pro hodnocení výsledků léčby obvykle používá tzv. pre-test / post-test design, který pomocí stejného nástroje hodnotí změny v profilu obtíží klientů v období před léčbou, v jejím průbě-

30 My zde pro zjednodušení používáme výhradně pojmu „relaps“, nicméně je potřeba uvést, že model prevence relapsu, který popisuje Kuda (2008a), rozlišuje abstinenci, laps (uklouznutí) a relaps.

31 Ve Velké Británii v současnosti (2012) probíhá testování projektu Payment by Results (PbR), jehož základem je platba léčebným službám podle dosažených výsledků. Za úspěšný výsledek léčby je považováno podstatné zlepšení v oblastech užívání drog, kriminalita, zdraví a kvalita života. Zlepšení v oblasti užívání drog je definováno jako úspěšné (plánované) ukončení léčby, neuzití primární drogy, nezahájení nové léčebné epizody a žádný kontakt se službami v rámci trestněprávního systému po dobu 12 měsíců od ukončení léčby. Kontroverzní projekt Payment by Result je ve Velké Británii předmětem značně živé debaty. Blíže o tomto projektu např. internetové stránky [www.gov.uk](http://www.gov.uk).

hu a po ukončení léčby. Otázkou s nejednoznačnou odpovědí je, po jak dlouhé době od ukončení léčby by mělo dojít k hodnocení výsledků. Praxe je velmi rozdílná. Výsledky se hodnotí v různém časovém odstupu od ukončení léčby a v odlišných intervalech; časové období se obvykle pohybuje od tří měsíců do pěti let<sup>32</sup>.

Studie hodnotící efektivitu léčby mohou pracovat s různě dlouhými intervaly pro sledování klientů a nelze říci, že existuje jeden optimální model vhodný pro všechny studie (Gossop et al., 2001). Marsden et al. (2000) uvádějí, že klienti jsou nejčastěji hodnoceni v období 3, 6 a 12 měsíců od ukončení léčby. Záleží na účelu studie a finančních možnostech. Kratší intervaly mezi rozhovory jsou vhodné pro sledování vypadnutí z léčby nebo tendence k časnému relapsu po léčbě (Gossop et al., 2001). Marsden et al. (2000) uvádějí, že 60–80 % relapsů se objevuje v období prvních třech až čtyřech měsíců po ukončení léčby, což potvrzuje klíčovitost tohoto období pro udržení změn dosažených během léčby.

Od osmdesátých let minulého století se ve výzkumu výsledků léčby využívají nástroje, které sledují změny v různých životních oblastech (Fridell, 1999; Hendriks, 1999). Mezi nejznámější patří European Addiction Severity Index – EuropASI (česká verze viz Kubička & Csémy, 1997, 1998), Opiate Treatment Index – OTI (Darke et al. 1991) a Maudsley Addiction Profile – MAP (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al., 1998; Marsden, Nizzoli et al., 2000). Každý z uvedených nástrojů využívá odlišné způsoby pro měření výsledků léčby. Výzkumné nástroje obvykle zjišťují chování klientů v posledních třiceti dnech před datem interview.

Některé studie sledují chování klientů v období 12 měsíců před konáním interview, jiné sledují pouze 3 měsíce nebo 1 měsíc a zjištěné chování pak zobecňují na delší časové intervaly. Marsden et al. (1998) uvádějí, že časový úsek 30 dní je kompromisem mezi kratším obdobím (např. 7 dnů), které nemusí být dostatečné pro zachycení méně frekventovaného chování a delším obdobím (např. 6 měsíců), u něhož je větší pravděpodobnost, že participant bude mít problémy vybavit si požadované údaje. Studie NTORS pracovala s obdobím posledních 3 měsíců. Stevens (2010) označuje snahu extrapolovat výsledky z 3 měsíců na celý rok za značně problematickou, neboť výpovědi klientů o jejich kriminálním chování nemusejí být přesné. Výzkum zároveň ukázal, že míra trestné činnosti u uživatelů drog se v průběhu času mění a vrcholu dosahuje v období před zahájením léčby.

Hodnocení změn v užívání drog a alkoholu jako jediného kritéria úspěšné léčby není samo o sobě přesvědčivým ukazatelem úspěšné léčby. Výzkumné studie proto sledují změny u řady dalších ukazatelů. Mezi nejčastější patří kriminalita, zaměstnanost, bydlení, vztahy s rodinou a další ukazatele sociální integrace a dále psychické a fyzické zdraví. K ukazateli snížení kriminality Kalina (2008c) uvádí, že vedle snížení užívání návykových látek, se jedná o nejdůležitější ukazatel úspěšnosti léčby. Kalina (2007) považuje léčbu uživatelů drog v terapeutické komunitě za nejúčinnější prevenci další trestné činnosti. Ve výzkumných studiích se ukazatel snížení kriminality může opírat o údaje v registrech orgánů činných v trestním řízení (Kalina, 2008c). Taková metoda však může být nedostatečně validní vzhledem k nedokonalosti těch-

32 Např. Broekaert et al. (1999) v přehledovém článku o výzkumu terapeutických komunit v Evropě uvádějí, že v různých studiích byli klienti sledováni: (1) 3, 12 a 24 měsíců po propuštění, (2) 1 rok, 2,5 a 5 let po propuštění, (3) 2 a 3 roky po propuštění, (4) období méně než 1 rok, 1-2 roky, 2-5 let a více než 5 let po odchodu z terapeutické komunity.

to registrů a k omezené možnosti zachytit spáchané trestné činy. Dalším problémem je, že klient-absolvent léčby může být odsouzen za čin spáchaný před léčbou (Rawlings, 2001).

Ačkoli výzkumy často sledují změny v míře zaměstnanosti klientů po odchodu z léčebného programu, jedná se o značně problematický parametr výsledku léčby. Jak upozorňuje Kalina (2008c), trvalé zaměstnání je nejméně přesvědčivým ukazatelem úspěšné léčby, a to ze dvou důvodů: bývalí uživatelé drog se zpravidla potýkají se specifickými problémy pro hledání zaměstnání (záznamy v trestním rejstříku, nízká nebo žádná kvalifikace, diskriminace a předsudky ze strany zaměstnavatelů), ale jsou také postiženi všeobecně špatnou situací na trhu práce (vysoká míra nezaměstnanosti). Nemá-li klient po léčbě zaměstnání, nelze to vždy považovat za selhání jeho nebo léčby samotné.

Debata s nejednoznačným závěrem se vede o možnostech a limitech randomizovaných kontrolovaných studií ve výzkumu efektivity léčby. Výzkumné studie používající randomizované rozmístění klientů jsou všeobecně hodnoceny jako vysoce spolehlivé (Gossop, 2004). Výsledky výzkumných studií bez kontrolní skupiny mají značně omezenou reliabilitu: bez kontrolní skupiny není možné spolehlivě říci, zdali zjištěné změny lze skutečně považovat za léčebný efekt terapeutické komunity (Hendriks, 1999). Na druhou stranu vůči těmto studiím zaznívá řada výhrad. Gossop (2004) uvádí, že randomizovaný výzkum není vhodný a nezbytný za všech okolností; randomizované studie přinášejí jen velmi málo praktických a relevantních informací o efektivitě léčby a o tom, jak lze léčbu zlepšit. Gossop (ibid) doporučuje, aby studie hodnotící výsledky léčby nepoužívaly jen nejvíce uznávané výzkumné metody, ale ty, které jsou nejvhodnější vzhledem ke zvoleným výzkumným otázkám. Merino (1999) upozorňuje na problém využití randomizovaných kontrolovaných studií pro hodnocení výsledků léčby: zařazení uživatelů drog se závažnými problémy do kontrolní skupiny, která neobdrží léčbu, je velmi sporné.

Gossop (2004) a De Leon et al. (1994, in Hendriks, 1999) uvádějí následující problémy při využití randomizovaných kontrolovaných studií v hodnocení výsledků léčby:

- *Etický problém:* Zařazení do kontrolní skupiny „bez léčby“ nebo rozdělení klientů na dvě skupiny s „intenzivní a méně intenzivní léčbou“ fakticky znamená odmítnutí léčby.
- *Praktický problém:* Klienti zařazení do kontrolní skupiny „bez léčby“ mohou sami vyhledat léčbu jinde nebo mohou být do léčby referováni a nelze jim v tomto zabránit.
- *Logický problém:* Klienti ve skutečnosti preferují určitý typ léčby, což se odráží v jejich volbě specifického léčebného zařízení. Výsledek léčby je závislý na klientově připravenosti na změnu a motivaci zapojit se do preferovaného léčebného programu. Paradoxně preference specifické léčby je předpokladem úspěšné léčby (z pohledu klienta a léčebného zařízení) nikoli komplikací (z pohledu randomizované kontrolované studie).

Vzhledem k malému počtu randomizovaných kontrolovaných studií je opakovaně uváděno, že efektivita léčby v terapeutických komunitách nebyla prokázána (De Leon, 2010a). Kalina (2008c, s. 257) upozorňuje, že metaanalýza randomizovaných kontrolovaných studií efektivity léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti realizovaná organizací The Cochrane Collaboration „vznívá nepřilíš jednoznačně: Je málo důkazů o tom, že terapeutické komunity pro drogově závislé nabízejí významnější přínos ve srovnání s jinou pobytovou léčbou, nebo že jeden typ terapeutické komunity je lepší než jiný“. The Cochrane Collaborati-

on však považuje randomizované kontrolované studie za zlatý standard v oblasti klinického výzkumu. Ostatním výzkumným důkazům nepřikládá takovou váhu a považuje je za málo průkazné. De Leon (2010a) uvádí, že obtíže s implementací randomizovaných kontrolovaných studií v komplexním prostředí terapeutické komunity nejsou až na výjimky samotným výzkumem reflektovány. Terapeutická komunita je léčebným prostředím, které využívá řadu různých terapeutických intervencí a taková komplexnost představuje překážku pro použití rigorózní výzkumné metody (ibid). De Leon (ibid) dále uvádí, že otázkou není, je-li terapeutická komunita více (nebo méně) účinnou léčbou než jiné léčebné modalitty, ale *kteří* klienti jsou nejvíce vhodní pro léčbu v terapeutické komunitě. Rigorózní výzkum by se měl soustředit na témata, která mohou významně přispět ke *zlepšení* léčby v terapeutické komunitě: jak zvýšit retenci a zapojení klientů do léčby, jak párovat potřeby klientů s léčbou v terapeutické komunitě a také jaká je nejhodnější délka a intenzita léčby (ibid).

Rovněž se lze opakovaně setkat s názorem, že dlouhodobá pobytová léčba v terapeutické komunitě není nákladově efektivní, což s sebou nese tlak na zkracování délky léčby (De Leon, 2010a). Výzkumy srovnávající tři hlavní léčebné modalitty – dlouhodobá pobytová léčba v terapeutické komunitě, abstinenčně orientovaná ambulantní léčba a metadonová substituce – ukázaly, že výsledky léčby jsou v řadě ukazatelů podobné. Zároveň se ukázalo, že v terapeutických komunitách se léčí specifická skupina uživatelů drog. Klienti terapeutických komunit vykazují *významně závažnější* profil obtíží v oblasti užívání drog, antisociálního chování a psychických problémů ve srovnání s klienty jiných léčebných modalit; avšak navzdory nepříznivé prognóze dosahují pozoruhodně dobrých výsledků léčby (De Leon, 2010a; Yates et al., 2010). Rovněž další autoři (Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 1999; Yates, 2010) uvádějí, že klienti rezidenčních léčebných zařízení (včetně terapeutických komunit) vykazují významně závažnější profil obtíží ve srovnání s klienty ambulantních programů; jedná se především o delší drogovou kariéru, užívání více drog současně, častější sdílení injekčního náčiní, vyšší míru konzumace alkoholu a vyšší míru zapojení do trestné činnosti. Yates (2010) zdůrazňuje, že pouze malá část studií hodnotících nákladovou efektivitu rezidenční a ambulantní léčby uvádí výsledky v kontextu rozdílů mezi léčenými skupinami klientů.

Pozornosti neušlo, že výsledky léčby mohou být ovlivněny tzv. efektem „sebe-výběru“ klientů. Určité kvality klientů mohou rozhodovat o tom, zdali klient v léčbě setrvá, jak dlouho v léčbě setrvá a jaký pokrok v léčbě udělá. Mezi takové kvality patří např. motivace ke změně a připravenost na změnu (De Leon, 2010a). Rozdíly ve výsledcích léčby u klientů s předčasně ukončenou léčbou a u klientů s řádně dokončenou léčbou a rozdíly v dosažených výsledcích v závislosti na délce setrvání v programu mohou být ovlivněny „sebe-výběrem“ klientů. U klientů více motivovaných a lépe připravených lze předpokládat, že setrvají v léčbě déle a aktivněji se do ní zapojí. Aktivní zapojení klienta do dění v terapeutické komunitě je předpokladem úspěšné léčby. Lze předpokládat, že více motivovaní klienti dosáhnou v léčbě lepších výsledků. Proto výsledky léčby mohou více odrážet rozdíly související se „sebe-výběrem“ klientů než vliv léčebného programu (De Leon, 2010a). De Leon (ibid) uvádí, že léčebná zařízení musí soustavně kultivovat kvality klientů související se „sebe-výběrem“, tj. zejména motivaci a zapojení klienta do léčby, a výzkumné studie by měly hodnotit jejich vliv na efektivitu léčby.

Výsledky léčby dále ovlivňuje „sebe-párování“ klientů s léčbou, tzn., že v případě dobrovolné léčby klienti směřují do léčebného zařízení podle svého výběru (De Leon, 2010a). Jak jsme již

uvedli, ačkoli jsou výsledky z různých léčebných modalit podobné, klienti se liší mírou závažnosti užívání drog, antisociálního chování a psychických obtíží. Klienti se závažným profilem obtíží, kteří nenastoupili do rezidenční léčby a dali přednost méně intenzivnímu programu, dosáhli horších výsledků (ibid). Pokud si klienti se závažnou mírou obtíží zvolili dlouhodobou rezidenční léčbu, dosáhli obdobně příznivých výsledků jako méně poškození klienti v ostatních léčebných modalitách (ibid). Různé léčebné modalitely léčí klienty s odlišnou mírou obtíží. Pro klienty s nejzávažnějším profilem obtíží představuje terapeutická komunita léčbu, která je schopna přinést značně pozitivní výsledky (ibid).

Ne všechna léčebná zařízení, která se označují za terapeutické komunity, uplatňují totožný model léčby (Tims et al., 1994). De Leon (2001) uvádí, že ne všechna rezidenční zařízení jsou terapeutické komunity, ne všechny terapeutické komunity jsou rezidenční a ne všechny léčebné programy, které se označují za terapeutické komunity, uplatňují stejný model léčby. Odborníci z terapeutických komunit se shodují na tom, že některé klíčové prvky terapeutické komunity musí být zachovány, aby bylo možné hovořit o terapeutické komunitě (Broekaert & Kooyman, 1998). Významným výsledkem dialogu mezi výzkumem a praxí je zpracování teoretického rámce terapeutických komunit (De Leon, 2004a, 2004b), který popisuje základní prvky, praxi, filozofii a metody léčby v terapeutické komunitě pro léčbu závislosti. Důležitým příspěvkem k utváření teoretického rámce terapeutických komunit je monografie *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method* (De Leon, 2000) vydaná v USA. V ČR byla v nedávné době publikována monografie zabývající se popisem obecného modelu terapeutické komunity a jeho aplikací v léčbě závislosti (viz Kalina, 2008c). Evropským příspěvkem do diskuze o klíčových prvcích terapeutické komunity jsou Standardy terapeutických komunit pro léčbu závislosti (Service Standards for Addiction Therapeutic Communities; Shah & Paget, 2006). Vznik Standardů zaštitila profesní síť Community of Communities a na jejich vzniku se podílelo přibližně 60 terapeutických komunit spolu se zástupci European Federation of Therapeutic Communities (EFTC), Australian Therapeutic Community Association (ATCA) a Royal College of Psychiatrists z Velké Británie. Účelem Standardů je přispět k potvrzení terapeutické komunity jako léčby vědecky věrohodné a založené na důkazech (evidence-based). Standardy mají rovněž identifikovat dobrou praxi terapeutických komunit pro léčbu závislosti.





VÝSLEDKY LÉČBY  
V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH  
PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ – VÝZKUM  
V USA A V EVROPĚ

Výsledky léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti jsou již déle než 40 let předmětem intenzivního výzkumu. Výzkum terapeutických komunit v USA a v Evropě dokumentuje řadu příznivých a pozoruhodných léčebných výsledků. V následujícím přehledu uvádíme výsledky léčby v rezidenčních terapeutických komunitách pro léčbu závislosti z výzkumných studií realizovaných v USA a v Evropě. Nejedná se o vyčerpávající přehled všech dostupných výsledků léčby. Uvádíme zde výsledky výzkumných studií, které jsou opakovaně citovány v přehledových člancích a další odborné literatuře (např. Broekaert et al., 1999; De Leon, 2004a; De Leon, 2010a; Gossop, 2004; Kooyman, 1993; Ravndal, 2003; Rawlings, 2001). Vyloučili jsme výzkumné studie terapeutických komunit pro specifické populace klientů, jako jsou např. terapeutické komunity ve vězení. V případě evropského výzkumu uvádíme pouze výsledky publikované v anglickém jazyce. Některé celonárodní výzkumné studie z USA nebo UK, které zde citujeme, zkoumaly výsledky léčby v různých léčebných modalitách včetně terapeutických komunit. Tyto studie se vyznačují propracovanou metodologií, která umožňuje dlouhodobě sledovat velké vzorky klientů z různých léčebných programů. Jiné výzkumné studie hodnotily výsledky léčby v jediném zařízení. Ačkoli se jednotlivé studie liší v použité metodologii, řada z nich používá prospektivní longitudinální design, který umožňuje porovnat chování uživatelů drog před léčbou a po léčbě. De Leon (2010a) upozorňuje, že lze usuzovat na značnou důvěryhodnost zjištěných výsledků léčby, které byly opakovaně prokázány v různých výzkumných studiích.

## 3 / 1

## Výsledky léčby v USA

V letech 1969–1973 byl v USA a Portoriku realizován výzkumný projekt **The Drug Abuse Reporting Program (DARP)**, který hodnotil výsledky léčby 43 943 klientů z 57 léčebných zařízení. Na studii participovaly programy metadonové substituce, terapeutické komunity, ambulantní abstinenci programy a ambulantní detoxifikační programy. Výsledky léčby byly hodnoceny v oblastech užívání drog a alkoholu, kriminalita, zaměstnanost, bydlení a opětovné využití léčebných služeb. Data byla sbírána v době zahájení léčby a každé 2 měsíce v jejím průběhu. Follow-up interview hodnotily výsledky po 1, 2, 3, 5–7 a 12 letech od zahájení léčby. Simpson & Sells (1982) publikovali výsledky follow-up části studie s 4 627 klienty, s nimiž byly realizovány rozhovory v období 5–7 let od zahájení léčby a v průměru více než 4 roky od ukončení léčby.

Jeden rok<sup>33</sup> po ukončení léčby v terapeutické komunitě došlo k řadě významných zlepšení (tabulka 13). Signifikantně se snížilo užívání opiátů a dalších drog a rovněž došlo k výraznému poklesu kriminality. Výsledky ukazují, že jeden rok po léčbě 42 % klientů zcela abstinovalo od opiátových drog a 67 % klientů nemělo problém se zákonem. Procento klientů

33 Simpson & Sells (1982) uvádějí, že výsledky po jednom roce nejlépe ukazují efekt léčby neboť je pravděpodobné, že budou jen minimálně ovlivněny dalšími faktory. Lze předpokládat, že s přibývajícím časem po ukončení léčby jsou léčebné výsledky stále více ovlivňovány dalšími činiteli, které působí na klientovo chování. Po odchodu z terapeutické komunity je klient stále více konfrontován s působením služeb následné péče, původní rodiny, sociálního prostředí, v němž žije nebo zahájením nové léčby. Výsledky DARP ukázaly, že 43 % klientů bylo léčeno v dalším zařízení v období jednoho roku od odchodu z terapeutické komunity. S prodlužujícím se časovým odstupem od ukončení léčby je stále obtížnější oddělit efekt konkrétní léčebné epizody od dalších vlivů, které mění klientovo chování.

vykazujících denní užívání opiátů kleslo z původních 100 % na 39 %. Z 20 % na 61 % se zvýšil podíl klientů se stabilním zaměstnáním (v trvání 6 a více měsíců). Jedná se o velmi příznivé výsledky léčby, uvážíme-li vysokou míru konzumace drog a zapojení do kriminální činnosti před léčbou. Ne všechny výsledky jsou stejně povzbudivé. Ve sledovaném období se zvýšilo procento klientů konzumujících alkohol ve velmi vysoké míře a rovněž došlo k nárůstu procenta klientů užívajících marihuanu. Tyto výsledky jsou v kontrastu se signifikantním snížením užívání opiátových a jiných drog (s výjimkou marihuany) po léčbě.

Tab. 13 DARP: Srovnání užívání drog a alkoholu, zaměstnanosti, kriminality a začátku další léčebné epizody před léčbou a jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě; (N = 582)

Parametr	Před léčbou <sup>a</sup> %	Po léčbě %
Opiátové drogy: jakékoli užití	100	58
denní užívání <sup>b</sup>	100	39
Marihuana: jakékoli užití	56	62
denní užívání	17	23
Jiné ne-opiátové drogy <sup>c</sup> : jakékoliv užití	60	40
denní užívání	10	10
Další léčebná epizoda <sup>d</sup>	53	32
Konzumace alkoholu <sup>e</sup> : > 113g/den	20	38
> 226g/den	12	21
Zaměstnanost: kdykoli	63	72
6 a více měsíců	20	61
Kriminalita: zatčení	95	33
uvěznění	83	33

<sup>a</sup> Užití drog a alkoholu před léčbou je sledováno ve dvou měsících před léčbou, zaměstnanost je sledována 1 rok před léčbou, u léčby a kriminality je zaznamenána celoživotní prevalence před léčbou.

<sup>b</sup> Denní užívání indikuje denní užití v jednom a více měsících kdykoliv v období jednoho roku od ukončení léčby.

<sup>c</sup> Nezahrnuje marihuanu.

<sup>d</sup> Léčebná epizoda v délce 1 měsíc a více.

<sup>e</sup> Konzumace 113 g alkoholu se přibližně rovná 6 sklenicím (0,5 l) piva s 5 % obsahem alkoholu nebo 9 skleničkám (0,04 l) destilátu s 40 % obsahem alkoholu.

Zdroj: Simpson Et Sells (1982)

Autoři DARP rozdělili klienty na dvě skupiny podle dosažených výsledků. Klienti s *velmi příznivými výsledky* neužili v prvním roce po léčbě žádné opiátové ani jiné neopiátové drogy (s výjimkou užívání marihuany ve frekvenci nižší než denní užívání) a nebyli zatčeni ani uvěznění. Klienti, kteří ve stejném období užívali drogy nebo měli problém se zákonem, avšak ne-užívali drogy denně a nebyli zatčeni/uvěznění pro závažný trestný čin (počet dní ve vazbě/vězení nepřesáhl 30 a nebyli souzeni za násilné nebo majetkové trestné činy), byli za-

řazení do skupiny s *mírně příznivými výsledky*. 28 % klientů terapeutických komunit dosahovalo velmi příznivých a 40 % klientů mírně příznivých výsledků jeden rok po ukončení léčby.

Doba pobytu v léčbě byla potvrzena jako prediktor příznivých výsledků. Klienti, kteří setrvali v terapeutické komunitě více než 90 dní, dosáhli signifikantně lepších výsledků ve srovnání s těmi, kteří odešli z léčby dříve (tabulka 14; definice výsledků viz výše).

Tab. 14 DARP: Výsledky léčby po jednom roce od ukončení léčby v závislosti na délce pobytu v terapeutické komunitě; (N = 582)

Délka léčby	Ne denní užívání opiátů %	Velmi příznivé výsledky %	Mírně příznivé výsledky %
1-90 dní (N = 255)	48	14	24
> 90 dní (N = 327)	71	38	49

Zdroj: Simpson Et Sells (1982)

Jedním z důležitých přínosů DARP bylo prokázání, že s náročnou populací uživatelů drog lze úspěšně realizovat metodologicky vysoce rigorózní longitudinální studii hodnotící výsledky léčby (Gossop, 2004).

Collier (1974) zkoumal výsledky léčby u 225 absolventů a 280 klientů s předčasně ukončenou léčbou v terapeutické komunitě **Daytop Village**. Klienti absolvovali léčbu v letech 1969–1972. Výsledky byly hodnoceny po 18, 30 a 48 měsících od ukončení léčby. Autor sledoval změny v užívání drog, zatčení a zaměstnanosti/školní docházce.

Výsledky léčby u absolventů byly velmi příznivé. 84 % absolventů po ukončení léčby neužívalo drogy, nemělo problémy se zákonem a bylo zaměstnáno nebo navštěvovalo školu (tabulka 15). Ve skupině klientů s předčasně ukončenou léčbou dosáhlo stejně příznivého výsledku o polovinu méně klientů (46 %).

Tab. 15 Daytop Village: Výsledky léčby u absolventů a klientů s předčasně ukončenou léčbou (%)

Parametr	Absolventi	Klienti s předčasně ukončenou léčbou
Nepravidelné užívání drog	2	29
Žádná práce/škola a nepravidelné užívání drog	3	0
Žádná práce/škola a pravidelné užívání drog	0	6
Žádná práce/škola	5	3
Zatčení	6	3
Zatčení a nepravidelné užívání drog	1	0
Zatčení a pravidelné užívání drog	0	10

Parametr	Absolventi	Klienti s předčasně ukončenou léčbou
Zatčení, žádná práce a pravidelné užívání drog	0	3
Zaměstnání/škola, žádné zatčení a žádné drogy	84	46

Zdroj: Collier (1974)

Výzkum v Daytop Village potvrdil, že délka setrvání v programu je významným prediktorem příznivých léčebných výsledků. Collier (ibid) uvádí, že většina absolventů a také většina klientů, kteří léčbu nedokončili, avšak setrvali v programu jeden rok, neužívají po léčbě drogy a vedou produktivní život.

Hollandová (1978) zkoumala změny v kriminálním chování u klientů terapeutické komunity Gateway Houses. Sledovaným obdobím bylo 12 měsíců před léčbou a 12 měsíců po odchodu z terapeutické komunity. Výzkumný soubor tvořilo 193 klientů, kteří absolvovali léčbu v letech 1968–1974. Autorka rozdělila klienty do tří skupin v závislosti na délce setrvání v programu: (1) v první skupině byli klienti, kteří setrvali v programu méně než 9 měsíců (N = 89, průměrná doba léčby 3 měsíce), (2) ve druhé skupině byli klienti, kteří setrvali v programu více než 9 měsíců avšak z pohledu terapeutů odešli z léčby předčasně (N = 70, průměrná doba léčby 16,5 měsíců), (3) třetí skupinu tvořili klienti s dokončenou léčbou – absolventi (N = 34, průměrná doba léčby 27,6 měsíců).

Výsledky ukázaly, že u první skupiny klientů s průměrnou délkou setrvání v programu 3 měsíce nedošlo ke změně kriminálního chování po jednom roce od ukončení léčby (tabulka 16). Signifikantní snížení kriminálního chování však bylo zjištěno u zbylých dvou skupin klientů. U klientů s průměrnou délkou léčby 16,5 měsíců klesla kriminalita z 83 % na 16 %. U absolventů (průměrná délka léčby 27,6 měsíců) bylo zjištěno ještě výraznější zlepšení: zatímco před léčbou páchalo trestnou činností 100 % klientů, po jednom roce od ukončení léčby to byly pouhá 3 %.

Tab. 16 Gateway Houses: Změny v kriminalitě jeden rok před léčbou a jeden rok po léčbě v závislosti na délce setrvání v programu (%)

Setrvání v programu	Kriminalita	
	Před léčbou	Po léčbě
Skupina 1 (3 měsíce <sup>a</sup> )	71	71
Skupina 2 (16,5 měsíce <sup>a</sup> )	83	16
Skupina 3 (27,6 měsíce <sup>a</sup> )	100	3

<sup>a</sup> Průměrná doba setrvání klientů v programu

Zdroj: Holland (1978)

Hollandová (ibid) uvádí, že doba setrvání v léčbě je spojena s příznivými výsledky v oblasti snížení kriminálního chování. Po jednom roce od ukončení léčby došlo k významnému snížení kriminality u klientů, kteří setrvali v léčbě 9 a více měsíců.

De Leon et al. (1982) publikovali výsledky studie hodnotící efektivitu léčby v terapeutické komunitě Phoenix House v období 1-5 let od ukončení léčby. Výzkumný soubor tvořilo 237 klientů, kteří zahájili léčbu v letech 1970-1971, z nich 162 odešlo z léčby předčasně a 75 dokončilo celý léčebný program.

Úspěšné ukončení léčby v Phoenix House mělo značně přísná měřítká. Klienti s řádně ukončenou léčbou byli označováni za „absolventy“, pokud splnili následující kritéria:

1. Minimální délka pobytu 18–24 měsíců.
2. Abstinence od všech návykových látek, avšak nepravidelná konzumace alkoholu byla tolerována v závěrečné fázi programu (minimálně po 18 měsících) u klientů, jejichž primární drogou nebyl alkohol.
3. Absence antisociálního chování, především ilegálních aktivit, násilných a majetkových trestných činů.
4. Zaměstnání, studium nebo kombinace obého minimálně v délce 6 měsíců.
5. Kredit na bankovním účtu v minimální výši 1 000 USD a prokázání nezávislého života po léčbě. Návrat k rodičům se nedoporučoval s výjimkou klientů mladších 18 let.

Výsledky léčby byly hodnoceny v období 1, 2, 3, 4 a 5 let po ukončení léčby (vždy v celých 12 měsících); hodnoty v 2-5 letech byly kumulativní. Autoři studie zvolili následující kritéria pro hodnocení změn po léčbě:

1. *Index kriminality (CrimDX)*: v případě, že se klient ve sledovaném období (posledních 12 měsíců) dopustil kriminální aktivity alespoň jednou nebo byl ve vězení minimálně po dobu jednoho týdne, zvyšuje se index kriminality.
2. *Index drog (DrugDX)*: dvě základní kritéria byla zvolena pro zvýšení indexu drog: (1) užití jakékoli opiátové drogy v posledních 12 měsících; (2) užití jakékoli primární drogy a to opiátové i neopiátové. U klientů, u nichž nebyla před léčbou stanovena primární droga, došlo ke zvýšení indexu drog v případě, že ve sledovaném období alespoň jednou čichali lepidlo, užívali halucinogeny nebo hypnotika, minimálně jednou týdně užívali alkohol nebo marihuanu nebo užívali jinou neopiátovou drogu minimálně třikrát v jednom měsíci.
3. *Index zaměstnanosti (EmpDX)*: dosahoval tří hodnot v závislosti na míře plné zaměstnanosti ve sledovaném období, EmpDX2 = plná zaměstnanost alespoň v 50 % času ve sledovaném období; EmpDX1 = plná zaměstnanost v 25-50 % času ve sledovaném období a EmpDX0 = plná zaměstnanost v méně než 25 % času ve sledovaném období.

Z indexu kriminality a indexu drog autoři sestavili čtyř bodový *index úspěchu* léčby, kterým měřili léčebné výsledky:

- *Index úspěchu 4 = nejvíce příznivý výsledek*: CrimDX a DrugDX rovná se 0 v posledních 12 měsících.
- *Index úspěchu 3 = příznivý výsledek*: CrimDX se rovná 0 za celé sledované období, ale v případě DrugDX došlo k alespoň jednomu záznamu užití drog/drogy.
- *Index úspěchu 2 = nepříznivý výsledek*: DrugDX se rovná 0 za celé sledované období, ale v případě CrimDX došlo k záznamu alespoň jednoho kriminálního činu/pobytu ve vězení.

- *Index úspěchu 1 = nejvíce nepříznivý výsledek:* záznam CrimDX i DrugDX, dohromady či odděleně v jakémkoli měsíci ve sledovaném období.

Výsledky léčby v terapeutické komunitě Phoenix House měřené s pomocí indexů kriminality, drog a zaměstnanosti zobrazuje tabulka 17. Po léčbě došlo k významnému zlepšení ve všech sledovaných oblastech. Z 96,5 % na 29,2 % kleslo procento klientů zapojených do trestné činnosti po jednom roce od ukončení léčby. Ve stejném období se snížilo procento uživatelů drog a to z 94,3 % na 32,3 %. Ke zlepšení došlo u absolventů i u těch, kteří z léčby odešli předčasně. Absolventi však dosáhli signifikantně lepších výsledků ve všech sledovaných oblastech – kriminalita, užívání drog a zaměstnanost. Po jednom roce od ukončení léčby páchalo trestnou činnost 4,2 % absolventů, zatímco v případě klientů, kteří léčbu nedokončili, to bylo 40,9 %. Ve stejném období pouze 8,2 % absolventů užívalo drogy, zatímco v případě klientů s nedokončenou léčbou to bylo 43,6 %. Srovnání výsledků v průběhu 1-5 let po léčbě ukazuje, že dosažené změny jsou poměrně stabilní.

Tab. 17 Phoenix House: výsledky léčby – změny v indexu kriminality, drog a zaměstnanosti před léčbou a v období 1-5 let po ukončení léčby u všech klientů, u těch, kteří odešli z léčby předčasně (drop-out) a u absolventů (%)

Parametr	N	Před léčbou	1rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 let	Po léčbě celkem
<b>CrimDX</b>								
Celkem	226	96,5	29,2	35,0	37,2	-	-	42,0
Drop-out	154	97,4	40,9	48,7	51,6	-	-	57,1
Absolventi	72	94,4	4,2	5,6	6,9	11,1	11,1	12,5
<b>DrugDX</b>								
Celkem	229	94,3	32,3	36,2	38,0	-	-	41,9
Drop-out	156	96,8	43,6	49,4	51,9	-	-	58,2
Absolventi	73	89,0	8,2	8,2	8,2	11,0	12,3	12,3
<b>EmpDX &gt; 50 %</b>								
Celkem	230	32,6	75,7	74,8	76,3	-	-	76,1
Drop-out	156	36,5	66,0	64,1	66,2	-	-	68,4
Absolventi	74	24,3	95,9	97,3	97,3	97,3	95,9	91,9
<b>EmpDX &lt; 25 %</b>								
Celkem	230	58,3	19,6	16,5	14,9	-	-	13,7
Drop-out	156	54,5	27,6	23,1	20,8	-	-	19,1
Absolventi	74	66,2	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7

Pozn.: Údaje 2, 3, 4 a 5 let po ukončení léčby jsou kumulativní.

Zdroj: De Leon et al. (1982)

Tabulka 18 ukazuje výsledky po pěti letech od ukončení léčby v závislosti na počtu měsíci v léčbě. Zlepšení bylo zaznamenáno u všech klientů, avšak míra zlepšení se zvyšuje s délkou setrvání v léčbě. Nejpříznivějších výsledků, tj. nízká míra kriminality a užívání drog a vysoká míra zaměstnanosti, dosáhli absolventi, tj. klienti, kteří ukončili celou léčbu.

Tab. 18 Phoenix House: výsledky léčby - změny v kriminalitě, užívání drog a zaměstnanosti 5 let od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)

Index	Délka léčby (v měsících)						Absolventi
	< 1	4-6	8-10	12-14	15-19	20-26	
Kriminalita	97	70	53	58	45	35	13
Drogy	94	62	60	63	51	20	12
Zaměstnanost <sup>a</sup>	60	80	55	63	58	70	92

<sup>a</sup> Plná zaměstnanost v alespoň 50 % času ve sledovaném období

Zdroj: De Leon et al. (1982)

Srovnání výsledků *indexů úspěchu 1-4* u všech klientů, u klientů, kteří léčbu nedokončili, a u absolventů zobrazuje tabulka 19. Celkem 83 % absolventů dosáhlo před léčbou nejnižší hodnoty indexu úspěchu. Po jednom roce od ukončení léčby dosáhlo nejvyššího indexu úspěchu celkem 90 % absolventů. V následujících letech došlo u skupiny absolventů k mírnému snížení indexu úspěšnosti, a to na 75 % po pěti letech od ukončení léčby. Pozitivní změny v indexu úspěšnosti byly zaznamenány také u klientů, kteří léčbu nedokončili. U této skupiny klientů však nedošlo ke zlepšení ve stejném rozsahu jako u absolventů. Celkem 95 % klientů, kteří léčbu nedokončili, dosáhlo před léčbou nejnižší hodnoty indexu úspěchu. Jeden rok po ukončení léčby dosáhlo nejvyššího indexu úspěchu 45 % klientů s nedokončenou léčbou. To je o polovinu méně ve srovnání s absolventy.

Tab. 19 Phoenix House: výsledky léčby - změny v indexu úspěšnosti před léčbou a v období 1-5 let po ukončení léčby u všech klientů, u těch, kteří odešli z léčby předčasně a u absolventů (%)

Index úspěchu	Před léčbou	1 rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 let	Celkem
<b>Celkem (N = 221)</b>							
4	0,9	59,7	53,8	51,4	-	-	44,8
3	2,7	10,9	10,9	10,9	-	-	10,8
2	5,4	7,7	9,5	10,4	-	-	12,7
1	91,0	21,7	25,8	27,3	-	-	31,7
<b>Dropout (N = 150)</b>							
4	1,3	45,3	37,3	34,2	-	-	30,7
3	1,3	13,3	13,3	13,4	-	-	12,0

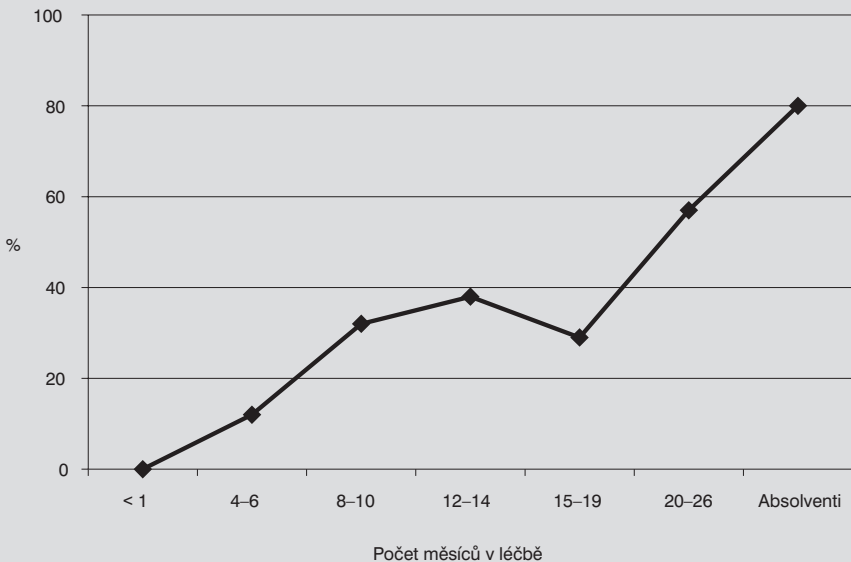


Index úspěchu	Před léčbou	1 rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 let	Celkem
2	2,7	10,7	12,7	13,4	-	-	13,3
1	94,7	30,7	36,7	38,9	-	-	44,0
<b>Absolventi (N = 71)</b>							
4	0,0	90,1	88,7	87,3	83,1	81,7	74,6
3	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	7,0	8,5
2	11,3	1,4	2,8	4,2	5,6	5,6	11,3
1	83,1	2,8	2,8	2,8	5,6	5,6	5,6

Zdroj: De Leon et al. (1982)

Dosažení nejvíce příznivých výsledků léčby (= *index úspěchu 4*) se mění v závislosti na počtu měsíců v léčbě (graf 1). Klienti, kteří setrvali v léčbě déle, signifikantně častěji dosáhli nejvíce příznivých výsledků. Žádný z klientů, který odešel během prvního měsíce od zahájení léčby, nedosáhl bodového skóre v *indexu úspěchu 4*. Naopak mezi absolventy bylo 80 % klientů, kteří dosáhli nejvíce příznivých výsledků léčby.

Graf 1 Phoenix House: index úspěchu léčby 4 – nejvíce příznivý výsledek po 5 letech od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)

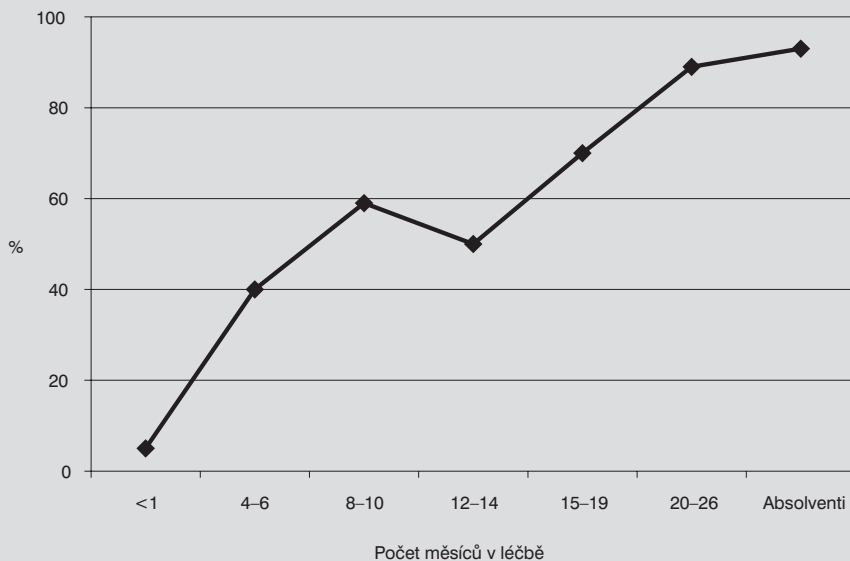


Zdroj: De Leon et al. (1982)

Graf 2 zobrazuje zlepšení klientů ve všech sledovaných oblastech v závislosti na délce setrvání v programu. Sledovaným obdobím je 5 let od ukončení léčby. Zatímco klienti, kteří setrvali v léčbě méně než jeden měsíc, se zlepšili o 5 %, klienti, kteří setrvali v programu nejdéle (ale

léčbu řádně neukončili), se zlepšili o 89 %. Nejlepšího výsledku dosáhli absolventi – ti se zlepšili o 93 %. Takové závěry ukazují na pozitivní souvislost mezi délkou setrvání v léčbě a příznivými léčebnými výsledky.

Graf 2 Phoenix House: celkové zlepšení po pěti letech od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)



Zdroj: De Leon et al. (1982)

Výsledky léčby uživatelů drog v terapeutické komunitě Phoenix House jsou v řadě případů velmi příznivé. Po léčbě se významně snížila kriminalita a užívání drog a došlo ke zvýšení zaměstnanosti. Výsledky v období 1-5 let od ukončení léčby se nijak dramaticky neliší a jsou značně stabilní. Výzkum výsledků léčby v terapeutické komunitě Phoenix House potvrdil souvislost mezi příznivými léčebnými výsledky a délkou setrvání v léčbě. Setrvání v léčbě je prediktorem příznivých výsledků. Absolventi léčby dosahovali významně lepších výsledků ve všech sledovaných oblastech ve srovnání s klienty, kteří z léčby odešli předčasně. Autoři rovněž uvádějí, že délka léčby potřebná k dosažení příznivých výsledků se liší v závislosti na věku klientů.

The Treatment Outcome Prospective Study (TOPS) sledovala 11 750 klientů, kteří zahájili léčbu v letech 1979-1981 (Gossop, 2004; Hubbard et al., 1989). Do TOPS byly zapojeny programy metadonové substituce, rezidenční terapeutické komunity a ambulantní abstinenci orientované programy; celkem se jednalo o 41 léčebných center z 10 měst v USA. Rozhovory s klienty byly vedeny v době zahájení léčby, po jednom měsíci a po té každé tři měsíce v průběhu léčby. Rozhovory ve follow-up části studie byly realizovány 3 měsíce, 1, 2 a 3-5 let po ukončení léčby. Užívání drog a alkoholu, kriminalita, depresivní symptomy, nová léčebná epizoda, sociální prostředí klienta, zaměstnanost a finanční situace byly hlavní sledované

parametry. 14 rezidenčních terapeutických komunit participovalo na TOPS. Průměrná kapacita těchto zařízení byla 64 lůžek (26–126 lůžek); plánovaná délka léčby ve většině zařízení byla 12 měsíců. Výzkumný soubor tvořilo 2 891 klientů terapeutických komunit; 1 282 klientů bylo sledováno ve follow-up části.

U klientů, kteří setrvali v léčbě déle než tři měsíce, byl zjištěn pokles pravidelného užívání všech sledovaných drog (tabulka 20). Zatímco před léčbou pravidelně užíval heroin 30,9 %, v období 3–5 let po léčbě to bylo 11,8 % klientů. Z 27,6 % na 9,6 % se zredukovalo procento pravidelných uživatelů kokainu. V případě pravidelného užívání léků bez lékařského předpisu došlo k poklesu z 49,9 % na 9,3 %. Procento pravidelných uživatelů marihuany se zredukovalo z 64,4 % na 38,8 %. Marihuana byla nejčastěji pravidelně užívanou drogou před léčbou, ale také po léčbě v terapeutické komunitě. Přestože se zredukovalo procento klientů s vysokou mírou konzumace alkoholu, a to z 35,4 % na 27,9 %, výsledky TOPS ukázaly, že přibližně třetina klientů po léčbě v terapeutické komunitě pokračovala v nadměrné konzumaci alkoholu. Změny v užívání alkoholu nejsou zcela přesvědčivé. Významně se snížilo procento klientů zapojených do kriminálních aktivit, a to z 60,9 % na 19,8 %. Z 15,3 % na 38,7 % se zvýšilo procento klientů se zaměstnáním na celý úvazek. Významně se zlepšilo psychické zdraví klientů. Zatímco před léčbou 42,6 % respondentů uvedlo výskyt sebevražedných myšlenek/pokusů, 3–5 let po léčbě to bylo 13,9 %.

Tab. 20 TOPS: srovnání užívání drog a alkoholu, kriminality, zaměstnanosti, výskytu sebevražedných myšlenek/pokusů a začátku další léčebné epizody 1 rok před léčbou, 1, 2 a 3–5 let po ukončení léčby v terapeutické komunitě u klientů s délkou pobytu méně a více než 3 měsíce; (N = 2 891 zahájení léčby, N = 1 282 follow-up)

Parametr Délka pobytu	1 rok	1 rok	2 roky	3–5 let
	před léčbou %	po léčbě %		
Užívání heroinu <sup>a</sup> : < 3 měsíce	30,5	16,8	7,8	12,2
> 3 měsíce	30,9	11,5	13,2	11,8
Užívání kokainu <sup>a</sup> : < 3 měsíce	29,4	19,1	10,0	21,8
> 3 měsíce	27,6	15,5	8,0	9,6
Užívání léků <sup>a,b</sup> : < 3 měsíce	52,2	31,4	19,6	14,9
> 3 měsíce	49,9	9,4	9,4	9,3
Užívání marihuany <sup>a</sup> : < 3 měsíce	67,1	54,4	48,4	38,5
> 3 měsíce	64,4	42,0	42,1	38,8
Užívání alkoholu <sup>c</sup> : < 3 měsíce	43,7	38,6	28,4	34,3
> 3 měsíce	35,4	30,0	28,9	27,9

Parametr Délka pobytu	1 rok	1 rok	2 roky	3–5 let
	před léčbou %	po léčbě %		
Kriminalita <sup>d</sup> :				
< 3 měsíce	43,9	44,4	29,4	23,9
> 3 měsíce	60,9	28,9	24,0	19,8
Zaměstnanost <sup>e</sup> :				
< 3 měsíce	13,3	14,5	15,2	18,2
> 3 měsíce	15,3	25,7	20,9	38,7
Sebevražda <sup>f</sup> :				
< 3 měsíce	44,3	21,3	24,1	14,1
> 3 měsíce	42,6	15,1	9,9	13,9
Léčebná epizoda <sup>g</sup> :				
< 3 měsíce	37,1	28,7	17,6	14,9
> 3 měsíce	33,8	34,6	25,0	19,2

<sup>a</sup> Pravidelné užívání: denně nebo týdně

<sup>b</sup> Užívání barbiturátů, sedativ, benzodiazepinů a hypnotik bez lékařského předpisu

<sup>c</sup> Užívání alkoholu v nadměrné míře: minimálně 5 a více sklenic při jedné příležitosti, jednou týdně a častěji

<sup>d</sup> Drogové, majetkové a násilné trestné činy

<sup>e</sup> Práce na celý úvazek

<sup>f</sup> Výskyt sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu

<sup>g</sup> Zahájení léčby závislosti

Zdroj: Hubbard et al. (1989)

Výsledky TOPS potvrdily, že délka setrvání v léčbě a dokončení léčby jsou prediktory příznivých léčebných výsledků. Klienti, kteří setrvali v léčbě déle než tři měsíce, dosáhli v období 3–5 let po odchodu z terapeutické komunity významně lepších výsledků ve všech sledovaných oblastech. Zjištěné výsledky týkající se užívání marihuany a alkoholu po léčbě nejsou zcela přesvědčivé (tabulka 20).

Srovnání populací klientů podle léčebných modalit – terapeutické komunity, metadonové substituce a ambulantní abstinenční programy – ukázaly na značné rozdíly. Klienti terapeutických komunit vykazovali závažnější profil obtíží v řadě oblastí. V terapeutických komunitách se léčili klienti s vyšší mírou závažnosti užívání drog a s tím souvisejících obtíží. U těchto klientů byla zároveň zjištěna vyšší konzumace alkoholu a vyšší míra kriminality, častější výskyt sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu a nízká míra zaměstnanosti před léčbou.

Závěry TOPS ukázaly, že ačkoli se v terapeutických komunitách léčí klienti s celkově závažnějším profilem obtíží, výsledky léčby jsou značně povzbudivé, neboť tyto klienti jsou schopni dosáhnout řady významných zlepšení. Příznivé výsledky jsou udržitelné v období 3–5 let po odchodu z léčby.

The Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) hodnotila výsledky léčby 10 010 klientů, kteří v letech 1991–1993 zahájili léčbu v 96 léčebných centrech v 11 městech v USA (Gossop, 2004; Simpson, Joe, Broome et al., 1997; Simpson, Joe, & Brown, 1997). Data byla sbírána 1 a 3 měsíce po zahájení léčby a 12 měsíců po jejím ukončení. Do studie byly zařazeny tři hlavní léčebné modalitty: dlouhodobé rezidenční programy (jednalo se převážně o tradiční nebo modifikované terapeutické komunity), ambulantní abstinenční programy a ambulantní programy metadonové substituce. Ve sledovaném období bylo do 21 terapeutických komunit přijato 2 774 klientů. Plánovaná délka léčby se pohybovala od 4 do 24 měsíců. V polovině zařízení byla plánovaná délka léčby 9 měsíců a více. Ve follow-up části bylo sledováno 342 respondentů z 9 terapeutických komunit. Výsledky léčby byly hodnoceny na základě srovnání chování klientů v období 12 měsíců před zahájením léčby a v období 12 měsíců po jejím ukončení. Studie sledovala změny v užívání heroínu, kokainu a alkoholu, injekčním užívání drog, zatčení, uvěznění, legálním statusu, zaměstnanosti a zahájení nové léčebné epizody.

Výsledky DATOS (tabulka 21) ukazují, že se významně zredukoval počet klientů užívajících kokain, heroín a alkohol. Z 39 % na 11 % se zredukovalo procento klientů užívajících kokain na denní bázi. Prevalence užití kokainu ve 12 měsících před léčbou byla 82 %, ve 12 měsících po léčbě došlo ke snížení na 39 %. Z 23 % na 11 % kleslo procento klientů denně konzumujících alkohol. Procento klientů užívajících drogy injekčně kleslo ze 17 % na 5 %. Podíl zatčených se zredukoval z 53 % na 32 %. V případě zaměstnanosti došlo k nárůstu z 54 % před léčbou na 68 % ve 12 měsících po odchodu z terapeutické komunity. Klienti, kteří setrvali v léčbě více než 90 dní, dosáhli významně lepších výsledků ve všech sledovaných oblastech.

Tab. 21 DATOS: srovnání užívání drog a alkoholu, injekčního užívání drog, problémů se zákonem, zaměstnanosti a začátku nové léčebné epizody 1 rok před léčbou a 1 rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě u všech klientů a u klientů s délkou pobytu méně a více než 90 dní (%)

Parametr	Celkem (N = 342)		< 90 dní (N = 144)		> 90 dní (N = 198)	
	Před léčbou	Po léčbě	Před léčbou	Po léčbě	Před léčbou	Po léčbě
Kokain: denně	39	11	43	15	36	8
kdykoliv	82	39	85	55	79	28
Heroin: denně	10	2	9	4	10	0,5
kdykoliv	19	7	15	6	23	7
Alkohol: denně	23	11	23	15	22	9
kdykoliv	54	29	53	41	55	19
IUD: denně	10	2	11	3	9	0,5
kdykoliv	17	5	15	8	19	4
Zatčení	53	32	53	46	53	22
Uvěznění	77	37	77	54	77	24

Parametr	Celkem (N = 342)		< 90 dní (N = 144)		> 90 dní (N = 198)	
	Před léčbou	Po léčbě	Před léčbou	Po léčbě	Před léčbou	Po léčbě
Zaměstnanost	54	68	53	55	55	77
Léčebná epizoda	-	30	-	27	-	32

Pozn.: sledovaným obdobím je 12 měsíců před léčbou a 12 měsíců po ukončení léčby; všechny údaje jsou uvedeny v %  
Zdroj: Simpson, Joe, & Brown (1997)

Srovnání charakteristik klientů podle jednotlivých léčebných modalit ukázalo, že v terapeutických komunitách se léčili klienti, kteří ve vyšší míře pravidelně konzumovali kokain, marihuanu a alkohol a častěji vykazovali problémy se zákonem. Klienti terapeutických komunit rovněž vykazovali nejnižší míru dokončeného středoškolského vzdělání ve srovnání s klientelou ostatních léčebných programů.

Výsledky DATOS potvrdily zjištění z předchozích výzkumných projektů DARP a TOPS. Klienti po léčbě v terapeutické komunitě dosahují významných zlepšení; signifikantně méně klientů užívalo drogy a alkohol, méně klientů mělo problémy se zákonem a zvýšila se zaměstnanost klientů. Obdobně jako předchozí výzkumné studie, výsledky DATOS potvrdily, že délka setrvání v léčbě je spojena s příznivými léčebnými výsledky. Klienti, kteří setrvali v terapeutické komunitě déle než 90 dnů, dosáhli signifikantně lepších výsledků ve srovnání s těmi, kteří léčbu ukončili v období prvních 90 dnů od jejího zahájení.

Simpson et al. (2002; 1999) hodnotili výsledky léčby klientů závislých na kokainu. V devadesátých letech minulého století došlo na jinak stabilní drogové scéně v USA k nárůstu nových uživatelů kokainu o 37 %. Každý rok byla více než jedna třetina všech zatčených pozitivně testována na přítomnost kokainu v moči; rovněž byl zaznamenán nárůst případů předávkování po užití kokainu. Kokain (forma určená ke kouření nebo injekčnímu užití označovaná jako crack cocaine) byl primární drogou u 36 % klientů přijatých do léčby v roce 1995. Takové změny vzbuzovaly otázky, zdali existující léčebná centra mohou efektivně léčit závislé na kokainu. U této klientely byla znepokojující závažnost drogové historie, přidružené psychiatrické a sociální komplikace a vysoká míra obtíží v trestněprávní oblasti. Autoři výzkumné studie sledovali 1 605 klientů závislých na kokainu, kteří v letech 1991–1993 zahájili léčbu v jednom z 55 léčebných center v 11 městech v USA. Na studii participovaly dlouhodobé a krátkodobé rezidenční programy a abstinenčně orientované ambulantní programy. Dlouhodobé rezidenční programy zahrnovaly terapeutické komunity s plánovanou délkou programu přesahující 6 měsíců a modifikované terapeutické komunity s délkou léčby 4–6 měsíců. Výsledky léčby byly hodnoceny na základě porovnání změn v užívání drog a alkoholu, kriminality a zaměstnanosti jeden rok před léčbou a jeden rok po ukončení léčby. Tato studie vycházela z výzkumného projektu DATOS.

Studie ukázala, že klienti dlouhodobých rezidenčních programů (terapeutické komunity) vykazují signifikantně vyšší míru obtíží ve srovnání s klienty z krátkodobých rezidenčních a z ambulantních programů. Klienti terapeutických komunit užívali více drog současně, vykazovali vyšší míru kriminality, závislosti na alkoholu a nezaměstnanosti; rovněž byla zjištěna nižší míra sociální podpory a opakované léčebné epizody v minulosti.

Výsledky léčby v terapeutických komunitách zobrazuje tabulka 22. Po jednom roce od ukončení léčby došlo k významnému zlepšení ve všech sledovaných oblastech. Z 49 % na 12 % se snížilo procento klientů užívajících kokain denně. Došlo také k redukcí celkového užívání dalších návykových látek (marihuana, heroin, alkohol). Významně menší procento klientů páchalo trestnou činností (pokles z 58 % na 21 %) nebo bylo uvězněno (pokles z 79 % na 35 %).

Tab. 22 Výsledky léčby klientů závislých na crack cocainu 1 rok po léčbě v terapeutické komunitě (N = 521)

Parametr	Před léčbou %	1 rok po léčbě %
Crack cocaine (denně)	49	12
Crack cocaine (kdykoliv)	67	27
Marihuana (kdykoliv)	55	29
Heroin (kdykoliv)	20	8
Injekční užívání drog	19	8
Alkohol ( $\geq 3$ dny v týdnu)	42	16
Kriminalita	58	21
Uvěznění	79	35
Bez práce na celý úvazek	59	44

Sledovaným obdobím je 1 rok před léčbou a 1 rok po ukončení léčby.

Zdroj: Simpson et al. (1999)

Autoři rozdělili klienty do tří skupin podle závažnosti obtíží v oblasti užívání drog, kriminalita, sociální integrace a psychické zdraví. Výsledky ukázaly, že klienti závislí na kokainu a vykazující závažný profil obtíží (tj. nejvíce poškození klienti), jsou schopni dosáhnout značně příznivých léčebných výsledků, pokud jsou léčeni v dlouhodobé rezidenční léčbě a setrvávají v ní alespoň 90 dní. Takové zjištění argumentuje pro zachování dlouhodobých rezidenčních programů, které jsou schopny efektivně pomoci klientele s natolik závažnými obtížemi, že v jiných léčebných modalitách (krátkodobá rezidenční léčba, ambulantní léčba) nemůže dosáhnout srovnatelně příznivých výsledků.

### Belgie

Soyez et al. (2006a) zkoumali výsledky léčby ve čtyřech terapeutických komunitách v Belgii. Jedná se o zařízení s kapacitou 15–35 lůžek, která poskytují léčbu v délce 12–14 měsíců. Studie sledovala tři cíle: (1) definovat faktory predikující úspěšný výsledek léčby, (2) porovnat charakteristiky klientů v době zahájení léčby a 12–18 měsíců po odchodu z terapeutické komunity a zjistit, zdali došlo ke zlepšení, (3) stanovit, zdali specifické intervence zaměřené

na sociální prostředí klientů přispívají k pozitivním výsledkům léčby. Výzkumný soubor tvořilo 203 klientů; 61,1 % (N = 124) bylo kontaktováno po ukončení léčby. Autoři zjistili, že signifikantně lepších výsledků léčby dosahovaly ženy, klienti s vyšší mírou sociální podpory po léčbě a ti, kteří setrvali v léčbě delší dobu. 44 % klientů (N = 55) splňovalo kritéria úspěšné léčby v době konání follow-up interview: žádné užití drog v posledních 6 měsících, zaměstnání nebo studium v posledních 6 měsících a žádné obvinění z nového trestného činu po ukončení léčby. Zjištěné výsledky nepotvrdily lepší léčebné výsledky u klientů, kteří jako součást léčby obdrželi specifické intervence zaměřené na jejich sociální prostředí. Soyez et al. (2006b) však potvrdili, že specifické intervence zaměřené na sociální prostředí klientů pozitivně ovlivňují setrvání v léčbě.

### Česká republika

Studie „Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí (EVLTK)“, jejíž výsledky uvádíme v kapitolách 4–7 této práce, je v ČR zatím ojedinělým výzkumným počinem. EVLTK je jedinou prospektivní studií, která s využitím jednotné metodologie hodnotí výsledky léčby ve 4 terapeutických komunitách. S výjimkou této studie jsou data o výsledcích léčby v terapeutických komunitách značně omezená. K dispozici máme data pravidelně publikovaná ve výročních zprávách o stavu ve věcech drog v ČR, které vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Výroční zpráva za rok 2011 uvádí data z 10 terapeutických komunit. Jedná se o údaje ze závěrečných zpráv o realizaci projektu v rámci dotačního řízení RVKPP. Data vycházejí z ročních statistik, které shrnují počty a charakteristiku klientů v jednotlivých programech a průběžné a výstupní indikátory léčby a statistiky výkonů. Obdobná data sbírají terapeutické komunity sdružené v Sekci terapeutických komunit A.N.O. (v současnosti 11 terapeutických komunit). Některé terapeutické komunity zveřejňují data o výsledcích léčby ve svých výročních zprávách, případně na svých internetových stránkách.

Z dostupných dat vyplývá, že terapeutické komunity v ČR vykazují značně příznivé průběžné a výstupní ukazatele léčby<sup>34</sup> (tabulka 23). 27,4 % klientů léčbu v terapeutické komunitě dokončí. (Skutečná míra dokončených léčeb však bude vyšší – viz pozn. 34. Kalina (2008c) uvádí, že léčbu dokončí 42 % klientů.). Průměrná doba dokončené léčby je 10,3 měsíce a průměrná doba léčby všech klientů (tj. klientů, kteří léčbu dokončili, a klientů, kteří odešli předčasně) dosahuje 6,2 měsíce. Retence delší než dvě třetiny plánované délky léčby je 42,6 %. V případě terapeutické komunity s plánovanou délkou léčby 12 měsíců se jedná o setrvání v léčbě přesahující 8 měsíců. Zjištěná doba setrvání v programu je dostačující na to, aby klienti po léčbě dosáhli příznivých výsledků.

34 Zde je potřeba poznamenat, že data dostupná z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v ČR a data Sekce TK A.N.O. zachycují údaje pouze ve sledovaném kalendářním roce. To znamená, že z těchto dat zjistíme, kolik klientů dokončilo léčbu nebo odešlo z léčby předčasně, ovšem pouze v příslušném kalendářním roce. Tato data nemohou zachytit klienty, kteří v léčbě pokračují v dalším kalendářním roce a v něm léčbu dokončí nebo odejdou předčasně.



Tab. 23 Průběžné a výstupní indikátory léčby v terapeutických komunitách v ČR (% , není-li uvedeno jinak)

Parametr	TK v ČR
Dokončení léčby <sup>a</sup>	27,4 %
Předčasné ukončení léčby <sup>a</sup>	37,8 %
Průměrná doba dokončené léčby <sup>a</sup>	10,3 měsíce
Průměrná doba léčby celkem <sup>a, d</sup>	6,2 měsíce
Retence kratší než 3 měsíce <sup>b</sup>	22,7 %
Retence delší než 2/3 délky léčby <sup>c</sup>	42,6 %

<sup>a</sup> Průměr z let 2007–2011

<sup>b</sup> Průměr z let 2010–2011

<sup>c</sup> Rok 2005

<sup>d</sup> U všech klientů, tj. u těch, kteří dokončili léčbu a u těch, kteří odešli předčasně

Zdroj: A.N.O. (2005); Mravčík et al. (2012; 2011; 2010; 2009; 2008)

Terapeutická komunita Magdaléna na svých internetových stránkách udává úspěšnost léčby shodně 63 % jeden a tři roky po ukončení léčby (tabulka 24). Takový výsledek je velmi příznivý. Z dostupných dat rovněž vyplývá, že terapeutická komunita má dostupné informace o velké části svých klientů s odstupem několika let po ukončení léčby.

Tab. 24 TK Magdaléna: výsledky 1 rok a 3 roky po ukončení léčby (%)

Parametr	1 rok po léčbě (N = 131)	3 roky po léčbě (N = 92)
Abstinují a pracují	63	63
Léčba	11	9
Recidiva	11	12
Zemřeli	1	1
Osud neznámý	14	15

Zdroj: Magdaléna, o.p.s.: Statistika léčby rezidenčních programů (2007)

Výroční zpráva o. s. SANANIM z roku 2011 (SANANIM, 2012) uvádí, že v Terapeutické komunitě Němčice SANANIM je dlouhodobě v rovnováze počet klientů, kteří ukončí léčbu řádně a předčasně; polovina z těch, kteří do léčby nastoupili, ji řádně ukončili. Nejvíce předčasných odchodů spadá do prvních 6 měsíců v léčbě; klienti, kteří vydrží déle, pravděpodobně léčbu dokončí. Z katamnestických sledování vyplývá, že klienti s délkou pobytu přesahující 90 dnů mají velkou šanci na zvládnutí života bez drog (SANANIM, 2012). Zjištění, že 50 % klientů, kteří zahájili léčbu, také léčbu dokončí, je velmi povzbudivé, neboť setrvání v programu je významným prediktorem příznivých léčebných výsledků.

Terapeutická komunita Karlov SANANIM je určena pro léčbu mladistvých a mladých dospělých a pro matky s dětmi. Z katamnestických studií vyplývá, že po léčbě dlouhodobě abstingují 63,6 % mladistvých a 71,7 % matek (SANANIM, 2006; tabulka 25). Jedná se o velmi příznivý výsledek.

Tab. 25 TK Karlov SANANIM: výsledky léčby mladistvých a matek s dětmi, kteří prošli léčbou v letech 1999–2005 (%)

Parametr	Mladiství (N = 200)	Matky s dětmi (N = 47)
Abstinuje, pracuje (studuje)	63,6	71,7
Dlouhodobě užívá drogy	17,9	14,2
Ve vězení	0	2,3
Osud neznámý	18,4	11,8

Zdroj: SANANIM (2006)

Srovnání dostupných výsledků z terapeutických komunit v ČR se závěry ze zahraničních výzkumů vyznívá značně optimisticky (Kalina, 2007, 2008c). „Mezinárodní porovnání naznačuje, že terapeutické komunity pro drogově závislé v ČR mají dobře srovnatelné nebo dokonce lepší výsledky, než je mezinárodní průměr“ (Kalina, 2008c, s. 338).

### Chorvatsko

Vidjak (2003) sledoval výsledky léčby 90 klientů závislých na heroínu, kteří byli rozmístěni do tří různých léčebných modalit: metadonová substituce (N = 30), psychiatrická léčebna (N = 30) a dlouhodobá terapeutická komunita (N = 30). *Úspěšná léčba* byla definována jako abstinence od heroínu po dobu dvou let od odchodu z léčby; klienti, kteří mírně konzumovali alkohol a/nebo drogy splňovali kritérium úspěšné léčby. Mírná konzumace byla v případě alkoholu definována jako pití ne více než dvou litrů piva nebo vína měsíčně a užívání marihuany a/nebo hašiše ne častěji než dvakrát měsíčně. Medián délky léčby byl v případě metadonové substituce 6 měsíců, v případě psychiatrické léčebny 2 měsíce a v případě terapeutické komunity také 6 měsíců. Výsledky ukázaly, že dva roky po léčbě v terapeutické komunitě 9 klientů (30 %) abstinovalo od heroínu (5 z nich konzumovalo alkohol a/nebo drogy v mírné míře). Pouze 1 klient (3,3 %) metadonové substituce splňoval kritérium úspěšné léčby po dvou letech od ukončení léčby. Žádný z klientů, kteří absolvovali léčbu v psychiatrické léčebně, nespĺňoval kritérium úspěšné léčby. Vidjak (ibid) uvádí, že léčba závislosti na heroínu v terapeutické komunitě může mít lepší výsledky v porovnání s léčbou v metadonovém substitučním programu a v psychiatrické léčebně.

### Německo

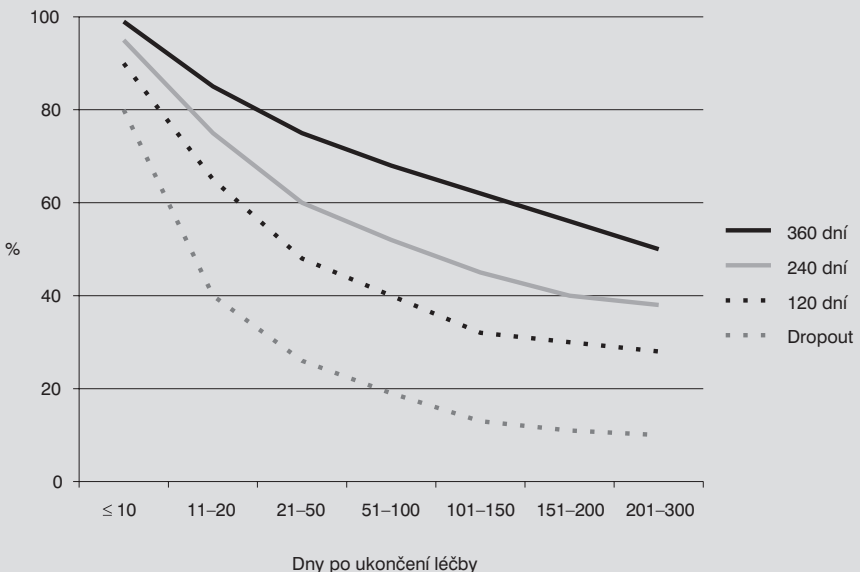
The Munich Multicentre Treatment Evaluation Study (MTE – Study) byla realizována v 13 rezidenčních terapeutických komunitách v letech 1985–1987 v tehdejší Německé spolkové republice (Haderstorfer & Künzel-Böhmer, 1992; Hanel, 1992; Herbst, 1992). Participující zařízení měla kapacitu 12–30 lůžek; plánovaná délka léčby se pohybovala od 4 do 20 měsíců. Výzkumný soubor tvořilo 302 klientů. 47 % respondentů řádně dokončilo léčbu. Výsledky ve follow-up části byly získány od 164 klientů (55 %) v období 9 měsíců po ukončení léčby. V době konání interview bylo 56 % klientů v kontaktu s programy následné péče. Haderstor-

fer Et Künzel-Böhmer (1992) zjistili, že 29 % klientů abstinovalo od nelegálních drog. U 6 % klientů byl zjištěn laps. Laps autoři definovali jako užívání ilegální drogy ne déle než 14 dní a následné pokračování v abstinenci. 65 % respondentů relapsovalo na ilegální droze: 16 % pouze na kanabisu a 49 % na opiátech / kokainu.

Haderstorfer Et Künzel-Böhmer (1992) dále sledovali problémy se zákonem, změny v zaměstnanosti, psychických problémech a rizikovém chování v souvislosti s možným přenosem HIV. Po 9 měsících od ukončení léčby 78 % klientů nebylo v konfliktu se zákonem. Zatímco před léčbou bylo odsouzeno 77 % klientů, po léčbě to bylo jen 6 %. Snížilo se procento nezaměstnaných klientů: před léčbou neměla práci více než polovina klientů, po léčbě se nezaměstnanost zredukovala na 38 %. Nejedná se o přesvědčivý výsledek, autoři proto upozorňují na značně nepříznivou situaci na trhu práce pro bývalé uživatele drog. U žen byl zaznamenán soustavný pokles deprese od zahájení léčby až do období 9 měsíců po léčbě. U mužů došlo k poklesu deprese v průběhu léčby, avšak po léčbě došlo k mírnému nárůstu depresivních příznaků. Studie dále ukázala, že 35 % HIV negativních a 30 % HIV pozitivních klientů sdílelo injekční náčiní po léčbě. Řada klientů se o léčbě v terapeutické komunitě vyjadřovala pozitivně; jako významné zážitky uváděli možnost radovat se bez drog, zvýšení sebevědomí a zvýšení kompetence vyrovnávat se s obtížnými situacemi.

Herbst (1992) u stejného souboru zkoumal rozdíly v přežití bez relapsu po léčbě. Relaps byl definován jako opakované užívání kanabisu, opiátů nebo léků určených k opiátové substituci minimálně po dobu 2 týdnů po ukončení léčby. Herbst (ibid) porovnal výsledky z 3 terapeu-

Graf 3 MTE – Study: přežití bez relapsu po léčbě u klientů s rozdílnou plánovanou délkou léčby a u klientů s předčasně ukončenou léčbou



Zdroj: Herbst (1992)

tických komunit s odlišnou plánovanou délkou léčby: 120, 240 a 360 dní. Výsledky hodnocené podle přežití bez relapsu v období 300 dní po léčbě byly nejpříznivější u terapeutické komunity s plánovanou délkou léčby 360 dní: u 51 % klientů nedošlo k relapsu (graf 3). U klientů z terapeutické komunity s délkou léčby 240 dní nedošlo k relapsu u 38 % klientů a u terapeutické komunity s nejkratší délkou léčby přežilo bez relapsu 25 % klientů. Nejméně příznivých výsledků dosáhli klienti, kteří odešli z léčby předčasně. 300 dní po ukončení léčby přežilo bez relapsu přibližně 10 % klientů s předčasně ukončenou léčbou.

Dokončení léčby bylo potvrzeno jako prediktor příznivých léčebných výsledků. Dále bylo zjištěno, že klienti, kteří léčbu dokončí, mají významnou šanci na přežití bez relapsu po léčbě, pokud v léčbě učinili významný pokrok, absolvovali dlouhodobou léčbu (360 dní) a pokračovali v programu následné péče (tabulka 26).

Tab. 26 MTE – Study: relaps po léčbě u klientů, kteří léčbu dokončili, a u těch, kteří odešli předčasně; relaps po léčbě u klientů s dokončenou léčbou v závislosti na zlepšení v léčbě, délce léčby a následné péči (%)

Parametr		Relaps po léčbě %
Dokončení léčby		49
Předčasně ukončení léčby		79
<b>Dokončení léčby a:</b>		
Zlepšení v léčbě:	vysoké	38
	nizké	60
Plánovaná délka léčby:	dlouhá	37
	krátká	61
Následná péče:	ano	33
	ne	64

Zdroj: Herbst (1992)

Závěry MTE – Study ukazují, že nejpříznivější výsledky byly zjištěny u klientů, kteří léčbu dokončili, absolvovali dlouhodobou léčbu, v průběhu léčby u nich došlo ke zlepšení a bezprostředně po léčbě byli v kontaktu s programy následné péče. Závěry MTE – Study v oblasti drog ukazují, že se významně zvýšil počet abstinujících klientů; zároveň došlo k redukci počtu klientů užívajících opiáty a kokain. Autoři upozorňují, že se neprokázalo snížení užívání kámbisu a alkoholu po léčbě. Léčba v terapeutické komunitě vedla k významnému snížení kriminality a zvýšení zaměstnanosti.

### Nizozemsko

Výzkum výsledků léčby v terapeutické komunitě Emieliehoeve v Haagu realizoval Kooyman (1993). Výzkumný soubor tvořilo 227 klientů, kteří zahájili léčbu v letech 1972–1977. Výsledky léčby byly hodnoceny minimálně po šesti měsících od odchodu z terapeutické komunity, avšak autor preferoval realizovat interview po jednom roce a déle od ukončení léčby.

Průměrná doba mezi ukončením léčby a follow-up interview byla 1,9 roku. Ve follow-up části bylo interview uskutečněno se 172 klienty.

Léčba byla považována za *úspěšnou* v případech, že klient po jejím ukončení splňoval 8 následujících kritérií:

1. žádné užití „tvrdých“ drog (heroin, amfetaminy, kokain, metadon, halucinogeny, rozpuštědla),
2. úspěšná léčba připouštěla užití ostatních drog (kanabis, trankvilizery, benzodiazepiny) v případě, že se tak stalo v posledních šesti měsících před konáním interview a to ve frekvenci méně než jednou týdně,
3. žádné užití alkoholu,
4. žádné zatčení nebo uvěznění,
5. žádné odsouzení za drogovou kriminalitu,
6. žádný kontakt s policií v souvislosti s drogovou kriminalitou,
7. žádná léčba v souvislosti s užíváním alkoholu/drog,
8. žádná ústavní psychiatrická léčba.

Pro hodnocení úspěšnosti léčby autor zvolil dvě časová kritéria: (1) celé období od ukončení léčby a (2) posledních 6 měsíců před konáním interview. 32 % klientů bylo úspěšných po celou dobu od ukončení léčby a 49,4 % v posledních šesti měsících (tabulka 27). Jedná se o velmi příznivý výsledek, uvážíme-li, že úspěšní klienti museli splňovat 8 značně přísných kritérií vymezujících pozitivní změny v užívání drog a alkoholu, kriminalitě a psychických obtížích (viz výše).

Tab. 27 TK Emiliehoeve: úspěšní klienti po ukončení léčby

Úspěšní klienti	%
Celkový úspěch <sup>a</sup>	32,0 %
Posledních 6 měsíců	49,4 %

<sup>a</sup>Celé období od ukončení léčby

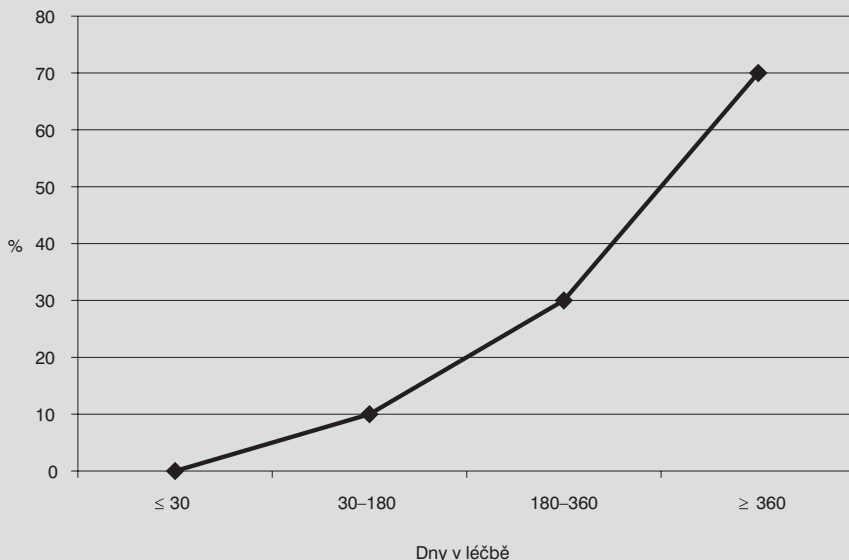
Zdroj: Kooyman (1993)

Z dalších výsledků vyplývá, že po ukončení léčby 58,5 % klientů mělo zaměstnání nebo docházelo do školy. 28,5 % klientů mělo po ukončení léčby problémy související s konzumací alkoholu. Po léčbě v terapeutické komunitě došlo k významnému snížení sebevražedných pokusů, a to z 41,7 % na 15,3 %.

Výsledky studie potvrdily, že doba setrvání v programu je základním předpokladem dosažení příznivých léčebných výsledků. Čím déle klient v léčbě setrvá, tím je vyšší pravděpodobnost, že jeho léčba bude úspěšná. Nikdo z klientů, kteří odešli během prvního měsíce od zahájení léčby, nesplnil kritéria úspěšné léčby. 10 % klientů, kteří setrvali v programu 30–180 dní, splňovalo kritéria úspěšné léčby; v případě klientů s délkou léčby 180–360 dní to bylo 30 %. Největší procento úspěšných klientů bylo zjištěno mezi těmi, kteří setrvali v programu déle než 360 dní – u této skupiny klientů byla míra úspěšnosti 70 % (graf 4). Jak Kooyman (ibid)

dále sděluje, klient musí setrvat v programu dostatečně dlouhou dobu, aby léčba mohla být úspěšná.

Graf 4 TK Emiliehoeve: úspěšnost léčby v závislosti na délce setrvání v programu



Zdroj: Kooyman (1993)

Léčbu úspěšně dokončilo 21 % klientů. 80 % z těchto klientů splňovalo kritéria úspěšného výsledku léčby (viz výše). Mezi absolventy programu a těmi, kteří setrváli v léčbě déle než jeden rok, neexistují signifikantní rozdíly v léčebných výsledcích. K tomu Kooyman (ibid) dodává, že absolventi dosahují příznivých léčebných výsledků, protože setrváli v programu dostatečně dlouhou dobu, nikoli proto, že se stali absolventy (tj. prošli závěrečným rituálem).

Důležitým Kooymanovým (ibid) zjištěním bylo, že zapojení rodičů klienta do léčebného procesu příznivě ovlivňuje výsledky léčby. Účast rodičů klientů na rodičovských skupinách se pozitivně promítla do setrvání klientů v léčbě a do dosažení příznivých léčebných výsledků. Klienti, jejichž rodiče se účastnili rodičovských skupin, setrváli v léčbě průměrně 698 dní, zatímco klienti, jejichž rodiče na léčbě nespolečovali, setrváli v léčbě průměrně 343 dní. Rovněž procento úspěšných klientů bylo významně vyšší mezi těmi, jejichž rodiče na léčbě participovali: 64,4 % oproti 25 % (tabulka 28). Taková zjištění jsou klinicky velmi důležitá, neboť ukazují, že zapojení rodičů klientů do léčebného procesu pozitivně ovlivňuje výsledky léčby v terapeutické komunitě.

Tab. 28 TK Emiliehoeve: zapojení rodičů do léčby a vliv na setrvání v programu a úspěšný výsledek léčby

Parametr	Klienti, jejichž rodiče spolupracovali	Klienti, jejichž rodiče nespolupracovali
Průměrná doba setrvání v programu (dny)	698	343
Úspěšná léčba (%)	64,4	25

Zdroj: Kooyman (1993)

Jak uvádí Kooyman (ibid) terapeutická komunita pro léčbu závislosti představuje zavedený a úspěšný model léčby. Příznivých léčebných výsledků může být dosaženo, pokud klient setrvává v léčbě dostatečně dlouhou dobu. Zapojení rodičů klientů do léčby významně podporuje setrvání v programu a dosažení příznivých léčebných výsledků. Léčba v terapeutické komunitě pro léčbu závislosti je vhodná pro klienty, kteří byli traumatizováni v raném dětství a mají obtíže s intimitou.

### Norsko

Výsledky léčby v terapeutické komunitě Phoenix House v Norsku zkoumali Ravndal & Vaglum (1998). Cílem studie bylo zjistit, zdali porucha osobnosti a psychopatologie klientů ovlivňují dosažené výsledky v období 5 let od zahájení léčby a zdali klienti s dokončenou léčbou dosahují lepších výsledků. Autoři sledovali změny v užívání drog, sociální integraci, úmrtnosti a psychopatologii klientů. Terapeutická komunita Phoenix House v Norsku nabízí léčebný program v celkové délce 18 měsíců<sup>35</sup>; jedná se o koncept hierarchické terapeutické komunity převzatý ze stejnojmenných zařízení v USA a v UK. Výzkumný soubor tvořilo 200 klientů, kteří zahájili léčbu v letech 1986–1988. 144 klientů zahájilo rezidenční léčbu; 30 % (N = 43) z nich dokončilo rezidenční fázi léčby a 20 % (N = 29) dokončilo celou 18 měsíční léčbu. Klienti byli kontaktováni v období od 4,3 do 7,2 roku po zahájení léčby, průměrně po 5,9 roku. 24 klientů zemřelo a 1 emigroval do neznámé země. Ze 175 klientů, kteří se mohli účastnit follow-up části studie, bylo nakonec kontaktováno 139 osob (79 %).

Pro hodnocení výsledků léčby autoři definovali užívání drog (amfetaminy a/nebo opiáty) po léčbě následovně: *Mírné užívání* bylo definováno jako neužití drogy nebo užití maximálně třikrát v posledním roce. *Střední užívání* bylo vymezeno jako užití několikrát do měsíce nebo méně často. Užíval-li klient několikrát do týdne kanabis a/nebo ve stejné frekvenci konzumoval alkohol, byl zařazen do skupiny *střední užívání*. Užíval-li klient několikrát do týdne amfetaminy a/nebo opiáty spadal do skupiny *častých uživatelů* drog. Rovněž pro hodnocení sociální integrace klientů po léčbě byla použita speciální škála od 1 do 5 bodů. Klient s optimální sociální integrací (vlastní bydlení nebo bydlení s původní rodinou, zaměstnání/studium nebo zaměstnání na částečný úvazek, vlastní finanční příjem nebo nemocenská, žádný kontakt s drogovým prostředím) získal 5 bodů.

35 První fáze programu v délce 12 měsíců je intenzivní a značně konfrontační rezidenční léčba založená na skupinovém programu, druhá fáze dlouhá 6 měsíců je ambulantní, méně konfrontační a klienti se účastní pouze jednoho skupinového setkání týdně (Ravndal & Vaglum, 1998).

Po pěti letech od zahájení léčby 20 % klientů spadalo do kategorie mírných uživatelů drog, 10 % abstinovalo a 10 % užívalo drogy mírně. 25 % klientů splňovalo kritéria středního užívání drog a 56 % užívalo drogy často nebo zemřelo v souvislosti s užíváním drog. 36 % klientů, kteří dokončili léčbu, neužívalo drogy nebo užívali pouze mírně. Mezi těmi, kteří odešli z léčby předčasně, dosáhlo stejného výsledku signifikantně méně klientů (17 %). V oblasti sociální integrace výsledky nepotvrdily signifikantní rozdíl mezi klienty s mírným užíváním drog a klienty se středním/častým užíváním drog (2,1 bodu oproti 1,8 bodu). Klienti s dokončenou léčbou vykazovali signifikantně lepšího výsledku na škále sociální integrace ve srovnání s těmi, kteří odešli z léčby předčasně (2,4 bodu oproti 1,8 bodu). Studie nepotvrdila, že klienti s poruchou osobnosti/psychopatií dosahují významně horších výsledků v užívání drog a sociální integraci po léčbě. 12,4 % klientů po léčbě zemřelo, narcistická a antisociální porucha osobnosti byly potvrzeny jako prediktor smrti po léčbě. Ravndal & Vaglum (1998) zjistili, že pravidelné užívání amfetaminu před léčbou bylo prediktorem dokončení léčby a příznivého výsledku v oblasti užívání drog po léčbě na rozdíl od uživatelů opiátů.

### Švédsko

Rozsáhlý výzkumný projekt SWEDATE (Swedish Drug Abuse Treatment Evaluation) byl realizován ve Švédsku s cílem hodnotit efektivitu rezidenčních programů pro léčbu závislosti, které fungují na principech terapeutické komunity (Berglund, Bergmark, Björling, & Grönbldh, 1991). Jeden typ programů vycházel z tradice demokratických terapeutických komunit ve Velké Británii, jejichž vznik inicioval Maxwell Jones, a druhý typ léčebných zařízení vycházel z výchovných programů ruského pedagoga A. S. Makarenka. Studie se zaměřila na tři hlavní výzkumná témata: (1) profil klientů, (2) profil léčebných zařízení, (3) výsledky léčby. Na studii spolupracovalo 7 zařízení pro adolescenty a 14 programů pro dospělé uživatele drog. Výzkumný soubor tvořilo 1 164 klientů, kteří zahájili léčbu v letech 1982–1983. Výsledky léčby byly hodnoceny jeden rok po jejím ukončení; na follow-up části studie participovalo 493 klientů.

Po jednom roce od ukončení léčby byla zjištěna řada příznivých výsledků (snížení užívání drog, zvýšení sociální integrace; viz tabulku 29). Některé obtíže klientů přetrvávaly i po ukončení léčby. Polovina klientů užívala po léčbě drogy, 40 % klientů konzumovalo alkohol ve vysoké míře a 22 % klientů páchalo trestnou činnost po léčbě.

Tab. 29 SWEDATE: výsledky po 1 roce od ukončení léčby (%)

Parametr	1 rok po ukončení léčby (%)
Abstinence od drog (12 měsíců)	51
Abstinence od drog (posledních 6 měsíců)	15
Konzumace alkoholu $\leq 40$ g denně	40
Žádná trestná činnost	22
Sociální integrace <sup>a</sup>	37

<sup>a</sup> Sociální integrace: legální finanční příjem, vyhovující bydlení a práce v celém období 12 měsíců

Zdroj: Berglund et al. (1991)



Výzkumný projekt SWEDATE potvrdil souvislost mezi délkou setrvání v programu a příznivými výsledky léčby (tabulka 30). 20 % klientů, kteří odešli z léčby během prvního měsíce, bylo abstinenty po jednom roce od ukončení léčby; avšak ve skupině klientů, kteří setrvali v programu 366 dní a více, byla míra abstinence 51 %.

Tab. 30 SWEDATE: výsledky po 1 roce od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)

Retence (dny)	Abstinence	Užívání drog	Užívání alkoholu	Užívání drog a alkoholu
0–30	20	20	25	35
31–90	19	28	21	33
91–180	36	13	20	31
181–365	33	14	28	25
366 a více	51	8	25	16

Zdroj: Berglund et al. (1991)

### Španělsko

Fernández-Hermida et al. (2002) v letech 1996–1999 zkoumali dlouhodobé výsledky léčby v terapeutické komunitě Proyecto Hombre (v angličtině Project Mankind). Výzkumný soubor tvořilo 249 klientů, 194 (77,9 %) léčbu dokončilo, 55 (22,1 %) odešlo předčasně. Průměrná doba úspěšně ukončené léčby byla 33 měsíců<sup>36</sup>. Klienti byli kontaktováni v období 73 dnů až 8 let po odchodu z terapeutické komunity, klienti byli kontaktováni v průměru 3 roky a 4 měsíce po ukončení léčby. Studie měla dva hlavní cíle: zjistit, zdali došlo ke zlepšení v užívání drog a alkoholu, kriminálním chování, zdraví, zaměstnanosti a vztahů v rodině, a porovnat zdali se výsledky liší u klientů, kteří léčbu dokončili a u těch, kteří odešli předčasně. Autoři definovali relaps jako užití drogy alespoň třikrát v období dvou měsíců. Tím eliminovali ojedinělé užití drogy, které je časté u této klientely, nemusí však nutně představovat závažný problém z klinického hlediska.

Po léčbě došlo k signifikantnímu zlepšení ve všech sledovaných oblastech (tabulka 31). Užívání drog (heroin, kokain, kanabis) kleslo z původních 100 % na 22,1 %, 77,9 % klientů abstinovalo po léčbě od sledovaných drog. O polovinu se snížilo procento klientů škodlivě konzumujících nebo závislých na alkoholu. Významně se snížilo procento klientů v konfliktu se zákonem. Stabilní zaměstnání mělo po léčbě 63,9 % klientů, zatímco před léčbou to bylo 11,9 %.

36 Léčba v TK Proyecto Hombre je rozdělena do tří fází: první trvá 10–15 měsíců, druhá 9 měsíců a třetí 7–12 měsíců. Pouze druhá fáze léčby je rezidenční. Jednotlivé fáze programu detailně popisují Fernández-Hermida et al. (2002).

Tab. 31 TK Proyecto Hombre: užívání drog, alkoholu, kriminalita, zaměstnání před a po léčbě (%)

Parametr	Před léčbou %	Po léčbě %
Užívání drog	100	22,1
Škodlivé pití/závislost	20,8	10,3
Kriminalita: obvinění/zatčení	65,4	8
Kriminalita: uvěznění	26,9	6,4
Stabilní zaměstnání	11,9	63,9

Zdroj: Fernández-Hermida et al. (2002)

Tabulka 32 ukazuje rozdíly ve výskytu relapsu po léčbě v závislosti na způsobu ukončení léčby. 89,7 % klientů s řádně ukončenou léčbou přežilo bez relapsu, zatímco u klientů s předčasně ukončenou léčbou to bylo 36,4 %. Klienti, kteří odešli z léčby předčasně relapsovali dříve a relaps trval delší dobu. Rovněž další výsledky léčby byly významně horší u klientů s předčasně ukončenou léčbou. Tito klienti vykazovali vyšší konzumaci alkoholu a rovněž výsledky v oblasti kriminálního chování, zdraví, zaměstnanosti a rodinné situaci byly méně příznivé.

Tab. 32 TK Proyecto Hombre: Přežití bez relapsu a relaps po léčbě v závislosti na způsobu ukončení léčby (%)

Způsob ukončení léčby	Bez relapsu		Relaps	
	N	%	N	%
Řádné	174	89,7	20	10,3
Předčasně	20	36,4	35	63,6
Celkem	194	77,9	55	22,1

Zdroj: Fernández-Hermida et al. (2002)

Studie potvrdila, že dokončení léčby v terapeutické komunitě je prediktorem příznivých výsledků po léčbě. Výsledky léčby jsou u značné části klientů dlouhodobě udržitelné. Terapeutická komunita představuje efektivní léčbu pro řadu uživatelů drog. Autoři (ibid) vyjadřují znepokojení nad vysokou mírou předčasných odchodů z léčby, zároveň však připomínají, že se jedná o problém vyskytující se napříč všemi typy programů pro léčbu závislosti.

## Velká Británie

Ogborne (1975) popsal charakteristiky prvních 100 klientů přijatých mezi únorem 1970 a červnem 1974 do nového léčebného programu, který byl otevřen v Londýně a označoval se za „terapeutickou komunitu“ pro léčbu závislosti<sup>37</sup>. V roce 1974 bylo kontaktováno 87 klien-

37 Ogborne (1975) a Ogborne & Melotte (1977) nazývají tento program „the House“ nebo „the Concept-Based Therapeutic Community“. Domníváme se, že se jedná o terapeutickou komunitu Phoenix House otevřenou v Londýně v roce 1970 a založenou Edwardem Griffithsem a jeho spolupracovníky (viz kapitulu 1/2/2 této práce).

tů, a to alespoň po šesti měsících od ukončení léčby. Ogborne Et Melotte (1977) zjistili, že léčbu dokončilo méně než 10 % klientů a většina z nich získala zaměstnání v této terapeutické komunitě nebo v jiném obdobném léčebném programu. Dokončení léčby bylo potvrzeno jako prediktor abstinence od drog po léčbě. Ogborne Et Melotte (ibid) zároveň uvádějí, že ke zlepšení došlo také u klientů, kteří z léčby odešli předčasně: ve sledovaném souboru přibližně třetina respondentů abstinovala od drog nebo užívala drogy méně intenzivně. U těchto klientů rovněž došlo ke zvýšení zaměstnanosti a snížení kriminality. Autoři (ibid) upozorňují na poměrně vysokou míru konzumace alkoholu u klientů po léčbě.

V roce 1971 byla nedaleko Oxfordu otevřena Ley Community, v níž byla realizována série výzkumů hodnotící změny v kriminalitě, injekčním užívání drog a výskytu psychických obtíží po léčbě. Wilson Et Mandelbrote (1978) zkoumali kriminální chování dva roky před léčbou a dva roky po jejím ukončení u prvních 61 klientů. Data byla získána z kriminálního registru Scotland Yardu. Výzkumný soubor byl rozdělen do tří skupin podle délky pobytu v terapeutické komunitě: první skupina (N = 20) setrvala v léčbě déle než 6 měsíců, druhá skupina (N = 20) 1–6 měsíců a třetí skupina (N = 21) méně než 1 měsíc. U klientů s délkou léčby přesahující 6 měsíců došlo k signifikantnímu poklesu kriminality z 60 % na 10 %. Rovněž u druhé skupiny klientů se snížila kriminalita, a to ze 70 % na 45 %. U klientů s nejkratší dobou léčby nebyla zjištěna žádná změna: 57 % bylo zapojeno do trestné činnosti před léčbou i po léčbě. Wilson Et Mandelbrote (1985) opakovali své šetření s cílem zjistit míru kriminality deset let po ukončení léčby. Pouze 15 % klientů s délkou léčby přesahující 6 měsíců se dopustilo trestné činnosti. U klientů s délkou léčby 1–6 měsíců byla míra kriminality 70 % a u poslední skupiny 85 %. U totožné skupiny klientů zjišťoval Wilson (1978) změny v injekčním užívání drog v období 2–4 roky po ukončení léčby. 80 % klientů s délkou léčby přesahující 6 měsíců neužívalo drogy injekčně. U klientů s délkou léčby 1–6 měsíců neužívalo drogy injekčně 50 % respondentů a u klientů s délkou léčby méně než 1 měsíc to bylo 29 % respondentů. Kennard Et Wilson (1979) zkoumali u stejné skupiny klientů změny v míře psychických obtíží v průběhu léčby. Autoři uskutečnili své šetření po 6 a 12 měsících od zahájení léčby, a to pouze u těch klientů, kteří v léčbě setrvali. Výsledky ukázaly na signifikantní snížení psychických obtíží s výjimkou úzkosti. Výzkumy v Ley Community ukázaly, že u klientů, kteří setrvali v léčbě déle než 6 měsíců, došlo k významnému snížení kriminality, injekčního užívání drog a zlepšení psychických obtíží.

The National Treatment Outcome Research Study (NTORS) je největší výzkumnou studií výsledků léčby drogových závislostí mimo USA. NTORS využívá obdobný výzkumný design jako DARP, TOPS a DATOS. Studie sledovala 1 075 klientů z 54 ambulantních a rezidenčních léčebných programů, kteří zahájili léčbu v období od března do června 1995. Na studii participovaly programy metadonové substituce (redukční a udržovací), krátkodobé rezidenční programy včetně detoxifikačních jednotek s délkou pobytu 6–12 týdnů a dlouhodobé rezidenční programy s délkou léčby 12 týdnů až 1 rok. Podrobné závěry NTORS jsou dostupné v řadě odborných článků a publikací (např. Gossop, Marsden, Et Stewart, 1998; Gossop et al., 2001; Gossop et al., 1997; Gossop, Marsden, Stewart, Et Kidd, 2003; Gossop, Marsden, Stewart et al., 1998; Gossop, Marsden, Stewart, Et Treacy, 2002a).

Dlouhodobé výsledky léčby ukazují, že u klientů rezidenčních programů došlo k signifikantnímu zvýšení míry abstinence od návykových látek. Zatímco v období zahájení léčby abstino-

valo od všech sledovaných drog pouze 1,4 % klientů, po 4–5 letech se míra abstinence zvýšila na 38 % (tabulka 33).

Tab. 33 NTORS: změny v míře abstinence u klientů rezidenčních programů před léčbou a 1, 2 a 4–5 let po zahájení léčby (%); N = 142

Abstinence od drog <sup>a</sup>	Před léčbou	1 rok	2 roky	4–5 let
Všechny drogy	1,4	33,1	35,9	38,0
Heroin	23,2	46,5	50,0	48,6
BZD	40,8	71,1	76,8	73,9
Crack cocaine	66,9	81,0	76,8	71,1
Amfetaminy	65,5	83,8	84,5	85,2

<sup>a</sup> Abstinence je definována jako neuzítí drog v 90 dnech před konáním interview.

Zdroj: Marsden (2004)

Po 1 roce od zahájení léčby došlo rovněž k významnému zlepšení v dalších sledovaných oblastech (tabulka 34). Snížil se počet klientů, kteří konzumovali alkohol ve škodlivé míře, a to z 33,1 % na 18,9 %. Signifikantně se zredukoval počet klientů užívajících drogy injekčně a sdílejících injekční náčiní. Přibližně o polovinu klesl počet klientů zapojených do drogové i majetkové trestné činnosti (Marsden, 2004).

Tab. 34 NTORS: změny v konzumaci alkoholu, injekčním užívání a trestné činnosti u klientů rezidenčních programů v době zahájení léčby a po 1 roce (%); N = 275

Parametr <sup>a</sup>	Zahájení léčby (%)	1 rok (%)
Alkohol <sup>b</sup>	33,1	18,9
Injekční užití	60,7	32,7
Sdílení injekčního náčiní	18,9	6,9
Prodej drog	33,1	17,1
Majetková trestná činnost <sup>c</sup>	51,3	26,5

<sup>a</sup> Sledovaným obdobím je 90 dní před konáním interview.

<sup>b</sup> Zahrnuje klienty, kteří konzumovali alkohol v míře překračující doporučené limity pro mírnou konzumaci alkoholu.

<sup>c</sup> Majetková trestná činnost zahrnuje krádež, vloupání, loupež a podvod.

Zdroj: Gossop et al. (1999)

Studie NTORS ukázala, že klienti, kteří setrvali v dlouhodobé rezidenční léčbě déle než 90 dnů, vykazovali významně lepší výsledky léčby v porovnání s těmi, kteří odešli předčasně (Gossop et al., 1999). Jak uvádějí Gossop et al. (ibid) výsledky NTORS z rezidenčních programů jsou významně ze dvou důvodů: jako měřítko zlepšení v oblasti užívání drog byla zvolena *abstinence*, což je nejpřísnější indikátor změny. Zároveň se ukázalo, že klienti rezidenčních programů vykazují významně *závažnější profil obtíží* ve srovnání s klientelou ambulantních programů. Klienti rezidenčních programů uváděli delší drogovou kariéru, užívání více drog současně, častější sdílení injekčního náčiní, častější zapojení do trestné činnosti a vyšší míru

konzumace alkoholu. Výsledky NTORS ukazují, že klienti s takto závažným profilem obtíží mohou v léčbě dosáhnout značných zlepšení (ibid).

## 3/3

## Efektivita léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: souhrn zjištěných výsledků

Tabulka 35 uvádí souhrn nejdůležitějších závěrů výzkumných studií výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti v USA a v Evropě. Uvedený přehled nezahrnuje poznatky z terapeutických komunit pro specifickou klientelu, jako jsou např. drogově závislí ve vězení. Více než čtyři desetiletí výzkumu terapeutických komunit byla velmi produktivní. Mnoho zjištěných závěrů opakovaně potvrdily výzkumné studie realizované v odlišných státech, které zkoumaly odlišné terapeutické komunity a odlišné skupiny klientů. Řada zjištěných závěrů je klíčová pro potvrzení terapeutické komunity jako léčby založené na důkazech (evidence-based), pro zvyšování efektivity léčby a pro realizaci protidrogové politiky. Zjištěné závěry opakovaně potvrzují hypotézu, že terapeutická komunita je účinnou a nákladově efektivní léčbou pro specifickou skupinu uživatelů návykových látek (De Leon, 2010a).

Tab. 35 Účinnost léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: souhrn zjištěných výsledků

Profily klientů
Klienti terapeutických komunit se vyznačují závažným profilem obtíží v užívání návykových látek, v sociální oblasti a v míře psychických problémů.
Závažnost obtíží je u klientů terapeutických komunit signifikantně vyšší ve srovnání s klienty jiných léčebných modalit (ambulantní nebo substituční programy).
Profil obtíží klientů terapeutických komunit je natolik závažný, že vyžaduje dlouhodobou rezidenční léčbu, má-li být dosažena změna životního stylu a sebezpečí klientů.
Klienti s nejzávažnějším profilem obtíží jsou schopni v terapeutické komunitě dosáhnout velmi příznivých výsledků.
Klienti s nejzávažnějším profilem obtíží, kteří zvolí jiný typ léčby než dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě, nedosahují srovnatelně příznivých výsledků jako klienti terapeutických komunit.
Průběh léčby
Doba setrvání v programu je nejvíce konzistentním prediktorem příznivých léčebných výsledků.
Doba setrvání v programu je přímo úměrná míře zlepšení po léčbě.
Klienti, kteří léčbu dokončí, dosahují lepších výsledků než klienti, kteří odcházejí z léčby předčasně.
Ke zlepšení dochází také u klientů, kteří odešli z léčby předčasně.

Léčba kratší než tři měsíce se nepokládá za účinnou.
Některé studie ukázaly, že programy v délce 12 měsíců dosahují lepších výsledků než programy šestiměsíční nebo tříměsíční. Účinnost kratší léčby lze však zvýšit vhodným doléčováním a následnou péčí.
Doba setrvání v programu není výhradním prediktorem příznivých výsledků. Důležitá je míra zapojení klienta: čím aktivněji klient na léčbě participuje, tím víc lze předpokládat dosažení příznivějších výsledků. Klíčovou roli hraje kvalita terapeutického vztahu a schopnost léčebného programu reagovat na klientovy potřeby.
Míra předčasných odchodů je nejvyšší v prvních třech měsících a v dalších měsících dochází k významnému poklesu předčasných odchodů; čím déle klient v léčbě setrvává, tím je vyšší pravděpodobnost, že léčbu dokončí.
Míra předčasných odchodů z terapeutické komunity je srovnatelná s mírou předčasných odchodů z jiných programů pro léčbu závislosti a stejně tak s mírou předčasně ukončených léčeb u nemocí vyžadujících dlouhodobou léčbu (diabetes, astma, hypertenze).
Motivace a připravenost na změnu zvyšují setrvání klienta v léčbě.
Závažná kriminalita a závažná míra psychopatologie korelují s předčasným odchodem z léčby; ostatní charakteristiky klientů nejsou signifikantní pro vypadnutí z léčby.
<b>Výsledky léčby</b>
Léčba v terapeutické komunitě má prokázaný účinek na signifikantní snížení užívání drog, kriminality a psychických obtíží a na zvýšení zaměstnanosti/studia.
Někteří autoři upozorňují na vysokou míru konzumace alkoholu po léčbě.
Řada studií ukázala, že k signifikantnímu zlepšení dochází u více než 60 % klientů. U absolventů se úspěšnost pohybuje kolem 90 %.
Léčba v terapeutické komunitě je efektivní pro klienty, kteří v ní setrvávají dostatečně dlouhou dobu.
Terapeutická komunita představuje efektivní a na důkazech založenou léčbu pro drogově závislé, kteří se vyznačují velmi závažným profilem obtíží v řadě oblastí.
Dlouhodobé výsledky léčby jsou stabilní. Výsledky v období 1–5 let po ukončení léčby se nijak dramaticky neliší.
<b>Zvyšování účinnosti</b>
Zvýšení retence a zapojení klientů do léčby zlepšuje efektivitu léčby.
Zapojení rodiny klienta zvyšuje retenci a přispívá k lepším léčebným výsledkům.
Doléčování a následná péče upevňují léčebné výsledky.

Zdroj: citovaná literatura a Gossop (2005); Marsh, Shin, & Cao (2010)

Tabulka 36 uvádí míru ukončení léčby a retenci v délce 12 měsíců v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti v USA a v Evropě. V sedmdesátých a osmdesátých letech byla míra řádně ukončených léčeb/12měsíční retence velmi nízká a zpravidla nepřekračovala 20 %. Od devadesátých let dochází k nárůstu počtu klientů, kteří léčbu řádně dokončí nebo v ní setrvají 12 měsíců, a to na 30–50 %. Takové zjištění je velmi povzbudivé neboť dokončení léčby/retence 12 měsíců jsou prediktory velmi příznivých léčebných výsledků. Závěry výzkumů

ukazují na značné rozdíly ve zjištěných výsledcích, neboť např. Keen et al. (2001) zjistili, že léčbu řádně dokončilo pouze 13 % klientů, a v případě studie McCusker et al. (1997) to bylo 21 % klientů. Velmi povzbudivý je údaj z Terapeutické komunity Němčice SANANIM (SANANIM, 2012), kde léčbu řádně dokončilo 50 % klientů. Jedná se o nadprůměrně dobrý výsledek v porovnání s jinými terapeutickými komunitami v USA a v Evropě. Studie EVLTK, jejíž výsledky prezentujeme v kapitolách 4–7 této práce, zjistila, že léčbu řádně dokončilo 44 % klientů.

Tab. 36 Řádné ukončení léčby/retence 12 měsíců v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: sedmdesátá až osmdesátá léta a devadesátá léta až současnost (%)

Studie	Řádné ukončení léčby/ retence 12 měsíců (%)
<b>70.–80. léta</b>	
De Leon & Schwartz (1984)	4–21 <sup>a</sup>
De Leon (1984)	9–15 <sup>a</sup>
Ogborne & Malotte (1977)	< 10
Fridell (1999)	10–15
De Leon (2004a)	10–20
De Leon (2004a)	15–30 <sup>a</sup>
De Leon (1991); 70. léta	< 20 <sup>a</sup>
Barr (1986)	22
De Leon (1991); 80. léta	> 29 <sup>a</sup>
Kooyman (1993)	30 <sup>a</sup> /21
De Leon (1974)	36
<b>90. léta až současnost</b>	
Keen, Oliver, Rowse, & Mathers (2001)	13
McCusker, Garfield, Benjamin, & Frost (1997)	21
Vidjak (2003)	26,6
Lewis & Ross (1994)	10–30 <sup>a</sup>
Ravndal & Vaglum (1998)	30
De Leon (2004a)	> 30 <sup>a</sup>
McCusker, Garfield, Benjamin, & Frost (1997)	30–33
Fridell (1999)	30–40
Ravndal, Vaglum, & Lauritzen (2005)	40 (20–71)
Šefránek - EVLTK	44
Haderstorfer & Künzel-Böhmer (1992)	47

Studie	Řádné ukončení léčby/ retence 12 měsíců (%)
SANANIM (2012)	50
Malivert, Fatséas, Denis, Langlois, Et Auriacombe (2012)	9–56
Fernández-Hermida et al. (2002)	77,9

<sup>a</sup> Setrvání v léčbě 12 měsíců

Tabulka 37 uvádí míru úspěšnosti léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé v USA a v Evropě. Musíme však připomenout, že studie odlišně definují úspěšnou léčbu. Bezpochyby zde hrají roli také odlišnosti v systémech služeb pro uživatele drog a kulturní rozdíly. Zjištěné výsledky jsou vzájemně velmi těžko (pokud vůbec) porovnatelné. Velmi povzbudivé však je, že řada studií uvádí úspěšnost léčby v 50 a více procentech případů. Podle citované literatury dosahuje úspěšnost léčby v českých terapeutických komunitách 63 %, respektive 64 %, což je v mezinárodním srovnání velmi povzbudivý výsledek.

Tab. 37 Úspěšnost léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti (%)

Studie	Úspěšnost léčby (%)
Vidjak (2003)	30
Marsden (2004)	38
Wilson & Brote (1985)	43
Soyez et al. (2006a)	44
Kooyman (1993)	32/49,4 <sup>a</sup>
De Leon (2004a)	>50
Berglund, Bergmark, Björling, Et Grönbladh (1991)	51
Haderstorfer & Künzel-Böhmer (1992)	51
De Leon et al. (1982)	55
De Leon (1989b)	60
De Leon (2010a)	60
Magdaléna (2007)	63
SANANIM (2006)	64
Simpson & Sells (1982)	68
Fernández-Hermida et al. (2002)	77,9
Collier (1974)	84
De Leon (2004a)	≈ 90/≈ 50/≈ 25 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Úspěšnost v posledních 12/6 měsících

<sup>b</sup> Úspěšnost v závislosti na délce pobytu: absolventi/klienti s předčasně ukončenou léčbou v délce 1 rok/klienti s předčasně ukončenou léčbou v délce méně než 1 rok.



ČÁST 2  
EVALUACE VÝSLEDKŮ LÉČBY  
V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH  
PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ (EVLTK)



EVLTK: VÝCHODISKA, DESIGN STUDIE  
A VÝZKUMNÉ NÁSTROJE

„Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti“ (EVLTK) je v současnosti největší prospektivní studií zaměřenou na výsledky léčby uživatelů drog v ČR. Dosud u nás chyběla výzkumná studie hodnotící dlouhodobé výsledky léčby a zahrnující klienty několika léčebných zařízení. Obdobně zaměřené studie jsou velmi náročné na realizaci. Vyžadují značné investice ze zdrojů finančních, lidských i vědeckých. Neobejdou se bez dlouhodobé spolupráce a angažovanosti různých lidí a organizací. Nutným předpokladem úspěšné realizace takové studie je v neposlední řadě ochota a vstřícnost samotných klientů. Prospektivní studie jsou proto v ČR dosud vzácné.

Prospektivní studie účinnosti léčby jsou doménou USA, kde bylo realizováno několik dlouhodobých výzkumných projektů zahrnujících různé typy léčebných zařízení, včetně rezidenčních terapeutických komunit. Obdobně ambiciózním projektem byla studie National Treatment Outcome Research Study (NTORS) ve Velké Británii. V několika evropských státech byly realizovány rozsahem daleko menší výzkumné studie, které hodnotily efektivitu léčby v terapeutických komunitách<sup>38</sup>. Výzkumy prokázaly účinnost léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Snížení užívání návykových látek, snížení kriminality, zlepšení psychického zdraví a zvýšená sociální integrace jsou oblasti, v nichž bylo dosaženo nejvýznamnějších změn (Kalina, 2008c). Nabízí se otázka, nakolik jsou výsledky výzkumu přenositelné mezi jednotlivými státy. Stejně jako se v mnoha ohledech liší populace uživatelů drog, značně rozdíly najdeme mezi terapeutickými komunitami a systémem léčby vůbec. Opomenout nelze společenské a kulturní odlišnosti.

Převratné společenské události spojené s listopadem 1989 přinesly nebývalé změny v oblasti léčby drogových závislostí<sup>39</sup>. Užívání legálních a nelegálních drog začalo představovat problém pro mnoho jedinců, rodin a pro společnost jako celek. Problémy spojené s užíváním drog a návrhy na jejich řešení se staly předmětem celospolečenského zájmu. V neopakovatelném sociálně politickém kontextu devadesátých let minulého století v ČR vzniklo 16<sup>40</sup> samostatných<sup>41</sup> terapeutických komunit pro léčbu uživatelů drog (Kalina, 2008c). Tyto terapeutické komunity představují svébytnou syntézu domácích zdrojů, zkušeností a tradice doplněné o poznatky z hierarchického modelu, který do Evropy pronikl z USA od konce šedesátých let minulého století<sup>42</sup>. Terapeutické komunity jsou u nás široce respektovanou léčebnou modalitou, která má své pevné místo v systému služeb pro uživatele drog. Tento vývoj obohatil českou adiktologickou krajinu o řadu nových a originálních prvků. Terapeutické komunity začaly

38 Přehled výzkumných studií efektivity TK v Evropě a USA uvádí kapitoly 2 a 3 této práce a citovaná literatura.

39 Nově vznikající programy pro uživatele drog v různé míře vycházely z více než 40 let trvajících tradic léčby (zejména) alkoholové závislosti (viz Skála, 2003). Prvním centrem určeným pro uživatele nealkoholových drog v ČSSR bylo Středisko drogových závislostí, založené v roce 1971 Jaromírem Rubešem při Apolináři v Praze. V roce 1986 zde byl zahájen první výměnný injekční program pro uživatele drog v tehdejší ČSSR (Kalina, 2001). TK Němčice SANANIM, první terapeutická komunita pro drogově závislé u nás byla otevřena v lednu 1991 Martinou Těmínovou.

40 V desetiletí následujícím byla založena pouze jedna terapeutická komunita pro léčbu uživatelů drog.

41 V tomto výčtu nejsou zahrnuta specializovaná oddělení pro návykové nemoci v psychiatrických léčebnách, která v různé míře model terapeutické komunity rovněž uplatňují.

42 Blíže o vzniku a vývoji terapeutických pro léčbu závislostí v ČR část 1/4 této práce a dále např. Kalina (2008c) kapitoly 6 a 35.

nabízet dlouhodobou léčbu (přibližně v délce 6-12 měsíců) určenou primárně pro uživatele nelegálních návykových látek s mnoha, často chronickými obtížemi v různých oblastech. Provozování terapeutických komunit se stalo doménou nestátních neziskových organizací, které představovaly alternativu k tradičnímu medicínsko-psychiatrickému přístupu a k pojetí závislosti jako nemoci. Závislost je chápána jako projev poruchy celé osobnosti a tomu odpovídá pojetí léčby v terapeutické komunitě. Specifická je hierarchická struktura komunity s důrazem na práci, odpovědnost, svépomoc a vzájemné vztahy mezi všemi členy komunity. Tím terapeutické komunity je multidisciplinární, značný prostor mají představitelé nemedicínských profesí. Pevné místo zde mají rovněž bývalí uživatelé drog v roli terapeutů. České terapeutické komunity se záhy staly součástí aktuálního evropského dění, které zaštiťuje Evropská federace terapeutických komunit (EFTC).

Výzkumem podložené poznatky o výsledcích léčby drogových závislostí v ČR nejsou ve svém rozsahu srovnatelné s jinými evropskými zeměmi. Výzkum má v dnešních terapeutických komunitách nezastupitelné místo. Studie výsledků léčby jsou logicky prvním krokem ve snaze odpovědět na otázku, je-li léčba drogových závislostí účinná (Simpson, 1997). Výzkum je nezbytný pro ustanovení terapeutické komunity jako důvěryhodné a na důkazech založené léčby. Na tyto skutečnosti se snaží reagovat předkládaná studie, která si klade za cíl sledovat výsledky léčby ve čtyřech terapeutických komunitách pro drogově závislé, a tím rozšířit na výzkumu založené poznatky o léčbě a jejich výsledcích.

Předkládaná studie vznikla na půdě Terapeutické komunity Němčice SANANIM v průběhu roku 2006. „Co se děje s klienty po léčbě?“ byla naše základní otázka. Přirozená zvědavost, jak jsou na tom „naši“ klienti po odchodu z komunity a otázky „Je naše léčba úspěšná?“ a „Co to vlastně je úspěšná léčba?“ byly nedílnou součástí debat a reflexí práce týmu komunity v Němčicích. Dalšími inspiračními a informačními zdroji byla pravidelná setkání představitelů terapeutických komunit pro léčbu závislostí v rámci Sekce terapeutických komunit A.N.O.<sup>43</sup>, publikace a články shrnující závěry výzkumné studie NTORS a práce *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users* (Rawlings & Yates, 2001). Iniciační podnět pro tuto práci přišel ze samotných terapeutických komunit.

Od počátku bylo zřejmé, že studii budou realizovat zaměstnanci terapeutických komunit. Z vlastní zkušenosti jsme si byli dobře vědomi, že mezi pracovníky z praxe převládá značně rezervovaný postoj k vyplňování jakýchkoli dotazníků a „sbírání čísel“ vůbec. Hledali jsme proto výzkumný nástroj, jehož použití bude znamenat jen minimální nároky na tazatele i respondenty. Jako jednoznačně nejvhodnější se nám jevil Maudsley Addiction Profile (MAP), vyvinutý pro studii NTORS. Jedná se o rychlý, tazatelem administrovaný dotazník, hodnotící aktuální obtíže uživatelů drog. Průměrná délka vyplnění je 12 minut (Gossop, 2004). MAP hodnotí chování a problémy uživatelů drog ve čtyřech oblastech: (1) užívání návykových látek, (2) rizikové chování, (3) zdravotní obtíže a (4) osobní a sociální fungování. Dotazník lze použít opakovaně v období zahájení léčby, v jejím průběhu a po ukončení. Marsden et al. (1998) uvádějí, že v případě potřeby lze MAP doplnit o další měření. Jiné obdobné

43 Sekce terapeutických komunit je součástí Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (A.N.O.). A.N.O. je dobrovolná, profesní, odborná, nezávislá a nepolitická asociace, která sdružuje organizace poskytující adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním. Bližší informace lze nalézt na webových stránkách [www.asociace.org](http://www.asociace.org) nebo viz Kuda (2007).

nástroje, jako Addiction Severity Index (evropská verze je známá pod zkratkou EuropASI) nebo Opiate Treatment Index (OTI), vyžadují relativně dlouhý čas pro vyplnění (přibližně 45 minut), což znesnadňuje jejich využití v praxi (Gossop, 2004). Maudsley Addiction Profile se pro své vlastnosti ukázal být velmi vhodným nástrojem pro hodnocení výsledků léčby v terapeutických komunitách.

Vycházeli jsme z poznatku, že sledovat pouze to, zda klienti po léčbě abstínují, nebo pokračují v užívání drog, je neadekvátní a neuspokojivé. A to hned z několika důvodů. Takové zjednodušení neodpovídá různorodosti obtíží a potřeb, s nimiž klienti do léčby přicházejí. Dlouhodobé injekční užívání pervitinu a/nebo heroinu je mezi klientelou terapeutických komunit velmi časté. Řada klientů ve značné míře užívá rovněž jiné drogy, jako jsou benzodiazepiny a alkohol. Rozšířené je polymorfní užívání drog. Klienti se potýkají s obtížemi v oblasti fyzického a psychického zdraví, osobního a sociálního fungování. Snížení užívání drog stojí na prvním místě v hodnocení výsledků léčby (Kalina, 2008c). Abstinence však není výhradním cílem léčby v terapeutických komunitě. Je nezbytnou podmínkou pro dosažení změn mnohem širších. Klienti musí řešit problémy v jiných oblastech, které mohly užíváním drog předcházet a/nebo mohly být užíváním prohloubeny. Kalina (2008c) uvádí, že abstinence není sama o sobě spolehlivým měřítkem změny, není-li doprovázena zlepšeními v jiných oblastech. Terapeutická komunita si klade za cíl změnu životního stylu klienta, jeho identity a (znovu)zapojení do společnosti. Z pohledu protidrogové politiky je neoddelitelným cílem léčby ochrana veřejného zdraví a snižování rizik spojených s trestnou činností uživatelů drog. Naším cílem bylo připravit studii výsledků léčby uživatelů drog, která přinese mnohem reálnější obrázek, než nabízí zjednodušené hodnocení abstinence versus relaps. Předkládaná studie hodnotí výsledky léčby v terapeutických komunitách na základě změn v užívání návykových látek, psychickém a fyzickém zdraví, osobním a sociálním fungování klientů a kvalitě života.

Dalším předpokladem byla potřeba nahlížet na výsledky léčby v kontextu procesu údravy. Byli jsme si vědomi toho, že budeme hodnotit efektivitu léčby různých terapeutických komunit, které pracují s odlišnými skupinami klientů. Kladli jsme si otázku, jakým způsobem se do výsledků léčby promítá délka programu terapeutické komunity, profil klientů a míra jejich obtíží, doba, po kterou setrvali v léčbě, a způsob, jakým léčbu ukončili. Vezmeme-li jako příklad dva klienty, z nichž prvním je sociálně stabilizovaný mladý muž užívající orálně nízkou dávku opiátové substituce předepsanou lékařem a druhým je muž ve středních letech s dlouhodobou drogovou závislostí, bez stálého bydliště a třpící vážnými zdravotními obtížemi, pak pravděpodobnost, že oba v léčbě dosáhnou naprosto stejných výsledků je minimální. Uživatelé drog jsou velmi rozmanitou a heterogenní skupinou. Rovněž léčebné intervence se liší v řadě parametrů. Došli jsme k závěru, že výsledek léčby není možné oddělit od profilu obtíží klientů a od parametrů léčebné intervence, tj. terapeutických komunit. Inspirací nám byla studie NTORS, která závislé chování a jeho změnu považuje za „*dynamický proces*“ (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998, s. 12), v němž jsou výsledky léčby ovlivněny vzájemnými interakcemi mezi:

- chováním klienta v souvislosti s užíváním drog (např. typ návykové látky, věk začátku užívání, doba, frekvence a způsob užívání, stupeň závislosti),
- osobním fungováním klienta (např. motivace k léčbě, fyzické a psychické zdraví, osobní postoje a přesvědčení),

- sociálním prostředím a zdroji klienta (např. míra sociální integrace, vztahy a podpora v rámci rodiny, přátel a širšího sociálního prostředí),
- parametry léčebného zařízení (např. umístění a dostupnost, intenzita, délka, typ léčby a její cíle, návaznost programů následné péče).

Naším cílem bylo realizovat prospektivní výzkumnou studii, jejíž výsledky lze pokládat za reprezentativní. Proto jsme usilovali o zapojení několika terapeutických komunit a účinnost jejich léčby hodnotit pomocí jednotné metodologie a indikátorů. Na výzkumu spolupracovali čtyři terapeutické komunity, které jsou široce respektovány odbornou veřejností a svým programem naplňují odborné Standardy služeb pro uživatele drog. Výsledky léčby hodnotíme na základě změn v několika klíčových oblastech. Ty zahrnují nejen užívání drog, ale také chování a obtíže spojené se zdravotním stavem a sociální integrací klientů. Studie rovněž sledovala řadu indikátorů vztahujících se k procesu léčby. Výzkumný projekt si klade za cíl přispět k vědeckému poznání výsledků léčby uživatelů drog v terapeutických komunitách. Chceme ukázat, jakým způsobem léčba v terapeutické komunitě ovlivňuje chování uživatelů drog a jejich obtíže. Naším úsilím bylo, aby výsledky studie byly relevantní pro profesionály v prevenci, léčbě a výzkumu drogových závislostí a také pro tvůrce protidrogové politiky a další zainteresované státní úředníky.

## 4 / 2

## Design výzkumu

„Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti“ je *prospektivní, naturalistická, longitudinální* výzkumná studie bez kontrolní skupiny. Cílem studie je sledovat, k jakým změnám došlo u klientů přijatých do léčby v terapeutické komunitě pro léčbu závislosti. Naturalistický design umožňuje sledovat klienty v prostředí, v němž se nacházejí. Studie umožňuje porovnat chování uživatelů návykových látek před léčbou a po léčbě. Měření klíčových proměnných před zahájením léčby a po jejím ukončení dostaneme detailní informace, jak se změnilo užívání drog, sociální fungování, zdravotní stav a kvalita života klientů po léčbě v terapeutické komunitě.

Studie sleduje klienty od nástupu do terapeutické komunity až do období jednoho roku po ukončení léčby. Se všemi respondenty byla provedena dvě interview: (1) v době zahájení léčby a (2) v období jednoho roku po jejím ukončení. Po jednom roce od ukončení léčby byly realizovány rozhovory se všemi klienty bez ohledu na délku setrvání v léčbě a způsob jejího ukončení. Námi zvolené intervaly jsou v souladu s doporučeními Marsdena et al. (2000).

Předkládaná studie (v souladu s doporučením EMCDDA (2007) a McLellana et al. (1997)) definuje výsledky léčby v terapeutických komunitách jako změny v těchto klíčových oblastech:

- užívání návykových látek: pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy (braun, metadon a opioidní analgetika), benzodiazepiny a alkohol,
- rizikové chování: injekční užívání drog, sexuálně rizikové chování,
- fyzické a psychické zdraví,
- osobní a sociální fungování: kriminalita, zaměstnanost,

■ celková kvalita života.

Protože je naše studie zaměřena na výsledky léčby uživatelů drog v terapeutických komunitách, je nezbytné zdůraznit význam *abstinence* jako ukazatele výsledků léčby. Abstinence je nejpřísnějším kritériem pro hodnocení výsledků léčby uživatelů drog. Pro potřeby předkládané studie definujeme abstinenci jako neužití žádné z námi sledovaných návykových látek (pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy [braun, metadon a opioidní analgetika]), benzodiazepiny a alkohol v posledních 30 dnech. Abstinence od návykových látek je součástí cílů a filozofie léčby v terapeutické komunitě<sup>44</sup>. Abstinence je nejen klíčovým prvkem úzdravy, ale také prostředkem pro dosažení a udržení změn mnohem širších. Ty souvisí s celkovou změnou životního stylu a změnou osobní identity klientů.

Vícečetné indikátory výsledků léčby umožňují detailní měření změn v jednotlivých oblastech a srovnání dosažených hodnot před léčbou a 1 rok po jejím ukončení. Podrobný přehled sledovaných výsledků léčby a jednotlivých indikátorů, s nimiž předkládaná studie pracuje, uvádí tabulka 38.

Tab. 38 EVLTK: výsledky léčby a jejich indikátory

Výsledky léčby	Indikátory (v posledních 30 dnech)
Užívání drog <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frekvence: počet dnů užití</li> <li>• intenzita: množství drogy konzumované v typický den užití</li> <li>• způsob užití</li> </ul>
Rizikové chování	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frekvence injekční aplikace: počet dnů injekčního užívání drog</li> <li>• intenzita injekční aplikace: počet injekčních aplikací v typický den</li> <li>• počet případů sdílení jehel/ stříkaček</li> <li>• počet sexuálních partnerů bez použití kondomu</li> <li>• počet sexuálních kontaktů bez použití kondomu</li> </ul>
Fyzické zdraví	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frekvence symptomů fyzických obtíží</li> </ul>
Psychické zdraví	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frekvence symptomů úzkosti</li> <li>• frekvence symptomů deprese</li> </ul>

44 Užití návykových látek (včetně alkoholu) a manipulace s nimi v průběhu léčby v terapeutické komunitě je zakázáno tzv. kardinálním pravidlem. Jeho porušení zpravidla vede k okamžitému ukončení léčby. Těmínová Richterová & Kuda (nepublikováno) upozorňují na důležité kvality abstinence a její místo v léčbě závislosti. Abstinenci je možné vnímat jako cílené omezení nebo jako přípravu na něco velkého, očišťujícího. Abstinence může být cílem léčby, ale také prostředkem pro dosažení změn mnohem komplexnějších. Může být ústředním tématem, ale také životní etapou, která přinesla zisky i ztráty. Nelze zpochybnit, že koncept abstinence je nezbytný pro léčbu v terapeutické komunitě. De Leon et al. (cit. dle Kalina, 2008c) připomínají důležitost abstinence jako předpokladu pro udržení úzdravy. Otázkou zůstává, zda je abstinence nejdůležitějším cílem léčby v terapeutické komunitě, zda je nezbytná celoživotní abstinence a konečně je-li abstinence postačující kvalitou pro spokojený život. Těmínová Richterová & Kuda (nepublikováno) a Kalina (2008c) rozšiřují abstinenci od drog a alkoholu na vzorce chování, které člověka poškozují a od nichž je potřeba „abstinovat“, aby bylo možné udržet úzdravu. Takové „abstinování“ v různých vývojových etapách je součástí života nejen bývalých uživatelů drog. Další možnou odpovědí je volba klienta, který se rozhoduje, jak svůj život dál povede. Někdy se může jednat o abstinenci od primární drogy, v jiných případech o neužívání ilegálních drog.

Výsledky léčby	Indikátory (v posledních 30 dnech)
Osobní vztahy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• počet dnů kontaktu s partnerem/rodiči/přáteli</li> <li>• počet dnů konfliktů s partnerem/rodiči/přáteli</li> </ul>
Zaměstnání	<ul style="list-style-type: none"> <li>• počet dnů placené práce</li> <li>• počet dnů absence v práci (nemoc, neomluvená absence)</li> <li>• počet dnů nezaměstnanosti</li> </ul>
Kriminalita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• počet dnů páčání trestné činnosti</li> <li>• počet trestných činů v typický den, kdy došlo k trestné činnosti</li> </ul>
Kvalita života	<ul style="list-style-type: none"> <li>• subjektivní vnímání kvality života</li> </ul>

Pozn.: <sup>a</sup> alkohol, pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy (braun, metadon a opioidní analgetika) a benzodiazepiny

Údaje o léčebném zařízení, průběžné a výstupní indikátory by měly být součástí hodnocení výsledků léčby (EMCDDA, 2007; Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998). Předkládaná studie výsledků léčby v terapeutických komunitách sleduje tyto parametry průběhu a výstupu léčby: délka léčebného programu, setrvání v léčbě (retence), způsob ukončení léčby, léčebné kontinuum, tj. intervence bezprostředně předcházející nástupu do terapeutické komunity (ústavní detoxifikace/léčba v psychiatrické léčebně na oddělení pro závislosti) a intervence na léčbu v terapeutické komunitě navazující (ambulantní doléčování/doléčování s chráněným bydlením).

Sledovaným obdobím je posledních 30 dnů před zahájením léčby a 30 dnů jeden rok po ukončení léčby. Klienti terapeutických komunit byli požádáni, aby si vybavili frekvenci sledovaného chování a obtíží v 30 dnech před začátkem léčby (přesněji před začátkem léčebné epizody, což v případě námi sledovaných klientů bylo období 30 dnů před zahájením ústavní detoxifikace); respektive v posledních 30 dnech po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě. Sledovat chování klientů ve 30 dnech před konáním interview doporučují např. Marsden et al. (1998). Období posledních 30 dnů je časový úsek, s nímž pracují námi používané výzkumné nástroje Maudsley Addiction Profile nebo Opiate Treatment Index.

„Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti“ pracuje s informacemi, které jsou získány z odpovědí klientů během strukturovaných interview. Výpovědi klientů jsme neverifikovali z jiných zdrojů. Výpovědi respondentů jsou nejběžnějším zdrojem dat v evaluačních studiích. Řada autorů (např. Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop et al., 2001) upozorňuje na stále přetrvávající tlak na využití laboratorních vyšetření (moči, krve či vlasů), které by potvrdily výpovědi respondentů ohledně užití drog<sup>45</sup>, přestože byla opakovaně potvrzena důvěryhodnost a přesnost informací z odpovědí klientů v případech, kdy nehrozí nějaká forma postihu (ibid). Rovněž další autoři obhajují reliabilitu a validitu dat získaných z výpovědí klientů (Best et al., 2001; Darke et al., 1991; Marsden, Ogborne et al., 2000; McLellan et al., 1997). Obavy o reliabilitu a validitu údajů získaných z odpovědí klientů jsou často přeceňovány (Marsden, Ogborne et al., 2000).

45 Např. v rámci studie NTORS byly odebrány vzorky moči 454 klientům (346 vzorků při zahájení léčby a 362 vzorků po jednom roce). 92 % laboratorních výsledků se shodovalo s výpověďmi klientů ohledně užití heroinu, kokainu a amfetaminu (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998).

Impulz k realizaci studie vzešel ze samotných terapeutických komunit. V každé ze spolupracujících terapeutických komunit byl vybrán jeden pracovník, který měl na starosti kontaktování klientů, vedení interview a vyplňování dotazníků. Metodologické příručky sumarizují výhody a nevýhody interní a externí evaluace (např. EMCDDA, 2007). Vycházeli jsme z toho, že zaměstnanci terapeutických komunit jsou velmi dobře obeznámeni s prostředím komunity, technikami vedení rozhovorů, s klienty a jejich obtížemi. Je pravděpodobné, že pracovníci terapeutických komunit budou mít s klienty bezpečný a důvěryhodný vztah, v němž je možné sdílet citlivé informace. Vstupní interview se uskutečnilo na půdě terapeutické komunity krátce po zahájení léčby. Provázanost výzkumných týmů s terapeutickými komunitami je v Evropě značná a řada výzkumů byla realizována přímo terapeutickými komunitami (Broekaert et al., 1999; Kooyman, 1993; Ravndal, 2003).

Terapeutické komunity spolupracující na studii se nacházejí v kraji Strakonickém (TK Němčice SANANIM), Píseckém (TK Karlov SANANIM), Jindřichohradeckém (TK Podcestný Mlýn) a Libereckém (TK Nová Ves). Všechny přijímají klienty z území celé ČR. Není neobvyklé, že klient je během léčby v terapeutické komunitě vzdálen desítky nebo i stovky kilometrů od místa svého běžného pobytu. Beze zbytku se potvrdila slova Kalinova (2008c, s. 260): „Absolventi komunit se vyznačují poměrně značnou sociální mobilitou ve smyslu změn bydliště: stěhují se za doléčováním, za prací nebo prostě proto, aby unikli rizikovému sociálnímu prostředí ve svém původním bydlišti.“ Tato skutečnost podstatným způsobem přispěla k náročnosti studie, neboť jsme byli nuceni kontaktovat klienty prakticky po celém území ČR. Klienti byli kontaktováni nejčastěji telefonicky (v mnoha případech prostřednictvím rodičů nebo jiných blízkých osob) a v případě ochoty ke spolupráci bylo domluveno místo a čas interview. Za klienty jsme opakovaně cestovali desítky, někdy stovky kilometrů.

**4 / 3****Výzkumné otázky**

Formulovali jsme následující výzkumné otázky:

- Jaký je profil klientů, kteří se léčí v terapeutických komunitách?
- Ve kterých oblastech mají klienti nejvíce problémů a jaká je závažnost těchto obtíží?
- Jak se mění užívání návykových látek po léčbě v terapeutické komunitě?
- K jakým dalším změnám – v rizikovém chování, kriminalitě, zdravotním stavu a osobním fungování – vede léčba v terapeutické komunitě?
- Jak charakteristiky klientů ovlivňují výsledky léčby?
- Jak doba setrvání v léčbě a způsob ukončení léčby ovlivňují dosažené výsledky?



V roce 2006 jsme s žádostí o spolupráci oslovili pět terapeutických komunit pro léčbu závislostí. Spolupráce na výzkumné studii byla nabídnuta vedoucím terapeutických komunit Němčice SANANIM, Karlov SANANIM, Podcestný Mlýn, Nová Ves a White Light I. Všechny terapeutické komunity možnost spolupráce akceptovaly.

Jednalo se o záměrný výběr zohledňující následující kritéria: (1) členství v Sekci terapeutických komunit A.N.O.<sup>46</sup>, (2) poskytování kvalitních, účinných a transparentních služeb, které jsou široce akceptovány odbornou veřejností a jsou v souladu se Standardy odborné způsobilosti<sup>47</sup>, (3) poskytují léčbu mladistvým (od 15 let věku) nebo dospělým (od 18 let věku), (4) mají vůli zapojit se do studie. Do studie jsme záměrně vybrali terapeutické komunity, které jsou reprezentativní, vzhledem k různorodosti klientely a nabízeného programu. Vybrali jsme terapeutické komunity nabízející léčbu v délce kolem 12 měsíců a také programy kratší, orientované na věkově mladší klienty.

*TK Němčice SANANIM* se specializuje na léčbu věkově starších klientů s delší drogovou kariérou a kriminální anamnézou. Do léčby jsou přednostně přijímáni klienti starší 23 let. Celková kapacita je 20 klientů. Délka léčby se pohybuje od 10 do 15 měsíců. *TK Karlov SANANIM* je určena pro léčbu mladistvých a mladých dospělých od 16 do 25 let. Kapacita je 12 míst. Délka léčby se pohybuje od 5,5 do 8 měsíců. Tato terapeutická komunita zároveň nabízí v ČR ojedinělý léčebný program pro závislé matky a jejich děti. Tento specifický léčebný program nebyl do studie EVLTK zařazen. *TK Podcestný Mlýn* přijímá klienty od 18 let věku a nabízí léčebný program v délce 9–12 měsíců. Kapacita zařízení je 15 míst. *TK Nová Ves* je určena pro klienty od 18 let věku. Délka léčby je 7–15 měsíců. Kapacita zařízení je 15 míst. *TK White Light I* přijímá klienty starší 15 let. Délka léčby je 4,5–8 měsíců. Kapacita zařízení je 15 míst.

Jmenované terapeutické komunity pracují se strukturovaným komplexním programem, jehož součástí jsou terapeutické aktivity psychoterapeutické (především skupinová psychotherapie), výchovně–režimové, resocializační, volnočasové a dále také medicínské intervence včetně farmakoterapie u psychických problémů a různé formy práce s rodinou a blízkými klientů; důraz je kladen na svépomoc a samosprávu, což především znamená účast a odpovědnost klientů v zajištění každodenního provozu terapeutické komunity (Mravčík et al., 2012). Terapeutické komunity jsou bezdrogové a poskytují léčbu vedoucí k abstinenci (ibid). Hlavním cílem léčby je změna životního stylu klientů a jejich zapojení do normálního života. Terapeutické komunity přijímají klienty primárně závislé na nealkoholových drogách. Klienti přicházejí do terapeutické komunity po absolvování ústavní detoxifikace a v řadě případů také po střednědobé léčbě v psychiatrické léčebně. Po léčbě v terapeutické komunitě klienti využívají služeb doléčovacích center, z nichž některá nabízejí také chráněné bydlení. Terapeutické komunity se nacházejí mimo větší města, často jsou umístěny v bývalých venkovských staveních. Blíže o terapeutických komunitách pro léčbu závislostí v ČR viz kapitolu 1/4 této práce.

46 V roce 2006 bylo členy Sekce terapeutických komunit A.N.O. celkem 10 terapeutických komunit.

47 Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům na závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog) jsou ke stažení na webových stránkách CEKAS (Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách): [www.cekas.cz](http://www.cekas.cz).

Vedoucí terapeutických komunit byli požádáni, aby stálým zaměstnancům nabídli spolupráci na studii. V každé terapeutické komunitě byl vybrán jeden zaměstnanec, který měl na starosti kontaktování klientů, vedení rozhovorů a sběr dat v průběhu studie.

Spolupráce na studii po celou dobu realizace projektu probíhala bez výrazných komplikací. V průběhu let došlo k několika personálním změnám ve výzkumném týmu, neboť někteří kolegové ukončili pracovní poměr v komunitě. V takovém případě byly povinnosti související s realizací studie předány jinému pracovníkovi, který měl zájem se na studii podílet.

Jedné „katastrofě“ se nám zabránit nepodařilo. V roce 2011 došlo k velmi nešťastné situaci a téměř 100 % dotazníků sebraných terapeutickou komunitou White Light I. v závěrečné části studie bylo nenávratně ztraceno. Dotazníky byly ztraceny během poštovní přepravy<sup>48</sup>; kopie dotazníků nebyly k dispozici. Protože jsme přišli o podstatnou část dat, byli jsme nuceni terapeutickou komunitu White Light I. z projektu vyřadit. Zde prezentované výsledky jsou ze čtyř zbývajících terapeutických komunit: Němčice SANANIM, Karlov SANANIM, Podcestný Mlýn a Nová Ves.

**4 / 5****Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvoří klienti, kteří v období od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2008 zahájili léčbu v jedné ze spolupracujících terapeutických komunit. Výzkumný soubor tvoří celkem 176 klientů ze čtyř terapeutických komunit: 46 participantů bylo z TK Karlov SANANIM, 50 z TK Němčice SANANIM, 38 z TK Nová Ves a 42 z TK Podcestný Mlýn.

V každé terapeutické komunitě byl jeden zaměstnanec, který měl na starosti realizaci interview s klienty. Klienti měli být osloveni s nabídkou účasti ve studii co nejdříve po nástupu do terapeutické komunity. Případná spolupráce či její odmítnutí neměla žádný vliv na pokračování léčby. Klienti byli poučeni o možnosti odmítnout účast ve studii kdykoli v jejím průběhu. Podmínkou zapojení klienta do studie bylo podepsání informovaného souhlasu. U klientů mladších 18 let byl vyžadován souhlas zákonného zástupce.

Do studie nebyli zařazeni klienti, kteří účast ve studii odmítli. Odmítnutí účasti ve studii bylo jediným důvodem pro vyloučení klienta ze studie. Při zpracování dat byly ze sledovaného vzorku klientů odebrány dva duplicitní případy. Byli to klienti, kteří po předčasném odchodu z jedné terapeutické komunity začali novou léčbu v komunitě jiné (ovšem opět v námi sledované).

Informovaný souhlas o účasti ve studii byl schválen Etickou komisí Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Součástí informovaného souhlasu o účasti ve studii bylo poskytnutí kontaktu na klienta a také na dvě osoby blízké za účelem kontaktování klienta po ukončení léčby. Každému klientovi byl přidělen anonymní kód, který chránil jeho

48 S obdobným problémem ztráty dat se potýkal také výzkumný tým Jainchilla a De Leona (viz Jainchill et al., 2000).

totožnost při práci se sebranými daty. Tento kód<sup>49</sup> je běžně používán terénními programy a kontaktními centry v ČR.

Do studie se nezapojilo 19,6 % klientů, kteří zahájili léčbu ve sledovaném období. Prvním důvodem byla skutečnost, že se nepodařilo zajistit souhlas k účasti ve studii (u klientů mladších 18 let byl nutný také souhlas zákonného zástupce). Druhá příčina tkvěla ve značné administrativní zátěži, kterou vstupní rozhovor představoval. Zaměstnanci terapeutických komunit museli dát přednost provořadým povinnostem vyplývajícím z jejich pracovních pozic v zařízení.

## 4 / 6

## Výzkumné nástroje

Hlavním výzkumným nástrojem je Maudsley Addiction Profile (MAP). Ten jsme doplnili o kategorii užívání drog z Opiate Treatment Index (OTI), Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace a Zungovu škálu deprese. Uvedené dotazníky jsme doplnili o sběr základních demografických dat a některých anamnestických dat týkajících se historie užívání návykových látek a předchozí léčby závislosti, zdravotního stavu, rodinné a osobní historie klienta.

**4/6/1 Maudsley Addiction Profile (MAP)**

Hlavním výzkumným nástrojem je Maudsley Addiction Profile (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al., 1998), jehož autory jsou renomovaní odborníci z Department of Addiction Institute of Psychiatry (King's College, London). Maudsley Addiction Profile (MAP) vznikl jako výzkumný nástroj pro National Treatment Outcome Research Study (NTORS), dosud nejrozsáhlejší studii výsledků léčby uživatelů návykových látek ve Velké Británii (např. Gossop, Marsden, & Stewart, 1998).

Maudsley Addiction Profile je rychlý, strukturovaný, tazatelem administrovaný nástroj pro hodnocení obtíží uživatelů návykových látek. Může být použit v klinické i výzkumné praxi. MAP je vhodným nástrojem pro hodnocení výsledků léčby uživatelů drog. Lze ho použít opakovaně v průběhu léčby a po jejím ukončení. MAP měří nedávné chování a obtíže ve čtyřech oblastech: (1) užívání drog, (2) zdravotně rizikové chování, (3) fyzické a psychické zdraví; (4) osobní a sociální fungování. Změny v uvedených oblastech mohou být připsány léčebným nebo jiným intervencím ve sledovaném období (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998; Marsden, Nizzoli et al., 2000).

Maudsley Addiction Profile (tabulka 39) monitoruje chování a obtíže klientů ve čtyřech oblastech (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al., 1998; Marsden, Nizzoli et al., 2000):

<sup>49</sup> Kód je tvořen prvními třemi písmeny z křestního jména matky klienta/klientky, dne narození, prvními třemi písmeny křestního jména klienta/klientky a měsíce narození klienta/ky. Např. OTY24JAR11. Kód zajišťuje anonymitu, jedinečnost (nesetkali jsme se s případem duplicity) a lze ho snadno kdykoli vytvořit (není potřeba si kód pamatovat nebo jakkoli zaznamenávat). Více viz Hrdina (2001).

## Užívání drog

Jako první se zaznamená *celkový počet dní užití drogy* v posledních 30 dnech. Tímto získáme údaje o *frekvenci užívání*. Pro snadnější vybavení je možné respondentovi ukázat pomocnou kartičku zobrazující frekvenci užívání od „každý den“ až po „ani jednou“. Autoři (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998) s ohledem na zemi původu uvádějí sedm návykových látek: alkohol, heroin, metadon bez lékařského předpisu, benzodiazepiny bez lékařského předpisu, kokain, crack, amfetaminy a konopí. MAP umožňuje flexibilně měnit seznam sledovaných návykových látek podle aktuální potřeby (ibid). S přihlédnutím k drogové scéně v ČR jsme zvolili tyto návykové látky: pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy (braun, metadon a opioidní analgetika), benzodiazepiny a alkohol.

*Intenzita užívání drog* je vyjádřena *množstvím užitých návykových látek* v typický den ve sledovaném období. U alkoholu je užívání vyjádřeno pomocí standardní sklenice<sup>50</sup>, u ostatních drog s pomocí váhového množství či nákupní ceny.

Poslední sledovanou kategorií je *obvyklý způsob užití* návykové látky v posledních 30 dnech. Sledujeme pět různých způsobů užití: orálně, intranazálně, kouření, intravenózně a intramuskulárně.

## Rizikové chování

Tato oblast monitoruje chování spojené s injekčním užíváním drog a sexuálně rizikové chování.

Jako první je zaznamenán počet dnů v posledních 30 dnech, v nichž klient *užil drogu injekčně* (lze použít pomocnou kartičku se škálou užívání, jak bylo popsáno výše). Druhá otázka zjišťuje *počet injekčních aplikací* v typický den, kdy byla droga užitá injekčně. Respondent je dále dotázán na *počet případů injekčních aplikací provedených injekčním náčiním, které dříve použil někdo jiný*.

Sledování sexuálně rizikového chování se skládá ze dvou otázek: *počet osob* v posledních 30 dnech, s nimiž měl respondent nechráněný pohlavní styk, a *celkový počet sexuálních aktů* bez použití kondomu ve sledovaném období.

## Fyzické a psychické zdraví

Deset otázek zaznamenává frekvenci výskytu symptomů obtíží v oblasti *fyzického zdraví*. Ptáme se na posledních 30 dnů a respondenti jsou požádáni, aby frekvenci obtíží vyjádřili na pětibodové Likertově škále: nikdy, zřídka, někdy, často, stále. Otázky pokrývají symptomy týkající se pěti somatických oblastí: (1) celkové zdraví (nechutenství, únava, vyčerpání), (2) oběhová a dýchací soustava (bolest na hrudi a obtíže s dechem), (3) trávicí soustava (pocity na zvracení/zvracení a bolesti žaludku), (4) neurologické obtíže (chvění/třes, necitlivost/brnění v končetinách), (5) kosterní a svalová soustava (bolesti/ztuhlost kloubů/kostí, bolesti svalů).

50 V ČR je nejrozšířenější pití piva z půllitrové sklenice (0,5 l), vína ze sklenice o objemu 0,2 l („dvě deci“) a destiláty ze sklenice o objemu 0,05 l; obsah alkoholu v každé takové „standardní sklenici“ je přibližně 16 g (Sovínová & Csémy, 2005).

Dalších deset otázek je zaměřeno na *psychické zdraví*. Ptáme se na symptomy úzkosti (pocit napětí/nervozity, náhlé vyděšení bez důvodu, pocit strachu, vnitřní nervozita/třes, období strachu/paniky) a na symptomy deprese (pocity beznaděje z budoucnosti, pocity vlastní ne důležitosti, pocity nezájmu o cokoli, pocity samoty, myšlenky, že by bylo lepší skončit se životem). Respondent je požádán, aby uvedl frekvenci výskytu jednotlivých symptomů na pětibodové Likertově škále: nikdy, zřídka, někdy, často, stále.

### Osobní a sociální fungování

Vztahy s blízkými osobami, zaměstnanost a kriminalita jsou předmětem hodnocení závěrečné části Maudsley Addiction Profile.

První oblast hodnotí *osobní vztahy* a zaznamenává počet dnů v posledním měsíci, v němž byl klient v *kontaktu* (definováno jako osobní kontakt nebo telefonický rozhovor) s *blízkými osobami* (sexuální partner, rodiče, přátelé), a počet dnů, v nichž došlo k *vážnému konfliktu* (velká hádka, nadávky a/nebo fyzické násilí) s těmito osobami.

*Pracovní uplatnění* je další sledovanou oblastí. Ptáme se na tři údaje: počet *dnů nezaměstnanosti*, počet *dnů placené práce* (zahrnuje rovněž práci „na černo“, tj. bez řádné pracovní smlouvy) a počet *dnů chybění v práci* z důvodu nemoci a/nebo neomluvené absence.

Oblast *trestné činnosti* zaznamenává *počet dnů páchání trestné činnosti* a *počet trestných činů v typický den* ve sledovaném období. Originální verze Maudsley Addiction Profile (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al., 1998) se ptá na šest trestných činů: prodej drog, podvod/padělání, krádež v obchodě, krádež z bytu, krádež z vozidla; krádež vozidla. V předkládané studii se kromě výše uvedených trestných činů ptáme také na výrobu drog, loupežné přepadení a kapesní krádeže a jiné osobní krádeže.

Tab. 39 Struktura Maudsley Addiction Profile (MAP)

Oblast	Indikátor výsledku (v posledních 30 dnech)
Užívání návykových látek	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dnů užívání návykových látek</li> <li>množství návykových látek užitých v typický den</li> <li>hlavní způsob/způsoby užívání návykových látek</li> </ul>
Rizikové chování	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dnů injekčního užívání návykových látek</li> <li>počet injekčních aplikací v typický den</li> <li>počet případů sdílení jehel/stříkaček</li> <li>počet sexuálních partnerů (bez použití kondomu)</li> <li>počet sexuálních kontaktů (bez použití kondomu)</li> </ul>
Fyzické a psychické zdraví	<ul style="list-style-type: none"> <li>frekvence symptomů fyzických obtíží</li> <li>frekvence symptomů psychických obtíží</li> </ul>

Oblast	Indikátor výsledku (v posledních 30 dnech)
Osobní a sociální fungování	<ul style="list-style-type: none"> <li>• počet dnů kontaktu/konfliktu s partnerem, rodiči, přáteli</li> <li>• počet dnů placené práce</li> <li>• počet dnů absence v práci</li> <li>• počet dnů nezaměstnanosti</li> <li>• počet dnů páchání trestné činnosti</li> <li>• počet trestných činů v typický den</li> </ul>

Zdroj: Marsden, Nizzoli et al. (2000)

Maudsley Addiction Profile zaznamenává četnost chování a obtíží uživatelů návykových látek v posledních 30 dnech. Toto období je kompromisem mezi kratším časovým úsekem (např. 7 dní), které by pravděpodobně nezachytilo epizodické užívání drog, a delším časovým úsekem (např. 6 měsíců). V takovém případě by výsledky mohly být ovlivněny nespolehlivou pamětí respondenta (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998).

Důvodů, proč jsme se rozhodli použít Maudsley Addiction Profile jako hlavní výzkumný nástroj, je několik:

- umožňuje vyhodnocení výsledků léčby uživatelů drog v několika oblastech současně,
- sledované oblasti jsou všeobecně srozumitelné a relevantní vzhledem k očekávaným výsledkům léčby,
- MAP lze opakovaně použít na začátku léčby, v jejím průběhu a po ukončení léčby,
- doba potřebná pro vyplnění je obvykle kratší než 15 minut,
- vyhodnocení je relativně jednoduché a rychlé,
- MAP je flexibilní ve sledování různých návykových látek, trestných činů a umožňuje přidat další vhodná měření,
- MAP vykazuje velmi dobrou vnitřní reliabilitu a validitu,
- MAP je volně přístupný pro nekomerční využití<sup>51</sup>,
- MAP je vhodným nástrojem pro hodnocení výsledků léčby ve státech Evropské unie (Hornowska, 2006; Marsden, Nizzoli et al., 2000).

Maudsley Addiction Profile jsme museli přeložit do českého jazyka. Znění české verze bylo konzultováno s pracovníky Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Při překladu jsme se inspirovali českou verzí European Addiction Severity Index (EuropASI), připravenou Kubičkou s Csémym (Kubička & Csémy, 1997, 1998) a Indexem opiátové léčby (Opiate Treatment Index, OTI) přeloženým pro účely realizace výzkumného projektu Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS (WHO, n.d.-a, n.d.-b, n.d.-c).

Maudsley Addiction Profile sleduje *intenzitu* užívání vyjádřenou množstvím konzumované návykové látky. Tímto se odlišuje od jiných výzkumných nástrojů (EuropASI, OTI). Marsden et al. (1998) obhajují důležitost takového měření jak z klinického, tak výzkumného hlediska, neboť klient, který po léčbě užívá návykové látky se stejnou frekvencí, může významným

51 MAP je volně přístupný na webových stránkách Institute of Psychiatry, King's College London: <http://www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=1116>

způsobem omezit intenzitu konzumace. Ojedinelé užití vysokých dávek drogy může představovat vysoké riziko zdravotních následků a předávkování. Studie výsledků léčby v USA se zpravidla zaměřují na *frekvenci*, nikoli na *intenzitu* užívání návykových látek (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998). Důvodem je obava o věrohodnost výpovědí respondentů ohledně množství užitých návykové látky a její čistoty. Takový názor zastávají autoři OTI (Darke et al., 1991) a uvádějí, že určit množství užitých nelegálních drog je velmi obtížné vzhledem k proměnlivým cenám, množství a čistotě na černém trhu. Řada autorů (Darke et al., 1991; Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop et al., 2001; Marsden, Ogborne et al., 2000; McLellan et al., 1997) obhájí věrohodnost dat získaných z výpovědí klientů. Obavy o přesnost, s jakou jsou klienti schopni určit množství užitých návykové látky, do jisté míry redukuje také neměnnost čistoty drog na černém trhu (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998). Podle Mravčíka et al. (2011) je čistota drog na černém trhu v ČR stabilní, přestože je patrná „mírná variabilita“ u heroínu, extáze a hašiše. V letech 2007–2010 se průměrná čistota pervitinu pohybovala od 64 % do 68 %, v případě heroínu to bylo od 17 % do 25 % (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR cit. dle Mravčík et al., 2011).

#### 4/6/2 Opiate Treatment Index (Index opiátové léčby, OTI)

Opiate Treatment Index (Darke et al., 1991) vznikl na počátku devadesátých let minulého století v Austrálii. Jedná se o strukturovaný rozhovor, který měří efektivitu léčebných intervencí u drogově závislých. OTI hodnotí chování klienta a výskyt obtíží v šesti oblastech: (1) užívání drog, (2) rizikové chování v souvislosti s HIV, (3) sociální fungování, (4) trestná činnost, (5) fyzické a (6) psychické zdraví. Sledované okruhy jsou shodné s EuropASI a MAP. Čas potřebný pro realizaci celého interview je 30 minut (ibid.).

V naší studii jsme použili pouze část užívání drog. OTI aplikuje odlišnou metodologii v porovnání s Maudsley Addiction Profile. OTI se zaměřuje na poslední tři dny, v nichž klient užil návykovou látku. Interval mezi jednotlivými dny, v nichž byla droga užitá a počet užití (aplikací) v jednotlivých dnech měří *frekvenci* užívání. Ta je vyjádřena v hodnotách: abstinence, užití jednou týdně nebo méně, užití více než jednou týdně, denní užívání, užití více než jednou denně. OTI hodnotí užívání drog v posledních 30 dnech.

Darke et al. (1991) zpochybňují sledování *intenzity* užívání drog na základě množství konzumované látky; určit množství užitých nelegálních návykové látky je velmi obtížné, vzhledem k proměnlivým cenám a čistotě na černém trhu. OTI zaznamenává pouze počet užití drogy ve sledovaných dnech, nikoli množství drogy (výjimkou je alkohol, jehož míra konzumace je vyjádřitelná ve standardních sklenicích). Naopak autoři MAP sledování množství užitých drog obhájí (viz výše). Vzhledem k těmto odlišnostem jsme část užívání drog zařadili do naší studie.

OTI, respektive tři jeho části: užívání drog, trestná činnost a fyzické zdraví – byly přeloženy do češtiny odborníky z Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS), a to v rámci přípravy mezinárodní Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS, kterou iniciovala Světová zdravotnická organizace.

#### 4/6/3 Dotazník kvality života (World Health Organization Quality Of Life Assessment, WHOQOL-BREF)

Marsden, Nizzoli et al. (2000) doporučují, aby evaluační studie výsledků léčby uživatelů drog sledovaly také kvalitu života. Subjektivní hodnocení kvality života doporučuje monitorovat rovněž EMCDDA (2007). Vhodným nástrojem pro monitorování subjektivního vnímání kvality života je Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL) (Dragomírecká & Bartoňová, 2006b).

Pro potřebu naší studie jsme využili již existující české verze dotazníku WHOQOL-BREF<sup>52</sup>. Ten byl přeložen českým centrem WHOQOL při Psychiatrickém centru Praha. WHOQOL-BREF je instrumentem, který zahrnuje rozsáhlé spektrum životních oblastí a umožňuje hodnotit subjektivní spokojenost jedince s kvalitou života. WHOQOL-BREF patří mezi všeobecné (generické) dotazníky, které lze použít pro jakýkoli soubor pacientů či zdravé populace (Dragomírecká & Bartoňová, 2006b). Autorky dále uvádějí, že nevýhodou takového nástroje může být jeho nedostatečná citlivost pro měření kvality života u skupin osob se specifickými zdravotními obtížemi, jako je např. HIV pozitivita (ibid). WHOQOL-BREF není upraven pro populaci uživatelů návykových látek. Otázkou k diskusi zůstává, je-li potřeba mít specifický nástroj pro hodnocení kvality života uživatelů drog nebo je-li stávající podoba dotazníku dostačující<sup>53</sup>. Autorovi není známa existence speciálního nástroje určeného pro naši sledovanou cílovou skupinu.

WHOQOL-BREF se skládá celkem z 26 otázek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí: (1) fyzické zdraví, (2) prožívání, (3) sociální vztahy a (4) prostředí. Dvě otázky jsou samostatné a hodnotí celkový zdravotní stav a kvalitu života. Strukturu WHOQOL-BREF ukazují tabulka 40. Respondent je vyzván, aby jednotlivé položky ohodnotil na pětistupňové Likertově škále.

Tab. 40 Oblasti a položky WHOQOL-BREF

Oblast	Položka
Fyzické zdraví	Bolest a nepříjemné pocity Závislost na lékařské péči Energie a únava Pohyblivost Spánek Každodenní činnosti Pracovní výkonnost

52 Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100, která se ukázala jako příliš dlouhá pro použití v klinické praxi (Dragomírecká & Bartoňová, 2006b).

53 Při použití WHOQOL-BREF v prostředí terapeutické komunity jsme se setkali s určitými obtížemi. Ty se týkaly zejména otázky na míru spokojenosti se sexuálním životem (v české praxi bývá sexuální kontakt mezi členy terapeutické komunity zakázán a porušení tohoto pravidla může vést k ukončení léčby), na míru spokojenosti s dopravou (v praxi českých terapeutických komunit bývá běžné, že nový klient má na určitou dobu – zpravidla několika týdnů – omezené možnosti opustit TK a tedy i využít místní dopravu) a na míru spokojenosti s podporou, kterou poskytují přátelé (máme za to, že se nejedná o zcela vhodně formulovanou otázku v případě použití v terapeutické komunitě, protože je opět v naší praxi běžné, že klientovy kontakty s vnějším světem jsou v první fázi léčby v TK do jisté míry regulovány).



Oblast	Položka
Prožívání	Potěšení ze života Smysl života Soustředění Přijetí tělesného vzhledu Spokojenost se sebou Negativní pocity
Sociální vztahy	Osobní vztahy Sexuální život Podpora přátel Osobní bezpečí
Prostředí	Životní prostředí Finanční situace Přístup k informacím Záliby Prostředí v okolí bydliště Dostupnost zdravotní péče Doprava
Samostatné položky	Kvalita života Spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecká Et Bartoňová (2006b)

#### 4/6/4 Zung Self-Rating Depression Scale (Zungova škála deprese<sup>54</sup>)

Dotazník skládající se z 20 položek hodnotí míru závažnosti symptomů, které jsou obvykle spojovány s depresí. Participant je požádán, aby ohodnotil své psychické a somatické symptomy na Likertově škále vyjadřující frekvenci od „málokdy“ až po „většinu času“. Webové stránky WHO uvádějí, že Zungova škála deprese je vhodný výzkumný nástroj pro opakované sledování změn v závažnosti symptomů deprese. Doba potřebná k vyplnění je přibližně 10 minut (WHO, n.d.-d).

54 Lze se setkat také s překladem Zungova sebesuzovací škála deprese.



# 5

## EVLTK: VSTUPNÍ ČÁST – KDO SE LÉČÍ V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH?

V této kapitole se zaměříme na následující výzkumné otázky:

- Jaký je profil klientů terapeutických komunit pro drogově závislé?
- Ve kterých oblastech mají klienti nejvíce problémů a jaká je závažnost těchto obtíží?

Kalina (2008c) uvádí následující charakteristiky uživatelů drog přijímaných do terapeutické komunity: závislost na více drogách současně a polymorfní užívání široké škály návykových látek, vysoká míra trestné činnosti, řada klientů je nebo byla v konfliktu se zákonem, vysoká míra nezaměstnanosti, nedostatek pozitivní sociální podpory a problémy s duševním zdravím. Kalina (ibid) dále uvádí, že psychologické profily klientů terapeutických komunit ukazují vysoké skóre na škálách úzkosti a deprese a naopak nízké skóre socializace, nízké a/nebo ne-reálné sebehodnocení a znaky nezralé osobnosti a disociálního chování. Řadu uvedených charakteristik jsme našli v námi zkoumaném souboru klientů.

## 5 / 1

**Osobní a sociální charakteristiky klientů**

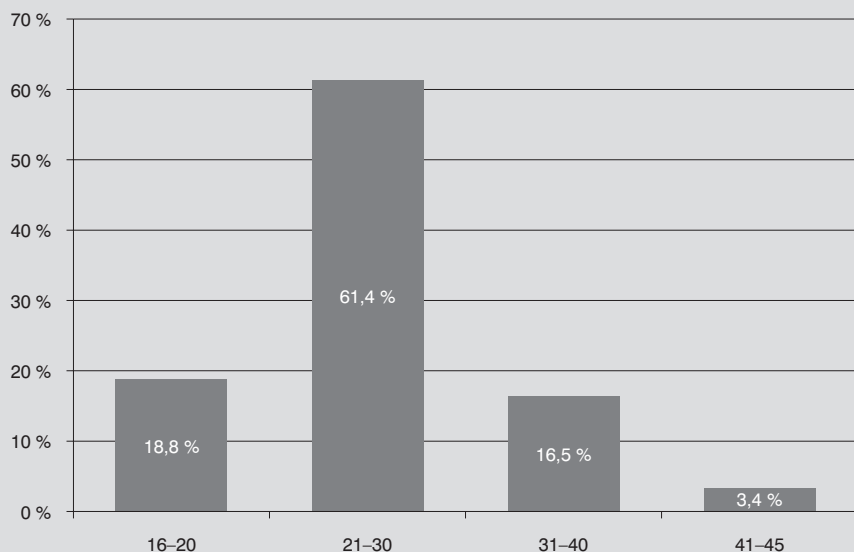
Studie „Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti“ sleduje celkem 176 klientů, kteří zahájili léčbu v období od 1. ledna 2007 do 31. prosince 2008. Na projektu participovaly čtyři terapeutické komunity pro uživatele drog. Ve třech terapeutických komunitách se léčí dospělí klienti od 18 let věku, jedna terapeutická komunita nabízí program pro mladistvé a mladé dospělé od 16 do 25 let. Všechna sledovaná zařízení jsou určena pro muže i ženy. Podrobněji o jednotlivých terapeutických komunitách pojednává kapitola 4/4 této práce. Sledovaný soubor klientů je téměř ze dvou třetin (61,4 %, N = 108) tvořen muži. Průměrný věk všech klientů je 25,9 roku (nejmladšímu je 16 let a nejstaršímu 45 let). Rozložení klientů podle věkových skupin ukazuje graf 5. Nejvíce klientů (61,4 %) spadá do věkové kategorie 21–30 let, nicméně v našem souboru je také 6,2 % mladistvých<sup>55</sup> klientů a 7,3 % klientů starších 35 let. Průměrný věk klientů terapeutických komunit v ČR se zvyšuje; zatímco v roce 2003 byl věkový průměr 23,4 roku, v roce 2010 to bylo již 26,7 roku (Mravčík et al., 2011).

Klienti terapeutických komunit přicházejí do léčby se širokou škálou obtíží také v jiných oblastech než je užívání návykových látek. Vztahové (s rodiči, partnerem, dětmi), sociální (nízká úroveň vzdělání, dlouhodobá nezaměstnanost, nestálé a neuspokojivé bydlení) a trestně-právní (trestná činnost, aktuální právní problémy, zkušenost s pobytom ve vězení) problémy jsou velmi časté. Některé obtíže mohly předcházet užívání návykových látek, jiné vznikly až v průběhu drogové kariéry. Mnoho zmiňovaných potíží má dlouhodobou povahu, což klade zvýšené nároky na léčebné programy.

Nadpoloviční většina klientů (55,1 %, N = 97) uvedla, že vyrůstala s oběma rodiči, avšak 43,1 % (N = 76) klientů připustilo, že měli závažné problémy ve vztahu s rodiči. Pouze 22,1 % (N = 39) respondentů aktuálně žilo v partnerském vztahu, avšak v 64,1 % (N = 25) případech se

<sup>55</sup> Klienti, kterým je 16 nebo 17 let.

Graf 5 Věk klientů terapeutických komunit



jednalo o vztah s partnerem, který je uživatelem drog. 32 klientů (18,2 %) mělo děti, ovšem pouze 4 (12,5 %) z nich měli potomky ve vlastní péči.

49,4 % (N = 87) klientů dokončilo pouze základní vzdělání. Třetina (32,3 %, N = 57) vlastnila výuční list a 15,9 % (N = 28) respondentů mělo vzdělání středoškolské. Ve sledovaném souboru jsou zastoupeni rovněž 2 (1,1 %) klienti s vysokoškolským diplomem.

74,4 % (N = 131) respondentů bylo nezaměstnaných ve 30 dnech před zahájením léčby; 57,9 % (N = 102) klientů bylo nezaměstnáno po celé sledované období. Zkušenost s dlouhodobou nezaměstnaností překračující 12 měsíců byla velmi častá a uvedlo ji 53,4 % (N = 94) klientů. Převážná většina (65,9 %, N = 62) respondentů ze skupiny dlouhodobě nezaměstnaných byla bez práce po dobu delší než 24 měsíců.

Téměř polovina (48,8 %, N = 86) klientů přicházela do léčby s problémy v trestněprávní oblasti. Nejčastěji se jednalo o podmíněně odsouzení (28,4 %, N = 50), exekuce (18,7 %, N = 33), probíhající trestní stíhání (16,4 %, N = 29) a alternativní trest obecně prospěšných prací (10,2 %, N = 18). Ve sledovaném souboru byli také klienti, jimž byla soudně nařízena ochranná léčba v souvislosti s užíváním návykových látek (3,9 %, N = 7).

59,6 % (N = 105) respondentů uvedlo, že byli minimálně jednou v životě obžalováni ze spáchání trestného činu. 28,4 % (N = 50) klientů terapeutických komunit mělo zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody. 60 % (N = 30) dotazovaných z této skupiny uvedlo, že byli ve vězení déle než 12 měsíců.

Problémy s bydlením ve 30 dnech před zahájením léčby v terapeutické komunitě byly rovněž časté: 16,4 % (N = 29) respondentů bydlelo na squatech nebo v bytech, kde se primárně drogy vyráběly a užívaly, 13,0 % (N = 23) klientů uvedlo, že neměli žádné bydlení a 12,5 % (N = 22) využívalo služeb azylových domů/ubytoven. Stálé/uspokojivé bydlení uvedlo 34,1 % (N = 60) dotázaných.

Ptali jsme se rovněž na předchozí léčby závislosti v rezidenčních programech. Počet pobytů v léčbě delších než 1 měsíc a celkový počet měsíců v léčbě byly hlavní zjišťované údaje. 46,0 % (N = 81) dotázaných nebylo dříve v léčbě déle než jeden měsíc. 42,6 % (N = 75) klientů přiznalo, že byli v léčbě delší než jeden měsíc jednou až třikrát; a 11,3 % (N = 20) respondentů bylo v takové léčbě čtyřikrát a více. Dále jsme se tázali na délku pobytu v předchozích léčbách závislosti. Téměř polovina (46,5 %, N = 81) respondentů uvedla, že nemají žádnou zkušenost s léčebným pobytem delším než jeden měsíc. 10,2 % (N = 18) klientů se dříve léčilo celkově po dobu jednoho až tří měsíců. Téměř třetina (30,6 %, N = 54) dotázaných byla v různých léčbách po celkovou dobu 4–12 měsíců. Více než 12 měsíců v léčbě bylo 12,5 % (N = 22) klientů. Naše zjištění ukazují, že zhruba polovina respondentů nemá zkušenost s rezidenční léčbou závislosti přesahující 1 měsíc. Rovněž se ukázalo, že ve zkoumané populaci je přibližně 10 % jedinců, kteří byli dříve v léčbě závislosti delší než jeden měsíc výrazně častěji (čtyřikrát a více) a po značně dlouhou dobu (více než 12 měsíců). Nicméně zjištění, že 53,3 % klientů bylo v rezidenční léčbě opakovaně a v některých případech se jednalo o dlouhodobé pokusy o léčbu, je znepokojující. Z takového zjištění lze usuzovat na chronické a komplikované spektrum obtíží u klientů, kteří se léčí v terapeutických komunitách. Přičteme-li k výše uvedeným charakteristikám problémy související s užíváním drog a alkoholu (viz dále v této kapitole), dostaneme poměrně závažný profil klientely terapeutických komunit.

Na druhou stranu je potřeba zdůraznit, že klienti terapeutických komunit tvoří homogenní skupinu. Ve sledovaném souboru jsou zastoupeni klienti s dokončeným středoškolským či dokonce vysokoškolským vzděláním; 37,5 % (N = 66) respondentů mělo ve třiceti dnech před zahájením léčby nějakou formu pracovního uplatnění<sup>56</sup>, stále/uspokojivé bydlení ve sledovaném období uvedlo 34,1 % (N = 60) klientů. Z výsledků, které prezentujeme dále v textu je zřejmé, že ve třiceti dnech před léčbou třetina klientů nepáchala trestnou činnost, čtvrtina neužívala drogy injekčně; velká část respondentů (70,8 %, N = 95) ze skupiny injekčních uživatelů drog nesdílela injekční materiál. Třetina klientů úplně abstinovala od alkoholu. Taková zjištění ukazují na značné rozmanitosti v chování a charakteristikách klientů terapeutických komunit. Řada klientů se alespoň do určité míry vymyká stereotypní klasifikaci problémového uživatele drog. Takové zjištění považujeme za přínosné.

Vybrané charakteristiky klientů z námi sledovaného souboru jsme porovnali s údaji z Registru žadatelů o léčbu v roce 2008 (Studničková & Petrášová, 2009), který spravuje Hygienická stanice hl. m. Prahy (tabulka 41). V Registru jsou zaneseni uživatelé drog, kteří v roce 2008 byli alespoň jedenkrát v kontaktu s některým *léčebným/kontaktním centrem*. Léčebným/kontaktním centrem se má na mysli zdravotnické či nezdravotnické zařízení, poskytující léčebnou, poradenskou či sociální službu osobám užívajícím drogy. Data do registru

56 Sledujeme jakoukoli placenou formu pracovního uplatnění, včetně jednorázové brigády nebo práce „na černo“ (bez rádné pracovní smlouvy).

zasílají nízkoprahová zařízení, ambulantní zařízení a lůžková zařízení. V roce 2008 poskytl 223 léčebných/kontaktních center údaje o 8 279 klientech. Registr nepokrývá populaci uživatelů drog v kontaktu s praktickými lékaři, vězeňskou službou a substitučními centry. Rutinní sběr dat o léčených uživatelích drog je prováděn s využitím formuláře doporučeného EMCDDA pro drogový informační systém v Evropě. Námi sledovaní klienti by teoreticky měli být v registru zaneseni, nelze to však tvrdit s jistotou neboť ne všechna zařízení hlásí do registru své klienty.

Srovnání klientů terapeutických komunit se všemi žadateli o léčbu v roce 2008 umožňuje porovnat základní charakteristiky obou skupin klientů a profil jejich obtíží. Limitem zůstává míra porovnatelnosti dat vzhledem k odlišnému způsobu sběru dat a jejich povaze. Zatímco do registru žadatelů o léčbu se hlásí primárně epidemiologická data, náš výzkumný projekt se koncentruje na popsání charakteristik chování a obtíží klientů a míru jejich závažnosti v posledních třiceti dnech. Epidemiologická data hlásí do registru pracovníci léčebných/kontaktních center a není zřejmé, jakým způsobem byla hlášená data získána. Námi sbíraná data jsou výsledkem osobního strukturovaného interview s respondentem, které zjišťuje chování klienta terapeutických komunit v posledních třiceti dnech před zahájením léčby. Domníváme se, že takové srovnání má své opodstatnění, a to i navzdory zmíněným limitům.

Nezjistili jsme výraznější rozdíly v základních demografických datech, jako je průměrný věk, věková distribuce nebo poměr mužů a žen (tabulka 41). Údaje o frekvenci užívání drog, věku prvního užití a o injekčním užívání drog nasvědčují tomu, že se v terapeutických komunitách léčí klienti se závažnějším profilem užívání návykových látek, než je tomu v celé populaci žadatelů o léčbu. Zatímco frekvence užití pervitinu je v obou zkoumaných skupinách téměř shodná, četnost užití ostatních drog je výrazně vyšší u klientů terapeutických komunit<sup>57</sup>. Naše zjištění ukazují, že klienti terapeutických komunit výrazně častěji užívají opiatové drogy (zejména buprenorfin, ale také heroin a jiné opioidy) a benzodiazepiny. Taková zjištění poukazují na to, že klienti z obou skupin užívají pervitin přibližně ve stejné míře, avšak klienti terapeutických komunit užívají ve značné míře také opiatové drogy a benzodiazepiny. Více než polovina klientů terapeutických komunit zároveň konzumuje alkohol ve škodlivé míře. O konzumaci alkoholu mezi všemi žadateli o léčbu nemáme z registru žádné informace. Klienti terapeutických komunit ve výrazně vyšší míře pravidelně (dvakrát týdně a častěji) užívají alespoň jednu ze sledovaných drog. Významný rozdíl jsme zaznamenali v procentu klientů, kteří začali užívat některou ze sledovaných drog dříve, než dovršili 15 let věku. Zatímco v terapeutických komunitách je takových klientů 19,8 %, v Registru žadatelů o léčbu jich nalezneme přibližně o polovinu méně (9,3 %). Výskyt celoživotní prevalence injekčního užívání drog stejně jako injekční užívání v posledních 30 dnech (respektive v současnosti použijeme-li terminologii Hygienické stanice hl. m. Prahy) je výrazně častější u klientů terapeutických komunit. O frekvenci sdílení injekčního náčiní pro aplikaci drog nemáme z registru žádné informace. Výskyt virové hepatitidy C je o něco nižší mezi klienty terapeutických komunit ve srovnání s populací všech žadatelů o léčbu. Rovněž některé sociální charakteristiky klientů terapeutických komunit naznačují závažnější míru obtíží ve srovnání s ostatními žadateli o léčbu. Mezi klienty terapeutických komunit jsme zaznamenali vyšší míru nezaměstnanosti a významně nižší podíl klientů se stálým bydlením. Nezaznamenali jsme výraz-

57 Domníváme se, že údaje z Registru mohou být podhodnoceny vzhledem ke způsobu sběru dat, pokud nejsou získány prostřednictvím osobního interview s klientem.

ný rozdíl v nejvyšším dokončeném vzdělání. Pouze pro ilustraci uvádíme frekvenci kriminality (v posledních 30 dnech) a zkušenost (kdykoliv v minulosti) s výkonem trestu odnětí svobody u klientů terapeutických komunit. Registr žadatelů o léčbu nám však neposkytuje žádná srovnatelná data.

Tab. 41 Srovnání vybraných charakteristik klientů v námi sledovaných terapeutických komunitách se všemi žadateli o léčbu v roce 2008

Ukazatel	TK	Všichni žadatelé
Muži	61,4 %	67,5 %
Průměrný věk	25,9	25,9
Věková distribuce <sup>a</sup>		
16–20	18,8 %	18,8 %
21–30	61,4 %	53,4 %
31–40	16,5 %	21,7 %
41–45	3,4 %	2,6 %
Frekvence užití <sup>b</sup>		
Pervitin	77,8 %	75,4 %
Alkohol <sup>c</sup>	54,5 %	?
OPI celkem <sup>d</sup>	44,3 %	28,9 %
BZD	33,5 %	1,4 %
Heroin	28,9 %	25,2 %
Buprenorfin	26,7 %	7,1 %
Jiné OPI <sup>e</sup>	8,5 %	3,7 %
Začátek užívání před dosažením 15 let věku		
Alespoň jedna droga <sup>f</sup>	19,8 %	9,3 %
Alkohol	65,3 %	?
Pravidelné užití alespoň jedné drogy <sup>f</sup>	76,1 % <sup>g</sup>	47,7 % <sup>g</sup>
Pravidelné užití dvou a více drog <sup>f</sup>	63,6 % <sup>h</sup>	?
Injekční aplikace	92,0 % (76,1 %) <sup>ch</sup>	73,1 % (49,8 %) <sup>ch</sup>
Před dosažením 15ti let věku	11,1 %	8,1 %
Sdílení injekčního náčiní (posl. 30 dnů)	29,1 %	?
Virová hepatitida C <sup>i</sup>	26,7 %	32 %
Trestná činnost (posledních 30 dnů)	73,2 %	?
VTOS	28,4 %	?



Ukazatel	TK	Všichni žadatelé
Dokončené vzdělání		
Základní	49,4 %	48,0 %
Střední bez maturity	32,3 %	27,6 %
Střední s maturitou	15,9 %	13,1 %
Nezaměstnanost	74,4 %	50,8 % <sup>j</sup>
Bydlení		
Stálé	34,1 %	67,2 %
Bez domova	13,0 %	11,0 %
V zařízení <sup>k</sup> /squaty	29,9 %	0,9 %

Zdroj: Studničková & Petrášová (2009); Mravčík et al. (2009)

<sup>a</sup> Věkové distribuce u všech žadatelů o léčbu: 15–19, 20–29, 30–39, 40–44 let věku.

<sup>b</sup> U klientů terapeutických komunit sledujeme 30 dnů před začátkem léčby; u všech žadatelů není období specifikováno (viz tab. 36 in Studničková & Petrášová, 2009).

<sup>c</sup> Sledujeme pouze konzumaci alkoholu odpovídající škodlivému pití (viz kapitolu 5/3 této práce).

<sup>d</sup> Opiáty celkem: zahrnuje heroin, buprenorfin a jiné opioidy.

<sup>e</sup> Jiné opioidy: zahrnuje metadon, braun a opiodní analgetika.

<sup>f</sup> Pervitin, benzodiazepíny, heroin, buprenorfin a jiné opioidy.

<sup>g</sup> Užití alespoň jedné nealkoholové drogy 2x týdně a častěji v současnosti.

<sup>h</sup> Užití dvou a více nealkoholových drog 1x týdně a častěji.

<sup>ch</sup> Celoživotní prevalence (v posledních 30 dnech u klientů terapeutických komunit; u všech žadatelů je sledovaným obdobím „současnost“).

<sup>i</sup> Celoživotní prevalence.

<sup>j</sup> Zahrnuje také klienty s příležitostnou prací.

<sup>k</sup> Ubytovna, azylový dům.

Na rozdíly v rozsahu a míře závažnosti obtíží mezi klienty různých typů adiktologických služeb upozorňuje studie NTORS. Ta ukázala, že klienti *rezidenčních* programů vykazují závažnější profil obtíží v porovnání s ambulantně léčenými uživateli drog: užívání více drog současně, častější užívání stimulačních drog, excesivní pití alkoholu, větší míra kriminality a zdravotních obtíží patřily mezi zjištěné rozdíly (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop, Marsden, Stewart et al., 1998; Gossop et al., 1999). Rovněž další autoři (např. De Leon, 2010a; Yates, 2010; Yates et al., 2010) poukazují na významně vyšší míru obtíží u klientů terapeutických komunit než v jiných typech léčebných programů.

Mezi klienty terapeutických komunit jsme zjistili vyšší frekvenci užívání opiátových drog a benzodiazepinů (míra užívání pervitinu je přibližně stejná), větší podíl klientů, kteří začali užívat drogy před patnáctým rokem života, a vyšší frekvenci injekčního užívání drog. Mezi klienty terapeutických komunit je vyšší podíl pravidelných uživatelů nealkoholových drog. Takové rozdíly mezi klienty terapeutických komunit a všemi žadatelí o léčbu poukazují na závažnější míru problémového užívání drog mezi klienty terapeutických komunit. Charakteristiky užívání drog a s ním spojeného chování představují pro klienty značné riziko zdravot-

ních poškození, osobních a sociálních obtíží. Častá frekvence injekčního užívání drog znamená významné riziko nákazy a šíření krví přenosných infekčních chorob. U klientů terapeutických komunit jsme zaznamenali vyšší míru nezaměstnanosti a významně nižší podíl klientů se stálým bydlením. Vysoká míra problémového užívání drog spolu s dalšími obtížemi vytváří profil klientely s mnoha závažnými problémy v různých oblastech. Taková zjištění plně opodstatňují intenzivní a dlouhodobou léčbu v rezidenčních terapeutických komunitách. Porovnání námi sledovaného souboru klientů terapeutických komunit se všemi žadateli o léčbu ukazuje na *závažnější* profil obtíží u klientů terapeutických komunit.

## 5/2

## Užívání nealkoholových drog

Zaměřili jsme se na ty návykové látky, jejichž užívání a s ním spojené chování je asociováno se značnými riziky a problémy pro samotného uživatele, pro jeho sociální okolí a pro společnost jako celek. Vycházeli jsme z definice EMCDDA, která mezi problémové užívání drog řadí injekční užívání a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů (zejména heroinu) a amfetaminových drog (především pervitinu) (Zábranský, 2003). U klientů terapeutických komunit sledujeme změny v užívání pervitinu, heroinu, buprenorfinu a jiných opioidů (braun, metadon a opioidní analgetika), benzodiazepinů a alkoholu, jehož konzumace vykazuje znaky škodlivého pití.

Můžeme se domnívat, že klienti terapeutických komunit užívají také další návykové látky (např. konopné drogy). V předkládané studii sledujeme změny v užívání návykových látek, (1) jejichž užívání je spojováno s největšími riziky, (2) splňují kritéria problémového užívání drog podle EMCDDA (viz výše) a (3) jsou označovány jako „primární drogy“ u klientů terapeutických komunit.

Zvláštní pozornost věnujeme užívání pervitinu u klientů, kteří se léčí v terapeutických komunitách. ČR se řadí k ne mnoha zemím, v nichž je užívání stimulačních drog amfetaminového typu značně rozšířeno. Vysoká míra užívání pervitinu představuje v ČR značný problém ve smyslu celospolečenských výdajů z veřejných rozpočtů a také vzhledem k nákladům na léčbu jeho uživatelů. Pervitin je v ČR tzv. tvrdou drogou č. 1 co do počtu problémových uživatelů drog (Mravčík et al., 2009). Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu v ČR se v letech 2002–2010 zvýšil z 21 800 na 28 200 osob (Mravčík et al., 2011). Problémoví uživatelé pervitinu představují zhruba dvě třetiny všech problémových uživatelů drog v ČR. 62,5 % všech žadatelů o léčbu v ČR tvoří uživatelé pervitinu (ibid). Injekční užívání je nejčastějším způsobem aplikace mezi léčenými uživateli pervitinu (Mravčík et al., 2009). U uživatelů pervitinu je vysoký výskyt psychóz (ibid). Přibližně 35 % injekčních uživatelů pervitinu prodělalo virovou hepatitidu C (Zábranský et al. cit. podle Zábranský, 2007). V roce 2010 nejvyšší podíl na všech drogových trestných činech v ČR tvořily trestné činy spojené s pervitinem, a to v rozsahu 55–70 % v závislosti na zdroji dat (Mravčík et al., 2011). Pervitin lze relativně snadno vyrobit v malých domácích laboratořích z léčiv dostupných v lékárnách a na černém trhu. V roce 2010 bylo v ČR odhaleno 307 varen pervitinu (ibid). Vyrobený pervitin je určen zejména pro domácí trh a jen menší část produkce je určena pro vývoz do zahra-

ničí (ibid). Podle expertních odhadů se v roce 2008 v ČR vyrobilo 4,2 tuny pervitinu o průměrné čistotě 80 % (Mravčík et al., 2009).

Kromě ČR je užívání drog amfetaminového typu značně rozšířeno ve Švédsku, USA, Austrálii, Japonsku, Thajsku, Číně a na Novém Zélandě (ACMD, 2005). Na časté užívání amfetaminových drog v Japonsku, Švédsku a Austrálii upozorňuje rovněž (Gossop, 2004). Někteří autoři uvádějí vzrůstající počet uživatelů metamfetaminu v USA (např. Gossop, 2004; Nicosia, Pacula, Kilmer, Lundberg, & Chiesa, 2009; Záborský, 2007). Výzkumné studie a další literatura věnující se léčbě a jejím výsledkům u uživatelů (met)amfetaminu jsou značně omezené (Gossop, Marsden, & Stewart, 2000b; Hawke, Jainchill, & De Leon, 2000). Zatímco ve studii NTORS označilo stimulancia za hlavní drogu pouze 13 % respondentů (Gossop, Marsden, & Stewart, 2000b), v naší sledované souboru 67,6 % (N = 119) klientů uvedlo pervitin jako hlavní užívanou drogu. Kalina (2008c s. 279) upozorňuje na dominantní postavení pervitinu mezi problémovými uživateli drog v ČR a zdůrazňuje, že „z mezinárodního pohledu ojedinělé zkušenosti z praxe nejsou nijak zpracovány“. „Bohužel ani rutinní statistiky terapeutických komunit neuvádějí typ užívané drogy a neumožňují porovnání vstupních charakteristik, průběhů a výsledků léčby u pervitinové a heroinové klientely“ (Kalina, 2008c, s. 279). Rovněž Záborský (2007) uvádí, že v ČR je pouze minimálně zdokumentovaná léčba uživatelů metamfetaminu, a to navzdory dlouhé tradici užívání pervitinu a vysoké prevalenci problémového užívání této drogy. Naše studie je unikátní právě vzhledem k vysokému zastoupení problémových uživatelů pervitinu ve sledované populaci klientů terapeutických komunit. Zde prezentované výsledky vnímáme jako přínosné pro rozšíření informací o výsledcích léčby populace klientů s velmi vysokou mírou užívání metamfetaminu.

Monitorujeme rovněž užívání benzodiazepinů mezi klienty terapeutických komunit. Klienti s primárním problémem lékové závislosti se v terapeutických komunitách prakticky nevyskytují, avšak řada autorů upozorňuje na značné rozšíření zneužívání benzodiazepinů mezi uživateli nelegálních drog (Gossop, 2004; Hampl, 2003). Uživatelé drog zpravidla užívají benzodiazepiny spolu s jinými drogami (Gossop, 2004). Hampl (2003) upozorňuje, že Rohypnol (benzodiazepinové hypnotikum) je v ČR nejoblíbenější lékovou drogou mladistvých a mladých uživatelů drog. Z ČR nám není známa žádná studie zaměřená na užívání benzodiazepinů mezi klienty s problémem užívání nelegálních drog.

Celkem 89,7 % (N = 158) klientů užilo alespoň jednu nealkoholovou drogu (pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy [braun, metadon, opioidní analgetika] nebo benzodiazepiny) ve 30 dnech před léčbou. Pervitin je v našem souboru nejčastěji užívanou drogou ve sledovaném období. 77,8 % (N = 137) klientů uvedlo, že ve sledovaném období alespoň jednou užilo pervitin (graf 6). Užití alkoholu je zobrazeno pouze u těch respondentů, jejichž míra konzumace odpovídá škodlivému pití (54,5 %, N = 94), přesto je alkohol druhou nejčastěji užívanou návykovou látkou. Benzodiazepiny (33,5 %, N = 59), heroin (28,9 %, N = 51) a buprenorfin (26,7 %, N = 47) užila shodně přibližně třetina klientů terapeutických komunit. 8,5 % (N = 15) klientů přiznalo užití *jinych opioidů* (braun, metadon, opioidní analgetika) ve 30 dnech před léčbou. 44,3 % (N = 78) respondentů užilo alespoň jednu ze tří sledovaných *opiátových drog* (heroin, buprenorfin, jiné opioidy), čímž se opiáty řadí na třetí místo ve frekvenci užívání.

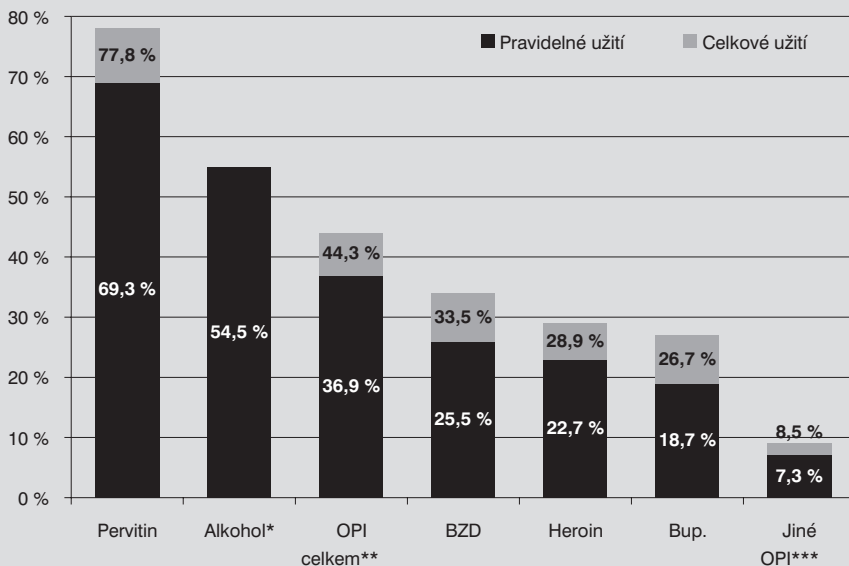
Naše závěry potvrzující značné rozšíření škodlivého pití a užívání benzodiazepinů mezi drogově závislými klienty terapeutických komunit jsou v souladu se zjištěními britské studie

NTORS (Gossop, 2004; Gossop et al., 1999). Údaje o užívání alkoholu a benzodiazepinů mezi uživateli drog v ČR jsou velmi omezené. Ačkoli je rozšíření těchto drog u nás značné, není nám známa žádná studie hodnotící pití alkoholu a užívání benzodiazepinů mezi uživateli nealkoholových drog. Data z Registru žadatelů o léčbu (viz výše) ukazují jen velmi nízký počet uživatelů těchto dvou látek [1,4 % uživatelů benzodiazepinů a 8,9 % klientů, kteří užíli alkohol v kombinaci s jinou drogou] (Studničková & Petrášová, 2009).

Ve sledovaném souboru jsou také 2 (1,1 %) klienti, kteří před léčbou užívali rozpouštědla. U jednoho respondenta se jednalo o ojedinělé užití u druhého o denní užívání v posledních 30 dnech před léčbou<sup>58</sup>.

*Pravidelné užívání* nealkoholových drog definujeme jako užití alespoň jedenkrát týdně ve 30 dnech před začátkem léčby. Klienti terapeutických komunit ve velké míře užívali drogy pravidelně. Ve sledovaném souboru je pouze malý rozdíl mezi pravidelným a ojedinělým užíváním (méně než jedenkrát týdně) nealkoholových drog (graf 6). V případě pervitinu dosahuje rozdíl není větší než 8 %. 69,3 % všech klientů užívalo pervitin pravidelně; v případě pravidelného užívání všech opiátových drog je to 36,9 % klientů z celého sledovaného souboru. Takové vý-

Graf 6 Frekvence celkového a pravidelného užití drog ve 30 dnech před léčbou



\*Alkohol: klienti, kteří konzumovali alkohol ve škodlivé míře (viz kapitolu 5/3 této práce).

\*\*OPI celkem: zahrnuje heroin, buprenorfin a jiné OPI.

\*\*\* Jiné OPI: zahrnuje braun, metadon a opioidní analgetika.

<sup>58</sup> Zkušenost (kdykoliv v minulosti) s užíváním těkavých látek přiznalo 19,3 % (N = 34) klientů. 6,8 % (N = 12) klientů ze sledovaného souboru užívalo těkavé látky minimálně jeden rok. Takové zjištění je znepokojující, neboť užívání těkavých látek je mimořádně nebezpečné vzhledem k možnému předávkování a zároveň velmi rizikové v souvislosti s možným organickým poškozením mozku.

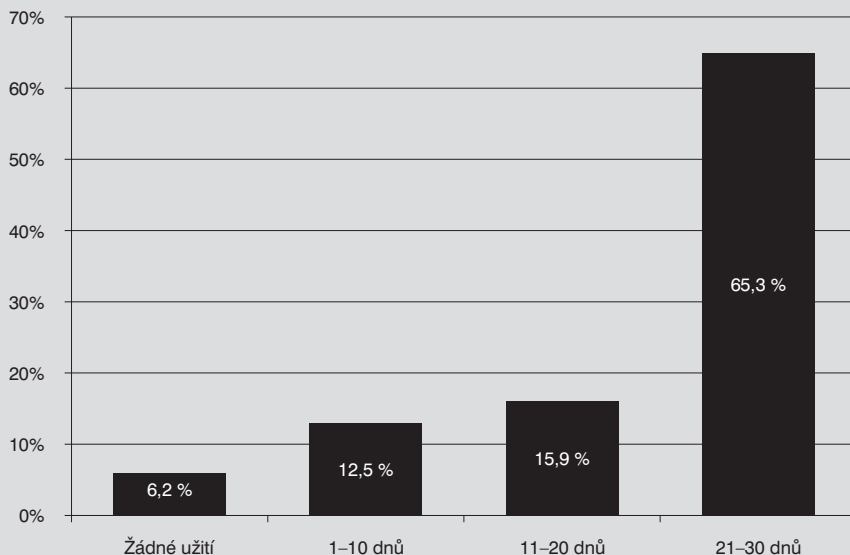
sledky ukazují na značnou frekvenci pravidelného užívání nealkoholových drog (tj. minimálně jedenkrát týdně) a alkoholu ve škodlivé míře před začátkem léčby. Jinými slovy řečeno, pokud klienti některou z drog užívali, ve značné míře tak činili pravidelně.

V ČR se klienti odborných adiktologických služeb včetně terapeutických komunit zpravidla rozlišují podle primárně užívané drogy. Taková droga je užívána cíleně, pravidelně a zpravidla představuje hlavní problém. V ČR je typickou primární drogou pervitin, který je jednoznačně nejpopulárnější drogou mezi problémovými uživateli a stejně tak mezi žadateli o léčbu. Užívání pouze jediné drogy je poměrně vzácné. Žadatelé o léčbu téměř vždy užívají několik různých drog (Gossop, 2004). Ostatní užívané drogy se někdy označují jako sekundární. Ty mohou, ale nemusí být vnímány jako problém, avšak měly by být součástí celkového klinického profilu klienta, neboť užívání sekundárních drog může ovlivnit výsledky léčby (ibid). Naše výsledky ukazují, že polymorfní užívání návykových látek je mezi klienty terapeutických komunit značně rozšířené. 71,5 % (N = 126) klientů užílo dvě a více ze sledovaných drog ve 30 dnech před léčbou. Rovněž pravidelné užívání (tj. jednou týdně nebo častěji) více drog je mezi klienty terapeutických komunit časté. 63,6 % (N = 112) dotázaných uvedlo, že ve 30 dnech před léčbou užívalo pravidelně dvě a více ze sledovaných drog. Nejčastěji se jednalo o pravidelné užívání pervitinu a konzumaci alkoholu ve škodlivé míře (23,2 %, N = 41); pervitinu a opiátů (6,8 %, N = 12) pervitinu, opiátů a benzodiazepinů (6,2 %, N = 11); pervitinu, opiátů a alkoholu ve škodlivé míře (5,6 %, N = 10); pervitinu, benzodiazepinů a alkoholu ve škodlivé míře (5,1 %, N = 9). Potvrzují se závěry jiných autorů, že alkohol a benzodiazepiny patří mezi často užívané sekundární drogy mezi klienty preferujícími pervitin a opiáty (Gossop, 2004; Hampl, 2003).

Klienty terapeutických komunit jsme rozdělili do čtyř skupin podle frekvence užívání drog ve 30 dnech před léčbou (graf 7). Zahrnuli jsme zde také klienty, kteří užívali alkohol ve škodlivé míře. Naše výsledky ukazují, že nadpoloviční většina klientů užívá minimálně jednu drogu ve velmi vysoké frekvenci. 65,3 % (N = 115) klientů užívalo alespoň jednu ze sledovaných drog téměř denně nebo denně (tj. ve 21–30 dnech) nebo konzumovalo alkohol ve škodlivé míře. V této skupině velmi intenzivně užívajících klientů je 28,6 % (N = 33) respondentů, kteří téměř denně nebo denně užívali dvě a více návykových látek. Nejčastěji se jednalo o užívání pervitinu a opiátových drog, alkoholu a pervitinu a také o užívání benzodiazepinů spolu s ostatními sledovanými drogami. V našem souboru jsou také klienti, kteří měsíc před léčbou neuzili žádnou ze sledovaných návykových látek<sup>59</sup> (6,2 %, N = 11). Graf 7 nerozlišuje klienty, kteří ve třiceti dnech před léčbou nadměrně konzumovali alkohol (3,9 %, N = 7), avšak neuzili jiné drogy. Z toho je zřejmé, že do terapeutických komunit přicházejí také klienti, kteří aktuálně nealkoholové drogy neužívají, ale konzumují alkohol ve škodlivé míře.

59 Někteří z těchto klientů užívali alkohol v míře, kterou lze označit za pití s mírou nepřesahující hranici škodlivé konzumace alkoholu.

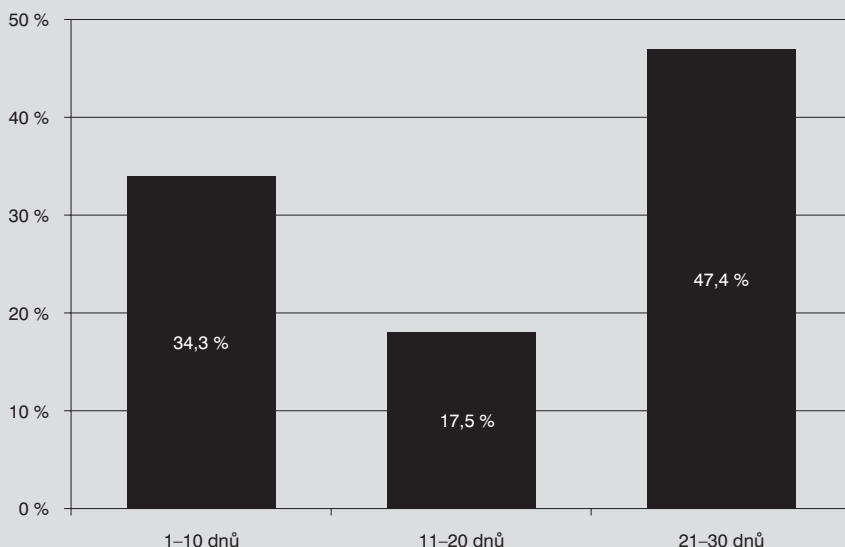
Graf 7 Frekvence užívání drog ve 30 dnech před léčbou



Pervitin si uchovává své jedinečné postavení na drogové scéně v ČR již od poloviny sedmdesátých let minulého století. Pervitin je jednoznačně nejpobulárnější drogou mezi problémovými uživateli drog v ČR (Mravčík et al., 2011). Žadatelům o léčbu rovněž dominují uživatelé pervitinu, kteří tvoří zhruba dvě třetiny léčících se uživatelů drog (Studničková & Petrášová, 2009). Není proto překvapením, že 77,8 % klientů z námi sledovaného souboru užilo ve 30 dnech před léčbou pervitin; 69,3 % klientů z celého souboru užilo pervitin pravidelně (tj. minimálně jednou týdně). Graf 8 rozděluje uživatele pervitinu (N = 137) podle frekvence užití této drogy ve 30 dnech před začátkem léčby. Krajiní hodnoty – relativně nízká (v 1–10 dnech) a naopak velmi vysoká frekvence užití pervitinu (v 21–30 dnech) – mají nejvyšší četnost. Téměř polovina uživatelů pervitinu (47,4 %, N = 65) užila drogu téměř denně nebo denně. Průměrná denní dávka pervitinu činila 0,7 g, avšak 30,1 % (N = 41) uživatelů pervitinu uvedlo denní dávku 1 g a více<sup>60</sup>. Průměrná doba užívání pervitinu mezi klienty terapeutických komunit je 6,6 roku (s. d. = 4,2), přičemž 22,1 % (N = 39) dotazovaných užívalo pervitin 10 a více let. Nejčastěji udávaným věkem začátku užívání pervitinu je 15 let. Více než třetina (36,3 %; N = 64) klientů měla první zkušenost s pervitinem ve velmi raném věku mezi dvanáctým a patnáctým rokem života.

60 Průměrná čistota pervitinu na černém trhu v letech 2007 a 2008 byla 65,3 % (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, cit. dle Mravčík et al., 2011).

Graf 8 Frekvence užívání pervitinu před léčbou (pouze uživatelé pervitinu)



Monitorujeme také věk začátku užívání návykových látek. 40,9 % (N = 72) klientů terapeutických komunit uvedlo, že měli první zkušenost s jednou ze sledovaných drog (zde nejsou zahrnuti uživatelé alkoholu<sup>61</sup>) mezi dvanáctým a patnáctým rokem života. Pomíneme-li alkohol, jemuž se věnujeme v kapitole 5/3 této práce, průzkumy ve školní populaci ukazují, že zkušenost s užitím nelegálních drog (především marihuanou a těžkými látkami) má přibližně třetina patnáctiletých; zkušenost s metamfetaminem a opiáty uvádí 1–2 % patnáctiletých (Mravčík et al., 2006). Naše závěry ukazují, že značná část klientů (40,9 %) terapeutických komunit začala užívat opiáty, pervitin nebo benzodiazepiny mezi dvanáctým a patnáctým rokem života. Vysoké procento případů začátku užívání drog ve velmi nízkém věku je velmi pravděpodobně ovlivněno značnou koncentrací „nejvíce problémových“ případů mezi klienty terapeutických komunit. Přesto se jedná o velmi znepokojující zjištění. Kalina (2008c; s. 259–260) řadí věk při začátku závislosti mezi nejdůležitější prediktory výsledků léčby: „Závislost, která vznikne až po 20. roce věku, má až trojnásobně příznivější prognózu než závislost vzniklá ve věku nižším než 16 let při srovnatelné intenzitě poskytnuté péče. U klientů, kteří se stali závislými v dospělosti, drogová kariéra tolik nezabrdila osobnostní zráním a zvládáním důležitých vývojových úkolů v dospívání.“ Z uvedeného lze vyvodit, že takoví jedinci mohou být v léčbě značně náročnými klienty vzhledem k povaze prezentovaných obtíží, ale také v souvislosti s rizikem předčasného vypadnutí z léčby. Naše zjištění, že 40,9 % klientů terapeutických komunit začalo užívat nealkoholové návykové látky před patnáctým rokem věku, plně podporuje potřebu existence specializovaných léčebných programů pro adolescenty, kteří mají své specifické charakteristiky a potřeby ve srovnání s dospělými uživateli drog (viz Broža, 2008; Gossop, 2004; Jainchill et al., 2000; Kalina, 2008c).

61 Začátek konzumace alkoholu ve velmi raném věku mezi deseti až patnácti lety přiznalo 82,3% (N=145) ze všech sledovaných klientů.

Dále jsme zjistili, že 30,1 % (N = 53) klientů terapeutických komunit užívalo alespoň jednu ze sledovaných drog (s výjimkou alkoholu) 10 a více let. Použijeme-li jakékoli měřítko, jedná o velmi dlouhou drogovou kariéru. Takové zjištění podporuje hypotézu, že v terapeutických komunitách se léčí dlouhodobí uživatelé drog často s chronickými problémy. Kalina (2008c, s. 260) považuje délku drogové kariéry za velmi významný prediktor výsledků léčby: „Čím déle závislost trvá, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně.“ Vezmeme-li v úvahu další zde prezentované charakteristiky spojené s užíváním drog a životním stylem respondentů, lze ze získaného profilu usuzovat na značně vysoké skóre závažnosti drogové a jiné problematiky klientů terapeutických komunit.

Není překvapením, že klienti terapeutických komunit uváděli rozsáhlé, dlouhodobé a závažné obtíže týkající se užívání nelegálních drog a alkoholu. Mezi nejčastější problémy patří dlouhodobé a intenzivní užívání pervitinu, užívání opiátových drog a benzodiazepinů, polymorfní užívání dvou a více drog, injekční aplikace drog (viz dále) a vysoká míra škodlivé konzumace alkoholu. Ačkoli jsou terapeutické komunity v ČR primárně určeny pro léčbu problémových uživatelů nealkoholových drog, naše zjištění ukazují, že tato skupina klientů ve značné míře konzumuje také benzodiazepiny a alkohol ve škodlivé míře (podrobně o konzumaci alkoholu pojednává kapitola 5/3). Alkohol a benzodiazepiny mohou představovat skrytý problém u této populace klientů. Rozsah zjištěných obtíží klade velmi vysoké nároky na terapeutické komunity a všechna spolupracující odborná zařízení v síti služeb pro uživatele návykových látek.

**5/3****Konzumace alkoholu**

Předkládaná studie věnuje zvláštní pozornost užívání alkoholu mezi klienty, kteří se léčí v terapeutických komunitách. Terapeutické komunity v ČR se zaměřují na léčbu uživatelů drog, jejichž hlavním problémem jsou nelegální návykové látky, nikoli alkohol a farmaka s psychotropním účinkem. Klienti s primárním problémem závislosti na alkoholu směřují do systému zdravotnických a sociálních služeb, které jsou financovány z jiných fondů než služby pro uživatele nelegálních návykových látek (Kalina, 2008c). V našem výzkumu upouštíme od takového rozdělení a řadíme alkohol vedle nelegálních návykových látek. Není pochyb o tom, že alkohol je „skutečnou“ drogou obdobně jako např. heroin (Gossop, 2004). Alkohol hraje důležitou roli v polymorfním užívání drog, často patří mezi nejčastěji uváděné „sekundární“ drogy (ibid). V průběhu léčby všechny námi sledované terapeutické komunity vyžadují důslednou abstinenci od všech drog, včetně alkoholu. Porušení abstinence zpravidla znamená okamžité ukončení léčby. Gossop (2004) hovoří o alkoholu mezi uživateli drog jako o „skrytém“ droze. Problémy v souvislosti s nadměrným pitím jsou v léčbě drogových závislostí často přehlíženy a podceňovány (Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 2000a). Excesivní pití alkoholu po léčbě může negativně ovlivnit udržení pozitivních výsledků. Užívání alkoholu mezi klienty terapeutických komunit (tj. mezi klienty primárně závislými na nealkoholových drogách) může být problémem samo o sobě; nadměrné pití může významně zhoršovat jiné obtíže, někdy také představuje skrytý problém, který se objeví až po té, co klient dokončil léčbu a abstínuje od jiných drog (ibid). Alkohol a s ním spojené obtíže jsou snadno přehlíženy díky celospolečenské toleranci a malé stigmatizaci ve srovnání s nelegálními drogami a také



vzhledem k tomu, že v drogových službách se zájem pracovníků i klientů primárně soustředí na opiatové a stimulační drogy (ibid).

Výsledky zahraničních studií potvrzují, že u značné části uživatelů drog se vyskytují zdravotně rizikové formy konzumace alkoholu. Excesivní pití zhoršuje zdravotní a jiné problémy spojené s užíváním drog, ale může také negativně ovlivnit výsledky jinak úspěšné léčby drogové závislosti (Gossop, 2004; Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a). Studie NTORS mezi uživateli drog ve Velké Británii ukázala, že více než třetina žadatelů o léčbu pila alkohol v rizikové nebo ve velmi rizikové míře (Gossop, 2004). Závěry NTORS jsou znepokojující: většina problémových pijáků užívala alkohol denně nebo téměř denně, řada z nich vykazovala znaky závislosti na alkoholu a denní množství konzumovaného alkoholu odpovídalo láhvi destilátu (ibid). V USA bylo zjištěno, že 20–50 % léčících se uživatelů nelegálních drog konzumovalo alkohol v problémové míře (ibid).

Z ČR nám není známá žádná studie zaměřená na konzumaci alkoholu mezi uživateli nelegálních drog. Výroční zpráva Registru žádostí o léčbu, který spravuje Hygienická stanice hl. m. Prahy uvádí, že 8,9 % žadatelů o léčbu uvedlo alkohol jako sekundární drogu (Studničková & Petrášová, 2009). Výroční zpráva neuvádí žádné bližší informace ani to, zda se jedná o zdravotně rizikovou formu konzumace alkoholu. Bez ohledu na použité měřítko se jedná o překvapivě nízké procento klientů, které je pravděpodobně ovlivněno způsobem sběru dat. Pravidelné výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti se problematice alkoholu věnují jen velmi okrajově. EVLTK je v ČR ojedinělou studií, která sleduje užívání a změny v užívání alkoholu po léčbě mezi klienty terapeutických komunit drogově závislé.

Alkohol je v ČR daleko nejrozšířenější drogou; v celosvětovém žebříčku se dlouhodobě řadíme mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů (Popov, 2003). Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele (Minařík, 2008). Postoj vůči pravidelnému i excesivnímu pití alkoholu je u nás tradičně velmi tolerantní. Problémy v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu v ČR jsou značné a jednoznačně postihují mnohem více lidí než problémy s nelegálními drogami. Rizika excesivní konzumace alkoholu jsou srovnatelná s užíváním heroinu (Kacerovská, 2012). Přesto jsou problémy spojené s užíváním alkoholu v ČR stále podceňovány (Nešpor et al., 2005). V roce 2010 se počet osob užívajících alkohol rizikově či škodlivě odhadoval na 990 tis. až 1,4 mil. (Mravčík et al., 2011). 33 % mužů a 14 % žen konzumuje alkohol zdravotně rizikovým způsobem (Kubička & Csémy, 2004). Výsledky Výběrového šetření o zdravotním stavu a životním stylu české populace v roce 2006 ukázaly, že v posledních 30 dnech abstinovalo od alkoholu 26 % respondentů (Brožová, 2006). 6,5 % dotázaných pilo alkohol denně nebo téměř denně, 15,8 % několikrát týdně, 15,9 % respondentů pilo alkohol excesivním způsobem (tj. pět a více sklenic při jedné příležitosti) v posledních 30 dnech (ibid).

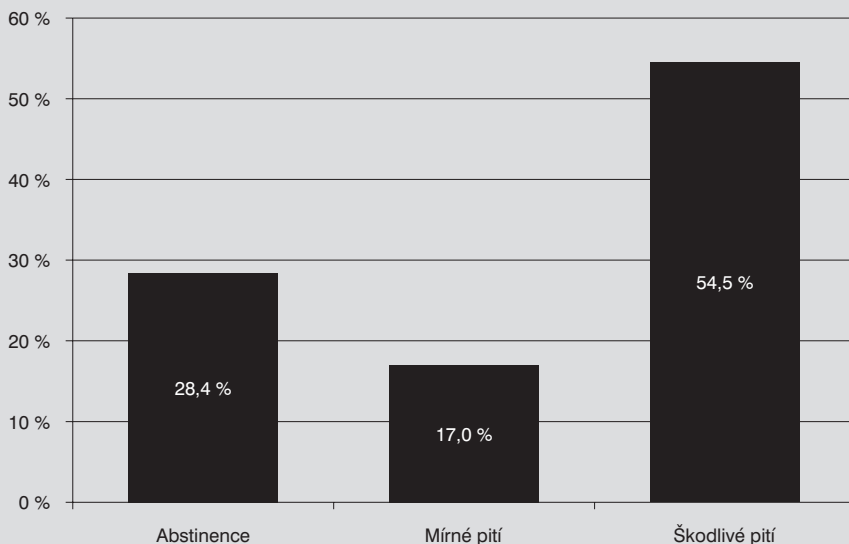
V ČR nejsou jednotně definovány limity pro bezpečnější konzumaci alkoholu. Většinou se vychází z doporučení WHO (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), které rozlišuje rizikové pití a škodlivou konzumaci alkoholu. Rizikové pití je užívání, které představuje riziko negativních následků pro konzumenta a jeho okolí. Jako škodlivé se označují pití alkoholu, které prokazatelně poškozují fyzické a duševní zdraví uživatele a nese s sebou negativní společenské následky. V ČR je nejrozšířenější pití piva z půl-

litrové sklenice (0,5 l), vína ze sklenice o objemu 0,2 l („dvě deci“) a destiláty ze sklenice o objemu 0,05 l, obsah alkoholu v každé takové „standardní sklenici“ je přibližně 16 g (Sovínová & Csémy, 2005).

Na základě dostupné literatury (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Babor et al., 2001; Kubička & Csémy, 2004; Popov, 2003; Sovínová & Csémy, 2005, n.d.) jsme definovali škodlivé pití jako *častou konzumaci* nebo jako *nadměrnou konzumaci při jedné příležitosti*. *Častou konzumaci* jsme stanovili jako pití třikrát týdně a častěji a zároveň pití čtyř a více sklenic (muži) nebo tří a více sklenic (ženy). Taková konzumace alkoholu přesahuje doporučenou maximální týdenní konzumaci alkoholu pro muže (10 sklenic) i pro ženy (7 sklenic). *Nadměrnou konzumaci při jedné příležitosti* jsme stanovili u mužů jako pití čtyř a více sklenic (tj. více než 60 g alkoholu) a u žen jako pití tří a více sklenic (tj. více než 40 g alkoholu). Gossop et al. (2000a) upozorňují, že je potřeba sledovat nejen frekvenci pití, ale zároveň také množství vypitého alkoholu. Ojedínělá konzumace velkého množství alkoholu je riziková zejména vzhledem k předávkování a úrazům.

Ve 30 dnech před léčbou v terapeutické komunitě konzumovalo alkohol více než dvě třetiny klientů (71,5 %, N = 126). Podle míry konzumace alkoholu lze respondenty rozdělit do tří skupin (graf 9). První skupina klientů alkohol neužívala vůbec (28,4 %, N = 50) a druhá v mírné míře, která neznamená přímé poškození zdraví a lze ji označit za společensky přijatelnou (17,0 %, N = 30). Úroveň pití alkoholu třetí skupiny respondentů je značně vysoká a znepokojující. 54,5 % (N = 96) klientů pije alkohol v míře, která prokazatelně poškozuje zdraví jedince a představuje riziko pro jeho sociální okolí. Muži z této skupiny klientů konzumovali průměrně 10 standardních sklenic (taková konzumace odpovídá 0,5 litru destilátu) alkoholu za den, ženy průměrně 8 sklenic během jednoho dne. Denní konzumaci přiznalo

Graf 9 Konzumace alkoholu ve 30 dnech před léčbou



15,6 % (N = 15) nadměrných konzumentů alkoholu s průměrnou denní dávkou 12 sklenic (taková konzumace odpovídá 0,6 litru destilátu, tj. přibližně 192 g alkoholu). Ve sledovaném souboru je relativně častá pravidelná konzumace nealkoholových drog (tj. užití minimálně jednou týdně) a současně škodlivé pití alkoholu ve 30 dnech před léčbou. Pravidelné užívání pervitinu a škodlivou konzumaci alkoholu uvedlo 23,2 % (N = 41) klientů. Zaznamenali jsme rovněž rizikové pití a pravidelné užívání opiátů a/nebo benzodiazepinů, v některých případech v kombinaci s pervitinem. Škodlivé pití a současně užití jiných drog zvyšuje riziko předávkování a jiných zdravotních komplikací. Začátek konzumace alkoholu ve velmi raném věku mezi 10–15 let přiznalo 82,3 % (N = 145) ze všech sledovaných klientů. V uvedeném věkovém období je u klientů terapeutických komunit alkohol jednoznačně nejčastěji užívající návykovou látkou.

Mezi klienty terapeutických komunit jsme zaznamenali vysokou míru škodlivého pití ve 30 dnech před začátkem léčby. Škodlivá konzumace alkoholu u více než poloviny sledovaných klientů je znepokojující neboť může mít značné zdravotní a sociální následky pro klienta a jeho sociální okolí. Připočteme-li vysokou míru konzumace pervitinu a dalších nealkoholových drog a vysokou míru injekčního užívání drog, lze z výsledného profilu usuzovat, že do terapeutických komunit přicházejí klienti se závažnými a mnohočetnými obtížemi. Jak ukazují výsledky zahraničních studií, zdravotně rizikové formy konzumace alkoholu mohou být snadno podceňovaným a skrytým problémem uživatelů drog. Zajímavým zjištěním je, že 28,4 % uživatelů drog abstinovalo od alkoholu a dalších 17,0 % klientů konzumovala alkohol ve společensky přijatelné míře před léčbou v terapeutické komunitě. Abstinence a střídmá konzumace alkoholu uváděná téměř polovinou zkoumaného souboru je v kontrastu s jinak vysokou mírou užívání nealkoholových drog. Rovněž Gossop et al. (2000a) udávají přibližně jednu třetinu klientů abstinujících od alkoholu mezi uživateli nealkoholových drog, kteří participovali na studii NTORS. Pro relativně vysokou míru abstinence od alkoholu mezi uživateli nealkoholových drog nemáme doposud uspokojivé vysvětlení (ibid). Identifikace ochranných faktorů by mohla napomoci k vývoji efektivnějších intervencí zaměřených na řešení škodlivého pití mezi léčenými uživateli drog.

## 5 / 4

## Injekční užívání drog a sexuálně rizikové chování

Po objevu infekce HIV počátkem osmdesátých let minulého století se injekčnímu užívání drog a s ním souvisejícímu chování začala věnovat značná pozornost. Injekční užívání drog, sdílení injekčního náčiní a sdílení parafernií používaných k injekční aplikaci drog představuje významné riziko pro šíření krví přenosných infekcí (HIV, hepatitidy), smrtelných předávkování a zdravotních komplikací (endokarditida, kožní infekce aj.). Sdílení injekčního náčiní je hlavní příčinou šíření HIV a dalších krví přenosných infekcí (Gossop, Marsden, Stewart, & Treacy, 2002b).

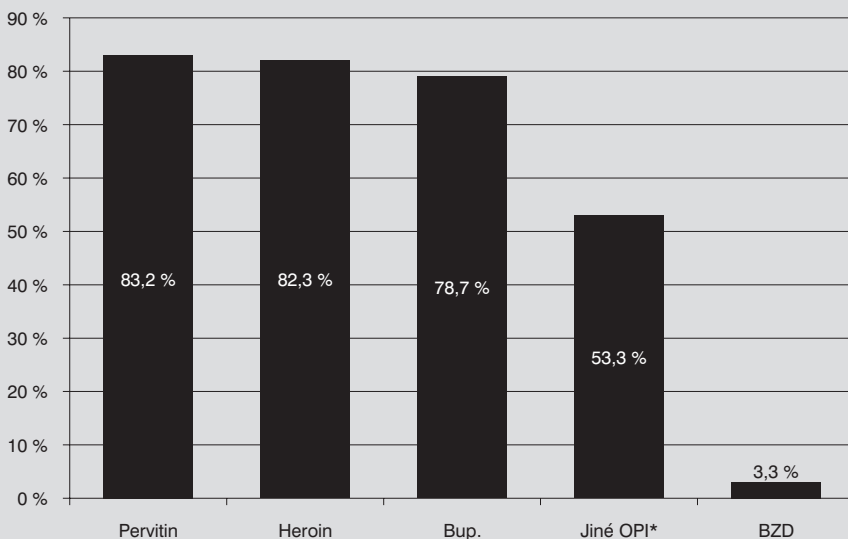
Ačkoli je výskyt infekce HIV mezi injekčními uživateli drog ve většině zemí EU včetně ČR stále relativně velmi nízký (EMCDDA, 2012a), někteří autoři (Minařík & Řehák, 2008; Zábanský & Janíková, 2008) upozorňují na situaci v řadě východoevropských států a v zemích bývalého

Sovětského svazu, kde probíhá explozivní epidemie infekce HIV u injekčních uživatelů drog. Výsledky studie ruskojazyčných injekčních uživatelů drog na drogové scéně hl. m. Prahy ukázaly několikanásobně vyšší promořenost krví přenosnými infekčními chorobami ve srovnání s českými a v Praze se zdržujícími injekčními uživateli drog: u 3,4 % (N = 2) klientů byla zjištěna přítomnost HIV, u 62,0 % (N = 37) klientů byla zjištěna probíhající HCV infekce a u 52,5 % (N = 31) byla zjištěna HBV infekce (Zábranský et Janíková, 2008). Výskyt virových hepatitid C a B mezi injekčními uživateli drog v Evropě je značně vysoký; prevalence HCV dosahuje 14–70 % (EMCDDA, 2012a) a HBV 5–36 % (EMCDDA, 2012b). Minařík et Řehák (2008) uvádějí, že v ČR má výskyt HBV významně klesající trend a výskyt HCV mezi uživateli drog je stabilizovaný.

Distribuce a výměna injekčního náčiní mezi injekčními uživateli drog je účinnou strategií, jak zabránit šíření krví přenosných infekcí (WHO, 2000). Snižování zdravotních a sociálních rizik v souvislosti s užíváním drog patří dlouhodobě mezi hlavní součásti protidrogové politiky v ČR. Klíčovou roli zde zastávají nízkoprahová zařízení, terénní programy a další služby poskytující odborné intervence založené na přístupu snižování rizik (harm minimisation). Distribuce sterilního a výměna použitého injekčního náčiní a parafernálií k injekční aplikaci drog spolu s poskytováním informací o možnostech snižování rizik patří mezi základní používané postupy.

Injekční užívání drog je velmi rozšířené mezi klienty terapeutických komunit. 92,0 % (N = 162) dotazovaných z námi sledovaného souboru alespoň jednou v životě užilo drogu injekčně. 24,6 % (N = 40) respondentů z této skupiny začalo injekčně užívat drogy ve velmi raném věku mezi dvanáctým a patnáctým rokem života. Také dlouhodobé injekční užívání drog mezi klienty terapeutických komunit je časté. 61,7 % (N = 100) injekčních uživatelů

Graf 10 Injekční užívání ve 30 dnech před léčbou podle jednotlivých drog



\*Jiné OPI: zahrnuje braun a opioidní analgetika.

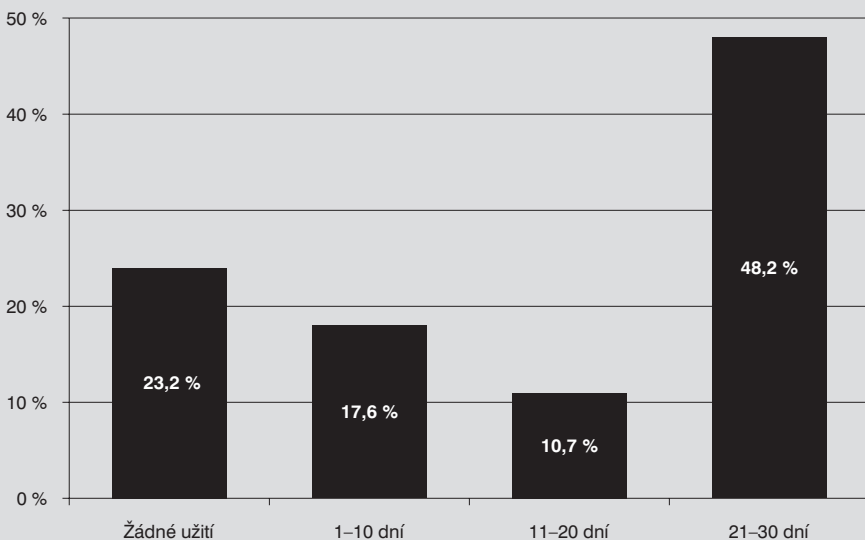
drog si drogy aplikovalo pět a více let avšak čtvrtina (25,3 %, N = 41) klientů užívala drogy injekčně 10 a více let.

76,1 % (N = 134) klientů užívalo drogy injekčně – tj. nejrizikovějším způsobem, v období 30 dnů před začátkem léčby. Pervitin byl nejčastěji injekčně užívanou drogou; 83,2 % (N = 114) klientů, kteří užíli pervitin ve 30 dnech před léčbou, tak učinilo injekčním způsobem (graf 10). 82,3 % (N = 42) uživatelů heroínu užílo ve sledovaném období injekčně. V případě buprenorfinu činí frekvence injekčního užívání 78,7 % (N = 37); ten byl v ČR v době realizace studie dostupný jako lék určený k sublinguálnímu užití.

Frekvence injekčního užívání drog je značná. Přestože 23,2 % (N = 41) klientů terapeutických komunit neužílo drogy injekčně ve 30 dnech před zahájením léčby, 48,2 % (N = 85) dotázaných udávalo velmi intenzivní injekční užívání drog, a to ve frekvenci 21–30 dnů v posledním měsíci před léčbou (graf 11). Z této skupiny 65,8 % (N = 56) klientů uvedlo denní injekční užívání drog ve 30 dnech před léčbou.

Rovněž *intenzita* injekčního užívání ve 30 dnech před léčbou je velmi vysoká. Minimálně dvakrát denně užívalo injekčně 91,0 % (N = 122) respondentů z podskupiny injekčních uživatelů drog.

Graf 11 Frekvence injekčního užívání drog ve 30 dnech před léčbou



29,1 % (N = 39) injekčních uživatelů uvedlo sdílení injekčního náčiní ve 30 dnech před léčbou. Více než polovina klientů (61,5 %, N = 24), kteří sdíleli injekční náčiní ve sledovaném období, tak učinila jednou či dvakrát. V našem souboru jsou také klienti s velmi vysokou frekvencí sdílení injekčního náčiní. 15,3 % (N = 6) injekčních uživatelů drog uvedlo, že si aplikovali drogu použitým injekčním náčiním ve více než 15 případech v posledních 30 dnech před léčbou.

Naše výsledky potvrzují vysokou míru prevalence injekčního užívání drog mezi klienty přicházejícími do léčby v terapeutické komunitě. Zároveň můžeme říci, že pouze menší část klientů sdílí injekční náčiní a pokud k tomu dojde, v naprosté většině případů se jedná o ojedinělé (jednou či dvakrát ve sledovaném období) chování. Pouze malé procento injekčních uživatelů drog sdílí injekční náčiní pravidelně. Jedná se o 15 % injekčních uživatelů drog, kteří představují pro sebe a své okolí velmi vysoké riziko nákazy a šíření krví přenosných infekčních chorob.

Naše zjištění jsou ve shodě s jinými obdobnými závěry z ČR o injekčním užívání drog v ČR. 70 % uživatelů drog zapsaných v roce 2010 do Registru žádostí o léčbu užívalo drogy injekčně (Mravčík et al., 2011). Herzog (2011) uvádí, že 29 % klientů nízkoprahových zařízení na území hl. m. Prahy sdílí injekční náčiní s jinými uživateli drog. Ovšem 13 % klientů nízkoprahových zařízení na území hl. m. Prahy sdílí injekční náčiní ve velmi vysoké míře (tj. denně nebo několikrát do týdne) (ibid). Rezistence vůči změně rizikového chování u této skupiny klientů je znepokojivá, uvážíme-li, že se jedná o klienty v kontaktu s odbornými službami harm reduction. Rovněž NTORS zaznamenala přetrvávání velmi rizikového chování u malé části klientů, navzdory absolvované léčbě (Gossop et al., 2002b). Jiné domácí zdroje uvádějí, že v posledních třech měsících sdílelo injekční materiál od 25 % do 51 % injekčních uživatelů drog (Minařík & Zahradník, 2003; Mravčík & Šebáková, 2002 in Drugs in Focus 4 & Korčišová, 2004). Z dlouhodobého hlediska klesá míra sdílení jehel mezi injekčními uživateli drog v ČR (Mravčík et al., 2011). Výsledky NTORS z rezidenčních léčebných center ukazují, že drogy užívaly injekčně téměř dvě třetiny respondentů (61 %) a 19 % z nich sdílelo injekční náčiní v 90 dnech před léčbou (Gossop et al., 2002b). Zjištění z naší studie poukazují na vyšší míru injekčního užívání drog a také vyšší míru sdílení injekčního náčiní, než je tomu ve studii NTORS.

Nechráněný pohlavní styk – spolu s injekčním užíváním drog – představuje významné riziko pro šíření krví přenosných infekčních chorob. Nechráněný pohlavní styk je rizikový zejména vzhledem k šíření infekce HIV, virové hepatitidy B, syfilis a jiných krví přenosných infekčních chorob. Gossop (2004) označuje prostituci – spolu s kriminalitou a prodejem drog – za hlavní způsoby opatření drog nebo finančních prostředků na jejich nákup. Bylo by však příliš zjednodušující tvrdit, že existuje jednoznačná souvislost mezi užíváním drog a prostitucí. Injekční uživatelé drog a prostitutky/prostituti mohou být ve zvýšené míře ohroženi nákazou některou z krví přenosných infekčních chorob a jejich dalším šířením. Injekční uživatelé drog, kteří jsou zároveň prostitutky/prostituti, mohou být v této souvislosti ve *velmi* vysokém riziku (Gossop, 2004). Mezi uživateli pervitinu a buprenorfinu najdeme vysoký podíl osob, které poskytly sex za úplatu: 20 %, respektive 19 % mužů a 40 % respektive, 36 % žen uvedlo takové sexuální chování (Justinová, 2009). Nechanská (2011 in Mravčík et al., 2011) uvádí relativně vysoký současný výskyt prostituce a injekčního užívání drog: v letech 2000–2010 bylo injekční užívání drog zjištěno u celkem 20,0 % případů syfilis u osob provozujících prostituci a u 17,9 % injekčních uživatelů drog byla současně zjištěna prostituce. Mravčík et al. (2011) upozorňuje na vzrůstající počet případů syfilis mezi injekčními uživateli drog v ČR: v roce 2006 bylo mezi injekčními uživateli drog evidováno 20 případů, zatímco v roce 2010 již 113 případů.

Ve sledovaném souboru 48,8 % (N = 86) klientů uvedlo, že mělo pohlavní styk bez použití kondomu ve 30 dnech před začátkem léčby; avšak 17,6 % (N = 31) klientů uvedlo, že měli

nechráněný pohlavní styk se dvěma a více partnery. Zjištěné závěry o sexuálně rizikovém chování nevyovídají pouze o chování respondentů ze sledovaného souboru, ale zároveň také o jejich sexuálních partnerech. Naše zjištění jsou znepokojující, uvážíme-li, že míra rizika nákazy a šíření krví přenosných infekčních chorob prostřednictvím sexuálně rizikového chování je znásobena vysokým procentem injekčního užívání drog.

## 5 / 5

**Kriminalita**

Hovoříme-li v souvislosti s užíváním drog o problémech zdravotních, sociálních nebo trestně-právních, tvrdit, že všechny tyto obtíže jsou následkem užívání drog je příliš zjednodušující a nepřesné (Gossop, 2004). Je zřejmé, že některé problémy souvisejí se způsobem užívání drog, jiné s ilegálním statutem mnoha návykových látek, nikoli s jejich specifickou toxicitou. Pravidelná konzumace drog zpravidla představuje obrovskou ekonomickou zátěž pro uživatele a jen malá část jedinců je schopna financovat svůj návyk z vlastních a legálních zdrojů. Majetková kriminalita, prodej drog a prostituce jsou nejběžnější způsoby financování užívání drog (ibid). Opakovaně byla prokázána silná vazba mezi užíváním nelegálních drog a páchaním trestné činnosti (např. Gossop, 2004; Gossop, Marsden, & Stewart, 1998, 2000a; Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 2000b; Mravčík et al., 2010; Orliková & Gajdošíková, 2006; Stewart, Gossop, Marsden, & Rolfe, 2000).

Podle expertních odhadů se uživatelé drog podílejí na cca 71–74 tis. činů ročně, což představuje přibližně pětinu všech zjištěných trestných činů v ČR; nejčastěji se jedná o krádeže věcí z automobilů (Mravčík et al., 2010). V roce 2009 bylo přibližně 2,5 tis. osob zadrženo a stíháno za drogové trestné činy (ibid). Mezi pachatelů drogových i nedrogových trestných činů v ČR je vysoký podíl uživatelů pervitinu (ibid.). Navzdory uvedeným trendům „analýza a řešení problematiky uživatelů drog, kteří se dostávají do konfliktu se zákonem, nejsou zatím bohužel v ČR vnímány jako závažná aktuální témata, která je potřeba na půdě trestní justice systémově řešit“ (Gabrhelíková Müllerová, 2008, s. 275).

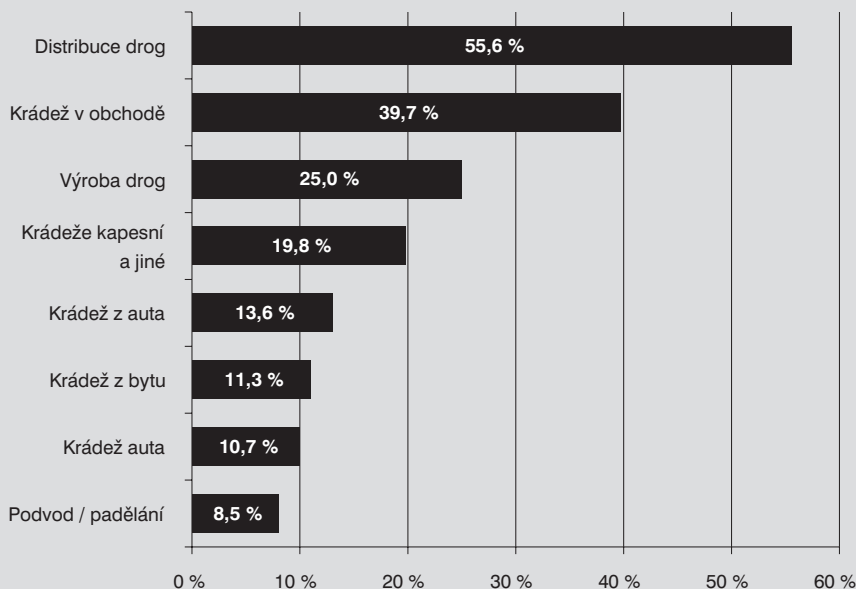
Není zcela zřejmé, jakým způsobem vzniká souvislost mezi užíváním drog a kriminalitou. V některých případech kriminalita a jiné antisociální chování předchází užívání drog, a jsou tedy asociovány s jinými obtížemi, než je užívání návykových látek. Mnoho uživatelů drog bylo zapojeno do trestné činnosti dříve, než začali užívat drogy (Best et al., 2001; Nurco in Gossop, 2004). Kriminalita uživatelů drog může souviset s jinými faktory, než je užívání drog (Gossop, 2004), např. život v sociálně vyloučených lokalitách a antisociální chování jedince. Řada uživatelů drog byla zapojena do kriminálních aktivit dříve, než začali užívat návykové látky (Stewart et al., 2000). Užívání drog může vést ke kriminálnímu chování, ovšem takový závěr nelze aplikovat na všechny uživatele drog. Gossop et al. (2000b) poukazují na komplexní povahu vzájemných vztahů mezi užíváním drog a kriminalitou, pro něž nemáme jednoznačné vysvětlení. Z různých výzkumných studií vyplývá, že vazby mezi kriminalitou a užíváním drog nemají jednoznačnou příčinnou souvislost, rozdílly mezi zkoumanými osobami jsou značné a rovněž kriminální chování a užívání drog je u každého jednotlivce proměnlivé v čase a ovlivněno řadou faktorů (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b). Výsledky studie NTORS ukázaly, že majetková kriminalita – zejména různé formy krádeží – patří mezi

nejběžnější způsoby, jakými si uživatelé drog opatřují drogy a finanční prostředky potřebné k jejich nákupu (Stewart et al., 2000). Závěry NTORS zároveň ukazují, že zdaleka ne všichni uživatelé drog jsou zapojeni do trestné činnosti; a ti s kriminálním chováním netvoří homogenní skupinu (ibid). V žádné populaci uživatelů drog nejsou všichni jedinci zapojeni do trestné činnosti (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b).

„Snížení kriminality je vedle snížení užívání drog nejdůležitějším ukazatelem úspěšnosti léčby v terapeutické komunitě, ceněným zejména z toho důvodu, že se může opírat o objektivní údaje v registrech orgánů činných v trestním řízení“ (Kalina, 2008c, s. 262). Někteří autoři (Gyngell, 2011; Rawlings, 2001) poukazují na nespolehlivost dat získaných z kriminálních registrů. Prvním problémem je, že řada bývalých klientů terapeutických komunit může být po léčbě odsouzena za trestné činy spáchané před léčbou nebo za porušení podmínky (nikoliv za novou trestnou činnost). Druhým problémem je skutečnost, že řada klientů může páchat trestnou činnost, aniž by se do kriminálního registru dostali. Studie EVLTK získává data o kriminálním chování ze strukturovaného interview s klienty terapeutických komunit. Jak jsme již jinde v textu uvedli (kapitola 2/4), řada renomovaných autorů považuje takový způsob sběru dat za validní a spolehlivý.

Celkem 12 728 trestných činů v období 30 dnů před zahájením léčby bylo spácháno 73,2 % (N = 129) klientů ze sledovaného souboru. Celkem 9 021 drogových trestných činů (tj. prodej a výroba drog, někdy označováno jako tzv. primární drogová kriminalita) bylo spácháno 58,5 % (N = 103) klientů. 56,8 % (N = 100) klientů uvedlo, že spáchalo 3 707 nedrogových trestných činů. Nejčastěji se jednalo o různou majetkovou trestnou činnost (tzv. sekundární drogová kriminalita).

Graf 12 Frekvence trestných činů ve 30 dnech před léčbou





Frekvenci jednotlivých trestných činů ve 30 dnech před začátkem léčby zobrazuje graf 12. Prodej drog byl nejčastěji uváděnou ilegální aktivitou; 55,6 % (N = 98) klientů ze sledovaného souboru přiznalo, že minimálně jednou prodávali drogy ve 30 dnech před nástupem do terapeutické komunity. Druhým nejčastěji uváděným trestným činem jsou krádeže v obchodě (39,7 %, N = 70). Následuje výroba drog (pervitinu), kterou uvedlo 25,0 % (N = 44) klientů terapeutických komunit. Vysoká frekvence užívání spolu se značnou četností výroby pervitinu mezi klienty terapeutických komunit zdůrazňuje rozsah a závažnost problémů spojených s touto drogou v ČR. Pervitin na český drogový trh prakticky ve 100 % případů dodává poměrně rozsáhlá síť místních malovýrobců.

Celkové počty spáchaných trestných činů ve 30 dnech před zahájením léčby zobrazuje tabulka 42. 9 021 drogových trestných činů (distribuce a výroba drog) a 3 707 nedrogových trestných činů (především majetková kriminalita) bylo spácháno ve 30 dnech před zahájením léčby. Mezi nedrogovými trestnými činy převažuje majetková kriminalita v podobě různých forem krádeží. Krádež v obchodě je s celkovým počtem 2 303 činů nejvíce páchaným majetkovým trestným činem ve 30 dnech před zahájením léčby. Kromě různých forem krádeží respondenti uvedli také další trestné činy: řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu/nealkoholových drog (195 činů), podvod/padělání (62 činů) a loupežné přepadení (2 činy).

Tab. 42 Počty trestných činů spáchaných v období 30 dnů před léčbou

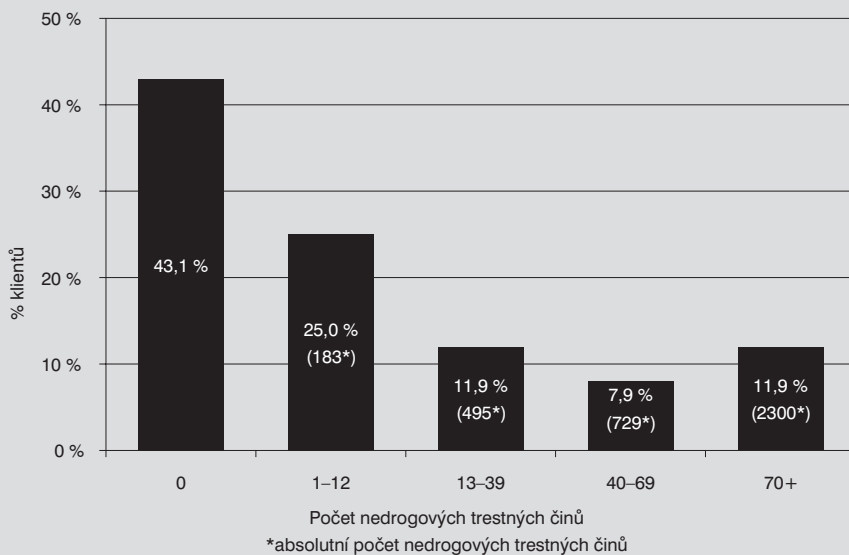
Trestný čin	Počet
Distribuce drog	8 570
Krádež v obchodě	2 303
Krádeže kapesní a jiné	485
Krádež z auta	457
Výroba drog	451
Řízení motorového vozidla <sup>a</sup>	195
Krádež z bytu	104
Krádež auta	99
Podvod/padělání	62
Loupežné přepadení	2
<b>Celkem</b>	<b>12 728</b>

<sup>a</sup> Řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu/nealkoholových drog.

Řada studií potvrdila vysoký podíl kriminálních aktivit mezi uživateli drog (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Stewart et al., 2000). Gossop et al. (1998) uvádějí, že klienti rezidenčních programů byli více zapojeni do kriminálních aktivit ve srovnání s klienty metadonových center. 61 % klientů sledovaných studií NTORS se dopustilo trestného činu v 90 dnech před léčbou (ibid).

Naše výsledky ukazují, že 43,1 % (N = 76) klientů terapeutických komunit se nedopustilo *nedrogové* trestné činnosti ve 30 dnech před začátkem léčby. Gossop (2004) uvádí, že ne vždy musí jít kriminalita ruku v ruce s užíváním drog. Polovina uživatelů drog zapojených do studie NTORS nespáchala žádný majetkový trestný čin v období tří měsíců před začátkem léčby (Stewart et al., 2000). Klienti s kriminálním chováním netvoří stejnorodou skupinu. Většina klientů zapojených do majetkové kriminality spáchala jen relativně nízké procento trestných činů. Naopak minoritní skupina klientů vykazovala velmi vysokou úroveň kriminálního chování. Výsledky NTORS ukázaly, že tři čtvrtiny (76 %) majetkových trestných činů spáchalo pouhých 10 % respondentů (ibid). Naše zjištění je obdobné: 43,1 % (N = 76) klientů z naší sledovaných terapeutických komunit uvedlo, že nespáchali žádný nedrogový trestný čin ve 30 dnech před léčbou. Naopak 11,9 % (N = 21) respondentů bylo zapojeno do kriminálních aktivit ve značně vysoké míře a spáchali 62,0 % majetkových trestných činů (graf 13). Zatímco klienti s vysokou mírou zapojení do kriminálních aktivit spáchali ve 30 dnech před léčbou průměrně 121 nedrogových trestných činů, klienti s relativně nízkou kriminalitou (1–12 činů) spáchali průměrně 4 nedrogové trestné činy ve sledovaném období.

Graf 13 Frekvence nedrogových trestných činů ve 30 dnech před léčbou



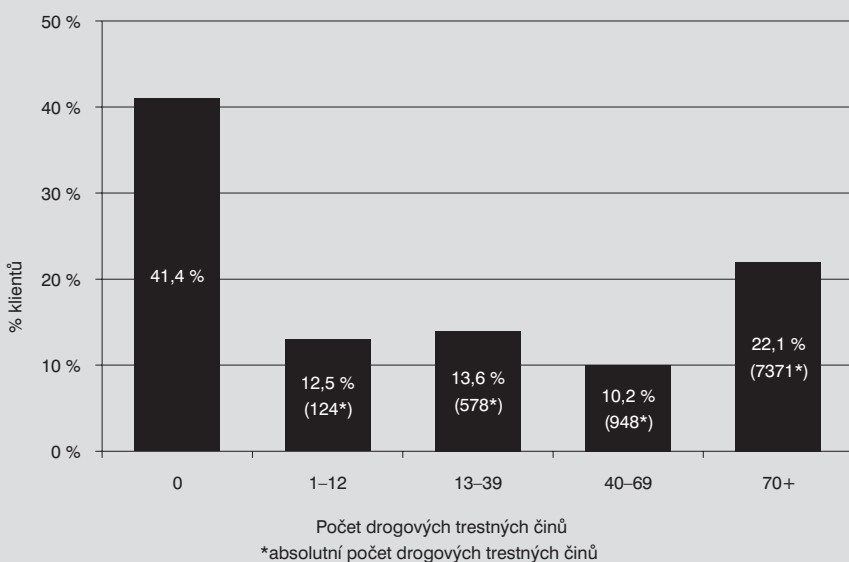
Dále jsme sledovali, zdali existuje souvislost mezi páčáním nedrogové trestné činnosti a mírou užívání návykových látek. Klienty terapeutických komunit jsme rozdělili do tří skupin: v první skupině byli klienti, kteří nespáchali žádný nedrogový trestný čin, ve druhé skupině byli klienti s relativně nízkou mírou nedrogové trestné činnosti a ve třetí skupině klienti s vysokou mírou nedrogové trestné činnosti. Test statistické významnosti potvrdil, že klienti s vysokou frekvencí nedrogové trestné činnosti signifikantně častěji užívali pervitin a heroin ve 30 dnech před začátkem léčby. Klienti s vysokou mírou nedrogové trestné činnosti užívali

heroin průměrně v 12,4 dne a pervitin v 16,0 dne v posledním měsíci před zahájením léčby; klienti, kteří se nedopustili nedrogové trestné činnosti, užívali heroin průměrně v 3,1 dne a pervitin v 10,9 dne. Naše zjištění je v souladu se závěry studie NTORS. Studie NTORS ukázala, že klienti zapojení do nedrogové trestné činnosti užívali heroin, kokain a benzodiazepiny signifikantně častěji než klienti, kteří trestnou činnost nepáchali (Stewart et al., 2000).

9 021 *drogových* trestných činů (tj. prodej/distribuce a výroba drog) bylo spácháno 58,5 % (N = 103) klientů ve 30 dnech před zahájením léčby. 55,6 % (N = 98) klientů uvedlo, že prodávali/distribuovali drogy. Studie v zahraničí (např. Stewart et al., 2000) obvykle sledují prodej / distribuci drog jako primární drogový trestný čin. Specifikem drogové scény v ČR je značně vysoká obliba pervitinu mezi problémovými uživateli drog. Ten je u nás již od poloviny sedmdesátých let minulého století vyráběn v domácích laboratořích. Produkce pervitinu v ČR plně pokrývá domácí trh a nejsou známy případy dovozu této drogy ze zahraničí. Výroba drog (pervitinu) je proto vedle prodeje/distribuce drog dalším sledovaným drogovým trestným činem. Výrobu drog (pervitinu) ve 30 dnech před léčbou uvedlo 25,0 % (N = 44) klientů terapeutických komunit. Výroba drog byla s 451 případy pátým nejčastějším trestným činem vůbec.

Naše závěry ukazují, že zdaleka ne všichni uživatelé drog jsou pachatelé drogových trestných činů. 41,4 % (N = 73) respondentů nebylo zapojeno do drogové trestné činnosti ve sledovaném období. Naopak relativně malá skupina klientů (22 %; N = 39) byla ve sledovaném období zapojená do drogové kriminality ve velmi vysoké míře a spáchala 82 % drogových trestných činů (graf 14). Klienti s vysokou mírou drogové kriminality se v průměru dopustili 194 trestných činů, zatímco stejná hodnota u klientů s relativně nízkou mírou drogové kriminality (1–12 činů) činí 6 trestných činů. Můžeme se domnívat, že velmi vysoká míra

Graf 14 Frekvence drogových trestných činů ve 30 dnech před léčbou



drogové kriminality u 22,1 % klientů souvisí se snadnějším přístupem k pervitinu, který je vyráběn v domácích laboratořích a následně distribuován, ale také užíván pro vlastní potřebu.

Zjistili jsme, že klienti terapeutických komunit s vysokou frekvencí drogových trestných činů signifikantně častěji užívali pervitin a opiátové drogy ve 30 dnech před léčbou. Testy statistické významnosti ukázaly, že klienti, kteří se nedopustili drogové trestné činnosti, užívali opiáty průměrně v 0,4 dne a pervitin v 6,4 dne, avšak klienti s vysokou mírou drogové trestné činnosti užívali opiáty průměrně v 4,6 dne a pervitin v 21,5 dne v posledním měsíci před zahájením léčby. Rovněž závěry NTORS ukazují, že ne všichni klienti jsou zapojeni do prodeje drog. Méně než jedna třetina respondentů participujících na studii NTORS páchala drogovou trestnou činností v období 90 dnů před léčbou. Avšak 7 % respondentů z této skupiny spáchalo 90 % drogových trestných činů (Gossop et al., 2003). Gossop et al. (ibid) uvádějí, že vysoká frekvence prodeje drog souvisí s vyšší frekvencí užívání heroínu, přičemž vyšší frekvence užití heroínu je (alespoň z části) spojena se snadnějším přístupem k droze, která je zároveň prodávána i užívána pro vlastní potřebu.

Naše výsledky ukazují, že značná část klientů terapeutických komunit je zapojena do trestné činnosti před léčbou. Takové zjištění je významné, neboť vysoká míra kriminality před léčbou je spojována s předčasným vypadnutím z léčby (De Leon Et Wexler, 2009). Velmi vysoká míra kriminality u části klientů dokládá závažnost profilu obtíží klientů, kteří se léčí v terapeutických komunitách. Otázka, jakým způsobem léčba ovlivňuje kriminální chování uživatelů drog je důležitá nejen pro hodnocení výsledků léčby, ale také pro realizaci efektivních opatření s cílem snížit kriminalitu uživatelů drog (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b). Kriminální chování patří vedle užívání drog mezi nejdůležitější výsledky léčby (McLellan et al., 1997) a evaluační studie ho sledují již od sedmdesátých let minulého století. Výsledky léčby uživatelů drog ukazují na podstatné snížení kriminálního chování během léčby a po léčbě (Gossop, 2004; Gossop, Marsden, Et Stewart, 1998, 2000a; Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b; Hubbard et al., 1989).

**5 / 6****Fyzické a psychické zdraví**

Somatické komplikace a komorbidita v souvislosti s užíváním drog mohou představovat vážnější problém než závislost na psychotropních látkách (Minařík Et Řehák, 2008). Mezi nejčastější komplikace spojené s injekčním užíváním drog patří krví přenosné infekční choroby, a to zejména virové hepatitidy B a C a infekce HIV. Významně se zde uplatňují faktory související s životním stylem a chováním uživatelů drog. Obvyklou příčinou zdravotních komplikací a předávkování uživatelů drog je způsob aplikace drogy, přičemž nejrizikovější je injekční aplikace. Velmi rizikovým chováním je sdílení injekčních stříkaček, jehel a dalších parafernálií k aplikaci drog. Vysoce riziková je také prostituce, která může být součástí životního stylu některých uživatelů drog. Mezi další faktory, které se podílejí na zdravotních komplikacích, patří individuální styl užívání drog; zejména dávka a frekvence užívání. Jak uvádí Minařík et al. (ibid) specifická toxicita užívané látky je příčinou somatických komplikací častěji u dlouhodobých uživatelů. Kromě výše uvedených krví přenosných infekčních chorob, patří

mezi další somatické obtíže lokální záněty, poškození kardiovaskulárního systému, dýchacího systému, postižení oka, ledvin a centrálního nervového systému (ibid).

Drogová závislost se často vyskytuje v kombinaci s psychickými obtížemi. Výskyt úzkosti a deprese je častější mezi uživateli drog než v běžné populaci a mnoho klientů se během léčby potýká s těmito obtížemi (Gossop, 2004). Klienti s relativně závažnými obtížemi v oblasti duševního zdraví jsou v současnosti běžně léčeni v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti a tato problematika je opakovaně diskutována (např. Kalina, 2008c; Nevšímal, 2007; Yates & Wilson, 2001). Podle různých studií se duální diagnóza objevuje u 30–60 % lidí zneužívajících návykové látky; značná část uživatelů drog trpí fobiemi, depresí, úzkostí, psychosexuálními poruchami a především poruchami osobnosti (Kalina, 2008c). V mnoha případech je nezbytná odborná psychiatrická péče a farmakoterapie jako součást léčby v terapeutické komunitě. Kalina et al. (2011) uvádějí, že v roce 2010 prošlo TK Němčice SANANIM celkem 46 klientů a z nich 43,4 % (N = 20) užívalo psychiatrickou medicínu. U 63,0 % (N = 29) klientů bylo kromě závislosti na návykových látkách zjištěno psychiatrické onemocnění: u 14 klientů se vyskytovala některá z depresivních poruch, u 6 psychotická porucha vyvolaná užíváním psychoaktivních látek, u 2 bipolární afektivní porucha, u 2 smíšená úzkostně-depresivní porucha, u 2 mentální bulimie, u 1 sociální fobie a 1 u emočně nestabilní porucha osobnosti. V této souvislosti Kalina (2003, s. 105) uvádí, že „každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné léčení než to, které mu standardní program terapeutické komunity nabízí [...]“.

Klienti terapeutických komunit uváděli širokou škálu různých obtíží v oblasti fyzického a psychického zdraví v době zahájení léčby v terapeutické komunitě. Na otázku, zdali jsou klienti spokojeni se svým zdravím, odpovědělo kladně 51,1 % (N = 90) dotázaných.

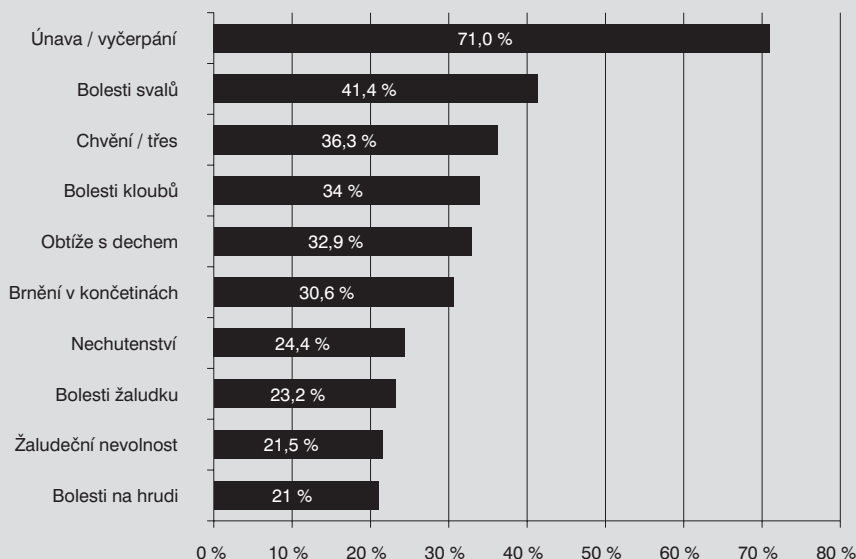
Výskyt virové hepatitidy C jsme zjistili u 26,7 % (N = 47) klientů terapeutických komunit. Relativně nízký je výskyt virové hepatitidy B. 5,6 % (N = 10) klientů z námi sledovaného souboru uvedlo, že prodělali toto onemocnění. Ve sledovaném souboru není zastoupen klient pozitivně testovaný na HIV/AIDS. Minařík & Řehák (2008) konstatují, že v ČR je výskyt HCV stabilizovaný. Prevalence virové hepatitidy C mezi uživateli drog v ČR se pohybuje mezi 20 % (nizkoprahové programy) a 70 % (substituční léčba) v závislosti na charakteristikách a výběrových kritériích vyšetřovaného vzorku (Mravčík et al., 2011). Minařík & Řehák (2008) udávají, že sérologické známky proběhlé HBV infekce má 30–50 % uživatelů drog. V ČR je stále relativně velmi nízký výskyt HIV infekce mezi uživateli drog<sup>62</sup>. Injekční aplikace drog zůstává výrazně minoritním způsobem nákazy virem HIV v ČR (Mravčík et al., 2010).

Výskyt symptomů subjektivně vnímaných obtíží v oblasti fyzického zdraví v době zahájení léčby v terapeutické komunitě ukazuje graf 15. Pocity únavy a vyčerpání patřily mezi nejčastěji uváděné obtíže; téměř dvě třetiny klientů (71,0 %, N = 125) přiznaly, že pociťovaly únavu/vyčerpání v posledním měsíci. Bolesti pohybového aparátu (svalů 41,4 %, N = 73 a kloubů 34,0 %, N = 60), neurologické obtíže (chvění/třes 36,3 %, N = 64 a brnění v končetí-

62 Mravčík et al. (2010) udávají promořenost HIV mezi injekčními uživateli drog v ČR pod 1 %: ke konci roku 2010 bylo v ČR evidováno celkem 1 522 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 70 injekčních uživatelů drog a 27 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk.

nách 30,6 %; N = 54) a problémy s dýcháním (32,9 %, N = 58) patřily mezi další velmi často zmiňované symptomy.

Graf 15 Frekvence fyzických obtíží před léčbou



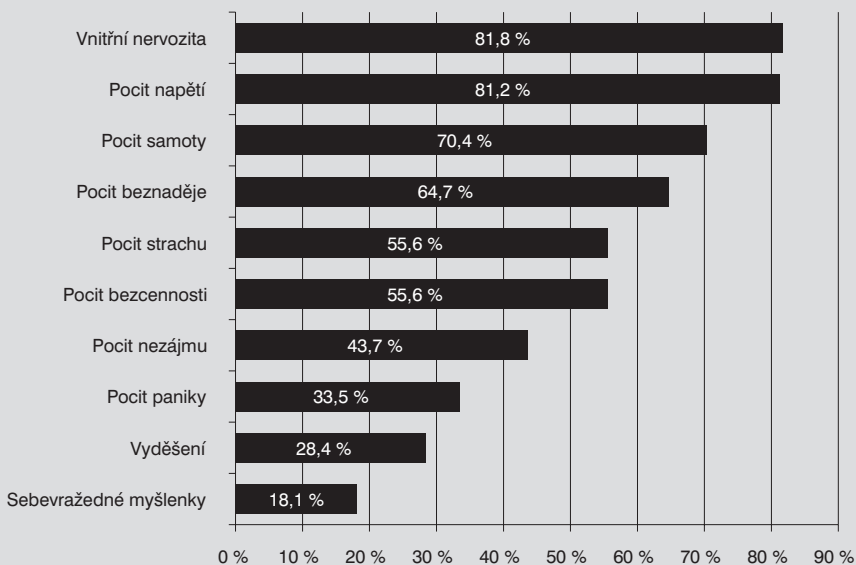
V oblasti psychického zdraví jsme sledovali výskyt subjektivně vnímaných příznaků spojených s úzkostí a depresí. Je zapotřebí zdůraznit, že výskyt takových symptomů nelze zaměřovat s psychiatrickým vyšetřením ani s diagnostickým procesem a naše výsledky nemůžou sloužit jako doklad přítomnosti duševní poruchy.

Míru výskytu jednotlivých symptomů úzkosti a deprese v období nástupu do terapeutické komunity ukazuje graf 16. Symptomy úzkosti, jako je vnitřní nervozita a napětí, uvedlo 81,8 % (N = 144), respektive 81,2 % (N = 143) klientů. Výskyt symptomů spojovaných s depresí byl rovněž velmi častý: pocit samoty uvedlo 70,4 % (N = 124) klientů, pocit beznaděje přiznalo 64,7 % (N = 114) respondentů a 55,6 % (N = 98) dotázaných si stěžovalo na pocity bezcennosti. Pocit strachu, další ze symptomů úzkosti, přiznala nadpoloviční většina dotázaných (55,6 %, N = 98).

Výsledky Zungovy sebehodnotící škály ukázaly výskyt deprese u téměř jedné třetiny klientů (30,6 %, N = 54) v době zahájení léčby v terapeutické komunitě.

Sledování změn v oblasti psychického a fyzického zdraví patří mezi důležité výsledky léčby uživatelů drog. Řada autorů (např. Gossop, 2004; Kalina, 2008c; Marsden, Gossop, Stewart, Rolfe, & Farrell, 2000) upozorňuje na vysokou míru úzkosti a deprese mezi uživateli drog. Prevalence úzkosti a deprese mezi uživateli drog je vyšší ve srovnání s obecnou populací (Gossop, 2004). Výsledky studie NTORS poukazují na výskyt závažnějších forem úzkosti, de-

Graf 16 Frekvence psychických obtíží před léčbou



prese, paranoi a psychóz mezi pravidelnými uživateli stimulantů nebo benzodiazepinů a alkoholu v porovnání s uživateli, kteří preferují opiátové drogy (Marsden, Gossop et al., 2000). V námi sledovaném souboru je velmi vysoký podíl klientů, kteří před léčbou užívali pervitin (77,8 %), alkohol ve škodlivé míře (54,5 %), opiáty (44,3 %) a benzodiazepiny (33,5 %). Přesto naše zjištění nepotvrzují, že klienti se závažnějšími psychickými obtížemi před léčbou užívali drogy signifikantně častěji.

Problémy v oblasti duševního zdraví mohou být asociovány s užíváním drog, ale mohou existovat také nezávisle. Některé z nich mohou předcházet užívání návykových látek, jiné se mohou objevit v průběhu dlouhodobé intoxikace, po náhlém vysazení drog nebo během protrahované detoxifikace. Obtíže v oblasti psychického zdraví mohou u uživatelů drog významně ovlivnit dosažení a udržení úzdravy a v mnoha případech vyžadují specifickou léčbu (Gossop, 2004; Kalina, 2008c). Přítomnost tzv. duální diagnózy u uživatelů drog byla dlouhodobě asociována se špatnými léčebnými výsledky. Zhruba v posledních 20 letech se této problematice věnuje poměrně značná pozornost (např. Kalina, 2008c; Nevšímal, 2007; Yates & Wilson, 2001), což přispělo ke zvýšení udržení v léčbě a zlepšení léčebných výsledků klientů s duální diagnózou v terapeutické komunitě pro drogově závislé.

## 5/7 Práce

Zlepšení v oblasti práce a přípravy na povolání je důležitým indikátorem změny osobního i sociálního fungování a také sociální reintegrace klientů (EMCDDA, 2007; Marsden, Gossop,

Stewart, Best, Farrell, & Strang, 1998; McLellan et al., 1997). Práce na plný úvazek je signálem znovuzařazení klienta do společnosti (Hubbard et al., 1989). Intenzivní užívání drog obvykle člověka vyřadí ze vzdělávacího nebo pracovního procesu; osvojit si pracovní návyky, případně získat kvalifikaci patří velmi často ke zmeškaným vývojovým úkolům (Kalina, 2008c). Mezi problémovými uživateli drog převládá velmi vysoká míra nezaměstnanosti před léčbou, která přesahuje 50 %, ale v některých případech dosahuje téměř 100 % (Hubbard et al., 1989; NIDA, 2002; Studničková & Petrášová, 2009).

EVLTK definuje pracovní uplatnění jako jakoukoli formu placené práce, včetně práce příležitostné/brigády nebo práce na černo, bez řádné pracovní smlouvy. Naše zjištění ukazují, že 38,0 % (N = 67) klientů terapeutických komunit mělo ve 30 dnech před léčbou nějakou formu pracovního uplatnění. Ovšem pouze 9,0 % (n = 16) klientů mělo pracovní uplatnění po celých 30 dnů před začátkem léčby. 28,9 % (N = 51) klientů uvedlo, že měli práci, avšak nepracovali po celé sledované období.

Nezaměstnanost mezi klienty terapeutických komunit je mimořádně vysoká. Ve sledovaném období 30 dnů před začátkem léčby bylo nezaměstnaných 74,4 % (N = 131) klientů. 57,9 % (N = 102) klientů bylo nezaměstnáno po celou dobu 30 dní před začátkem léčby.

Aktuální a dlouhodobá nezaměstnanost, nízká nebo žádná kvalifikace a záznamy v trestním rejstříku patří mezi časté obtíže problémových uživatelů drog v léčbě. Naše zjištění potvrzují vysokou míru nezaměstnanosti mezi klienty terapeutických komunit v porovnání s celkovou mírou nezaměstnanosti v ČR. Rovněž zkušenost s dlouhodobou nezaměstnaností je značná (kapitola 5/1 této práce). Na druhou stranu se ukázalo, že řada klientů měla nějakou formu pracovního uplatnění ve 30 dnech před léčbou. Malá skupina klientů pracovala celých 30 dnů. Problémové užívání drog je spojováno se značnou mírou majetkové kriminality, která je páchána za účelem získání drog a prostředků na ně. Ukázalo se, že ne všichni klienti byli pachatelé trestné činnosti a stejně tak ne všichni respondenti byli nezaměstnaní ve 30 dnech před začátkem léčby. Přibližně třetina klientů měla nějakou formu placené práce ve sledovaném období. Taková zjištění považujeme za důležitá, neboť poukazují na rozdíly ve sledované populaci problémových uživatelů drog.

**5 / 8****Kvalita života**

Změny v užívání drog a v kriminálním chování patří mezi tradičně sledované výsledky léčby uživatelů drog. Zlepšení v těchto dvou oblastech jsou nejdůležitější ukazatele úspěšnosti léčby. Změny v kvalitě života byly uvedeny do evaluačních studií léčby uživatelů drog až v nedávné době. Ačkoli je poukazováno na důležitost hodnocení kvality života po léčbě (EMCDDA, 2007; Marsden, Ogborne et al., 2000; Miller & Miller, 2009; Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin, & Jackson, 2012; WHO, 1998), jsou takové výzkumy mezi uživateli nelegálních drog v dlouhodobé rezidenční léčbě stále ojedinělé.

Podle WHO je měření kvality života postaveno na *subjektivním vnímání* a hodnocení spokojenosti v oblastech, které jedinec sám považuje za *důležité* (Dragomirecká & Bartoňová,



2006b). Pro měření kvality života je proto důležité sebeposouzení, nikoli hodnocení jinou osobou (Dragomirecká Et Bartoňová, 2006a). Kvalita života není totožná s objektivním posouzením životního postavení člověka, ale s tím, jak člověk svou situaci hodnotí (Doležalová, 2006) vzhledem ke společnosti, v níž žije, svým hodnotám, cílům a stylu života. Kvalita života se neomezuje na hodnocení jedné oblasti, ale pokrývá široké spektrum aspektů života, které většinou zahrnují fyzickou kondici a schopnost provádět běžné každodenní činnosti, prožívání, vztahy s blízkými lidmi a širším sociálním okolím, prostředím, ve kterém člověk žije, a trávení volného času (Dragomirecká Et Bartoňová, 2006b). Sledování změn v kvalitě života po léčbě drogových závislostí je v souladu s interdisciplinárními snahami v medicíně a sociálních vědách, které hodnotí subjektivní vnímání kvality života jedince v kontextu kultury, v níž žije, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (ibid).

Výsledky hodnocení kvality života klientů terapeutických komunit v období zahájení léčby zobrazuje tabulka 43. Nejnížší skóre (znamená nejnížší kvalitu života) bylo zaznamenáno u domény „sociální vztahy“. Ta hodnotí subjektivní vnímání spokojenosti s osobními vztahy, sexuálním životem a podporou přátel. Výsledky jsme porovnali s orientačními normami české populace podle Dragomirecké Et Bartoňové (2006b). Průměrné hrubé skóre jednotlivých domén je nižší u klientů terapeutických komunit s výjimkou subjektivního hodnocení spokojenosti s „prostředím“. Ta hodnotí subjektivní vnímání pocitu osobního bezpečí, míru spokojenosti s prostředím, v němž respondent žije, s finanční situací, s dostupností informací pro každodenní život nebo s dostupností zdravotní péče. U této domény je průměrné hrubé skóre vyšší u klientů terapeutických komunit. Největší rozdíl mezi klienty terapeutických komunit a populačními normami byl zjištěn u domény „sociální vztahy“. Jak jsme již uvedli výše, tato doména hodnotí subjektivní vnímání spokojenosti s osobními vztahy, sexuálním životem a podporou přátel.

Tab. 43 Srovnání kvality života klientů terapeutických komunit (v období zahájení léčby) s orientačními populačními normami v ČR (průměrné hrubé skóre)

WHOQOL	Klienti TK	Populační normy <sup>a</sup>	Rozdíl
Fyzické zdraví	14,86	15,55	-0,69
Prožívání	12,73	14,78	-2,05
Sociální vztahy	11,54	14,98	-3,44
Prostředí	13,95	13,30	+0,65
Kvalita života	3,15	3,82	-0,67
Spokojenost se zdravím	3,29	3,68	-0,39

<sup>a</sup> Zdroj: Dragomirecká Et Bartoňová (2006b)

Pozn.: Rozpětí škály u prvních čtyř položek je 4–20, u posledních dvou otázek je 1–5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

Hodnocení kvality života mezi klienty terapeutických komunit v ČR s využitím sebeposuzovacího dotazníku SQUALA bylo provedeno Doležalovou (2006). Autorka porovнала výsledky sledovaného souboru s indexem kvality života u kontrolní skupiny respondentů a zjistila, že celkový index kvality života klientů terapeutických komunit není staticky signifikantně nižší

v porovnání s celkovým indexem kvality života jedinců z kontrolní skupiny. Přesto bylo zjištěno, že v jednotlivých oblastech byl index kvality života u klientů terapeutických komunit nižší; nebyla však prokázána signifikantní významnost tohoto rozdílu (ibid). Největší rozdíly v hodnocení jednotlivých skóre byly zaznamenány u položek „psychická pohoda“, „zdraví“ a „láska“. Doležalová (ibid) vyslovuje domněnku, že délka pobytu v terapeutické komunitě má příznivý vliv na zdraví, psychickou pohodu a spokojenost a přispívá ke zvýšení kvality života léčených klientů.

Hodnocení kvality života jako součást evaluačních studií výsledků léčby uživatelů drog obohacuje tradičně používané indikátory zaměřené především na užívání drog a kriminální chování. Takový přístup v hodnocení výsledků léčby umožňuje sledování subjektivně vnímané spokojenosti v různých životních oblastech. Rovněž odpovídá pojetí úzdravy v terapeutické komunitě, která není definovaná jako „abstinence“, nýbrž usiluje o celkovou změnu životního stylu klienta.

## 5 / 9

## Charakteristiky klientů a rozdíly mezi terapeutickými komunitami

Sledované klienty jsme rozdělili do čtyř skupin podle terapeutických komunit, v nichž se léčí. Porovnali jsme charakteristiky klientů a jejich obtíží ze vstupní části studie a zjistili jsme některé významné rozdíly, které nejsou patrné, sledujeme-li výzkumný soubor jako celek.

Terapeutické komunity se neliší podle proporčního zastoupení mužů a žen (tabulka 44). Ve sledovaných zařízeních se léčí přibližně dvě třetiny mužů a třetina žen. Klientela TK Němčice SANANIM byla signifikantně starší, s delší kariérou užívání pervitinu a injekčního užívání drog. Významné rozdíly byly zjištěny v proporčním zastoupení pravidelných uživatelů heroínu, opiátových drog celkem (v obou případech je nejvyšší procento klientů v TK Němčice SANANIM) a pravidelných uživatelů dvou a více drog (nejvyšší procento zastoupení připadá na TK Nová ves). V dalších sledovaných oblastech výsledky ukazují na poměrně značné rozdíly v procentním zastoupení injekčních uživatelů drog, pachatelů trestné činnosti, pravidelných uživatelů benzodiazepinů a v délce pobytu ve vězení/vazbě podle jednotlivých terapeutických komunit. Taková zjištění jsou důležitá, přestože nejsou potvrzena v testu statistické významnosti (Bryman, 2008).

Klientela všech sledovaných terapeutických komunit se vyznačuje značně závažným profilem obtíží v souvislosti s užíváním pervitinu, opiátů, benzodiazepinů a nadměrného pití alkoholu, ale také v dalších oblastech jako je injekční aplikace drog, rizikové chování, kriminalita, osobní fungování a zdravotní obtíže. Naše zjištění zároveň ukazují, že kromě výše zmíněných „společných“ obtíží, lze u klientů jednotlivých terapeutických komunit vysledovat některé odlišné znaky. Klienti TK Němčice SANANIM jsou signifikantně věkově starší a vyznačují se vyšší mírou dlouhodobých a chronických obtíží (délka užívání pervitinu a injekční aplikace) a zároveň vyšší mírou zastoupení pravidelných uživatelů opiátů. Klienti TK Nová Ves se vyznačují značnou mírou pravidelného užívání dvou a více sledovaných drog. Pro TK Němčice SANANIM je rovněž charakteristické vyšší procentní zastoupení injekčních uživatelů drog,

pachatelů trestné činnosti, pravidelných uživatelů benzodiazepinů a častější pobyt ve vězení/vazbě ve srovnání s ostatními sledovanými terapeutickými komunitami. Vezmeme-li v úvahu obecně vysokou míru obtíží klientely terapeutických komunit a připočteme-li k nim specifické obtíže klientů v TK Němčice SANANIM (a částečně také v TK Nová Ves), dostaneme značně závažný profil obtíží problémových uživatelů drog. U klientů TK Karlov SANANIM byl zaznamenán nejvyšší výskyt sdílení injekčního náčiní. Znepokojující je rovněž zjištění, že klientela TK Karlov SANANIM, kde se léčí mladiství od 16 let věku a mladí dospělí do 25 let, se v řadě oblastí (míra užívání pervitinu, heroínu, benzodiazepinů, škodlivé konzumace alkoholu, injekčního užívání, kriminality, výskyt symptomů psychických obtíží) významně neliší od věkově starších klientů v ostatních terapeutických komunitách. Naše zjištění ukazují na značně závažnou míru obtíží u klientů TK Karlov SANANIM, kterou dále prohlubuje nízký věk klientů. Kalina (2008a) upozorňuje, že závislost vzniklá ve věku nižším než 16 let má až trojnásobně méně příznivou prognózu než závislost, která vznikne až po 20. roce věku při srovnatelné intenzitě poskytnuté péče.

Je pravděpodobné, že zjištěné rozdíly odrážejí kritéria a postupy pro přijetí klientů do jednotlivých terapeutických komunit, ale také zaměření na specifickou cílovou skupinu klientů. „V posledních letech se některé domácí terapeutické komunity – podobně jako v zahraničí – zaměřují na určitý typ klientů se specifickými potřebami, jako jsou např. matky s malými dětmi, klienti nízkých věkových kategorií, dlouhodobí uživatelé drog s kriminální anamnézou nebo klienti s duálními diagnózami“ (Kalina, 2008c, s. 73). Můžeme rovněž očekávat, že rozdílné charakteristiky klientů zjištěné v době zahájení léčby budou mít vliv na průběh a výsledky léčby v jednotlivých terapeutických komunitách.

Tab. 44 Vybrané charakteristiky klientů podle jednotlivých terapeutických komunit (30 dní před léčbou a v % zastoupení klientů, není-li uvedeno jinak)

	Karlovy SANANIM	Podcestrný Mlýn	Nová Ves	Němčice SANANIM	$F/\chi^2$	$P < 0,05$
Věk <sup>a</sup>	20,5	25,5	25,8	31,3	48,96	0,000*
Min.–max.	16–26	18–45	19–35	25–42	–	–
% mužů	56,5	61,9	66,7	62	0,12	0,728**
Užívání pervitinu <sup>a</sup> (roky)	4,1	6,7	6,7	8,9	12,06	0,000*
Injekční užívání <sup>a</sup> (roky)	2,9	4,9	5,8	10,0	22,44	0,000*
Pervitin <sup>b</sup>	67,4	69,0	69,4	72,0	0,24	0,969**
Heroin <sup>b</sup>	23,9	7,1	27,8	30,0	7,94	0,047**
BZD <sup>b</sup>	21,7	19,0	22,2	38,0	5,51	0,138**
OPI celkem <sup>b,c</sup>	32,6	16,7	47,2	50,0	13,09	0,004**
2 a více drog pravidelně <sup>b</sup>	65,1	45,2	75,0	70,0	25,40	0,045**
Alkohol <sup>d</sup>	56,5	54,8	58,3	46,0	1,66	0,645**
Injekční užívání	73,9	64,3	77,8	88,0	7,35	0,061**
Sdílení jehel	28,3	14,3	25,0	22,0	2,64	0,450**
Trestná činnost	76,1	59,5	72,2	82,0	6,15	0,104**
VTOS/ vazba <sup>c</sup>	21,7	19,0	30,6	42,0	7,37	0,061**
Trestní problémy	40,9	50,0	50,0	58,0	2,73	0,434**

\* Bonferoni; Hochberg,  $P < 0,05$

\*\* Pearson Chi-Square,  $P < 0,05$

<sup>a</sup> Průměrná hodnota.

<sup>b</sup> Procento všech klientů, kteří drogu užívali pravidelně (tj. jednou týdně a častěji) ve 30 dnech před léčbou.

<sup>c</sup> Opiátové drogy celkem: heroin, buprenorfin a jiné opioidy (braun, metadon a opioidní analgetika).

<sup>d</sup> Procento klientů, kteří užívali alkohol ve škodlivé míře.

<sup>e</sup> Výkon trestu odnětí svobody a vazba kdykoliv v minulosti.



EVLTK: VÝSLEDKY PO JEDNOM ROCE  
OD UKONČENÍ LÉČBY

6 / 1

## Rozdíly mezi kontaktovanými a nekontaktovanými klienty po jednom roce od ukončení léčby

Porovnali jsme charakteristiky klientů kontaktovaných po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity s těmi, které se nepodařilo po ukončení léčby kontaktovat (respektive byli kontaktováni, avšak dotazníky nevyplnili). Hodnotili jsme řadu proměnných, zejména v souvislosti s chováním klientů ve 30 dnech před začátkem léčby: věk klientů, pravidelné užívá-

Tab. 45 Porovnání vybraných charakteristik kontaktovaných a nekontaktovaných klientů po jednom roce od ukončení léčby. Sledovaným obdobím je 30 dní před začátkem léčby, není-li uvedeno jinak.

Parametr	Kontaktovaní	Nekontaktovaní	F/ $\chi^2$	P < 0,05
Počet	137 (77,8 %)	39 (22,2 %)	-	-
Muži	85 (62 %)	23 (59 %)	-	-
Věk <sup>a</sup>	26,1	24,9	2,78	0,095**
Pervitin <sup>b</sup>	67,2 %	76,9 %	1,36	0,243*
Opiáty <sup>b,c</sup>	36,5 %	38,5 %	0,05	0,822*
BZD <sup>b</sup>	25,5 %	25,6 %	0,00	0,991*
2 a více drog <sup>b,d</sup>	60,8 %	71,8 %	1,44	0,230*
Alkohol <sup>e</sup>	50,4 %	64,1 %	2,30	0,129*
Injekční užívání	76,6 %	76,9 %	0,00	0,971*
Sdílení jehel	21,2 %	28,2 %	0,85	0,355*
Trestná činnost	74,5 %	66,7 %	1,07	0,301*
VTOS <sup>f</sup>	28,5 %	25,2 %	0,00	0,974*
Psychické obtíže <sup>a</sup>	16,8	15,1	2,27	0,132**
Deprese <sup>a</sup>	45,5	45,6	0,12	0,726**

\* Chi-Square

\*\* Kruskal Wallis

<sup>a</sup> Průměrná hodnota.

<sup>b</sup> Procento všech klientů, kteří drogu užívali pravidelně (tj. jednou týdně a častěji) ve 30 dnech před léčbou.

<sup>c</sup> Opiátové drogy celkem: heroin, buprenorfin a jiné opiáty (braun, metadon, lékařské opiáty).

<sup>d</sup> Zahrnuje pervitin, heroin, buprenorfin, benzodiazepiny a jiné opiáty.

<sup>e</sup> Procento klientů, kteří užívali alkohol ve škodlivé míře.

<sup>f</sup> Výkon trestu odnětí svobody kdykoliv v minulosti.

ní<sup>63</sup> pervitinu, opiátů, benzodiazepinů a konzumaci alkoholu ve škodlivé míře, pravidelné užívání dvou a více drog, injekční aplikace drog a sdílení injekcí, trestnou činnost, zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody (kdykoliv v minulosti) a výskyt příznaků psychických obtíží. Testy statistické významnosti neprokázaly žádný signifikantní rozdíl mezi kontaktovanými a nekontaktovanými klienty (tabulka 45).

## 6 / 2

## Klienti po jednom roce od ukončení léčby

Otázka, jak se po léčbě mění užívání drog a další problémové chování je základem pro veškeré diskuze o efektivitě léčby (Gossop et al., 1999). Naše studie hodnotí změny v chování klientů a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Formulovali jsme tyto výzkumné otázky:

- Jak se změnilo užívání drog včetně alkoholu po léčbě v terapeutické komunitě?
- K jakým dalším změnám – v rizikovém chování, kriminalitě, zdravotním stavu, osobním fungování a kvalitě života – došlo u klientů po léčbě v terapeutické komunitě?
- Jsou dosažené změny udržitelné v období jednoho roku po ukončení léčby v terapeutické komunitě?
- Jaké jsou souvislosti mezi charakteristikami klientů a dosaženými výsledky léčby?
- Jaké jsou souvislosti mezi délkou léčby v terapeutické komunitě a dosaženými výsledky?

Po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě pověření zaměstnanci z jednotlivých zařízení kontaktovali bývalé klienty s žádostí o rozhovor a vyplnění dotazníků, obdobně jako v době zahájení léčby. Kontaktní údaje jsme získali z informovaného souhlasu o účasti ve výzkumné studii, který participanti podepisovali před prvním interview. Tato část studie se ukázala jako velmi náročná časově, finančně a organizačně. Sledované terapeutické komunity přijímají klienty z celé ČR. Absolventi terapeutických komunit se vyznačují značnou mobilitou a řada z nich se ve snaze uniknout rizikovému sociálnímu prostředí nevrací do míst, kde žili před léčbou. Klienti terapeutických komunit zpravidla odcházejí do doléčovacích programů (často v kombinaci s chráněným bydlením) nebo za prací a volí taková místa pobytu, s nimiž nemají spojeno užívání drog (Kalina, 2008c). Změna adresy po léčbě může být řazena k indikátorům změny (ibid). Často jsme byli nuceni cestovat za respondenty desítky či stovky kilometrů po celé ČR, a to ne vždy s naprostou jistotou uskutečnění interview. Již samotný fakt, že se podařilo kontaktovat velkou část bývalých klientů, považujeme za úspěch. EVLTK potvrzuje, že longitudinální prospektivní studii lze realizovat i s takto náročnými respondenty, jako jsou problémoví uživatelé návykových látek.

137 (77,8 %) klientů ze základního souboru vyplnilo dotazníky po jednom roce od ukončení léčby. Dostupná literatura (Marsden, Ogborne et al., 2000; McLellan et al., 1997) se shoduje na minimální hranici 70 % kontaktovaných klientů po léčbě, abychom mohli data považovat za reprezentativní a věrohodná<sup>64</sup>. Přestože nemáme informace o 22,2 % klientů, nelze jedno-

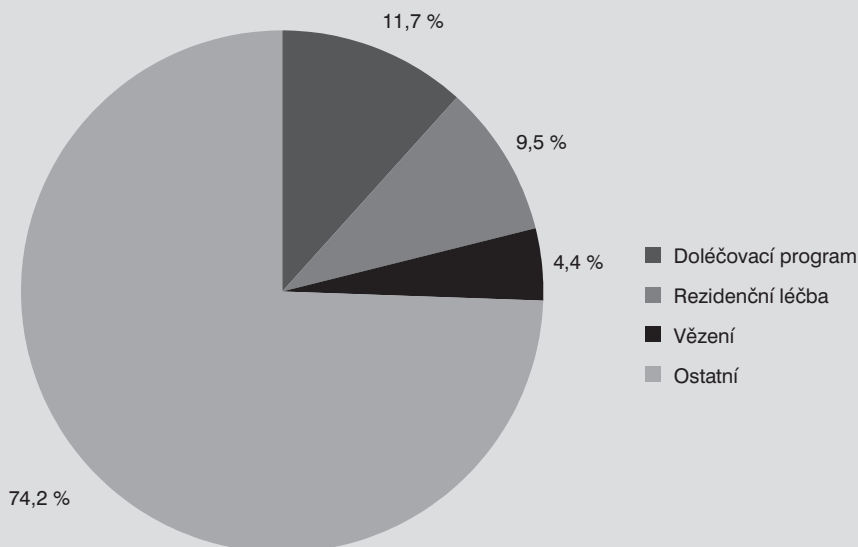
63 Pravidelné užívání definujeme jako užití jednou týdně a častěji.

64 Gossop et al. (1998) uvádí, že ve studii NTORS se podařilo získat data od 72 % klientů v období jeden rok od zahájení léčby.

značně tvrdit, že všichni z nich pokračovali v užívání návykových látek, respektive, že jejich léčba nebyla úspěšná.

74,2 % (N = 102) klientů žilo „samostatným životem“ jeden rok po léčbě v terapeutické komunitě (graf 17). 21,2 % (N = 29) respondentů se nacházelo v péči odborných adiktologických služeb: 11,7 % (N = 16) bylo zapojeno do doléčovacího programu (ambulantního nebo s chráněným bydlením) a 9,5 % (N = 13) procházelo novou rezidenční léčbou (psychiatrická léčebna nebo terapeutická komunita). Malou část (4,4 %, N = 6) respondentů jsme po jednom roce zastihli ve výkonu trestu odnětí svobody<sup>65</sup>. Není nám známo, že by v době realizace studie některý z klientů zemřel. Takové zjištění je velmi pozitivní, neboť klienti, kteří se po období abstinence vrátí k užívání návykových látek, mohou být vystaveni riziku předávkování.

Graf 17 Klienti terapeutických komunit jeden rok po léčbě



U bývalých klientů terapeutických komunit je velmi časté využití dalších služeb ze systému péče o uživatele drog. Virtuálně všichni klienti (93,4 %, N = 128) využili služeb dalších zařízení<sup>66</sup> v období 12 měsíců po odchodu z terapeutické komunity: 66,4 % (N = 91) klientů bylo v kontaktu s doléčovacími programy (ambulantními nebo s chráněným bydlením) a 27,0 %

65 Minimálně polovina (přesné číslo není k dispozici) klientů ve VTOS si odpýkávala trest za činy spáchané před nástupem do terapeutické komunity.

66 Sledovali jsme využití doléčovacích programů (ambulantní a s chráněným bydlením) a rezidenčních programů (ústavní detoxifikace, střednědobá ústavní léčba a terapeutická komunita). Pokud bychom sledovali kontakt také s dalšími službami (kontaktní centra, terénní programy, substituční programy) výsledné číslo by se velmi pravděpodobně blížilo 100 %.



(N = 37) klientů prošlo další rezidenční léčbou závislostí (detoxifikační jednotky, střednědobá ústavní léčba nebo terapeutická komunita). Účast v doléčovacím programu<sup>67</sup> je podstatnou součástí léčebného kontinua a návaznost následné péče je jedním z předpokladů účinné léčby (De Leon, 2004a; Kalina, 2008c). V praxi se často setkáváme s klienty, kteří opakovaně nastupují do léčby a využívají různých odborných služeb, podle toho, kde se na cestě k úzdruvě momentálně nacházejí. Takoví klienti „se nenacházejí ve stejné situaci jako před léčbou, ale jsou výrazně obohaceni o nové zkušenosti, o nové pohledy na sebe sama, svět“ (Těmínová Richterová & Kuda, nepublikováno). Vzato do důsledku, nelze zde prezentované výsledky po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity připsat výhradně těmto zařízením.

45,9 % (N = 63) dotazovaných mělo po jednom roce od ukončení léčby jiné místo pobytu než před začátkem léčby v terapeutické komunitě (nezahrnuje klienty, kteří se v době konání interview nacházeli ve vězení nebo v rezidenční léčbě).

V období jednoho roku po léčbě se významně zlepšilo subjektivní hodnocení vztahů s rodiči. 17,5 % (N = 24) klientů přiznalo, že má závažné problémy ve vztahu s rodiči, oproti 43,1 % v době zahájení léčby. Taková změna může příznivě ovlivnit situaci klienta po léčbě. Rodina a vztahy v ní mohou přispívat k udržování závislosti (Hajný, 2008). Rodina může sloužit jako přirozený zdroj sociální podpory po léčbě. Kalina (2008a) uvádí, že zejména u věkově mladších klientů je potřeba vztahy v rodině restaurovat, a tím umožnit přirozenější dosahování autonomie; u starších klientů je příznivým ukazatelem „vyrovnaní“ se s minulostí a smíření se s původní rodinou. Vysoký byl podíl rodičů (59,8 %, N = 82), kteří nějakým způsobem participovali<sup>68</sup> na léčbě svých potomků v terapeutické komunitě. Zapojit původní rodinu již do léčby v terapeutické komunitě je téměř vždy užitečné a někdy i nezbytné (ibid). Zapojení rodičů klienta do léčebného procesu příznivě ovlivňuje výsledky léčby (Kooyman, 1993). Účast významných osob na procesu léčby uživatelů drog může zvýšit retenci a motivaci klientů setrvat v programu a zároveň přispět ke zlepšení kvality života rodinných příslušníků klientů (Radimecký, 2007). Zapojení rodičů do léčby je běžnou praxí terapeutických komunit v ČR. Můžeme se domnívat, že se jedná o jeden z faktorů, který přispívá ke značně příznivým výsledkům léčby v terapeutických komunitách.

Významně více klientů mělo partnerský vztah a zároveň stoupl podíl klientů, jejichž partner nebyl uživatelem drog. Partnerský vztah přiznalo 54,0 % (N = 74) dotázaných a 17,5 % (N = 13) z těchto klientů mělo vztah s osobou užívající drogy. V době zahájení léčby mělo partnerský vztah 22,1 % klientů, avšak v 64,1 % případů se jednalo o vztah s osobou drogy užívající. Rovněž toto zjištění považujeme za důležité, neboť nacházení partnerů mimo drogovou scénu znamená obnovu či získání přirozených prvků sociální podpory a zároveň představuje významný prediktor dlouhodobého udržení léčebných výsledků (Kalina, 2008a, 2008c). Také další autoři poukazují na důležitost přátelských a intimních vztahů mimo drogovou scénu pro udržení léčebných výsledků (např. Greenwood, Woods, Guydish, & Bein, 2001; Jainchill et al., 2000; Sickinger & Kindermann, 1992; Soyez et al., 2006a).

67 Cílem programu následné péče je psychologická a sociální podpora v prvních měsících po odchodu z terapeutické komunity, prevence relapsu, praktická pomoc při zajišťování bydlení, práce, volnočasové aktivity, práce s rodinou/partnerem klienta apod. (Kuda, 2008b).

68 Návštěvy během léčby, účast na rodinných víkendech, rodičovské skupiny a/nebo poradenství apod. Blíže o formách práce s rodinou v terapeutické komunitě v ČR pojednává Radimecký (2007).

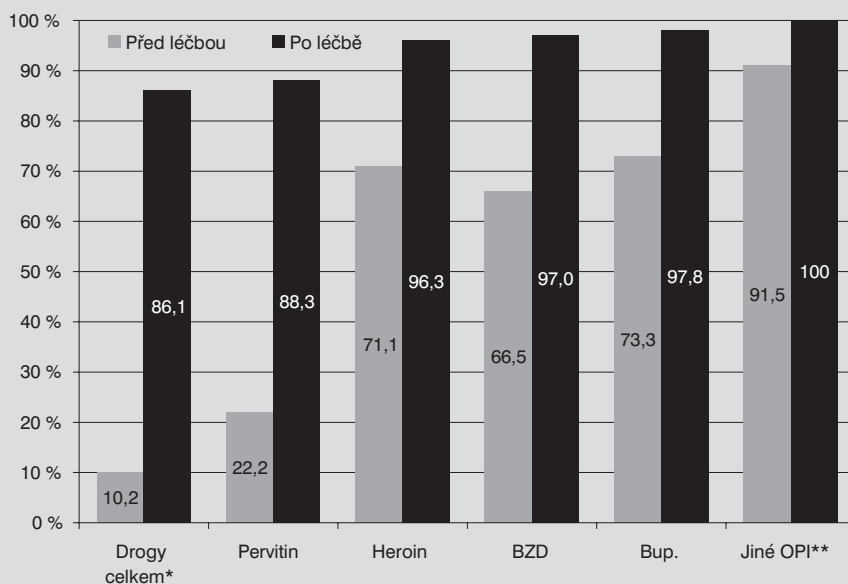
20,4 % (N = 28) klientů v období 12 měsíců po ukončení léčby v terapeutické komunitě zahájilo studium, rekvalifikaci nebo se účastnilo jiné formy vzdělávání. Takové aktivity patří mezi vhodné strategie, jak bývalým uživatelům drog zvýšit šanci uplatnění na trhu práce, a tím upevnit příznivé podmínky pro udržení nového životního stylu (Kalina, 2008c).

## 6/3

## Užívání nealkoholových drog

Po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě jsme zaznamenali velmi výrazné zvýšení procenta klientů, kteří abstinovali od nealkoholových drog. Sledovaným obdobím v naší studii je posledních 30 dnů před zahájením léčby a posledních 30 dnů po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity. Specifickým kritériem, které uplatňujeme pro hodnocení výsledků léčby, je *abstinence*. Abstinenci definujeme jako neuzítí nealkoholových drog v posledních 30 dnech v rozhodném období. Abstinenci jako kritérium výsledků léčby v terapeutických komunitách jsme zvolili zcela záměrně. Abstinence je přímo a výslovně řazena mezi prostředky a cíle léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí a je součástí jejich filozofie. Zákaz užití návykových látek během léčby patří mezi tzv. kardinální pravidla, jejichž porušení má obvykle za následek okamžité ukončení léčby. Abstinence po léčbě, i když nemusí být vždy úplná a trvalá je nezbytnou součástí celkové změny životního stylu

Graf 18 Abstinence od nealkoholových drog ve 30 dnech před léčbou a 1 rok po léčbě (%)



\*Nealkoholové drogy celkem: zahrnuje pervitin, heroin, buprenorfin, jiné opioidy a benzodiazepiny.

\*\*Jiné OPI: zahrnuje braun, metadon a opioidní analgetika.

a osobní identity klientů terapeutických komunit. U drogově závislých je abstinence předpokladem udržení úzdravy (De Leon et al., cit. podle Kalina, 2008c).

Po jednom roce od ukončení léčby se významně snížilo procento klientů užívajících pervitin, heroin, benzodiazepiny, buprenorfin a jiné opioidy (braun, metadon a opioidní analgetika). Míra abstinence od všech sledovaných nealkoholových drog se zvýšila z 10,2 % před léčbou na 86,1 % po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity (graf 18). Jedná se o mimořádně dobrý výsledek bez ohledu na použité měřtko. Naše zjištění rovněž ukazují podstatné zvýšení procenta klientů, kteří abstinovali od jednotlivých drog. Pervitin byl v období před zahájením léčby nejčastěji užívanou návykovou látkou, 22,2 % klientů abstinovalo od pervitinu ve 30 dnech před léčbou. Na 88,3 % se zvýšilo procento klientů abstinujících od pervitinu v období jednoho roku po léčbě. Pervitin zůstává nejčastěji užívanou nealkoholovou drogou po jednom roce od ukončení léčby. Ke zvýšení míry abstinence došlo také u uživatelů opiátových drog. Zatímco ve 30 dnech před léčbou abstinovalo od heroinu 71,1 % klientů, po 1 roce od ukončení léčby to bylo 96,3 % klientů. Z 73,3 % na 97,8 % vzrostlo procento klientů abstinujících od buprenorfinu. Po jednom roce od ukončení léčby se zvýšilo procento klientů neužívajících benzodiazepiny, a to z 66,5 % na 97,0 %. Zjištěná míra abstinence od nealkoholových drog po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě představuje významné zlepšení pro klienty a jejich blízké, ale také mimořádně povzbudivý výsledek pro léčebné programy.

Průměrný počet dnů užití jednotlivých návykových látek ve 30 dnech před léčbou a po léčbě zachycuje tabulka 46. Po jednom roce od ukončení léčby jsme zaznamenali významné snížení frekvence užívání pervitinu, heroinu a alkoholu. Nezměněná četnost užití benzodiazepinů a zvýšení užívání buprenorfinu je překvapivým výsledkem, který nekorresponduje s podstatným snížením frekvence užívání jiných drog. Užívání benzodiazepinů jako sekundární drogy může být snadno přehlíženým problémem, ačkoli poznatky z praxe ukazují, že se mezi problémovými uživateli drog jedná o jev rozšířený (Hampel, 2003). Benzodiazepiny ani alkohol nejsou primární drogy mezi klientelou terapeutických komunit pro léčbu závislosti. Jejich užívání je však časté a naše zjištění ukazují, že je potřeba této problematice věnovat další pozornost.

Tab. 46 Frekvence užívání drog v období 30 dnů před léčbou a 1 rok po léčbě (průměrný počet dnů užití)

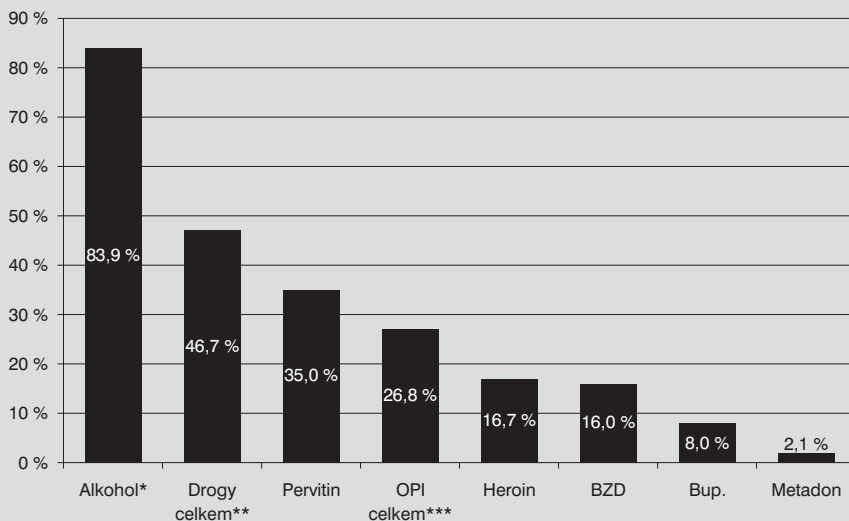
Droga	Před léčbou	Po léčbě
Pervitin	17,4	5,6
Heroin	18,6	8,6
BZD	13,5	14,2
Buprenorfin	14,5	30,0
Alkohol <sup>a</sup>	12,1	7,0

<sup>a</sup> Zahrnuje všechny klienty, kteří konzumovali alkohol

*Abstinence* od nealkoholových drog v posledních 30 dnech v období jednoho roku po odchodu z terapeutické komunity je v naší studii základním sledovaným výsledkem. Takové měření

zachycuje míru aktuální abstinence ve sledovaném období. Řada autorů (např. Gossop, 2004; Kalina, 2008c), upozorňuje na jednorázové nebo epizodické relapsy, zejména během prvních tří až šesti měsíců po léčbě. Takové zjištění nutně otevírá diskuzi o definici úspěšné léčby. Můžeme se ptát, je-li měřítko dlouhodobé a úplné abstinence postačující pro hodnocení úspěšnosti léčby. Ukazuje se, že jednorázový nebo epizodický relaps je poměrně častým výsledkem léčby. „Při jinak příznivých okolnostech nemusí relaps ohrozit dlouhodobé udržení léčebného výsledku“ (Kalina, 2008a, s. 298). Procenta klientů ze sledovaného souboru, kteří v celém období 12 měsíců od odchodu z terapeutické komunity alespoň jednou užili některou ze sledovaných nealkoholových drog, zobrazuje graf 19. 46,7 % respondentů minimálně jednorázově užilo některou ze sledovaných nealkoholových drog (stimulancia, opiáty, benzodiazepiny) v celém období 12 měsíců po léčbě. Pervitin v tomto období užilo 35,0 % klientů a zůstává tak nejčastěji užitou nealkoholovou drogou. Mezi klienty terapeutických komunit je častá konzumace alkoholu, kterou uvedlo 83,9 % dotázaných. Taková zjištění jsou v kontrastu s vysokou mírou aktuální abstinence po jednom roce (viz graf 18). Naše zjištění potvrzují častou frekvenci výskytu jednorázových či epizodických relapsů po léčbě (viz citovaná literatura). Můžeme se zároveň domnívat, že značná část klientů terapeutických komunit je po jednorázovém užití či epizodickém relapsu schopna dosáhnout abstinence od nealkoholových drog.

Graf 19 Frekvence užití návykových látek ve 12 měsících po ukončení léčby



\* Alkohol: klienti, kteří ve 12 měsících po léčbě užili alespoň jednu alkohol.

\*\* Drogy celkem: klienti, kteří ve 12 měsících po léčbě užili alespoň jednu ze sledovaných nealkoholových drog.

\*\*\* OPI celkem: heroin, buprenorfin, metadon.

Námi zjištěné výsledky jsou pozoruhodné ze tří důvodů. Prvním důvodem je volba *abstinence* jako základního indikátoru pro hodnocení výsledků léčby. Abstinence je nejpřísnějším kritériem pro hodnocení výsledků léčby uživatelů drog (Gossop et al., 1999). Abstinenci jako měřítko výsledku léčby jsme zvolili záměrně, neboť sledované terapeutické komunity jsou abstinenci orientované a poskytují léčbu vedoucí k abstinenci. Důraz na *abstinenci* od drog a alkoholu je společným znakem terapeutických komunit pro léčbu závislostí. Léčba v takových terapeutických komunitách se označuje jako „léčba orientovaná k abstinenci“ (Těmínová Richterová et al., 2008, s. 206). Ačkoliv *abstinence* má klíčový význam, nejsou prostředky ani cíle léčby orientovány výhradně na neuzítí drog/alkoholu. Takový pohled opodstatňuje sledování změn v chování klientů i v dalších oblastech. „Abstinence však není cílem léčby v terapeutické komunitě, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. [...] Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu.“ (ibid). Kalina (2008c) upozorňuje na význam abstinence i v případech, kdy se nejedná o abstinenci úplnou či trvalou. De Leon (2000) vymezuje cíle léčby jako komplexní změnu životního stylu a osobní identity klienta, zahrnující *abstinenci od drog*, odmítnutí antisociálního životního stylu, rozvoj prosociálního chování a osobní upřímnosti.

Druhým důvodem je skutečnost, že klienti terapeutických komunit se vyznačují značně *závažným profilem obtíží* v užívání drog, osobním a sociálním fungování a zdravotní oblasti. Srovnání klientů terapeutických komunit se všemi žadateli o léčbu v ČR v roce 2008 ukázalo, že klienti terapeutických komunit se vyznačují vyšší frekvencí užívání drog, injekčního užívání a závažnějšími problémy v sociální oblasti. Zároveň jsme zjistili, že klienti terapeutických komunit ve větší míře užívají více drog současně a návykové látky začínají užívat ve velmi raném věku (kapitola 5/1). Naše zjištění je v souladu se závěry jiných výzkumných studií, které uvádějí, že v terapeutických komunitách se léčí klienti se závažnějším profilem obtíží než klienti v jiných léčebných modalitách (De Leon, 2010a; Gossop et al., 1999). Velmi povzbudivým zjištěním je, že klienti terapeutických komunit dosahují příznivých léčebných výsledků, přestože míra jejich obtíží v době zahájení léčby je značná. Na vyšší míru obtíží v řadě oblastí (užívání drog, sebevražedné myšlenky a pokusy, vysoká konzumace alkoholu, drogová kriminalita, nezaměstnanost) u klientů rezidenčních programů ve srovnání s uživateli drog v metadonových nebo abstinenci orientovaných ambulantních programech upozorňují také Hubbard et al. (1989). Klienti rezidenčních programů mají delší kariéru užívání heroínu a ve vyšší míře užívají více drog současně, sdílejí injekční náčiní, konzumují excesivně alkohol a páchají trestnou činností než klienti jiných léčebných programů (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; 1999).

Řada studií ukázala, že u klientů terapeutických komunit se závažným profilem vícečetných a dlouhodobých obtíží dochází po léčbě k řadě pozitivních zlepšení. Studie NTORS ukázala, že u klientů rezidenčních programů dochází k signifikantnímu zvýšení abstinence od opiátů, stimulantů a benzodiazepinů po jednom roce od zahájení léčby (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop et al., 1999). Z původních 2,5 % na 37 % se zvýšila míra abstinence od všech sledovaných nealkoholových drog. Více než polovina klientů abstinovala od opiátů, stimulantů a benzodiazepinů nežívalo shodně více než dvě třetiny klientů. Zvýšení míry abstinence od drog po léčbě je doprovázeno signifikantním snížením kriminality (ibid). Etheridge et al. (1997) uvádějí, že uživatelé drog s dalšími závažnými obtížemi, jako je bezdomovectví, duální psychiatrické diagnózy nebo HIV pozitivita převažují v dlouhodobých

rezidenčních programech; tito klienti vyžadují intenzivní léčbu. Zajímavá zjištění o výsledcích rezidenční léčby klientů se závažným profilem obtíží uvádějí také další autoři. Nuttbrock et al. (1997) zkoumali uživatele drog a alkoholu, kteří byli bez domova, a zároveň u nich byla zjištěna duální psychiatrická diagnóza; sledovaní klienti signifikantně lépe odpovídali na léčbu v rezidenční terapeutické komunitě než v ambulantním programu. Kingree et al. (1997) porovnávali HIV pozitivní a HIV negativní uživatele crack kokainu v rezidenčních programech. Skupina HIV pozitivních klientů vykazovala celkově závažnější profil obtíží: vyšší míru bezdomovectví, nezaměstnanosti a trestné činnosti. Přesto zapojení do léčebného programu a dokončení léčby nebylo významně horší u HIV pozitivních klientů. Výsledky naznačují, že HIV pozitivní uživatelé crack kokainu mohou být úspěšně léčeni v rezidenčních programech. Hiller et al. (1996) zkoumali výsledky rezidenční léčby uživatelů drog, jimž byla léčba nařízena soudně. Klienti, kteří léčbu dokončili, byli signifikantně méně často zatčeni. Pokračování v programu následně péče významně zvyšovalo udržení abstinence a zvyšovalo zaměstnanost klientů po léčbě.

Pro klienty se závažným profilem obtíží může být značně obtížné dosáhnout uspokojivých výsledků v ambulantních programech, které nemohou poskytnout stejně intenzivní péči jako rezidenční léčba (Gossop et al., 1999). Gossop et al. (ibid) uvádějí, že výše uvedené příklady nejenže naznačují, že klienti s mimořádně závažným profilem dlouhodobých obtíží mohou významně profitovat z rezidenční léčby, ale že taková léčba může být indikována přímo pro tuto skupinu klientů. Takové tvrzení opakovaně potvrzuje Kalina (2008c, s. 55), který píše o rozšiřování indikačního spektra terapeutických komunit na ty „skupiny klientů<sup>69</sup>, které tento typ léčby či sociální rehabilitace mohou potřebovat a s nimiž třeba nikdo jiný nechtěl pracovat pro značné obtíže a komplikace [...]“.

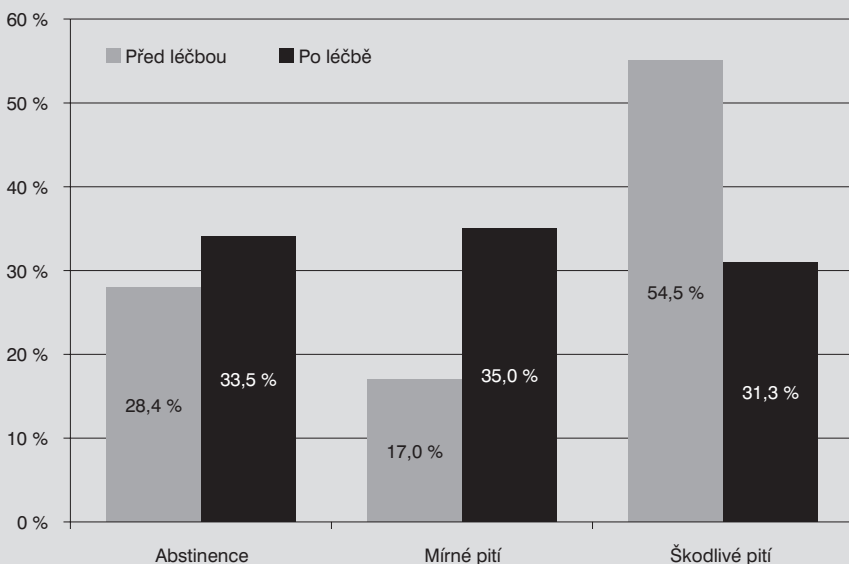
Třetím důvodem je vysoká míra problémového užívání *pervitinu* u klientů terapeutických komunit v ČR. ČR se řadí k ne mnoha zemím, v nichž je užívání stimulačních drog amfetaminového typu značně rozšířeno (ACMD, 2005). Výzkumem podložených poznatků o efektivitě léčby klientů, jejichž primární drogou je (met)amfetamin, je stále relativně málo (Gossop, Marsden, & Stewart, 2000b; Hawke et al., 2000). Naše zjištění ukazují, že problémoví uživatelé metamfetaminu dosahují po dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě značně příznivých výsledků.

Naše studie ukázala velmi důležité zjištění: u klientů, kteří zahájili léčbu v terapeutické komunitě, došlo k velmi výraznému zlepšení v oblasti užívání drog. Po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě se signifikantně zvýšilo procento klientů abstinujících od nealkoholových drog. Signifikantní zvýšení míry abstinence po léčbě v terapeutické komunitě spolu se zlepšeními v dalších oblastech (viz následující části této kapitoly) představují značný přínos pro klienty, jejich blízké i pro společnost. Zároveň se jedná o velmi povzbudivé výsledky pro terapeutické komunity a další návazné adiktologické služby. Neméně povzbudivým zjištěním je, že naše závěry jsou konzistentní se zahraničními studii (např. Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Kalina, 2008c; NIDA, 2002).

69 Současnou klientelu terapeutických komunit pro drogově závislé tvoří závislí trpící další psychickou poruchou, drogy užívající bezdomovci, drogy užívající nemocní AIDS, drogově závislí, děti a dospívající užívající drogy a trpící dalšími poruchami chování, závislé matky s dětmi, příslušníci etnických minorit, klienti v substitučních programech. V podstatě se jedná o všechny skupiny klientů, u nichž je užívání drog součástí komplexu zdravotních, psychických a sociálních problémů (Kalina, 2008c).

Po jednom roce od ukončení léčby došlo k částečnému zlepšení v konzumaci alkoholu u klientů terapeutických komunit. 66,4 % respondentů konzumovalo alkohol v posledních 30 dnech v období jednoho roku od ukončení léčby. Procento klientů, kteří abstinovali od alkoholu, se po jednom roce od ukončení léčby zvýšilo z 28,4 % na 33,5 % (graf 20); tato změna však nebyla potvrzena jako statisticky významná. Relativně vysoké procento klientů abstinujících od alkoholu je ovlivněno skutečností, že po jednom roce od ukončení léčby se 25,6 % klientů nacházela v programu či zařízení, kde jsou uplatňovány restriktce vůči konzumaci alkoholu<sup>70</sup> (graf 17). Po jednom roce od ukončení léčby od alkoholu „dobrovolně“ abstinuje 7,9 % klientů. Takto nízká míra abstinence od alkoholu je v kontrastu s vysokou mírou abstinence od nealkoholových drog. Signifikantně se zvýšilo procento klientů konzumujících alkohol v mírné míře. Zatímco před léčbou bylo takových klientů 17,0 %, jeden rok po léčbě 35,0 % klientů uvedlo, že konzumuje alkohol ve společensky přijatelné míře, která nepředstavuje riziko prokazatelně škodlivých zdravotních následků. Jeden rok po léčbě v terapeutické komunitě se signifikantně snížilo procento klientů konzumujících alkohol ve škodlivé míře, a to z 54,5 % na 31,3 %.

Graf 20 Konzumace alkoholu před léčbou a jeden rok po léčbě



<sup>70</sup> 11,7 % respondentů bylo klienty doléčovacího programu (ambulantní nebo s chráněným bydlením), 9,5 % se nacházelo v nové rezidenční léčbě a 4,4 % ve výkonu trestu odnětí svobody.

Po jednom roce od ukončení léčby jsme zaznamenali signifikantní snížení frekvence konzumace alkoholu, množství vypitého alkoholu a zároveň významně méně klientů konzumovalo alkohol denně nebo téměř denně (21–30 dnů v posledním měsíci) (tabulka 47). Z 13,6 % na 7,2 % kleslo procento klientů konzumujících alkohol denně nebo téměř denně. Průměrné denní množství 11,9 vypitých standardních sklenic ve 30 dnech před začátkem léčby u této podskupiny klientů je znepokojující. Taková konzumace odpovídá množství 0,6 litru destilátu. Po jednom roce od ukončení léčby došlo u této skupiny klientů ke značnému snížení průměrného množství vypitých standardních sklenic za den, a to z 11,9 na 2,8. Před začátkem léčby klienti terapeutických komunit konzumovali alkohol průměrně v 12,1 dnech, po jednom roce od ukončení léčby to bylo v 7 dnech. Průměrné množství vypitých sklenic se signifikantně zredukovalo téměř o polovinu, a to ze 7,6 na 3,6 standardních sklenic.

Tab. 47 Konzumace alkoholu před léčbou a jeden rok po ukončení léčby (období 30 dnů)

Konzumace alkoholu	Před léčbou	Po léčbě
Škodlivé pití	54,5 %	31,3 %
Denní / téměř denní pití	13,6 %	7,2 %
Množství (sklenic za den)	11,9	2,8
Abstinence	28,4 %	33,5 %
Frekvence pití (dny) <sup>a</sup>	12,1	7,0
Množství (sklenic za den) <sup>a</sup>	7,6	3,6

<sup>a</sup> Frekvence pití a množství zahrnují všechny klienty, kteří konzumovali alkohol.

Výše uvedené závěry ukazují některé pozitivní změny v konzumaci alkoholu jeden rok po léčbě v terapeutické komunitě. Nelze z nich však zjistit *individuální* změny v konzumaci alkoholu u jednotlivých klientů. Abychom mohli individuální změny sledovat, rozdělili jsme klienty do 5 skupin podle konzumace alkoholu před léčbou a jeden rok po léčbě: (1) *abstinenti* před i po léčbě (nedošlo ke změně), (2) *mírní konzumenti*, u nichž *nedošlo ke změně* (pili alkohol s mírou před i po léčbě), (3) klienti, u nichž došlo ke *zlepšení* (před léčbou pili alkohol ve škodlivé míře, ale po léčbě pili s mírou nebo abstinovali), (4) respondenti, u nichž došlo ke *zhoršení* (před léčbou abstinovali/pili s mírou, ale po léčbě uvedli škodlivou konzumaci alkoholu), (5) konzumenti alkoholu ve *škodlivé míře před i po léčbě* (nedošlo ke změně škodlivého pití).

Procenta klientů v jednotlivých kategoriích jsou uvedena v tabulce 48. Celkem u 30,6 % respondentů nedošlo ke změně škodlivého pití nebo jsme zaznamenali zhoršení (z abstinence/mírného pití před léčbou na škodlivé pití po léčbě). Znepokojující je zejména zjištění, že 15,3 % klientů po léčbě konzumovalo alkohol ve škodlivé míře, přestože před léčbou abstinovali nebo pili s mírou. U této podskupiny klientů došlo ke zhoršení v konzumaci alkoholu. U 69,2 % klientů jsme zaznamenali zlepšení (změna škodlivého pití na abstinenci/mírné pití) nebo pokračování v mírném pití/abstinenci. Takové zjištění je velmi povzbuzující. Pouze malá část klientů (8,7 %) abstinovala od alkoholu před léčbou i po jednom roce od ukončení léčby.



Tab. 48 Konzumace alkoholu jeden rok po ukončení léčby (období 30 dnů)

Odpověď na léčbu	Klienti 1 rok po léčbě
Pokračuje v abstinenci	8,7 % (N = 12)
Pokračuje v mírném pití	29,9 % (N = 41)
Pokračuje ve škodlivém pití	15,3 % (N = 21)
Zlepšení	30,6 % (N = 42)
Zhoršení	15,3 % (N = 21)

Z ČR nám není známa žádná studie uživatelů nelegálních drog hodnotící změny v užívání alkoholu po abstinenci orientované rezidenční léčbě. Naše zjištění ukazují, že značná část klientů, kteří přicházejí do terapeutických komunit primárně určených pro léčbu uživatelů nelegálních návykových látek, má závažné obtíže s konzumací alkoholu. Po jednom roce od ukončení léčby jsme zjistili několik významných zlepšení ve vzorcích konzumace alkoholu. Z 28,4 % na 33,5 % se zvýšilo procento klientů abstinujících od alkoholu; tato změna však nebyla potvrzena jako signifikantně významná. Po jednom roce od ukončení léčby se signifikantně zvýšilo procento klientů konzumujících alkohol ve společensky přijatelné míře a zároveň se signifikantně snížilo procento klientů konzumujících alkohol ve škodlivé míře. Výrazně se snížila frekvence pití i množství konzumovaného alkoholu. Ne všechny výsledky týkající se konzumace alkoholu jsou stejně pozitivní a povzbudivé.

Přestože jsme zjistili řadu pozitivních změn v konzumaci alkoholu jeden rok po ukončení léčby, je zřejmé, že 31,3 % klientů konzumuje alkohol v míře, která prokazatelně poškozuje zdraví fyzické i duševní. Takové závěry jsou v kontrastu s mimořádnými zlepšeními v oblasti užívání nealkoholových drog. Obdobná zjištění uvádějí Gossop et al. (2000a), kteří se domnívají, že rozdíl je do jisté míry způsoben faktem, že zkoumaný soubor je přijímán do léčby na základě problémů v souvislosti s užíváním nelegálních drog a pro některé klienty nemusí alkohol představovat problém nebo pití není jako problém vnímáno. Rovněž pracovníci léčebných programů pro uživatele nelegálních drog mohou alkohol a s ním spojené obtíže snadno přehlížet. Zjištěné rozdíly mohou rovněž znamenat, že změny v užívání nelegálních drog a v pití alkoholu jsou na sobě do jisté míry nezávislé (ibid). Rovněž individuální změny v konzumaci alkoholu po léčbě nejsou zcela přesvědčivé, neboť se ukázalo, že 30,6 % klientů po léčbě pokračovalo ve škodlivé konzumaci alkoholu nebo u nich dokonce došlo ke zhoršení (tzn. že před léčbou od alkoholu abstinovali nebo pili s mírou). Domníváme se, že u sledované skupiny klientů mohou být problémy spojené s nadměrnou konzumací alkoholu více viditelné po té, co bylo dosaženo abstinence od nelegálních drog. Excesivní konzumace alkoholu po léčbě představuje značné riziko osobních, zdravotních a sociálních komplikací po jinak úspěšné léčbě. Změny v konzumaci alkoholu po léčbě – i přes řadu pozitivních zjištění – nelze považovat za zcela uspokojivé. Taková zjištění korespondují se závěry NTORS (např. Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a).

28,4 % klientů abstinovalo od alkoholu před léčbou v terapeutické komunitě, jeden rok po léčbě to bylo 33,5 % klientů. Takové zjištění je konzistentní se závěry NTORS (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a). Takové zjištění je velmi zajímavé, uvážíme-li vysokou míru užívání

nealkoholových drog mezi klienty terapeutických komunit. Naše výsledky jsou konzistentní s mírou abstinence v obecné populaci. Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu české populace v roce 2006 ukázaly, že v posledních 30 dnech abstinovalo od alkoholu 26 % respondentů (Brožová, 2006). Skupiny abstinujících klientů před a jeden rok po léčbě nejsou tvořeny stejnými jedinci. Pouze 8,7 % klientů abstinovalo od alkoholu v obou sledovaných obdobích. Pro relativně vysokou míru abstinence od alkoholu před léčbou mezi uživateli nelegálních drog nemáme uspokojivé vysvětlení (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a). Lepší porozumění důvodům pro abstinenci od alkoholu mezi uživateli drog, může mít značný klinický přínos při řešení problematiky nadměrného pití u uživatelů drog po léčbě (ibid).

Naše zjištění o změnách v konzumaci alkoholu po léčbě jsou obdobné jako závěry studie NTORS po jednom roce od zahájení rezidenční léčby (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a): 30 % klientů rezidenčních zařízení abstinovalo od alkoholu v 90 dnech před léčbou, po jednom roce od zahájení léčby abstinovalo od alkoholu 37 % klientů, avšak tato změna nebyla potvrzena jako signifikantně významná. Zredukovalo se procento konzumentů alkoholu překračujících doporučené limity pro bezpečnější pití, a to z 33 % na 19 %. Procento denních konzumentů alkoholu se zredukovalo z původních 17 % na 7 %. Ačkoli se průměrné denní množství vypitého alkoholu snížilo o 50 %, klienti rezidenčních programů nadále značně překračovali doporučené limity pro bezpečnější pití. Gossop et al. (2000a) uvádějí, že takové výsledky jsou v kontrastu se signifikantními změnami a zlepšeními v užívání nelegálních drog a pozitivními změnami v dalších oblastech.

Potvrdily se závěry zahraničních studií, že vysoká míra konzumace alkoholu představuje problém také pro populaci uživatelů nelegálních drog (Gossop, 2004; Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a). Nadměrné pití alkoholu se u těchto klientů vyskytuje před léčbou i po léčbě. Jedná se o *závažný* problém. Řada klientů přichází do léčby s onemocněním jater a/nebo závažnými psychickými obtížemi. Současné užívání alkoholu a jiných drog představuje značné riziko předávkování. Alkohol jako sekundární droga může být přehlížen a jinak efektivní léčebné programy mu nevěnují dostatečnou pozornost (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998).

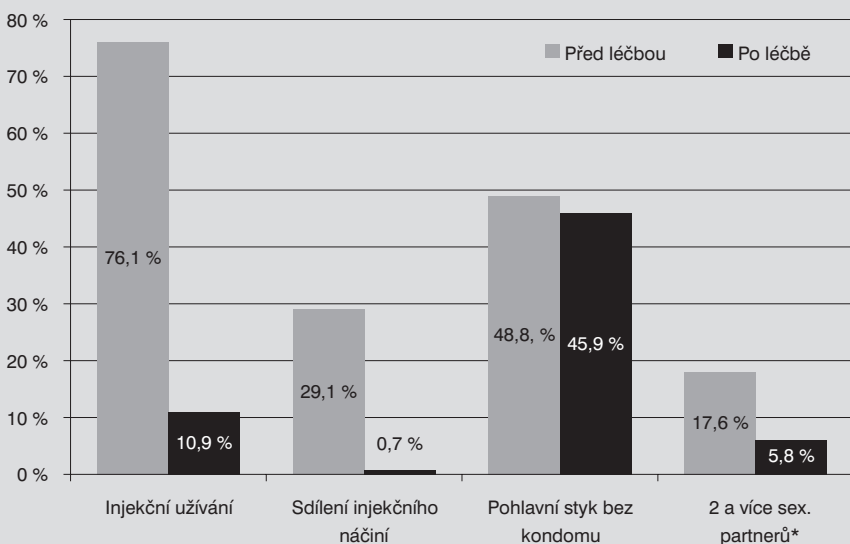
Problematice konzumace alkoholu mezi klienty užívajícími nelegální drogy nebyla v ČR dosud věnována náležitá pozornost. Klienti i pracovníci v odborných adiktologických službách mohou ať již záměrně či nevědomě přehlížet problematiku nadměrného pití. Konzumace alkoholu jako sekundární drogy je zpravidla ve stínu problémů spojených s užíváním nelegálních drog. Naše závěry jsou konzistentní se zahraničními studiemi (Gossop, 2004; Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000a), které ukazují, že rozsah a závažnost nadměrného pití mezi uživateli nelegálních drog před léčbou i po léčbě představují značný problém. Rovněž se potvrdilo, že klienti terapeutických komunit tvoří homogenní populaci vzhledem ke konzumaci alkoholu. Efektivní intervence zaměřené na nadměrné pití mezi klienty preferujícími nelegální drogy může významně přispět ke zlepšení léčebných výsledků terapeutických komunit.

## Injekční užívání drog a sexuálně rizikové chování

Míra rizikového chování v souvislosti s injekčním užíváním drog a sexuálním chováním mezi klienty terapeutických komunit je značná. 76,1 % klientů terapeutických komunit užívalo před léčbou drogy injekčně. Celoživotní prevalence injekčního užívání drog mezi klienty terapeutických komunit dosahuje 92,0 %. 29,1 % klientů sdílelo injekční náčiní ve 30 dnech před začátkem léčby. 48,8 % klientů mělo pohlavní styk bez použití kondomu ve sledovaném období. Naše zjištění ukazují, že značná část uživatelů drog vystavila sebe a své okolí značnému riziku nákazy a šíření krví přenosných infekčních chorob.

Jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě se významně snížil počet klientů užívajících drogy injekčně a sdílejících injekční náčiní (graf 21). Z 76,1 % na 10,9 % kleslo procento injekčních uživatelů drog. Významně se snížil počet klientů sdílejících injekční náčiní. Jeden rok po odchodu z terapeutické komunity sdílelo injekční náčiní 0,7 % klientů, zatímco před nástupem do léčby to bylo 29,1 % dotázaných. Jen k dílčímu zlepšení došlo v sexuálně rizikovém chování. Počet klientů, kteří uvedli pohlavní styk bez použití kondomu, zůstal prakticky nezměněn. 48,8 % klientů mělo nechráněný pohlavní styk před léčbou, jeden rok po ukončení léčby to bylo 45,9 %. Avšak významně se snížil počet klientů, kteří měli pohlavní styk bez použití kondomu se dvěma a více partnery. Zatímco před léčbou uvedlo sexuálně promiskuitní chování 17,6 % dotázaných, po léčbě to bylo 5,8 % respondentů.

Graf 21 Rizikové chování před léčbou a 1 rok po léčbě



\* Bez použití kondomu

Procenta uvedená v grafu 21 ukazují *celkové změny* v rizikovém chování klientů terapeutických komunit před léčbou a po léčbě. Zmíněný graf však nezaznamenává změny v chování uvnitř zkoumané skupiny klientů. Celkové hodnoty v grafu 19 neukazují, kde ve sledovaném souboru (ne)došlo ke změně. Tyto výsledky neukazují, zdali je část respondentů rezistentní vůči změně nebo nedošlo-li k zahájení rizikového chování u klientů, kteří se před léčbou rizikově nechovali. Tabulka 49 uvádí *individuální změny* v rizikovém chování podle čtyř kategorií: (1) klienti, u nichž se nevyskytovalo žádné rizikové chování a to ani před léčbou ani po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity, (2) klienti s rizikovým chováním před léčbou, ale nikoli po jednom roce, (3) klienti, kteří se nechovali rizikově před léčbou, ale po léčbě lze jejich chování označit za rizikové v souvislosti s injekčním užíváním drog a v souvislosti se sexuálním chováním, (4) klienti s rizikovým chováním v obou sledovaných obdobích, tj. před léčbou a jeden rok po ukončení léčby. Předposlední sloupec tabulky 49 – Pouze po roce – ukazuje klienty, kteří se nechovali rizikově před léčbou, avšak po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity se rizikově chovali. V posledním sloupci – Před léčbou a po roce – jsou zahrnuti klienti, jejichž rizikové chování se ve sledovaném období nezměnilo.

10,2 % klientů užívalo drogy injekčně před léčbou i po léčbě. 0,7 % klientů užívalo drogy injekčně pouze po léčbě. Shodně 0,7 % klientů před léčbou i po léčbě sdílelo injekční náčiní. U sexuálně rizikového chování jsme zjistili, že nechráněný pohlavní styk mělo pouze po léčbě 21,1 % klientů a 24,8 % klientů mělo nechráněný pohlavní styk před léčbou i po léčbě. 5,1 % klientů mělo nechráněný pohlavní styk se dvěma a více partnery pouze po léčbě a 0,7 % klientů mělo nechráněný pohlavní styk se dvěma a více partnery před léčbou i po léčbě. Uvedená zjištění považujeme za důležitá. Celkové výsledky ukazují na významné snížení rizikového chování po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě. Individuální změny však ukazují, že ve sledovaném souboru jsou klienti, kteří se začali chovat rizikově po léčbě nebo po léčbě v rizikovém chování pokračovali. Takové chování nadále představuje riziko šíření krví přenosných infekčních chorob.

Tab. 49 Rizikové chování v souvislosti s injekčním užíváním drog a sexuálním chováním před léčbou a 1 rok po léčbě

Rizikové chování	Ani před léčbou ani po roce	Pouze před léčbou	Pouze po roce	Před léčbou a po roce
Injekční užívání	23,3 % (32)	65,6 % (90)	0,7 % (1)	10,2 % (14)
Sdílení injekčního náčiní	78,8 % (108)	20,5 % (28)	0 % (0)	0,7 % (1)
Nechráněný pohlavní styk	31,3 % (43)	22,6 % (31)	21,1 % (29)	24,8 % (34)
Dva a více sex. partnerů <sup>a</sup>	77,3 % (106)	16,7 % (23)	5,1 % (7)	0,7 % (1)

<sup>a</sup> Sledujeme nechráněný pohlavní styk se dvěma a více partnery v rozhodném období.

Pozn.: Sledovaným obdobím je 30 dnů v období před začátkem léčby a v období jednoho roku po odchodu z terapeutické komunity. Čísla v závorkách vyjadřují počty klientů.

Naše zjištění jsou konzistentní s výsledky jiných výzkumných studií. Závěry NTORS ukazují na významné snížení rizikového chování u uživatelů drog, kteří se léčili v rezidenčních programech (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop et al., 2002b). Změna byla zjištěna u injekčního užívání drog a také u sexuálně rizikového chování. Procento klientů, kteří užívali drogy injekčně, se snížilo téměř o polovinu (z 61 % na 33 %), zhruba o třetinu se zredukovalo procento klientů sdílejících injekční náčiní (z 19 % na 7 %), z 66 % na 52 % pokleslo procento klientů nepoužívajících kondom s pravidelným sexuálním partnerem a o více než polovinu (z 36 % na 16 %) se zredukovalo procento klientů nepoužívajících kondom s jiným než pravidelným sexuálním partnerem (Gossop et al., 2002b). Rovněž další autoři poukazují na snížení rizikového chování uživatelů drog po léčbě v terapeutické komunitě (např. Hubbard et al., 1989; Simpson, Joe, & Brown, 1997; Wilson, 1978).

U většiny klientů, kteří se chovali rizikově před léčbou, jsme stejné chování nezaznamenali po jednom roce od ukončení léčby. Ne všechny výsledky v oblasti rizikového chování ukazují pozitivní změny a některá zjištění jsou znepokojivá. Relativně malá část klientů pokračovala v rizikovém chování po léčbě: 10,9 % klientů užívalo drogy injekčně a 45,9 % klientů praktičtě nechráněný pohlavní styk. Procento klientů, kteří měli pohlavní styk bez použití kondomu, zůstalo prakticky nezměněno. 5,8 % klientů mělo nechráněný pohlavní styk se dvěma a více partnery. Ačkoli celkově došlo k velmi výraznému snížení rizikového chování, naše výsledky ukazují, že zejména sexuálně rizikové chování a injekční užívání drog může představovat přetrvávající problém po jinak úspěšné léčbě závislosti. Takové chování představuje pokračující riziko šíření krví přenosných infekčních chorob.

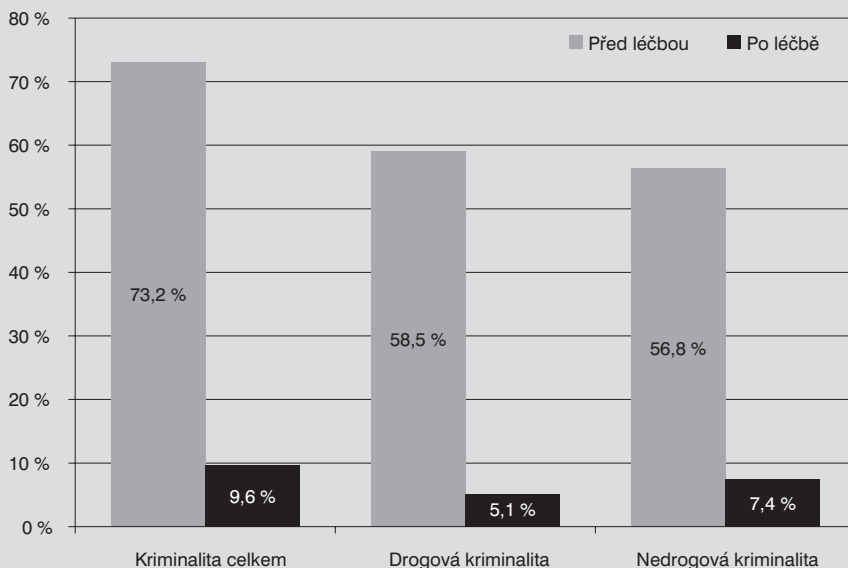
Přesto jsou zjištěné výsledky značně povzbudivé. Podstatně se zlepšilo rizikového chování v několika oblastech současně. Po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity jsme zaznamenali významné snížení injekčního užívání drog, sdílení injekčního náčiní a také sexuálně promiskuitního chování. Takové zlepšení znamená významné snížení rizika nákazy a šíření krví přenosných infekčních chorob. Změny v rizikovém chování v souvislosti s injekčním užíváním drog a sexuálně rizikovým chováním nelze oddělit od celkové změny životního stylu podstatné části klientů terapeutických komunit. Naše studie ukazuje významný nárůst abstinence od nelegálních návykových látek a další pozitivní změny související s novým životním stylem po léčbě v terapeutické komunitě. Lze předpokládat, že zlepšení v rizikovém chování spíše souvisí s celkovými změnami a pravděpodobně jen ve velmi omezené míře se jedná o přímý výsledek léčebných intervencí v terapeutické komunitě.

Obecně lze změny rizikového chování chápat jako příklady pozitivních změn v chování klientů po dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě pro uživatele drog. Hodnotu dosažených výsledků zvýrazňuje rovněž fakt, že v terapeutických komunitách se léčí dlouhodobí uživatelé drog s širokou škálou značně závažných obtíží. Je zřejmé, že i tato skupina problémových uživatelů drog je schopna dosáhnout velmi výrazných a pozitivních změn ve svém chování.

Změna kriminálního chování patří spolu s užíváním drog mezi nejdůležitější ukazatele úspěšnosti léčby v terapeutické komunitě (Kalina, 2008c). „Léčba je neúčinnější prevencí další trestné činnosti u mužů i žen s problematikou užívání drog“ (Kalina, 2008a, s. 298). Jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě jsme zjistili velmi výrazné snížení kriminálního chování. Ke zlepšení došlo ve dvou sledovaných oblastech. Signifikantně se snížil počet klientů zapojených do kriminálních aktivit a zároveň došlo k signifikantnímu poklesu počtu spáchaných trestných činů.

Jeden rok po ukončení léčby se významně snížilo procento klientů zapojených do drogové (prodej a výroba drog) i nedrogové (zejména různé formy majetkové trestní činnosti) kriminality (graf 22). 73,2 % klientů páchalo trestnou činností v období 30 dní před léčbou, po 1 roce od odchodu z terapeutické komunity to bylo 9,6 % klientů. Procento klientů zapojených do drogové trestné činnosti se zredukovalo z 58,5 % na 5,1 %. U nedrogové kriminality jsme zaznamenali pokles z 56,8 % na 7,4 %.

Graf 22 Kriminalita před léčbou a 1 rok po léčbě



Výsledky jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě ukazují, že se signifikantně snížilo procento klientů zapojených do jednotlivých trestných činů (tabulka 50). Distribuce drog a krádeže v obchodě byly dva nejčastěji páchané trestné činy v období 30 dnů před léčbou. Z 55,6 % na 5,1 % se snížilo procento klientů zapojených do distribuce drog. Z 39,7 % na 4,4 % pokleslo procento klientů páchajících krádeže v obchodě. Výskyt kapesních krádeží,

krádeží z bytu a krádeží auta jsme po jednom roce nezaznamenali vůbec. Navzdory signifikantnímu poklesu ve frekvenci jednotlivých trestných činů zůstávají distribuce drog a krádeže v obchodě nejčastěji páchanými trestnými činy.

Tab. 50 Frekvence trestných činů před léčbou a 1 rok po léčbě<sup>a</sup>

Trestný čin	Před léčbou	Po léčbě
Distribuce drog	55,6 %	5,1 %
Krádež v obchodě	39,7 %	4,4 %
Výroba drog	25,0 %	1,5 %
Krádeže kapesní a jiné	19,8 %	0 %
Krádež z auta	13,6 %	0,7 %
Krádež z bytu	11,3 %	0 %
Krádež auta	10,7 %	0 %
Podvod/padělání	8,5 %	2,2 %

<sup>a</sup> 30 dnů před zahájením léčby a posledních 30 dnů v období jednoho roku po ukončení léčby

Významné snížení kriminálního chování se projevilo rovněž v poklesu počtu trestných činů spáchaných jeden rok po léčbě (tabulka 51). Z 12 728 na 478 se snížil celkový počet spáchaných trestných činů, což představuje redukci o 96,2 %. K velmi znatelnému poklesu došlo v počtu spáchaných drogových i nedrogových trestných činů. Distribuce drog byla nejpočetněji páchaným trestným činem ve 30 dnech před léčbou (8 570 případů). Po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity došlo k poklesu o 96,5 % (295 případů). O 93,9 % poklesl počet krádeží v obchodě: z 2 303 na 140 případů. U pěti trestných činů (krádeže kapesní a jiné na osobách, řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu a drog, krádež z bytu, krádež auta a loupežné přepadení) jsme nezaznamenali jejich výskyt po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity. Ačkoli před léčbou byly krádeže kapesní a jiné na osobách třetím nejpočetnějším trestným činem (celkem 485 případů), v období jednoho roku po léčbě došlo k poklesu výskytu těchto krádeží o 100 %.

Tab. 51 Počty trestných činů před léčbou<sup>a</sup>, 1 rok po léčbě<sup>a</sup> a rozdíl v %

Trestný čin	Před léčbou	Po léčbě	Rozdíl (%)
Distribuce drog	8 570	295	-96,5 %
Krádež v obchodě	2 303	140	-93,9 %
Krádeže kapesní a jiné	485	0	-100 %
Krádež z auta	457	1	-99,7 %
Výroba drog	451	35	-92,2 %
Řízení vozidla <sup>b</sup>	195	0	-100 %
Krádež z bytu	104	0	-100 %

Trestný čin	Před léčbou	Po léčbě	Rozdíl (%)
Krádež auta	99	0	-100 %
Podvod / padělání	62	7	-88,7 %
Loupežné přepadení	2	0	-100 %
<b>Celkem</b>	<b>12 728</b>	<b>478</b>	<b>-96,2 %</b>

<sup>a</sup> 30 dnů před zahájením léčby a posledních 30 dnů v období jednoho roku po ukončení léčby

<sup>b</sup> Řízení motorového vozidla pod vlivem drog/alkoholu

Zatímco 48,8 % klientů přicházelo do terapeutické komunity s rozmanitými obtížemi v trestně právní oblasti, jeden rok po ukončení léčby uvedlo tyto problémy 38,9 % dotázaných. V obou sledovaných obdobích se nejčastěji jednalo o podmíněčné odsouzení, probíhající trestní stíhání a exekuce.

Naše výsledky ukazují na signifikantní pokles procenta klientů zapojených do trestné činnosti a také na redukci celkového počtu trestných činů po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě. Zjištěné výsledky jsou velmi pozitivní a povzbudivé, uvážíme-li, že řada klientů terapeutických komunit přichází do léčby s velmi dlouhou a komplikovanou kriminální kariérou. Příznivým zjištěním je, že naše výsledky jsou konzistentní se závěry zahraničních výzkumných studií.

Výsledky léčby uživatelů drog ukazují na významné snížení kriminálního chování po léčbě (Ball & Alan, 1991; Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop et al., 2005; Hubbard et al., 1989; NIDA, 2002; Rawlings, 2001; Simpson, Joe, & Brown, 1997). U klientů sledovaných ve studii NTORS se po léčbě podstatně snížila drogová i nedrogová kriminalita (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998). Po jednom roce od zahájení léčby klesla frekvence trestných činů mezi klienty, kteří prošli rezidenční léčbou zhruba o polovinu (Gossop et al., 1999). Procento klientů, kteří se v 90 dnech před léčbou dopustili krádeže v obchodě, kleslo z 36 % na 20 % po jednom roce od nástupu do léčby. Z 10 % na 3 % kleslo procento klientů, kteří se dopustili loupeže, v případě vloupání došlo k poklesu z 14 % na 6 % a v případě podvodu k poklesu z 19 % na 10 %. Majetková trestná činnost (krádež v obchodě, loupež, vloupání a podvod) klesla z 51 % na 17 % po jednom roce od zahájení léčby. 33 % klientů přiznalo, že byli před léčbou zapojeni do prodeje drog, zatímco po léčbě to bylo 17 %. Výsledky NTORS ukázaly, že významný pokles kriminálního chování je doprovázen značným snížením míry užívání drog po léčbě (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Gossop et al., 1999).

Přestože jsme zjistili řadu pozitivních a povzbudivých výsledků, ne všechny výsledky v oblasti kriminálního chování jsou zcela uspokojivé. Jeden rok po ukončení léčby jsme zaznamenali velmi signifikantní snížení procenta klientů zapojených do trestné činnosti a rovněž signifikantní snížení počtu spáchaných trestných činů. Zároveň se ukázalo, že 9,6 % klientů je zapojeno do trestné činnosti jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Ve sledovaném období tato skupina klientů spáchala 478 trestných činů. Poměr drogových a nedrogových trestných činů zůstal nezměněn. Drogové trestné činy představují dvě třetiny všech spáchaných trestných činů. Ve 30 dnech jeden rok po ukončení léčby připadá na jednoho klienta průměrně 37 trestných činů (25 drogových a 11 nedrogových trestných činů). Ve všech



dostupných studiích výsledků léčby uživatelů drog nalezneme skupinu respondentů, u nichž přetrvává kriminální chování po léčbě. Výsledky NTORS uvádíme níže. Hubbard et al. (1989) zjistili snížení procenta klientů zapojených do trestné činnosti na 19,8 % až 7,6 % v období tří až pěti let po léčbě (v závislosti na typu absolvované léčby).

Zjištěné snížení kriminálního chování lze jen velmi omezeně vidět jako přímý výsledek léčebných intervencí v terapeutické komunitě. Snížení kriminálního chování zpravidla nepatří mezi explicitní cíle léčby a terapeutické komunity nepoužívají specifické intervence zaměřené výhradně na problematiku kriminálního chování klientů. Základním cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu a sebezpečí klienta. Významné snížení kriminálního chování po léčbě lze proto chápat spíše jako důsledek komplexních změn, které současně zahrnují abstinenci od nealkoholových drog (nebo snížení užívání návykových látek), zvýšení zaměstnanosti, obnovu sociálních vazeb mimo drogové prostředí a další pozitivní změny. Takové ukazatele signalizují, „že klient změnil životní styl a přinejmenším se vyvázal z kontaktů s „toxickým“ a kriminogenním prostředím“ (Kalina, 2008a, s. 299). Snížení kriminality však patří mezi nejdůležitější výsledky a ukazatele úspěšné léčby uživatelů drog (Kalina, 2008c; McLellan et al., 1997).

Gossop et al. (2000b) upozorňují na rozdíly mezi závěry evaluačních studií výsledků léčby ve Velké Británii a v USA. Zatímco ve Velké Británii závěry NTORS ukazují, že snížení kriminálního chování souvisí s poklesem užívání heroínu, výsledky obdobných studií v USA (kapitola 3) spojují kriminalitu s užíváním crack kokainu. Tento na první pohled viditelný rozdíl velmi pravděpodobně odráží místní odlišnosti v užívání drog ve Velké Británii a v USA (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b). My jsme zjistili podobný rozdíl související s vysokou mírou konzumace pervitinu mezi problémovými uživateli drog v ČR. Naše závěry ukazují na spojitost mezi vysokou mírou užívání pervitinu a častějším pácháním nedrogové i drogové kriminality. Rovněž pravidelní uživatelé heroínu v naší sledovaném souboru byli signifikantně více zapojeni do nedrogové kriminality. Můžeme předpokládat, že zjištění o spojitosti mezi častým užíváním pervitinu a kriminálním chováním odráží specifika drogové scény v ČR. V ČR mezi problémovými uživateli drog jasně dominují uživatelé pervitinu, kterých jsou zhruba tři čtvrtiny (28,2 tis.) zatímco uživatelů opiátů (především heroínu a buprenorfinu) je jedna čtvrtina (11 tis.) (Mravčík et al., 2011). Ačkoli je v ČR mezi problémovými uživateli opiátů téměř vyrovnaný podíl uživatelů heroínu (55 %) a buprenorfinu (45 %), naše závěry nepotvrzují souvislost mezi užíváním buprenorfinu a vyšší mírou nedrogové (tj. převážně majetkové) trestné činnosti. Můžeme se domnívat, že takové zjištění alespoň do jisté míry souvisí s dostupností a cenou buprenorfinu na černém trhu. Buprenorfin je nejlépe dostupnou drogou na otevřené drogové scéně v Praze a v porovnání s heroínem je také poměrně snadno dostupný (Herzog, 2011). Zatímco heroín – u jehož pravidelných uživatelů jsme zjistili signifikantně vyšší míru nedrogové kriminality než u uživatelů buprenorfinu – je na otevřené drogové scéně v Praze jen omezeně dostupný, jeho kvalita je dlouhodobě nízká a cena v porovnání s buprenorfinem je několika násobně vyšší (Herzog, 2011; Mravčík et al., 2011).

Hodnocení výsledků léčby v reálném prostředí odborných služeb je důležité, neboť pomáhá zjistit, co v praxi funguje (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b). Naše studie sleduje klienty od zahájení léčby v terapeutické komunitě až do období jednoho roku po léčbě. Zde prezentované výsledky ukazují, že řada dlouhodobých uživatelů drog s rozsáhlou kriminální kariérou je schopna dosáhnout velmi výrazných zlepšení po absolvování léčby v terapeutické

komunitě. Dosažené výsledky jsou značně pozitivní a povzbudivé. Cílem léčby v terapeutické komunitě není pouze dosažení abstinence, ale také celková změna životního stylu klientů. Naše závěry potvrzují zjištění řady jiných studií, které ukazují, že léčebné intervence vedoucí k abstinenci od drog zároveň představují efektivní způsob, jak řešit kriminální chování uživatelů drog (Gossop, Marsden, Stewart et al., 2000b). Snížení kriminality v námi sledovaném souboru klientů má několik podstatných praktických významů. Především je to prospěch ve smyslu okamžitého snížení celospolečenských nákladů souvisejících s kriminálním chováním uživatelů drog. Dalším jednoznačným přínosem je snížení míry utrpení způsobené obětím trestné činnosti. Můžeme se rovněž domnívat, že léčba v terapeutické komunitě představuje efektivní způsob, jak zabránit pokračování trestné činnosti uživatelů drog.

## 6 / 7

**Fyzické a psychické zdraví**

Značná část klientů přichází do léčby v terapeutické komunitě s výraznými obtížemi v oblasti fyzického a psychického zdraví. Zlepšení zdravotního stavu a osobního fungování klientů je důležitým cílem léčby v terapeutické komunitě. Přetrvávající obtíže v oblasti fyzického a psychického zdraví mohou představovat značné riziko pro udržení úzdravy. Terapeutická komunita je místem, kde jsou klienti vedeni k tomu, aby přijali odpovědnost za své zdraví a naučili se zdravějšímu životnímu stylu. Značná část klientů je během léčby v terapeutické komunitě také v psychiatrické péči a užívá psychiatrickou medikaci. Standardní součástí programu terapeutických komunit v ČR jsou fyzicky zátěžové programy (sportovní a pracovní), které představují možnost zlepšení fyzické kondice rezidentů. V některých případech je terapeutická komunita místem, kde dochází ke smíření s vlastním zdravotním stavem a přijetí omezení, která mohou být dlouhodobá nebo celoživotní.

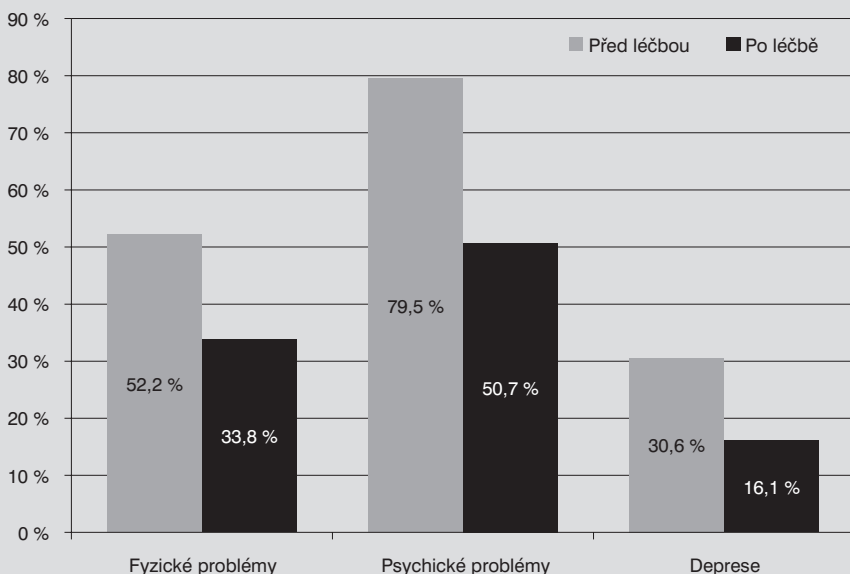
Po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě se výrazně zlepšilo fyzické i psychické zdraví klientů. Zaznamenali jsme signifikantní snížení výskytu většiny sledovaných symptomů fyzických i psychických obtíží. Uvedená zjištění považujeme za důležitý výsledek léčby. Zlepšení zdravotního stavu klientů pozitivně přispívá ke zlepšení kvality života po léčbě. Přetrvávající zdravotní komplikace mohou představovat významné riziko relapsu a mohou ovlivnit jinak příznivé léčebné výsledky.

Po jednom roce od ukončení léčby jsme zaznamenali signifikantní zlepšení v subjektivním hodnocení zdravotního stavu. Zatímco v době zahájení léčby bylo se svým zdravotním stavem spokojeno 51,1 % dotázaných, po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity se procento klientů spokojených se svým zdravím zvýšilo na 70,5 %. Jen mírně se snížila míra nespokojenosti klientů se spánkem: jeden rok po ukončení léčby bylo se spánkem nespokojeno 35,2 % klientů, zatímco v době zahájení léčby to bylo 37,5 %.

Graf 23 porovnává výskyt (střední až velmi častá míra výskytu) fyzických obtíží, psychických obtíží a deprese před léčbou a po léčbě. Ve všech sledovaných oblastech došlo k signifikantnímu snížení subjektivně vnímaných obtíží. Míra subjektivně vnímaných fyzických obtíží se zredukovala z 52,2 % na 33,8 %, výskyt psychických obtíží se zredukoval ze 79,5 na 50,7 %

a výskyt depresivních příznaků se zredukoval z 30,6 % na 16,1 %. Ačkoli došlo k výraznému zlepšení fyzického i psychického zdravotního stavu, z našich výsledků vyplývá, že u klientů řada zdravotních obtíží přetrvává. Četnost výskytu zdravotních obtíží, které přetrvávají jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě je znepokojující. Ve sledovaném souboru 33,8 % klientů uvedlo přetrvávající obtíže ve fyzickém zdraví, 50,7 % klientů uvedlo obtíže v psychickém zdraví a u 16,1 % klientů byl zjištěn výskyt symptomů deprese jeden rok po ukončení léčby.

Graf 23 Fyzické a psychické problémy před léčbou a 1 rok po léčbě



Jak ukazuje tabulka 52, u většiny subjektivně vnímaných obtíží v oblasti fyzického zdraví došlo k výraznému zlepšení jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Signifikanční zlepšení jsme zaznamenali ve snížení výskytu bolesti svalů a kloubů, chvění/třesu a brnění v končetinách, obtíží s dechem a bolesti na hrudi. Naopak obtíže týkající se trávicí soustavy zůstaly nezměněny (žaludeční nevolnost) nebo došlo dokonce ke zhoršení subjektivně vnímaných obtíží (nechutenství a bolesti žaludku). Také subjektivně vnímané pocity únavy a vyčerpání zůstaly nezměněny.

Také v kategorii psychických obtíží došlo k řadě výrazných zlepšení (tabulka 53). Zaznamenali jsme snížení frekvence výskytu depresivních i úzkostných symptomů. Výskyt sebevražedných myšlenek se snížil téměř o polovinu z 18,1 % na 9,5 %. V době zahájení léčby si na pocity vnitřní nervozity a napětí stěžovalo 81,8 %, respektive 81,2 % dotázaných. Po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity klesl výskyt těchto symptomů na 63,2 %, respektive na 64,7 %. Více než 40 % klientů si stěžovalo na šest (vnitřní nervozita, pocity napětí, samoty, beznaděje, strachu a bezcennosti) z deseti monitorovaných psychických obtíží. Ačkoli

se významně snížil výskyt všech sledovaných psychických symptomů úzkosti a deprese, v námi sledovaném souboru přetrvává značná míra výskytu psychických obtíží.

Tab. 52 Fyzické obtíže v době zahájení léčby a jeden rok po léčbě (střední až častá frekvence)

Fyzické obtíže	Před léčbou	Po léčbě
Únava/vyčerpání	71,0 %	70,5 %
Bolesti svalů	41,4 %	19,8 %
Chvění/třes	36,3 %	15,4 %
Bolesti kloubů	34,0 %	24,2 %
Obtíže s dechem	32,9 %	20,5 %
Brnění v končetinách	30,6 %	15,4 %
Nechutenství	24,4 %	36,0 %
Bolesti žaludku	23,2 %	26,4 %
Žaludeční nevolnost	21,5 %	22,0 %
Bolesti na hrudi	21,0 %	8,8 %

Tab. 53 Psychické obtíže v době zahájení léčby a jeden rok po léčbě (střední a častá frekvence)

Psychické obtíže	Zahájení léčby	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 %	47,0 %
Pocit bezcennosti	55,6 %	41,1 %
Pocit nezájmu	43,7 %	30,1 %
Pocit paniky	33,5 %	27,2 %
Vyděšení	28,4 %	22,0 %
Sebevražedné myšlenky	18,1 %	9,5 %

Naše zjištění jsou konzistentní s výsledky jiných výzkumných studií. Výsledky NTORS potvrzují, že u klientů došlo k signifikantnímu zlepšení v oblasti fyzického i psychického zdraví (Gosop, Marsden, & Stewart, 1998). Navzdory dosaženým výsledkům zůstává zdravotní stav klientů poměrně problematický, neboť řada obtíží dlouhodobě přetrvává i po léčbě (např.

54 % klientů uvedlo bolest na hrudi v době zahájení léčby a u 27 % respondentů tato bolest po roce přetrvávala, obdobně bolest žaludku uvedlo 64 % dotázaných v době zahájení léčby a po jednom roce 36 % respondentů). Ne zcela uspokojivý zdravotní stav klientů po léčbě je znepokojující (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998).

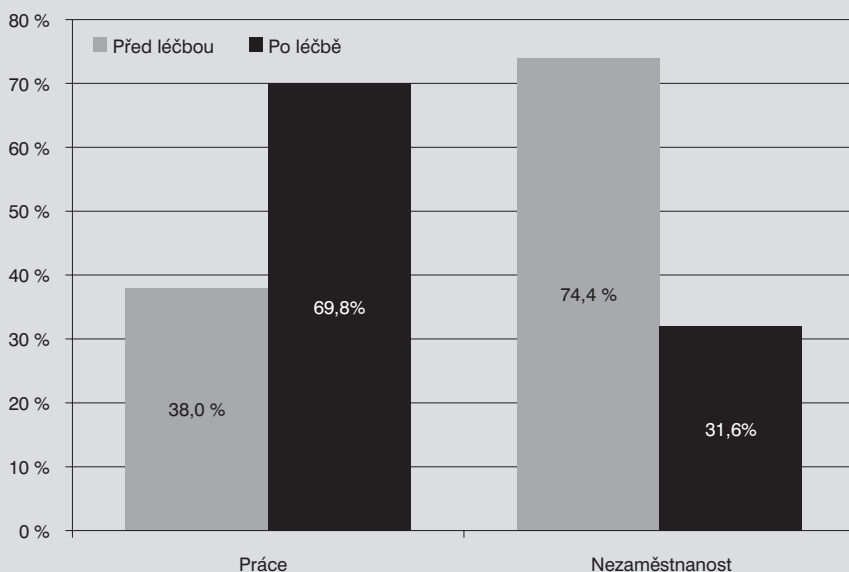
Naše výsledky ukazují signifikantní snížení většiny fyzických a psychických symptomů po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě. Ne všechny výsledky lze označit za zcela pozitivní a povzbudivé. Obtíže spojené s bolestmi žaludku a žaludeční nevolnosti jsme zaznamenali ve vyšší míře než před zahájením léčby, míra výskytu pocitů únavy/vyčerpání zůstala prakticky nezměněna (tabulka 52). K signifikantnímu zlepšení nedošlo u výskytu pocitů paniky po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity (tabulka 53). Pro takové výsledky nemáme jednoznačné vysvětlení.

Přetrvávající vysoká míra výskytu symptomů fyzických a psychických zdravotních obtíží zdůrazňuje potřebu lepšího porozumění komplexním souvislostem mezi užíváním návykových látek a souvisejícími zdravotními problémy klientů. Výskyt zdravotních obtíží by neměl být přehlížen již před léčbou, kdy klient žádá o přijetí do terapeutické komunity a zpravidla je v kontaktu s odbornými službami, které ho do léčby referují. Standardy služeb pro uživatele drog („Standardy“, n. d.) požadují, aby terapeutické komunity zajistily odbornou péči klientům s psychickými a somatickými komplikacemi a komorbiditami včetně farmakoterapie. Problémy s duševním zdravím se často objeví až po určité době abstinence a mohou představovat značné riziko relapsu (Kalina, 2008c). Jak dále zdůrazňuje Kalina (2008c) je potřeba, aby tým terapeutické komunity byl vybaven potřebnými znalostmi a dovednostmi a měl adekvátní odbornou podporu týkající se zvládání klientových obtíží s duševním a tělesným zdravím. Takové přístupy mohou výrazně napomoci zapojení klienta do léčby tak, aby v náročném programu mohl obstát a měl z léčby prospěch. Naše zjištění ukazují, že řada klientů se potýká se zdravotními obtížemi po odchodu z terapeutické komunity. Domníváme se, že identifikování vhodných strategií pro zvládání přetrvávajících obtíží v oblasti fyzického a psychického zdraví může přispět k udržení jinak příznivých léčebných výsledků v terapeutické komunitě.

Po jednom roce od ukončení léčby došlo k signifikantním zlepšením v oblasti zaměstnaní. Významně se zvýšila zaměstnanost klientů a signifikantně méně klientů bylo nezaměstnaných jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Jako sledované kritérium jsme zvolili jakoukoli formu placené práce, a to včetně příležitostné/nárazové práce (brigády) nebo zaměstnání bez řádné pracovní smlouvy („práce na černo“). Absolventi terapeutických komunit se setkávají s řadou objektivních překážek při hledání zaměstnání. Placená práce – byť příležitostná nebo bez pracovní smlouvy – představuje důležitou alternativu k trestné činnosti nebo k životu na sociálních dávkách. Placená práce je také důležitým znakem integrace klienta do společnosti.

Signifikantně se zvýšilo procento zaměstnaných klientů. 69,8 % klientů mělo nějakou formu pracovního uplatnění ve 30 dnech po jednom roce od ukončení léčby, zatímco ve stejném období před léčbou mělo práci 38,0 % respondentů (graf 24). Signifikantně se snížil počet nezaměstnaných klientů jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Přesto míra nezaměstnanosti po léčbě přetrvává na značně vysoké úrovni v porovnání s průměrnou mírou nezaměstnanosti v ČR<sup>71</sup>. 31,6 % klientů terapeutických komunit mělo zkušenost s nezaměstnaností v období 30 dnů po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity. Přestože taková míra nezaměstnanosti je značně vysoká, jedná se o výrazné zlepšení, neboť míra nezaměstnanosti před léčbou činila 74,4 %.

Graf 24 Práce a nezaměstnanost před léčbou a 1 rok po léčbě



Z 9,0 % na 53,6 % se zvýšilo procento klientů, kteří měli pracovní uplatnění po celé období 30 dnů jeden rok po ukončení léčby (tabulka 54). Jeden rok po ukončení léčby uvedlo 12,5 % klientů, že měli práci, avšak nepracovali celých 30 dnů. Jeden rok po ukončení léčby bylo 25,0 % klientů nezaměstnáno po celou dobu 30 dnů v porovnání s 57,9 % ve 30 dnech před léčbou.

71 V roce 2009 se celorepubliková míra nezaměstnanosti pohybovala od 6,8 % do 9,2 % (internetové stránky MPSV: <http://portal.mpsv.cz>).

Tab. 54 Práce a nezaměstnanost ve 30 dnech před léčbou a 1 rok po ukončení léčby (% všech klientů)

Parametr	Před léčbou	Po léčbě
Práce	38,0 %	69,8 %
Celých 30 dní	9,0 %	53,6 %
Méně než 30 dní	28,9 %	16,2 %
Dny zaměstnanosti <sup>a</sup>	19,1	26,8
Nezaměstnanost	74,4 %	31,6 %
Celých 30 dní	57,9 %	25,0 %

<sup>a</sup> Průměrný počet dnů zaměstnání všech klientů, kteří měli práci (30 dní ve sledovaném období).

Placená práce je efektivní způsob, jak klienty po léčbě znovu začlenit do společnosti (Kleinman et al., 1997). Zaměstnání představuje cestu z drogové subkultury směrem k normální společnosti a je důležitým, pravidelným a stabilním zdrojem finančních příjmů (ibid). Má-li klient legální zdroj pravidelného finančního příjmu, není odkázán na sociální dávky, případně na trestnou činnost. Získání vhodného zaměstnání významně přispívá k pozitivnímu sebevnímání, snížení kriminality, zlepšení kvality života a rovněž je klíčovým prvkem pro změnu osobní identity a sociální rehabilitaci klienta, k níž léčba v terapeutické komunitě směřuje (Kleinman et al., 1997; Taylor, 2008). Pravidelné zaměstnání je důležitým zdrojem prosociálních hodnot a příležitostí pro budování nových sociálních vazeb mimo drogovou subkulturu (Taylor, 2008). „[...] život na sociálních dávkách není pro vytrvání v abstinenci příznivý, zatímco studium, pracovní trénink, rekvalifikace atd. jsou vhodnou strategií, jak zlepšit šance na trhu práce a upevnit příznivé podmínky pro život bez drog“ (Kalina, 2008c, s. 264). Nácvik pracovních dovedností a příprava na zaměstnání mají pevné místo v programu léčby v terapeutických komunitách v ČR i v zahraničí. Podpora v získání a udržení zaměstnání je klíčovou metodou práce v závěrečné fázi léčby v terapeutické komunitě a také v období po léčbě, kdy se klient opětovně integruje do společnosti (Diver & Dickson, 2006; Kalina, 2008c; Taylor, 2008). Nezastupitelnou roli mají programy následné péče, které na léčbu v terapeutické komunitě navazují a představují důležitý zdroj podpory v prvních měsících samostatné abstinence (Kalina, 2008c).

Naše závěry jsou konzistentní s výsledky jiných výzkumných studií. López Goni et al. (2011) zjistili, že 79 % mužů a 64 % žen pracovalo po ukončení léčby v terapeutické komunitě, nebyl však potvrzen významný rozdíl mezi klienty s řádně ukončenou léčbou a těmi, kteří z léčby odešli předčasně. Ke změně pracovního statusu po léčbě došlo u téměř poloviny klientů (ibid). Výsledky jiných studií naopak zdůrazňují souvislost mezi délkou léčby a pracovním statutem klientů po léčbě. Messina et al. (2000) uvádějí, že dokončení dlouhodobé léčby (12 měsíců) v terapeutické komunitě predikuje zvýšení zaměstnanosti u mužů i u žen. Zatímco před léčbou byli téměř všichni klienti nezaměstnaní, po ukončení léčby mělo práci 71 % mužů a 48 % žen (ibid). Hubbard et al. (1989) zvolili velmi přísné kritérium pro hodnocení zaměstnanosti klientů po léčbě: práce na plný úvazek (35 hodin týdně) po celé období tří nebo dvanácti měsíců od ukončení léčby. Ve třech měsících před zahájením rezidenční léčby téměř nikdo z klientů neměl zaměstnání. V prvních třech měsících po ukončení léčby mělo

práci 36 % klientů. Po dvou letech od odchodu z rezidenční léčby kleslo procento zaměstnaných klientů na 21 % a v období tří až pěti let po léčbě došlo k opětovnému zvýšení zaměstnanosti na 39 %. Hubbard et al. (1989) potvrzují pozitivní korelaci mezi délkou léčby a zaměstnaností po léčbě. U klientů s délkou léčby jeden rok a více byla zjištěna dvakrát vyšší pravděpodobnost udržení zaměstnání v porovnání s těmi, kteří ukončili léčbu dříve (ibid). Rovněž Bale (1980) a Barr (1986) udávají vyšší míru zaměstnanosti nebo školní docházky mezi klienty s delší dobou léčby v terapeutické komunitě.

Prezentované výsledky v oblasti zaměstnání upozorňují na další zajímavé skutečnosti. Změny ve statusu zaměstnání jsou relativně méně průkazné a méně dlouhodobě udržitelné v porovnání s jinými dosaženými změnami, jako je např. signifikantní snížení kriminality (Hubbard et al., 1989). Hledání zaměstnání u bývalých uživatelů drog po léčbě komplikuje obecně svízelná situace na trhu práce (vyšší míra nezaměstnanosti), ale také specifické obtíže, jako je záznam v trestním rejstříku nebo diskriminace ze strany potenciálního zaměstnavatele (Kalina, 2008c). „Výsledky zlepšení hodnocené podle toho, zda klient má trvalé zaměstnání, jsou proto nejméně přesvědčivé ze všech sledovaných parametrů“ (Kalina, 2008c, s. 264).

Námi zjištěné výsledky v oblasti zaměstnání jsou velmi povzbudivé, neboť představují podstatné zlepšení v osobním fungování u řady klientů po ukončení rezidenční léčby. Domníváme se, že nezastupitelné je trénink a příprava na zaměstnání, které jsou součástí léčby v terapeutických komunitách a programech následné péče. Naše výsledky ukazují, že dlouhodobá rezidenční léčba v terapeutické komunitě významně zvyšuje šance na získání zaměstnání a na zapojení do produktivního života po léčbě.

## 6 / 9

## Kvalita života

Jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě jsme zjistili signifikantní zvýšení kvality života klientů ve všech sledovaných oblastech. Takové výsledky jsou konzistentní se značnými zlepšeními v dalších sledovaných oblastech.

Změny v kvalitě života jeden rok po odchodu z terapeutické komunity zobrazuje tabulka 55. Zjistili jsme signifikantní zvýšení kvality života po léčbě ve všech sledovaných doménách. Největší rozdíl byl zaznamenán u domény „sociální vztahy“, která hodnotí míru subjektivní spokojenosti s osobními vztahy, sexuálním životem a podporou přátel. Rovněž v oblasti „prožívání“ jsme zaznamenali značný nárůst ve srovnání s výsledkem v době zahájení léčby. Tato doména mimo jiné hodnotí, nakolik dotazovaný prožívá potěšení ze života, smysl vlastního života, přijetí svého tělesného vzhledu, spokojenost se sebou nebo prožívání negativních pocitů. Ačkoli došlo k signifikantnímu zvýšení u všech sledovaných domén, výsledek v oblasti „sociální vztahy“ je stále nižší v porovnání s populačními normami v ČR (klienti terapeutických komunit dosahují skóre 13,87, zatímco populační normy udávají skóre 14,98) (tabulka 43). Hrubé skóre v doménách „fyzické zdraví“ a „prostředí“ je dokonce vyšší u absolventů terapeutických komunit, než udávají populační normy v ČR.



Tab. 55 Kvalita života klientů terapeutických komunit v období zahájení léčby a 1 rok po jejím ukončení (průměrné hrubé skóry)

WHOQOL	Začátek léčby	Po léčbě	Rozdíl
Fyzické zdraví	14,86	15,98	+1,12
Prožívání	12,73	14,42	+1,69
Sociální vztahy	11,54	13,87	+2,33
Prostředí	13,95	14,57	+0,62
Kvalita života	3,15	3,67	+0,52
Spokojenost se zdravím	3,29	3,68	+0,39

Pozn.: Rozpětí škály u prvních čtyř položek je 4–20, u posledních dvou otázek je 1–5; vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

Naše výsledky jsou konzistentní se závěry jiných výzkumných studií. Martinac et al. (2008) porovnávali kvalitu života mezi nově přijatými klienty do rezidenční terapeutické komunity, absolventy léčby v terapeutické komunitě a klienty v metadonovém substitučním programu. Výsledky ukazují na signifikantní zvýšení kvality života po šesti měsíční léčbě v terapeutické komunitě, zároveň nebyl zjištěn rozdíl v kvalitě života mezi klienty rezidenční terapeutické komunity a ambulantního programu metadonové substituce (ibid). Hambley et al. (2010) hodnotili změny v kvalitě života po absolvování rezidenční léčby závislosti. Klienti byli vyšetřeni v době zahájení léčby a 6 měsíců po jejím ukončení. U všech klientů došlo k signifikantnímu snížení užívání drog/alkoholu a zároveň ke zlepšení kvality života. Zároveň bylo zjištěno, že klienti preferující alkohol dosahují vyššího skóre v kvalitě života v porovnání s uživateli nelegálních drog (ibid). Na vysokou míru emočních obtíží, a tím sníženou kvalitu života u klientů léčících se z drogové/alkoholové závislosti upozorňují Garg et al. (1999).

Zjištění, že po léčbě v terapeutické komunitě dochází u klientů k významnému zvýšení kvality života, je značně povzbudivé a pozitivní. Vyšší skóre kvality života odráží pozitivní změny v dalších sledovaných oblastech. Naše zjištění ukazují, že u klientů terapeutických komunit nedochází pouze ke zlepšení v tradičně hodnocených doménách, jako je míra abstinence nebo kriminální chování, ale také v dalších životních oblastech. Kvalita života se zaměřuje na subjektivní hodnocení klientovy spokojenosti s tělesným zdravím, emočním prožíváním, sociálními vztahy, prostředím, v němž jedinec žije, a jeho spokojenost se zdravím a kvalitou života. Signifikantní změny v uvedených oblastech signalizují celkovou změnu životního stylu klientů terapeutických komunit. Zlepšení kvality života po léčbě představuje významnou změnu pro klienty terapeutických komunit. Naše zjištění je důležité také v kontextu obtíží, s nimiž klienti do léčby přicházejí. Klientela terapeutických komunit pro drogově závislé vykazuje přítomnost řady závažných obtíží v různých oblastech. Závažnost obtíží je často vyšší než v jiných léčebných modalitách. Přesto u klientů terapeutických komunit dochází k řadě signifikantních zlepšení, a to i v oblasti kvality života.

Studie hodnotící výsledky léčby uživatelů drog jsou logicky prvním krokem ve snaze odpovědět na otázky zabývající se efektivitou léčby uživatelů drog (Simpson, 1997). Řada výzkumných studií ukázala, že léčba v terapeutické komunitě má prokázaný účinek na snížení užívání drog, snížení kriminality, zlepšení psychických obtíží a zvýšení sociální integrace (De Leon, 2010a; Gossop, 2004; Kalina, 2008c). Role léčby v procesu uzdravy uživatelů drog a její výsledky představují komplexní proces, který není snadné interpretovat (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998).

Průběh a výsledky léčby mohou být ovlivněny řadou faktorů na straně klienta a také na straně léčebného programu. Motivace a připravenost na změnu jsou prediktory setrvání v léčbě a zapojení klienta do procesu léčby (De Leon & Wexler, 2009). Léčba užívání drog se neobejde bez aktivního zapojení a spolupráce klienta. Uživatel drog nemůže být pasivním pacientem, jemuž odborník mechanicky naordinuje požadovanou terapii. Léčba uživatelů drog není něčím, co se „děje“, naopak se jedná o proces, v němž klient zastává aktivní roli (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998). Nejde jen o to, jakou dobu klient v léčbě stráví, ale jaký pokrok v léčbě udělá (De Leon, 2004b). Výsledky jinak úspěšné léčby mohou být zásadně ovlivněny řadou rozdílných faktorů, jako je nacházení přátel mimo drogovou scénu (Jainchill et al., 2000; Soyez et al., 2006a), spolupráce s rodinou klienta (Kooyman, 1993; Radimecký, 2007) nebo získání zaměstnání po léčbě (Kalina, 2008c). Mezi faktory na straně léčebného programu patří zejména typ, délka a intenzita léčby, ale také schopnost programu udržet klienty v léčbě a dostupnost následné péče. Marsh et al. (2010) upozorňují, že pro dosažení příznivého léčebného výsledku je důležitá kvalita terapeutického vztahu a schopnost léčebného programu reagovat na klientovy potřeby.

Zdaleka ne všichni uživatelé drog potřebují odbornou pomoc<sup>72</sup> a rovněž pouze malá část těch, kteří přicházejí do léčby, se léčí v terapeutické komunitě. Pro některé uživatelé drog je léčba opakovaným a dlouhodobým procesem, který se skládá z několika léčebných epizod. Léčba v terapeutické komunitě není izolovaným procesem. Před léčbou v terapeutické komunitě klienti absolvují ústavní detoxifikaci. Pouze malá část klientů odcházela do terapeutické komunity pouze s ukončenou ústavní detoxifikací. Většina klientů (80,1 %, N = 141) pokračovala ve střednědobé ústavní léčbě ve zdravotnickém zařízení a až po té přešla do terapeutické komunity. Střednědobá ústavní léčba zpravidla nabízí léčebný pobyt v délce 3–6 měsíců. Zjistili jsme, že průměrná doba pobytu v ústavní léčbě byla 2,1 měsíce, avšak uvedená doba může být značně variabilní a ve sledovaném souboru se pohybuje od 3 dnů do 9,2 měsíce. Virtuálně všichni klienti (93,4 %, N = 128) využili dalších odborných adiktologických služeb v období jednoho roku po odchodu z terapeutické komunity. Sledovali jsme využití doléčovacích programů (ambulantní a s chráněným bydlením) a pobytových programů (ústavní detoxifikace, střednědobá ústavní léčba a terapeutická komunita). Nejčastěji (66,4 %, N = 91) se jednalo o navazující doléčovací programy. Doléčovací programy jsou zpravidla ambulantní zařízení, avšak v některých případech nabízejí také chráněné bydlení. Kuda (2003) uvádí, že délka následné péče je značně individuální, nicméně 6 měsíců je považová-

72 V českém prostředí ojedinelou prací na toto téma prezentoval Nepustil (2009).

no za minimum. 27,2 % (N = 37) klientů prošlo novou rezidenční léčbou závislosti. Taková zjištění jsou konzistentní se závěry studie NTORS (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998). Nelze opomenout přínos a účinek jednotlivých programů v systému odborných služeb, které se (někdy opakovaně) podílejí na zde prezentovaných výsledcích léčby uživatelů drog.

Závěry mnoha výzkumných studií ukazují, že dosažení pozitivních změn po léčbě v terapeutické komunitě souvisí s délkou setrvání klienta v programu (např. Condelli, 1994; De Leon, 1991, 2004a, 2010a; De Leon & Ziegenfuss, 1986; Gossop et al., 1999; Lewis & Ross, 1994; McCusker, Bigelow et al., 1997; NIDA, 2002; Simpson, 1979, 1981; Simpson, Joe, & Brown, 1997). Citovaní autoři opakovaně potvrdili, že čím déle se klient v léčbě udrží, tím je větší pravděpodobnost dosažení příznivých léčebných výsledků. *Délka setrvání v léčbě* je nejkonzistentnějším prediktorem příznivých léčebných výsledků u uživatelů drog (De Leon, 1984, 2004a; Simpson, 1997).

Doba setrvání v programu je komplexním indikátorem, který by měl být považován za ukazatel dalších proměnných vztahujících se k průběhu a výsledkům léčby (Gossop et al., 1999). Je zřejmé, že čím déle klient v programu setrvá, tím déle je vystaven vztahovým interakcím se členy terapeutického týmu a ostatními klienty a zároveň všem prvkům programu terapeutické komunity. De Leon (1984) a De Leon et al. (1994) uvádějí, že klientovo setrvání v programu mohou různou mírou ovlivňovat čtyři skupiny faktorů: (1) motivace ke změně, (2) vnější okolnosti (rodinné a partnerské vztahy, sociální tlaky podporující změnu apod.), (3) připravenost klienta na změnu, (4) adekvátnost léčebné intervence. Můžeme se rovněž domnívat, že více motivovaní klienti setrvávají v programu delší dobu (Gossop et al., 1999; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995). Někteří autoři (De Leon, 2004b; Simpson et al., 1995; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1997) se přiklánějí k názoru, že klienti aktivně participující na léčebném programu, u nichž v průběhu léčby dochází k podstatným kognitivním a behaviorálním změnám, dosahují po léčbě značně lepších výsledků než klienti, jejichž změny jsou méně průkazné. Má-li léčba přinést pozitivní výsledky, je potřeba, aby v ní klient setrval dostatečně dlouhou dobu a zároveň, aby klient aktivně spolupracoval na všech částech terapeutického programu, který má být adekvátně intenzivní a kvalitní (Gossop et al., 1999; Simpson, Joe, Rowan-Szal et al., 1997). Pro zvýšení efektivity léčby je důležité identifikovat a posilovat faktory přímo související s motivací, spokojeností, zapojením a udržením klientů v léčbě (Simpson, Joe, Rowan-Szal et al., 1997).

Ačkoli je setrvání v léčbě klíčové pro dosažení příznivých výsledků, nelze očekávat, že všichni klienti léčbu řádně dokončí. *Předčasné ukončení léčby* je v terapeutických komunitách velmi častým jevem. Tímto se však terapeutické komunity neliší od jiných odborných služeb pro uživatele návykových látek ani od léčby řady chronických onemocnění, jako je např. vysoký krevní tlak, diabetes nebo astma (UNDCP, 2003; Yates et al., 2010). Řada klientů odchází z léčby dříve, než je možné dosáhnout optimálních léčebných výsledků. Setrvá-li klient v programu po plánovanou dobu a léčbu dokončí, z pohledu zařízení setrval v léčbě optimálně dlouhou dobu. De Leon (2004a) uvádí, že předpokladem efektivní léčby v terapeutické komunitě je, aby klient v léčbě setrval dostatečně dlouhou dobu. Proto je důležité, aby terapeutické komunity usilovaly o prevenci časných vypadnutí a prodloužení doby setrvání klientů v léčbě. Na druhou stranu, určité procento vypadnutí může být chápáno jako indikátor zdravé a fungující léčby (Kalina, 2008c). Z klientovy perspektivy může být odchod z léčby

před plánovaným ukončením viděn jako naplnění individuálních cílů, nevhodnost programu nebo změna postojů k abstinenci<sup>73</sup> (Lewis Et Ross, 1994).

Setrvání v léčbě, předčasné ukončení a dokončení léčby jsou rutinně sledované indikátory průběhu a výsledku léčby. Výzkum terapeutických komunit dlouhodobě usiluje o lepší porozumění fenoménu retence a předčasného vypadnutí z léčby. Výzkumné otázky se soustředí zejména na to, *kdo* odchází z léčby předčasně, *kdy* klienti z léčby odcházejí a *proč* klienti odcházejí z léčby před jejím ukončením (Lewis Et Ross, 1994). Problematika retence klientů v terapeutických komunitách se sleduje již od 70. let minulého století (viz např. De Leon, 2004a). Lepší porozumění retenci významně přispívá ke zlepšení léčebných výsledků v terapeutických komunitách. Zároveň se jedná o klíčový ukazatel úspěšnosti zařízení, který se promítá do ekonomické evaluace léčby a je relevantní pro financování z veřejných zdrojů (De Leon, 2004a; Kalina, 2008c).

Plánovanou délku léčby v námi sledovaných terapeutických komunitách uvádí tabula 56. Měřitko plánované délky léčby vyjadřuje dobu, po kterou by měl klient v programu setrvat, aby bylo dosaženo optimálních léčebných výsledků. V TK Karlov SANANIM se léčí mladiství a mladí dospělí od 16 do 25 let a délka programu se pohybuje od 5,5 do 7,5 měsíce. Ostatní terapeutické komunity jsou určeny pro klienty od 18 let věku. Délka léčebného programu je značně individuální. Spodní hranice se pohybuje mezi 7–10 měsíci; zatímco maximální délka programu je stanovena na 12–15 měsíců. „*Délka léčby* je sama o sobě důležitým prediktorem úspěšnosti [...]. Standardní programy v délce 12 měsíců (tj. programy pro dospělé klienty – pozn. M.Š.) mají lepší výsledky než programy šestiměsíční se srovnatelným obsahem, což však může být kompenzováno intenzitou, obsahovými inovacemi a navazováním různých forem léčby“ (Kalina, 2008c, s. 265).

Řada autorů udává (Condelli Et Hubbard, 1994; NIDA, 2002; Simpson, 1979; Simpson et al., 1999; Simpson Et Sells, 1982), že setrvání v léčbě alespoň 3 měsíce je minimální nutnou dobou pro dosažení signifikantních zlepšení. Tabulka 56 zobrazuje průměrnou dobu pobytu klientů ve sledovaných terapeutických komunitách. Ve všech sledovaných terapeutických komunitách je průměrná doba pobytu jednoho klienta delší než minimálně účinná doba 3 měsíce. Porovnáme-li tuto hodnotu s plánovanou délkou programu terapeutických komunit, zjistíme, že sledovaní klienti absolvovali průměrně 60,8 % (TK Němčice SANANIM) až 77,2 % (TK Nová Ves) plánované délky léčby. Naše zjištění ukazují, že sledované terapeutické komunity jsou schopny udržet klienty v léčbě po dobu, kdy již lze očekávat dosažení a udržení příznivých léčebných výsledků. Průměrná délka úspěšně ukončené léčby pro mladistvé a mladé dospělé v TK Karlov SANANIM je 6,9 měsíce. Ve zbylých terapeutických komunitách se průměrná délka úspěšně ukončené léčby pohybuje od 10,4 do 12,1 měsíce (tabulka 56). Kalina (2008c) označuje léčbu v délce jednoho roku za „zlatý standard“, neboť programy v délce 12 měsíců mají lepší výsledky než programy šestiměsíční se srovnatelným obsahem a dodává, že prodloužení léčby nad jeden rok již nepřináší významné zlepšení<sup>74</sup>.

73 Více o důvodech vypadnutí z léčby např. Kalina (2008c), kapitola 22.3.

74 Toto konstatování se netýká léčby adolescentů, jako v případě TK Karlov SANANIM. Terapeutické komunity pro tyto klienty mají zkrácený program v porovnání se zařízeními pro dospělé uživatele drog (např. Kalina, 2008c).

Tab. 56 Délka léčebného programu terapeutických komunit, průměrná doba pobytu jednoho klienta (% z průměrné délky léčebného programu terapeutické komunity) a průměrná délka úspěšně ukončené léčby jednoho klienta (v měsících)

TK	Délka programu <sup>a</sup>	Doba pobytu	Délka úspěšné léčby
Karlovy SANANIM <sup>75</sup>	5,5–7,5	4,6 (70,7 %)	6,9
Podcestný Mlýn	9–12	6,4 (60,9 %)	10,4
Nová Ves	7–15	8,5 (77,2 %)	12,1
Němčice SANANIM	10–15	7,6 (60,8 %)	11,8

<sup>a</sup> Zdroj: Internetové stránky jednotlivých terapeutických komunit.

Rozdělení klientů podle způsobu ukončení léčby v terapeutických komunitách zobrazuje tabulka 57. Téměř polovina (44,3 %, N = 78) klientů řádně ukončila léčbu v terapeutické komunitě. Léčba byla řádně ukončena, pokud klient absolvoval celý program terapeutické komunity (nebo jeho podstatnou část) a ukončení léčby bylo v souladu s terapeutickým plánem. Medián délky řádně ukončené léčby je 11,1 měsíce (335,5 dne). Jak je patrné z tabulky 57, délka úspěšné léčby v námi sledovaných programech je značně rozdílná a pohybuje se od 5 do 17 měsíců. Taková variabilita reflektuje různou délku programu ve sledovaných terapeutických komunitách. 55,7 % (N = 98) klientů z námi sledovaného souboru ukončilo léčbu předčasně. Medián délky předčasně ukončené léčby dosahuje 3,3 měsíce (101,5 dne). Tj. pouze třetina délky léčby v porovnání s klienty s řádně ukončenou léčbou (viz výše). Spontánní odchody klientů navzdory doporučení setrvat v léčbě převažují nad ukončením léčby ze strany zařízení: 26,1 % (N = 46) klientů svévolně ukončilo léčbu, zatímco u 21,6 % (N = 38) klientů bylo ukončení léčby indukováno zařízením (propuštění pro porušení pravidel). Léčba může být ukončena předčasně z různých důvodů na straně klienta i zařízení. Bylo by však velmi zjednodušující domnívat se, že předčasné ukončení léčby je automaticky spojeno s návratem k užívání drog a alkoholu. 41,8 % klientů z těch, kteří ukončili léčbu předčasně, odcházelo z terapeutické komunity se zajištěnou další odbornou péčí (ústavní léčba, jiná terapeutická komunita, doléčovací program aj.). Ve sledovaném souboru jsou rovněž klienti (5,7 %), jimž byla léčba přeložena do jiného odborného zařízení (psychiatrická léčebna, jiná terapeutická komunita aj.) a ti, kteří v průběhu léčby nastoupili do výkonu trestu odnětí svobody nebo byli vzati do vazby<sup>76</sup> (2,3 % klientů).

<sup>75</sup> Sledujeme pouze léčbu mladistvých. TK Karlovy SANANIM zároveň nabízí léčebný program pro matky s malými dětmi. Délka léčby u této skupiny klientů je odlišná od léčby mladistvých.

<sup>76</sup> Tito klienti byli v průběhu léčby odsouzeni za trestnou činnost spáchanou před nástupem do terapeutické komunity.

Tab. 57 Způsob ukončení léčby, počty klientů, medián délky léčby a minimální a maximální délka léčby (v měsících)

Způsob ukončení léčby	Počet klientů	Délka léčby
Řádné ukončení	44,3 % (78)	11,1 (5,3–17,2)
Ukončeno klientem	26,1 % (46)	2,9 (0,5 – 9,7)
Ukončeno zařízením	21,6 % (38)	3,5 (0,8 – 10,5)
Překlad jinam	5,7 % (10)	2,7 (0,6 – 9,5)
VTOS / vazba	2,3 % (4)	4,5 (3,9 – 5,6)

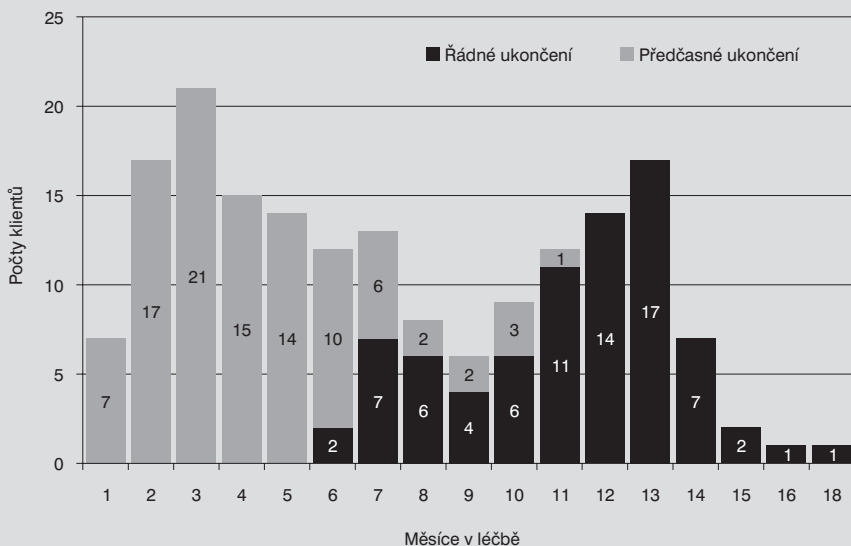
Počty klientů podle způsobu ukončení léčby (předčasně nebo řádně ukončená léčba) v závislosti na délce pobytu v terapeutické komunitě zobrazuje graf 25. Zjistili jsme, že 55,7 % (N = 98) klientů odešlo z terapeutické komunity předčasně, zatímco 44,3 % (N = 78) klientů řádně ukončilo léčbu. V období prvních tří měsíců docházelo k nárůstu počtu klientů předčasně odcházejících z léčby. V tomto období odešla z terapeutické komunity téměř polovina (45,9 %, N = 45) ze všech klientů s předčasně ukončenou léčbou. Naopak od čtvrtého měsíce dochází k poklesu klientů odcházejících z terapeutické komunity předčasně. S rostoucí délkou pobytu v léčbě se snižuje počet klientů odcházejících předčasně. Během 7.–11. měsíce pobytu v terapeutické komunitě ukončilo léčbu předčasně 14,2 % (N = 14) respondentů z podskupiny klientů s nedokončenou léčbou.

Naše zjištění potvrzují závěry De Leona (1991, 2004a), který uvádí, že míra předčasného ukončení léčby je nejvyšší v prvních třech měsících a následně dochází k soustavnému poklesu počtu předčasných odchodů. Z De Leonových (2004b) závěrů vyplývá, že překonání hranice tří měsíců je klíčové, neboť léčbu dokončí 60–70 % klientů, kteří v terapeutické komunitě vytrvali déle než 3 měsíce. Rovněž se ukazuje, že čím déle klient v léčbě setrvá, tím je vyšší pravděpodobnost, že léčbu řádně dokončí (De Leon, 1991). De Leon (2004a) uvádí, že 15–30 % klientů setrvá v terapeutické komunitě jeden rok. Fridell (1999) konstatuje, že léčbu v terapeutické komunitě dokončí 30–40 %. Kalina (2008c) zjistil, že procenta klientů s řádně ukončenou léčbou vykazují v odlišných studiích obrovský rozptyl a pohybují se od 10 % do 80 %, přičemž aritmetický průměr bez krajních hodnot dosahuje 35 %. V dostupné literatuře najdeme opakovaně tvrzení, že míra udržení klientů v terapeutických komunitách se od osmdesátých let minulého století zvyšuje (De Leon, 2001, 2004a; Fridell, 1999). Zjištění, že 44,3 % klientů řádně ukončilo léčbu, je značně povzbudivé, neboť ukazuje, že námi zkoumané terapeutické komunity mají srovnatelné nebo v některých případech lepší výsledky než jiné programy v Evropě a v USA.

U podskupiny klientů s řádně ukončenou léčbou jsme zjistili, že více než polovina (53,8 %, N = 42) všech řádně ukončených léčeb spadá do období 11.–13. měsíce pobytu v terapeutické

ké komunitě (graf 25). K mírnému nárůstu počtu úspěšně ukončených léčeb došlo také mezi 7. a 8. měsícem pobytu v terapeutické komunitě. Uvedené výsledky reflektují délku programu ve sledovaných terapeutických komunitách (tabulka 58). Pouze 14,1 % (N = 11) klientů s řádně ukončenou léčbou bylo v léčbě 14 měsíců a déle.

Graf 25 Předčasně a řádně ukončená léčba: počty klientů v závislosti na délce léčby



Porovnali jsme vybrané vstupní charakteristiky klientů s řádně a předčasně ukončenou léčbou (tabulka 58). Způsob ukončení léčby souvisí rovněž s celkovou délkou pobytu v terapeutické komunitě. Klienti s předčasně ukončenou léčbou setrvali v programu významně kratší dobu v porovnání s těmi, kteří ukončili léčbu řádně (tabulka 57 a graf 25). Medián délky předčasně ukončené léčby je 3,3 měsíce, medián délky řádně ukončené léčby je více než třikrát větší a dosahuje 11,1 měsíce. Jak jsme uvedli výše, téměř polovina (45,9 %) klientů z podskupiny s předčasně ukončenou léčbou odešla z terapeutické komunity během prvních 3 měsíců (graf 25). Délka programu sledovaných terapeutických komunit je značně rozdílná a pohybuje se od 5,5 do 7,5 měsíce u mladistvých a mladých dospělých a od 7 do 15 měsíců u dospělých klientů (tabulka 56). Odchod z léčby během prvních tří měsíců neznamená pouze nedokončení léčebného programu, ale zároveň (v mnoha případech) ukončení v časně fázi léčby. Naším cílem bylo určit, jakými znaky se vyznačují obě skupiny klientů: ti kteří odcházejí předčasně a ti, kteří v terapeutické komunitě setrvají a léčbu řádně dokončí.

Zjistili jsme, že klienti předčasně odcházející z léčby jsou významně mladší a mají kratší historii užívání pervitinu a injekčního užívání drog; jiné charakteristiky nebyly potvrzeny jako statisticky významné (tabulka 58). Průměrný věk klientů s předčasně ukončenou léčbou je 24,8 roku, zatímco klientům s dokončenou léčbou je průměrně 27,2 roku. Celková doba užívání pervitinu a injekčního užívání drog je u klientů s předčasně ukončenou léčbou přibližně o 2 roky kratší. Značně pozitivním zjištěním je, že dlouhodobí a intenzivní uživatelé pervitinu jsou schopni léčbu v terapeutické komunitě řádně dokončit a dosáhnout významných změn

ve svém chování. Naše závěry dále ukazují, že léčbu v terapeutické komunitě jsou schopni dokončit klienti užívající pravidelně 2 a více drog, klienti s kriminálním chováním, kteří dříve byli ve výkonu trestu odnětí svobody, a klienti s obtížemi v oblasti psychického zdraví. Takové výsledky jsou značně povzbudivé, neboť poukazují na to, že v terapeutické komunitě jsou schopni obstát klienti se značně závažným profilem obtíží. Zjištěné výsledky jsou důležité také vzhledem k tomu, že drogová scéna v ČR je specifická právě díky tradičně vysokému zastoupení injekčních uživatelů pervitinu a řada autorů (např. Kalina, 2008c; Zábanský, 2007) upozorňuje na fakt, že léčebné výsledky této skupiny klientů nebyly dosud adekvátně zmapovány.

Tab. 58 Vstupní charakteristiky klientů podle způsobu ukončení léčby (chování ve 30 dnech před léčbou; % zastoupení klientů, není-li uvedeno jinak)

Charakteristiky klientů	Předčasné ukončení	Řádné ukončení	<i>P</i> < 0,05
% mužů	60,2	62,8	0,723*
Věk <sup>a</sup>	24,8	27,2	0,007**
Užívání pervitinu <sup>a</sup> (roky)	5,8	7,8	0,002**
Injekční užívání <sup>a</sup> (roky)	4,9	7,3	0,002**
Pervitin <sup>b</sup>	66,3	73,1	0,335*
Heroin <sup>b</sup>	25,5	19,2	0,323*
BZD <sup>b</sup>	26,5	24,4	0,743*
OPI celkem <sup>c</sup>	34,7	39,7	0,490*
2 a více drog <sup>b</sup>	59,2	69,2	0,169*
Alkohol <sup>d</sup>	48,0	51,3	0,661*
Injekční užívání	73,5	80,8	0,255*
Sdílení jehel	23,5	21,8	0,792*
Trestná činnost	69,4	77,9	0,206*
VTOS/vazba <sup>c</sup>	25,5	32,1	0,339*
Trestní problémy	52,1	46,8	0,486*
Symptomy deprese	33,3	29,3	0,413*

\*Pearson Chi-Square (Asymp. Sig. 2-sided)

\*\* Independent samples t-test (2-tailed)

<sup>a</sup> Průměrná hodnota

<sup>b</sup> Procento všech klientů, kteří drogu užívali pravidelně (tj. jednou týdně a častěji) ve 30 dnech před léčbou

<sup>c</sup> Opiátové drogy celkem: heroin, buprenorfin a jiné opioidy (braun, metadon, opioidní analgetika)

<sup>d</sup> Procento klientů, kteří užívali alkohol ve škodlivé míře.

<sup>e</sup> Výkon trestu odnětí svobody a vazba kdykoliv v minulosti



De Leon (2004a) uvádí, že s výjimkou historie závažného kriminálního chování a závažné psychopatologie nelze identifikovat jiné spolehlivé charakteristiky spojené s předčasným odchodem klientů z terapeutické komunity. Ačkoli výzkum terapeutických komunit usiloval o identifikaci spolehlivých charakteristik spojených s udržení a předčasným vypadnutím z léčby, výsledky nejsou zcela jednoznačné a přesvědčivé (De Leon, 1991; Lewis & Ross, 1994). Jednou ze zkoumaných kategorií vzhledem k riziku předčasného vypadnutí z léčby je věk klienta. Lewis & Ross (1994) upozorňují na vyšší riziko předčasného odchodu z léčby u dospívajících klientů v porovnání se staršími uživateli drog. Rovněž Kalina (2008c) řadí nižší věk klienta mezi osobní rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost vypadnutí z léčby. Naše zjištění je v souladu s takovými závěry. Klienti, kteří předčasně odešli z léčby, byli v průměru o dva roky mladší, zároveň u nich byla zjištěna kratší kariéra užívání pervitinu a injekčního užívání drog. Námi zjištěný průměrný věk klientů s předčasně ukončenou léčbou je téměř 25 let, nejedná se tedy o dospívající klienty. Proto i naše závěry v této oblasti považujeme za ne zcela jednoznačné.

Rozdíly ve výsledcích léčby jeden rok po odchodu z terapeutické komunity v závislosti na způsobu ukončení léčby zobrazuje tabulka 59. Jak jsme již uvedli výše klienti, kteří léčbu nedokončili, pobývali v terapeutické komunitě významně kratší dobu (medián délky léčby je 3,3 měsíce). Klienti s dokončenou léčbou (medián 11,1 měsíce) dosáhli v řadě oblastí významně lepších výsledků. Ačkoli užití nealkoholových drog v posledních 30 dnech jeden rok po odchodu z terapeutické komunity je vyšší u klientů s předčasně ukončenou léčbou (17,1 % oproti 10,4 %), rozdíl nebyl potvrzen jako signifikantně významný. Procento klientů, kteří kdykoliv v období 12 měsíců od odchodu z terapeutické komunity užili alespoň jednu ze sledovaných nealkoholových drog (pervitin, heroin, buprenorfin a BZD) je dvojnásobně vyšší ve skupině klientů s nedokončenou léčbou (62,9 % oproti 29,9 %). Významně více klientů s řádně ukončenou léčbou mělo práci na celý úvazek; rovněž míra nezaměstnanosti byla u této skupiny klientů o více než polovinu nižší v porovnání s těmi, kteří odešli z léčby předčasně. Míra výskytu depresivních příznaků, psychických a fyzických obtíží byla signifikantně nižší u klientů s ukončenou léčbou. Také kvalita života po léčbě byla významně vyšší u klientů, kteří absolvovali celý léčebný program v terapeutické komunitě. Taková zjištění jsou konzistentní se závěry celé řady výzkumných studií, které potvrzují, že délka setrvání v programu je jedním z nejspolehlivějších prediktorů dosažení pozitivních změn po léčbě.

Ne všechny rozdíly mezi klienty s předčasně a řádně ukončenou léčbou lze označit za jednoznačně povzbudivé. Znepokojující jsou zejména zjištění týkající se konzumace alkoholu v posledních 30 dnech jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Rozdíl v míře škodlivé konzumace alkoholu u obou skupin klientů nebyl potvrzen jako signifikantně významný, přestože klienti s předčasně ukončenou léčbou konzumovali alkohol ve škodlivé míře v 35,7 % a klienti s řádně ukončenou léčbou v 26,9 % případů. Míra škodlivé konzumace alkoholu po léčbě u značné části klientů je znepokojující a je v kontrastu se signifikantním snížením užívání drog. Momentální abstinence od alkoholu (v posledních 30 dnech 1 rok po odchodu z terapeutické komunity) je dokonce signifikantně vyšší u klientů s předčasně ukončenou léčbou. Takový výsledek je pravděpodobně ovlivněn skutečností, že čtvrtina klientů (25,7 %, N = 35) se nacházela v nové léčbě, v doléčovacím programu nebo ve vězení<sup>77</sup> jeden rok po odchodu z terapeutické komunity. Ačkoli mezi klienty terapeutických komunit

77 Viz kapitolu 6/2 této práce.

došlo k velmi výraznému snížení kriminálního chování, nezjistili jsme statisticky významný rozdíl v úrovni kriminality u klientů s předčasně a řádně ukončenou léčbou. Obdobně rozdíl ve výskytu injekčního užívání drog není statisticky významný, a to navzdory signifikantnímu snížení rizikového chování po jednom roce od ukončení léčby.

Tab. 59 Výsledky léčby v období 1 rok od odchodu z terapeutické komunity v závislosti na způsobu ukončení léčby (chování v posledních 30 dnech; % zastoupení klientů, není-li uvedeno jinak)

Charakteristiky klientů	Předčasné ukončení	Řádné ukončení	$P < 0,05^*$
Užití drog po roce <sup>a</sup> (%)	17,1	10,4	0,257
Užití drog po léčbě <sup>b</sup> (%)	62,9	29,9	0,000
Alkohol – abstinence (%)	44,3	22,4	0,007
Alkohol – škodlivé pití (%)	35,7	26,9	0,265
Injekční užívání (%)	12,9	9,0	0,465
Kriminalita (%)	12,9	6,1	0,178
Práce <sup>c</sup> (%)	40,0	68,2	0,001
Nezaměstnanost <sup>d</sup> (%)	34,3	15,2	0,010
Symptomy deprese <sup>e</sup>	42,3	36,4	0,000**
Symptomy psychických obtíží <sup>e</sup>	14,1	10,9	0,013**
Symptomy fyzických obtíží <sup>e</sup>	9,8	8,01	0,044**
WHOQOL			
Fyzické zdraví <sup>f</sup>	15,3	16,6	0,002**
Prožívání <sup>f</sup>	13,9	14,9	0,036**
Sociální vztahy <sup>f</sup>	13,1	14,6	0,008**
Prostředí <sup>f</sup>	13,9	15,1	0,006**
Kvalita života <sup>f</sup>	3,4	3,8	0,024**
Spokojenost se zdravím <sup>f</sup>	3,4	3,9	0,006**

\* Pearson Chi-Square (Asymp. Sig.; 2-sided)

\*\* Independent Samples T-test (Sig.; 2-tailed)

<sup>a</sup> Užití pervitinu, heroínu, buprenorfinu nebo BZD během posledních 30 dnů v období 12 měsíců od ukončení léčby.

<sup>b</sup> Užití pervitinu, heroínu, buprenorfinu nebo BZD kdykoliv během 12 měsíců od ukončení léčby.

<sup>c</sup> Práce po celé období 30 dnů.

<sup>d</sup> Nezaměstnanost po celé období 30 dnů.

<sup>e</sup> Nižší hodnota značí lepší výsledek (nižší výskyt depresivních příznaků, fyzických a psychických obtíží).

<sup>f</sup> Vyšší hodnota značí vyšší kvalitu života.

Důležitým zjištěním je, že k určitému zlepšení rovněž dochází u klientů, kteří z terapeutické komunity odešli předčasně. Po jednom roce od ukončení léčby jsme u této skupiny klientů zjistili zvýšení míry momentální abstinence, pokles trestné činnosti, injekčního užívání drog nebo zvýšení zaměstnanosti (tabulka 59). Můžeme se domnívat, že v případech kdy na léčbu v terapeutické komunitě navazuje doléčovací program nebo jiná vhodná léčebné intervence, klient má stále značnou šanci na udržení pozitivních změn. Toto zjištění je konzistentní se závěry De Leona (2004a) nebo Gossopa (1999).

Naše zjištění potvrzují, že udržení v léčbě a její dokončení je důležitým předpokladem pro dosažení pozitivních změn po léčbě. Domníváme se, že pro dosažení pozitivních výsledků prezentovaných v této práci je klíčová plánovaná délka léčby v terapeutických komunitách, dále skutečnost, že značná část klientů je schopna v léčbě setrvat dostatečně dlouhou dobu a léčbu dokončit, a v neposlední řadě spolupráce a návaznost odborných služeb, které na léčbu v terapeutické komunitě navazují. Naše zjištění jsou značně pozitivní a povzbuzující neboť ukazují, že terapeutické komunity v ČR jsou v současnosti schopny dosáhnout velmi dobrých léčebných výsledků u značné části klientů.





## SOUHRN VÝSLEDKŮ A ZÁVĚR

„Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí“ je v ČR první a dosud jedinou prospektivní výzkumnou studií, která s využitím jednotné metodologie hodnotí výsledky léčby ve 4 rezidenčních terapeutických komunitách pro léčbu uživatelů drog. Výzkumný soubor tvoří 176 klientů, kteří v období od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2008 zahájili léčbu v terapeutické komunitě. Studie byla realizována v TK Němčice SANANIM, TK Karlov SANANIM, TK Podcestný Mlýn a TK Nová Ves. Hlavním cílem studie je sledovat změny v užívání drog (pervitin, opiátové drogy, alkohol a benzodiazepiny), zdravotně rizikovém chování, kriminalitě, fyzickém a psychickém zdraví, sociální integraci a kvalitě života klientů po jednom roce od ukončení léčby. Naším záměrem je přinést výzkumem podložené poznatky o efektivitě léčby uživatelů drog v terapeutických komunitách.

### Profil klientů terapeutických komunit

- Výzkumný soubor tvoří ze dvou třetin muži a z jedné třetiny ženy. Průměrný věk klientů je 25,9 let (ve zkoumaném souboru jsou také mladiství klienti [6,2 %] a klienti starší 35 let [7,3 %]).
- Klienti terapeutických komunit se vyznačují značně závažným profilem obtíží.
- Výsledky upozorňují na značnou šíři problémů u klientů terapeutických komunit, které se neomezují pouze na oblast užívání návykových látek.
- Srovnání klientů terapeutických komunit se všemi žadateli o léčbu poukazuje na *vyšší míru obtíží u uživatelů drog* léčících se v terapeutických komunitách než u klientů v jiných typech léčebných programů. Klienti terapeutických komunit častěji užívají opiátové drogy a benzodiazepiny a také častěji užívají drogy pravidelně; dále jsme zjistili vyšší frekvenci injekčního užívání drog, nižší věk začátku užívání návykových látek, vyšší míru nezaměstnanosti a větší problémy s bydlením. Dostupná data neumožňují srovnání konzumace alkoholu a kriminálního chování.
- Pervitin je nejčastěji užívanou drogou; před léčbou ho užilo 77,8 % klientů. 47,4 % klientů z této skupiny užívalo pervitin denně nebo téměř denně. Průměrná doba užívání pervitinu u klientů terapeutických komunit je 6,6 roku, avšak 22,1 % klientů uvedlo, že pervitin užívali 10 a více let.
- 44,3 % klientů užívalo před léčbou opiátové drogy.
- Vysoká míra konzumace alkoholu představuje problém také pro populaci uživatelů nelegálních drog. 54,5 % klientů užívalo před léčbou alkohol ve škodlivé míře. 28,4 % klientů abstinovalo od alkoholu.
- 82,3 % klientů začalo konzumovat alkohol ve věku 10(%)15 let.
- 33,5 % klientů užívalo před léčbou benzodiazepiny.
- Frekvence užívání drog je značně vysoká; většina klientů užívá drogy denně nebo téměř denně. Velmi rozšířená je užívání dvou a více drog současně. 63,6 % klientů užívalo pravidelně dvě a více návykových látek. Nejčastěji jsme zjistili pravidelné užívání pervitinu spolu s konzumací alkoholu ve škodlivé míře.
- 40,9 % klientů mělo ve věku 12-15 let první zkušenost s alespoň jednou ze sledovaných nealkoholových drog.
- 30,1 % klientů užívalo alespoň jednu nealkoholovou drogu 10 a více let.
- 76,1 % klientů užívalo před léčbou drogy injekčně (celoživotní prevalence činí 92 %). 24,6 % klientů mělo ve věku 12-15 let první zkušenost s injekčním užitím drog. Deset a více let užívalo drogy injekčně 25,3 % klientů.
- U 26,7 % klientů byla zjištěna virová hepatitida C a u 5,6 % virová hepatitida B. U žádného klienta nebyla zjištěna infekce HIV/AIDS.

- 28,4 % klientů mělo zkušenost s VTOS. Více než polovina klientů z této skupiny byla ve VTOS více než 12 měsíců.
- 48,8 % klientů mělo v době zahájení léčby obtíže v trestněprávní oblasti.
- 41,9 % klientů bylo bez domova nebo jejich bydlení bylo velmi nestabilní.
- 74,4 % klientů bylo nezaměstnaných před zahájením léčby.
- 49,4 % klientů mělo dokončeno pouze základní vzdělání.
- Klienti terapeutických komunit se dále vyznačují značnou mírou kriminálního chování, obtíží v oblasti fyzického a psychického zdraví a dalšími problémy (viz dále).

Zjištěné výsledky o profilu obtíží klientů terapeutických komunit jsou významné z několika důvodů. Z ČR nám není známa žádná studie zaměřená na konzumaci *alkoholu a benzodiazepinů* mezi uživateli nealkoholových drog v abstinčně orientované léčbě. Ačkoli jsou terapeutické komunity v ČR primárně určeny pro léčbu problémových uživatelů nealkoholových drog, naše zjištění ukazují, že tato skupina klientů ve vysoké míře konzumuje také alkohol a benzodiazepiny. Nealkoholové drogy tradičně nestojí v centru pozornosti terapeutických komunit a jejich užívání není rutinně monitorováno. Nadměrná konzumace alkoholu a užívání benzodiazepinů může představovat skrytý problém u této populace klientů. Zjištění, že před léčbou abstinovat od alkoholu 28,4 % klientů, je zajímavé, uvážíme-li vysokou míru užívání nealkoholových drog mezi klienty terapeutických komunit.

Dalším důležitým zjištěním je, že profil obtíží klientů terapeutických komunit je *závažnější* než u klientů v jiných léčebných programech. Klienti terapeutických komunit vykazují *závažnější* míru obtíží v užívání návykových látek, v injekčním užívání drog a také v sociální oblasti (viz výše). Dostupná data neumožňují srovnání konzumace alkoholu a kriminálního chování, nicméně naše zjištění poukazují na vysokou míru takového chování u klientů v terapeutických komunitách. Míra a závažnost zjištěných obtíží plně opodstatňují *intenzivní a dlouhodobou léčbu* v rezidenčních terapeutických komunitách. Profil zjištěných obtíží klade velmi vysoké nároky na terapeutické komunity a spolupracující odborná zařízení v síti služeb pro uživatele návykových látek.

#### Užívání nealkoholových drog jeden rok po ukončení léčby

- Značná část klientů terapeutických komunit abstinuje od nealkoholových drog jeden rok po ukončení léčby. Takové zjištění je velmi povzbudivé.
- Jeden rok po ukončení léčby se míra *abstinence od všech sledovaných nealkoholových drog* zvýšila z 10,2 % na 86,1 %.
- Pokud klienti pokračovali v užívání drog, významně se snížila frekvence užívání většiny návykových látek.
- Relaps na nealkoholových drogách po léčbě je relativně častý. 46,7 % respondentů minimálně jednorázově užilo některou ze sledovaných nealkoholových drog v celém období 12 měsíců po léčbě.

Příznivé výsledky v oblasti užívání nealkoholových drog jsou pozoruhodné ze tří důvodů. Naše zjištění ukazují na *signifikantní zvýšení abstinence* od návykových látek po léčbě v terapeutické komunitě. *Abstinence* je nejpřísnějším kritériem pro hodnocení výsledků léčby uživatelů drog.

Druhým důvodem je skutečnost, že klienti terapeutických komunit se vyznačují značně závažným profilem obtíží v užívání drog, osobním a sociálním fungování a také zdravotními problémy. Profil obtíží klientů terapeutických komunit je závažnější než v jiných typech léčby. Přesto i tato skupina klientů je schopna dosáhnout značně příznivých léčebných výsledků a velmi výrazných změn ve svém chování. Naše zjištění ukazují, že terapeutické komunity dosahují příznivých výsledků léčby u klientů se závažným profilem obtíží. Terapeutické komunity by se i nadále měly zaměřovat na léčbu klientů se závažným profilem obtíží.

Třetím důvodem je vysoká míra problémového užívání *pervitinu* u klientů terapeutických komunit v ČR. 77,8 % klientů užívalo před léčbou pervitin. Průměrná doba užívání pervitinu mezi klienty terapeutických komunit je 6,6 roku, avšak 22,1 % klientů užívalo pervitin 10 a více let. Z 22,2 % na 88,3 % se zvýšila míra abstinence od pervitinu jeden rok po ukončení léčby. Výzkumem podložených poznatků o efektivitě léčby klientů, jejichž primární drogou je metamfetamin, je stále relativně málo. Naše zjištění ukazují, že problémoví uživatelé metamfetaminu dosahují po dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě značně příznivých výsledků. Rezidenční terapeutická komunita je efektivní léčbou pro dlouhodobé uživatele pervitinu.

#### Konzumace alkoholu jeden rok po ukončení léčby

- 54,5 % klientů konzumovalo alkohol ve škodlivé míře před začátkem léčby.
- Jeden rok po ukončení léčby došlo k částečným zlepšením v konzumaci alkoholu.
- Počet klientů abstinujících od alkoholu se signifikantně nezvýšil. Zatímco před léčbou abstinovalo od alkoholu 28,4 % klientů, jeden rok po léčbě to bylo 33,5 %. Takové zjištění je v kontrastu s výrazným zvýšením abstinence od nealkoholových drog.
- Příznivým výsledkem je, že se signifikantně zvýšil počet klientů konzumujících alkohol ve společensky přijatelné míře (ze 17 % na 35 %) a zároveň se významně snížil počet klientů konzumujících alkohol ve škodlivé míře (z 54,5 % na 31,3 %).
- Zjištění, že po léčbě 31,3 % klientů konzumuje alkohol v míře, která prokazatelně poškozuje zdraví je znepokojující.
- Signifikantně se snížila frekvence pití a množství vypitého alkoholu. Významně méně klientů konzumovalo alkohol denně nebo téměř denně.

Přestože naše studie ukazuje na řadu příznivých výsledků, některá zjištění jsou znepokojující. Změny v konzumaci alkoholu jeden rok po ukončení léčby nejsou zcela příznivé. Více než polovina klientů konzumovala alkohol ve škodlivé míře před začátkem léčby. Jeden rok po ukončení léčby se signifikantně snížil počet klientů konzumujících alkohol ve škodlivé míře. Avšak zjištění, že po léčbě 31,3 % klientů konzumuje prokazatelně škodlivé množství alkoholu, není zcela příznivým výsledkem. Takové zjištění je v kontrastu s vysokou mírou abstinence od nealkoholových drog. Nadměrná konzumace alkoholu po léčbě je znepokojující vzhledem ke značné míře výskytu virových hepatitid, psychických problémů a dalších zdravotních komplikací u klientů terapeutických komunit. Můžeme se domnívat, že nadměrná konzumace alkoholu dále zhoršuje zdravotní stav klientů a zároveň představuje značné riziko osobních a sociálních komplikací po jinak úspěšné léčbě. Terapeutické komunity a programy následné péče by měly věnovat pozornost problémům spojeným s nadměrnou konzumací alkoholu a používat účinné intervence směřující ke snížení konzumace alkoholu. Uvedená zjištění jsou



důležitá, neboť z ČR nám není známa žádná jiná studie uživatelů nelegálních drog, hodnotící změny v konzumaci alkoholu po abstinenčně orientované léčbě.

#### **Injekční užívání drog a sexuálně rizikové chování jeden rok po ukončení léčby**

- Významně se snížilo riziko šíření krví přenosných infekčních chorob.
- Jeden rok po ukončení léčby se snížilo procento injekčních uživatelů drog ze 76,1 % na 10,9 %.
- Injekční náčíní sdílelo pouze 0,7 % klientů, zatímco před nástupem do léčby to bylo 29,1 %.
- Vysoká míra injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní před léčbou je znepokojující, neboť představuje značné riziko pro šíření virových hepatitid a infekce HIV.
- Změny v sexuálně rizikovém chování nejsou zcela příznivé. Přestože se významně snížil počet klientů s promiskuitním chováním bez používání kondomu, celkový počet klientů, kteří měli pohlavní styk bez použití kondomu, zůstal prakticky nezměněn.

Zjištěné závěry jsou značně povzbudivé, přestože změny v sexuálně rizikovém chování nejsou zcela přesvědčivé. Po léčbě v terapeutické komunitě se velmi výrazně snížilo rizikové chování klientů, a to zejména v signifikantní redukci injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní. Přesto výsledky ukazují, že pokud klienti po léčbě pokračovali v užívání nealkoholových drog, činili tak převážně injekčně. Jeden rok po ukončení léčby uvedlo pohlavní styk bez použití kondomu 45,9 % klientů. Přetrvávající injekční užívání drog a sexuálně rizikové chování po léčbě představuje riziko šíření krví přenosných infekčních chorob.

#### **Kriminalita jeden rok po ukončení léčby**

- Vysoká míra kriminálního chování uživatelů drog před léčbou je znepokojující. Jednalo se zejména o prodej, distribuci a výrobu drog a různé formy krádeží.
- Ve 30 dnech před léčbou klienti spáchali 3 707 nedrogových trestných činů (zejména různé formy krádeží), tzn. 44 484 nedrogových trestných činů za 12 měsíců.
- Léčba v terapeutické komunitě významně přispěla ke snížení nákladů souvisejících s kriminalitou uživatelů návykových látek a také ke snížení utrpení obětí trestné činnosti.
- 1 rok po ukončení léčby se významně snížilo kriminální chování klientů.
- 73,2 % klientů páchalo trestnou činnost před zahájením léčby, jeden rok po ukončení léčby to bylo 9,6 % klientů.
- Signifikantně snížil počet všech spáchaných trestných činů, a to z 12 728 na 478 (počet nedrogových trestných činů se zredukoval z 3 707 na 148).

Výsledky v oblasti kriminálního chování klientů jsou značně pozitivní a povzbudivé. Naše zjištění mají několik důležitých praktických významů. Především je to prospěch ve smyslu okamžitého snížení celospolečenských nákladů souvisejících s kriminálním chováním uživatelů drog. Dalším jednoznačným přínosem je snížení míry utrpení způsobené obětmi trestné činnosti. Naše závěry ukazují, že léčba v terapeutické komunitě představuje efektivní způsob, jak zabránit pokračování trestné činnosti u uživatelů drog. Terapeutické komunity dosahují velmi příznivých výsledků léčby u uživatelů návykových látek, kteří jsou zároveň pachatelé trestné činnosti a mají řadu problémů v trestně právní oblasti. Terapeutické komunity by i nadále měly pracovat s touto obtížnou klientelou, neboť se můžeme domnívat, že představují efektivní způsob léčby.

### Fyzické a psychické zdraví jeden rok po ukončení léčby

- Značná část klientů terapeutických komunit přichází do léčby s významnými obtížemi v oblasti fyzického a psychického zdraví.
- Některé zdravotní obtíže souvisejí s relativně vysokou mírou výskytu virových hepatitid a psychiatrických onemocnění.
- Jeden rok po léčbě se významně zlepšilo fyzické i psychické zdraví klientů.
- Přestože se zdravotní stav klientů zlepšil, u značné části klientů zdravotní obtíže přetrvávají: 33,8 % klientů uvedlo přetrvávající obtíže ve fyzickém zdraví, 50,7 % klientů v psychickém zdraví a u 16,1 % klientů byl zjištěn výskyt symptomů deprese jeden rok po ukončení léčby.
- Četnost výskytu zdravotních obtíží, které přetrvávají jeden rok po ukončení léčby je znepokojující.
- Přestože mortalita uživatelů drog je vyšší než v obecné populaci, není nám známo, že by některý z klientů zemřel.

Zlepšení zdravotního stavu klientů pozitivně přispívá ke zlepšení kvality života po léčbě. Přestože jsme zaznamenali signifikantní zlepšení fyzického i psychického zdraví klientů, naše zjištění ukazují, že řada klientů se potýká s dlouhodobými zdravotními obtížemi po odchodu z terapeutické komunity. Je pravděpodobné, že taková míra obtíží představuje problém pro klienty i pro zařízení v systému služeb pro uživatele návykových látek. Přetrvávající zdravotní obtíže mohou ovlivnit udržení jinak příznivých výsledků léčby. Zdravotním obtížím klientů je potřeba věnovat pozornost během plánování léčby, v průběhu léčby v terapeutické komunitě i v následném doléčování. Míra zdravotních obtíží klientů klade další nároky na terapeutické komunity (a doléčovací programy) ve smyslu zajištění odpovídající zdravotní a psychiatrické péče.

### Práce jeden rok po ukončení léčby

- Jeden rok po ukončení léčby se významně zvýšila zaměstnanost klientů a zároveň se signifikantně snížila nezaměstnanost.
- Signifikantně se zvýšil počet klientů, kteří byli zaměstnáni na celý úvazek, a to z 9 % na 53,6 %.
- Znepokojující je zjištění, že míra nezaměstnanosti po léčbě (31,6 %) přetrvává na značně vysoké úrovni.

Výsledky v oblasti zaměstnání jsou značně povzbudivé, neboť představují podstatné zlepšení v osobním fungování u řady klientů. Placená práce je důležitým znakem integrace klienta do společnosti a zároveň je důležitou alternativou k trestné činnosti nebo k životu na sociálních dávkách. Získání placené práce signalizuje vyvázání klienta z drogového prostředí a změnu životního stylu. Přestože se absolventi terapeutických komunit setkávají s řadou objektivních překážek při hledání zaměstnání (záznam v trestním rejstříku, zkušenost s dlouhodobou nezaměstnaností, polovina klientů má pouze základní vzdělání), signifikantně se zvýšila zaměstnanost klientů po léčbě. Léčba v terapeutické komunitě významně zvyšuje šance na získání zaměstnání a na zapojení do produktivního života po léčbě.

### Kvalita života jeden rok po ukončení léčby

- Jeden rok po ukončení léčby se signifikantně zvýšila kvalita života klientů.
- Výsledky v kvalitě života jsou konzistentní se zlepšeními v dalších sledovaných oblastech.

- V době zahájení léčby byla kvalita života klientů nižší, než udávají orientační normy české populace.

Zjištění, že po léčbě v terapeutické komunitě dochází u klientů k významnému zvýšení kvality života, je značně povzbudivé a pozitivní. Zvýšení kvality života po léčbě je pozoruhodným výsledkem vzhledem k míře závažnosti obtíží klientů terapeutických komunit. Zlepšení kvality života po léčbě představuje významnou změnu pro klienty terapeutických komunit, neboť vyjadřuje subjektivní hodnocení spokojenosti s tělesným zdravím, emočním prožíváním, sociálními vztahy, prostředím, v němž jedinec žije a jeho spokojenost se zdravím a kvalitou života. Změny v kvalitě života jsou konzistentní s významnými změnami v dalších oblastech po léčbě v terapeutické komunitě. Hodnocení kvality života odpovídá pojetí údravy jako celkové změny životního stylu a osobní identity klienta a neomezuje se pouze na abstinenci od drog.

### Léčba, retence a výsledky léčby

- Téměř polovina (44,3 %) klientů řádně ukončila léčbu v terapeutické komunitě. Mezinárodní srovnání ukazují, že se jedná o velmi příznivý výsledek.
- Klienti se *závažným* profilem obtíží jsou schopni léčbu dokončit a dosáhnout příznivých léčebných výsledků.
- V období prvních tří měsíců odešla téměř polovina klientů ze všech klientů s předčasně ukončenou léčbou. Naopak od čtvrtého měsíce dochází k poklesu klientů odcházejících předčasně. S rostoucí délkou pobytu v léčbě se snižuje počet klientů odcházejících předčasně.
- Klienti absolvovali průměrně 60,8–77,2 % plánované délky léčby. Průměrná doba pobytu jednoho klienta je delší než minimální účinná doba léčby 3 měsíce.
- Medián délky předčasně ukončené léčby je 3,3 měsíce, medián délky řádně ukončené léčby dosahuje 11,1 měsíce.
- Klienti předčasně odcházející z léčby jsou významně mladší a mají kratší historii užívání pervitinu a injekčního užívání drog než klienti s řádně ukončenou léčbou. Ostatní rozdíl mezi klienty s řádně a předčasně ukončenou léčbou nebyly potvrzeny jako statisticky významné.
- Klienti s řádně ukončenou léčbou dosahují v řadě oblastí významně příznivějších výsledků než klienti odcházející předčasně.
- Znepokojující je značná míra škodlivé konzumace alkoholu a relativně nízká míra abstinence od alkoholu u klientů s řádně ukončenou léčbou.
- Důležitým zjištěním je, že k určitému zlepšení dochází také u klientů, kteří z terapeutické komunity odcházejí předčasně.

Značně příznivým a povzbudivým výsledkem je, že téměř polovina klientů léčbu řádně dokončila. Sledované terapeutické komunity jsou schopny udržet velkou část klientů v léčbě po dobu, kdy již lze očekávat dosažení a udržení příznivých léčebných výsledků. Přestože ne všichni klienti léčbu dokončí, bylo by velmi zjednodušující domnívat se, že předčasně ukončení léčby je automaticky spojeno s návratem k užívání návykových látek. K některým zlepšením dochází také u klientů, kteří odešli z léčby předčasně. Řada klientů s předčasně ukončenou léčbou odcházela z terapeutické komunity se zajištěnou další odbornou péčí (léčba v jiném zařízení, doléčovací program). Snižování míry předčasných vypadnutí z léčby, která je nejvyšší v prvních třech měsících pobytu v terapeutické komunitě, by přispělo ke zvýšení efektivity léčby.

Rozdíly mezi klienty s řádně a předčasně ukončenou léčbou poukazují na důležité zjištění, že dlouhodobí a intenzivní uživatelé pervitinu a dalších drog, klienti s kriminálním chováním, kteří dříve byli ve výkonu trestu odnětí svobody, a klienti s obtížemi v oblasti psychického zdraví jsou schopni léčbu v terapeutické komunitě řádně dokončit a dosáhnout významných změn ve svém chování. Takové výsledky jsou značně povzbudivé, neboť poukazují na to, že v terapeutických komunitách jsou schopni obstát klienti se značně závažným profilem obtíží. Naše zjištění potvrzují, že udržení v léčbě a její dokončení je důležitým předpokladem pro dosažení pozitivních změn po léčbě. Klienti s řádně ukončenou léčbou dosahují v řadě oblastí signifikantně lepších výsledků než klienti, kteří odešli předčasně. Příznivé výsledky léčby mohou být negativně ovlivněny vysokou mírou konzumace alkoholu po léčbě (a to i u absolventů léčby), proto je důležité, aby terapeutické komunity a programy následné péče uplatňovaly efektivní intervence zaměřené na snížení konzumace alkoholu.

Domníváme se, že pro dosažení pozitivních výsledků prezentovaných v této práci je klíčová *plánovaná délka léčby* v terapeutických komunitách, dále skutečnost, že značná část klientů je schopna v *léčbě setrvat* dostatečně dlouhou dobu a léčbu dokončit, a v neposlední řadě *spolupráce a návaznost odborných služeb*, které na léčbu v terapeutické komunitě navazují.

Prezentované výsledky léčby v terapeutických komunitách jsou značně pozitivní a povzbudivé. U řady uživatelů drog se závažnými a často dlouhodobými obtížemi byly zjištěny velmi příznivé léčebné výsledky. Dosažené léčebné výsledky představují mimořádný přínos pro klienty, jejich rodiny a sociální okolí a také pro společnost. U značné části klientů léčba v terapeutické komunitě vede k návratu k životnímu stylu bez drog, ke zlepšení celkového zdraví a ke zlepšení sociálního statusu a k znovuzачlenění do společnosti. Terapeutické komunity významně přispívají k ochraně veřejného zdraví a také k ochraně bezpečnosti jednotlivců a společností. Terapeutické komunity dosahují příznivých léčebných výsledků u klientů se závažným profilem obtíží. Zde prezentované výsledky ukazují, že terapeutické komunity jsou efektivní a potřebnou součástí systému léčby uživatelů drog. Terapeutické komunity představují účinný přístup směřující k řešení problémů spojených s dlouhodobým a intenzivním užíváním drog.

Zjištěné výsledky jsou důležité pro realizaci realistické protidrogové politiky založené na uplatňování ověřených dat a hodnocení efektivity. Naše závěry ukazují, že terapeutické komunity představují významný přínos pro společnost a zaslouží si pokračující finanční podporu a ochranu, aby mohly i nadále poskytovat efektivní služby. Příznivé výsledky této studie by měly být šířeny mezi odborné pracovníky v oblasti prevence, léčby a výzkumu závislosti a také mezi tvůrce protidrogové politiky, kteří rozhodují o další podpoře služeb v oblasti léčby a sociální reintegrace problémových uživatelů drog.

## Poznámka

Data byla zpracována v programu SPSS Statistics 17.0. EVLTK porovnává chování a obtíže klientů před léčbou a po jednom roce od ukončení léčby v terapeutické komunitě. Tyto změny byly vyhodnoceny prostřednictvím statistických testů. Pearson's chi-square test a Kruskal-Wallis test jsme využili pro vyhodnocení rozdílů mezi skupinami kontaktovaných a nekontaktovaných klientů jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě. Rozdíly v problémovém chování před léčbou a po léčbě byly potvrzeny McNemar testem, Independent Samples T-testem nebo Paired Samples T-testem. Výsledky testů statistické významnosti uvádíme v těch tabulkách, u nichž to přispívá k přehlednosti výsledků. U grafů a ostatních tabulek výsledky testů statistické významnosti neuvádíme, abychom zachovali čitelnost a přehlednost textu. Je-li v textu uvedeno, že došlo k signifikantnímu/významnému/velmi výraznému (apod.) zlepšení/snížení/zvýšení/změně (apod.) znamená to, že změna byla potvrzena testem jako statisticky významná, alespoň na hladině významnosti 0,05.

## Seznam vybraných zkratk

- A. A. – Anonymní alkoholici
- A. N. O. – Asociaci nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním
- Bup. – buprenorfin
- BZD – benzodiazepiny
- DARP – Drug Abuse Reporting Programme
- DATOS – Drug Abuse Treatment Outcome Study
- EFTC – European Federation of Therapeutic Communities
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EuropASI – European Addiction Severity Index
- EVLTK – Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti
- MAP – The Maudsley Addiction Profile
- NIDA – National Institute on Drug Abuse
- NTIES – National Treatment Improvement Evaluation Study
- NTORS – National Treatment Outcome Research Study
- OPI – opiáty/opioidy
- OTI – The Opiate Treatment Index
- RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- TK – terapeutická komunita (v textu také v množném čísle)
- TOPS – Treatment Outcome Prospective Study
- UNDCP – United Nations International Drug Control Programme
- VTOS – výkon trestu odnětí svobody
- WFTC – World Federation of Therapeutic Communities
- WHO – World Health Organization
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assessment

## Seznam tabulek a grafů

### Tabulky

Tab. 1 Klíčové myšlenky uplatněné při uspořádání Northfield Military Hospital (demokratická terapeutická komunita) – Tom Main a další	15
Tab. 2 Základní principy fungování demokratické terapeutické komunity podle Rapoporta	17
Tab. 3 Základní prvky konceptu terapeutické komunity Daytop Village (hierarchická terapeutická komunita)	21
Tab. 4 Vývojové etapy hierarchických a demokratických terapeutických komunit a jejich hlavní zástupci v Evropě a v USA	27
Tab. 5 Charakteristické znaky vývoje první generace hierarchických terapeutických komunit v Evropě	31
Tab. 6 Klíčové aspekty vývoje současných terapeutických komunit pro drogově závislé	33
Tab. 7 Obecné standardy terapeutických komunit (Service Standards for Addiction Therapeutic Communities)	35
Tab. 8 Terapeutická komunita jako metoda: základní prvky	37
Tab. 9 Charakteristické rysy dnešních terapeutických komunit pro drogově závislé	41
Tab. 10 Sekce terapeutických komunit A.N.O.: členská zařízení	42
Tab. 11 Terapeutické komunity pro léčbu závislosti v ČR	43
Tab. 12 EMCDDA: Indikátory výsledků léčby problémových uživatelů drog	55
Tab. 13 DARP: Srovnání užívání drog a alkoholu, zaměstnanosti, kriminality a začátku další léčebné epizody před léčbou a jeden rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě; (N = 582)	66
Tab. 14 DARP: Výsledky léčby po jednom roce od ukončení léčby v závislosti na délce pobytu v terapeutické komunitě; (N = 582)	67
Tab. 15 Daytop Village: Výsledky léčby u absolventů a klientů s předčasně ukončenou léčbou (%)	67
Tab. 16 Gateway Houses: Změny v kriminalitě jeden rok před léčbou a jeden rok po léčbě v závislosti na délce setrvání v programu (%)	68
Tab. 17 Phoenix House: výsledky léčby – změny v indexu kriminality, drog a zaměstnanosti před léčbou a v období 1-5 let po ukončení léčby u všech klientů, u těch, kteří odešli z léčby předčasně (drop-out) a u absolventů (%)	70
Tab. 18 Phoenix House: výsledky léčby - změny v kriminalitě, užívání drog a zaměstnanosti 5 let od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)	71
Tab. 19 Phoenix House: výsledky léčby - změny v indexu úspěšnosti před léčbou a v období 1-5 let po ukončení léčby u všech klientů, u těch, kteří odešli z léčby předčasně a u absolventů (%)	71
Tab. 20 TOPS: srovnání užívání drog a alkoholu, kriminality, zaměstnanosti, výskytu sebevražedných myšlenek/pokusů a začátku další léčebné epizody 1 rok před léčbou, 1, 2 a 3-5 let po ukončení léčby v terapeutické komunitě u klientů s délkou pobytu méně a více než 3 měsíce; (N = 2 891 zahájení léčby, N = 1 282 follow-up)	74
Tab. 21 DATOS: srovnání užívání drog a alkoholu, injekčního užívání drog, problémů se zákonem, zaměstnanosti a začátku nové léčebné epizody 1 rok před léčbou a 1 rok po ukončení léčby v terapeutické komunitě u všech klientů a u klientů s délkou pobytu méně a více než 90 dní (%)	76
Tab. 22 Výsledky léčby klientů závislých na cracku 1 rok po léčbě v terapeutické komunitě (N = 521)	78

Tab. 23 Průběžné a výstupní indikátory léčby v terapeutických komunitách v ČR (%; není-li uvedeno jinak)	80
Tab. 24 TK Magdaléna: výsledky 1 rok a 3 roky po ukončení léčby (%)	80
Tab. 25 TK Karlov SANANIM: výsledky léčby mladistvých a matek s dětmi, kteří prošli léčbou v letech 1999–2005 (%)	81
Tab. 26 MTE – Study: relaps po léčbě u klientů, kteří léčbu dokončili, a u těch, kteří odešli předčasně; relaps po léčbě u klientů s dokončenou léčbou v závislosti na zlepšení v léčbě, délce léčby a následné péči (%)	83
Tab. 27 TK Emiliehoeve: úspěšní klienti po ukončení léčby	84
Tab. 28 TK Emiliehoeve: zapojení rodičů do léčby a vliv na setrvání v programu a úspěšný výsledek léčby	86
Tab. 29 SWEDATE: výsledky po 1 roce od ukončení léčby (%)	87
Tab. 30 SWEDATE: výsledky po 1 roce od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)	88
Tab. 31 TK Proyecto Hombre: užívání drog, alkoholu, kriminalita, zaměstnání před a po léčbě (%)	89
Tab. 32 TK Proyecto Hombre: Přežití bez relapsu a relaps po léčbě v závislosti na způsobu ukončení léčby (%)	89
Tab. 33 NTORS: změny v míře abstinence u klientů rezidenčních programů před léčbou a 1, 2 a 4–5 let po zahájení léčby (%); N = 142	91
Tab. 34 NTORS: změny v konzumaci alkoholu, injekčním užívání a trestné činnosti u klientů rezidenčních programů v době zahájení léčby a po 1 roce (%); N = 275	91
Tab. 35 Účinnost léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: souhrn zjištěných výsledků	92
Tab. 36 Řádné ukončení léčby/retence 12 měsíců v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: sedmdesátá až osmdesátá léta a devadesátá léta až současnost (%)	94
Tab. 37 Úspěšnost léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti (%)	95
Tab. 38 EVLTK: výsledky léčby a jejich indikátory	101
Tab. 39 Struktura Maudsley Addiction Profile (MAP)	108
Tab. 40 Oblasti a položky WHOQOL–BREF	111
Tab. 41 Srovnání vybraných charakteristik klientů v námi sledovaných terapeutických komunitách se všemi žadateli o léčbu v roce 2008	119
Tab. 42 Počty trestných činů spáchaných v období 30 dnů před léčbou	136
Tab. 43 Srovnání kvality života klientů terapeutických komunit (v období zahájení léčby) s orientačními populačními normami v ČR (průměrné hrubé skóry)	144
Tab. 44 Vybrané charakteristiky klientů podle jednotlivých terapeutických komunit (30 dní před léčbou a v % zastoupení klientů, není-li uvedeno jinak)	147
Tab. 45 Porovnání vybraných charakteristik kontaktovaných a nekontaktovaných klientů po jednom roce od ukončení léčby. Sledovaným obdobím je 30 dní před začátkem léčby, není-li uvedeno jinak.	149
Tab. 46 Frekvence užívání drog v období 30 dnů před léčbou a 1 rok po léčbě (průměrný počet dnů užití)	154
Tab. 47 Konzumace alkoholu před léčbou a jeden rok po ukončení léčby (období 30 dnů)	159
Tab. 48 Konzumace alkoholu jeden rok po ukončení léčby (období 30 dnů)	160
Tab. 49 Rizikové chování v souvislosti s injekčním užíváním drog a sexuálním chováním před léčbou a 1 rok po léčbě	163
Tab. 50 Frekvence trestných činů před léčbou a 1 rok po léčbě	166



Tab. 51 Počty trestných činů před léčbou, 1 rok po léčbě a rozdíl v %	166
Tab. 52 Fyzické obtíže v době zahájení léčby a po léčbě (střední až častá frekvence)	171
Tab. 53 Psychické obtíže v době zahájení léčby a po léčbě (střední a častá frekvence)	171
Tab. 54 Práce a nezaměstnanost ve 30 dnech před léčbou a 1 rok po ukončení léčby (% všech klientů)	174
Tab. 55 Kvalita života klientů terapeutických komunit v období zahájení léčby a 1 rok po jejím ukončení (průměrné hrubé skóry)	176
Tab. 56 Délka léčebného programu terapeutických komunit, průměrná doba pobytu jednoho klienta (% z průměrné délky léčebného programu terapeutické komunity) a průměrná délka úspěšně ukončené léčby jednoho klienta (v měsících)	180
Tab. 57 Způsob ukončení léčby, počty klientů, medián délky léčby a minimální a maximální délka léčby (v měsících)	181
Tab. 58 Vstupní charakteristiky klientů podle způsobu ukončení léčby (chování ve 30 dnech před léčbou; % zastoupení klientů, není-li uvedeno jinak)	183
Tab. 59 Výsledky léčby v období 1 rok od odchodu z terapeutické komunity v závislosti na způsobu ukončení léčby (chování v posledních 30 dnech; % zastoupení klientů, není-li uvedeno jinak)	185

## Grafy

Graf 1 Phoenix House: index úspěchu léčby 4 – nejvíce příznivý výsledek po 5 letech od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)	72
Graf 2 Phoenix House: celkové zlepšení po pěti letech od ukončení léčby v závislosti na délce setrvání v programu (%)	73
Graf 3 MTE – Study: přežití bez relapsu po léčbě u klientů s rozdílnou plánovanou délkou léčby a u klientů s předčasně ukončenou léčbou	82
Graf 4 TK Emiliehoevé: úspěšnost léčby v závislosti na délce setrvání v programu	85
Graf 5 Věk klientů terapeutických komunit	116
Graf 6 Frekvence celkového a pravidelného užití drog ve 30 dnech před léčbou	123
Graf 7 Frekvence užívání drog ve 30 dnech před léčbou	125
Graf 8 Frekvence užívání pervitinu před léčbou (pouze uživatelé pervitinu)	126
Graf 9 Konzumace alkoholu ve 30 dnech před léčbou	129
Graf 10 Injekční užívání ve 30 dnech před léčbou podle jednotlivých drog	131
Graf 11 Frekvence injekčního užívání drog ve 30 dnech před léčbou	132
Graf 12 Frekvence trestných činů ve 30 dnech před léčbou	135
Graf 13 Frekvence nedrogových trestných činů ve 30 dnech před léčbou	137
Graf 14 Frekvence drogových trestných činů ve 30 dnech před léčbou	138
Graf 15 Frekvence fyzických obtíží před léčbou	141
Graf 16 Frekvence psychických obtíží před léčbou	142
Graf 17 Klienti terapeutických komunit jeden rok po léčbě	151
Graf 18 Abstinence od nealkoholových drog ve 30 dnech před léčbou a 1 rok po léčbě (%)	153
Graf 19 Frekvence užití návykových látek ve 12 měsících po ukončení léčby	155
Graf 20 Konzumace alkoholu před léčbou a jeden rok po léčbě	158
Graf 21 Rizikové chování před léčbou a 1 rok po léčbě	162
Graf 22 Kriminalita před léčbou a 1 rok po léčbě	165
Graf 23 Fyzické a psychické problémy před léčbou a 1 rok po léčbě	170
Graf 24 Práce a nezaměstnanost před léčbou a 1 rok po léčbě	173
Graf 25 Předčasně a řádně ukončená léčba: počty klientů v závislosti na délce léčby	182

## Literatura

- A.N.O. (2005). Statistika Sekce terapeutických komunit A.N.O. v roce 2005 (unpublished). Asociace nezávislých organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.
- ACMD (2005). Methylamphetamine Review, Available from <http://www.homeoffice.gov.uk>
- Adameček, D., Těminová Richterová, M., & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Agulnik, P., & Wilson, S. (2007). The early history of the Ley Community—personal accounts. *Therapeutic Communities*, 28(1), 11–16.
- Allsop, S. J. (1999). Beyond Living with Drugs : an interview with Mike Gossop. *Drug & Alcohol Review*, 18(1), 93–98.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care, Available from <http://www.who.int>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care (second edition), Available from <http://www.who.int>
- Bale, R. N. (1980). Therapeutic communities vs methadone maintenance: A prospective controlled study of narcotic addiction treatment design and one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37(2), 179–193.
- Ball, J. C., & Alan, R. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Patients, Programs, Services, and Outcome*. New York: Springer-Verlag New York Inc.
- Barr, L. H. (1986). Outcome of Drug Abuse Treatment in Two Modalities. In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for Addictions*. Springfield: Charles C Thomas Publishers.
- Berglund, G. W., Bergmark, A., Björling, B., & Grönbladh, L. (1991). The SWEDATE Project: Interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(3), 161–169.
- Best, D., Lan-Ho, M., Gossop, M., Harris, J., Sidwell, C., & Strang, J. (2001). Understanding the Developmental Relationship between Drug Use and Crime: Are Drug Users the Best People to ask? *Addiction Research & Theory*, 9(2), 151–164.
- Broekaert, E. (2001). Therapeutic communities for drug users: description and overview. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Broekaert, E. (2006). What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, 101(12), 1677–1678.
- Broekaert, E., Colpaert, K., Soye, V., Vanderplasschen, W., & Vandeveld, S. (2007). Transatlantic dialectics: A study on similarities and dissimilarities in approaches to substance abuse problems in the United States and Europe. *Therapeutic Communities*, 28(1), 33–44.
- Broekaert, E., & Kooyman, M. (1998). *The 'New' Drug-Free Therapeutic Community*: Pergamon Press – An Imprint of Elsevier Science.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. D., & Coletti, M. (1999). The Design and Effectiveness of Therapeutic Community Research in Europe: An Overview. *European Addiction Research*, 5(1), 21–35.
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J., & Kaplan, C. (2000). Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407–417.
- Broekaert, E., Vandeveld, S., Soye, V., Yates, R., & Slater, A. (2006). The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe. *European Addiction Research*, 12(1), 1–11.

- Broekaert, E., Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., Soye, V., & Poppe, A. (2002). Two decades of „research–practice“ encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 371–377.
- Broža, J. (2008). Děti a mladiství. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Brožová, J. (2006). *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog: ÚZIS ČR*.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Campling, P., & Haigh, R. (Eds.). (1999). *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Casriel, D., & Amen, G. (1971). *Daytop. Three Addicts and Their Cure*. New York: Hill and Wang.
- Collier, V. W. (1974). A follow-up study of former residents of a therapeutic community. *International Journal of the Addictions*, 9(6), 805–826.
- Condelli, W. S. (1994). *Predictors of Retention in Therapeutic Communities* (NIDA Research Monograph No. 144). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Condelli, W. S., & De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 11–16.
- Condelli, W. S., & Duntzman, G. H. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(3), 239–244.
- Condelli, W. S., & Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(1), 25–33.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., & Wodak, A. (1991). *The Opiate Treatment Index (OTI) Manual* (Technical Report Number No. 11): National Drug and Alcohol Research Centre.
- De Leon, G. (1984). *Program-Based Evaluation Research in Therapeutic Communities* (NIDA Research Monograph No. 51). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1986a). The Therapeutic Community for Substance Abuse: Perspective and Approach. In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for Addictions. Reading in Theory, Research and Practice*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- De Leon, G. (1986b). Therapeutic Community Research: Overview and Implications. In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for Addictions. Reading in Theory, Research and Practice*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- De Leon, G. (1987). Alcohol use among drug abusers: Treatment outcomes in a therapeutic community. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11(5), 430–436.
- De Leon, G. (1989a). Psychopathology and substance abuse: What is being learned from research in the therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21(2), 177–188.
- De Leon, G. (1989b). Therapeutic communities for substance abuse: Overview of approach and effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3(3), 140–147.
- De Leon, G. (1991). *Retention in Drug-Free Therapeutic Communities* (NIDA Research Monograph No. 106). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community. Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- De Leon, G. (2001). Therapeutic communities for substance abuse: developments in North America. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- De Leon, G. (2004a). The Research Context for Therapeutic Communities in the USA. In J. Lees, N. Manning, D. Menzies & N. Morant (Eds.), *A Culture of Enquiry. Research Evidence and the Therapeutic Community*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- De Leon, G. (2004b). Therapeutic Communities: Research–Practice Reciprocity. In L. F. Salas (Ed.), *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre.
- De Leon, G. (2010a). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic Communities*, 31(2), 104–128.

- De Leon, G. (2010b). The Therapeutic Community: A Recovery-Oriented Treatment Pathway and the Emergence of a Recovery-Oriented Integrated System In R. Yates & M. S. Malloch (Eds.), *Tackling Addiction. Pathways to Recovery*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- De Leon, G. (Ed.). (1974). *Phoenix House: Studies In A Therapeutic Community (1968-1973)* New York: MSS Information Corporation.
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1981). Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8(4), 465-497.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (The CMRS Scales): Predicting Retention in Therapeutic Community Treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 20(4), 495-515.
- De Leon, G., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 461-480.
- De Leon, G., & Schwartz, S. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2), 267-284.
- De Leon, G., & Wexler, H. (2009). The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 167-177.
- De Leon, G., Wexler, H. K., & Jainchill, N. (1982). The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal of the Addictions*, 17(4), 703-747.
- De Leon, G., & Ziegenfuss, J. T. (1986). *Therapeutic communities for addictions: readings in theory, research, and practice*.
- Diver, K., & Dickson, N. (2006). Managing the Transition from Treatment in a Therapeutic Community to Successful Integration Back into Society. *Therapeutic Communities*, 27(1), 93-104.
- Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 1(6), 12-25.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006a). Dotazník kvality života Světové Zdravotnické Organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, 3(10), 144-149.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006b). *WHOQOL - BREF, WHOQOL - 100. World Health Organization Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Drugs in Focus 4 & Korčíšová, B. (2004). Injekční užívání drog. Výzva pro ochranu veřejného zdraví. *Zaostřeno na drogy*, 2(2), 1-12.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Edelen, M. O., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Paddock, S. M., Ebener, P., Dahl, J., et al. (2007). Treatment process in the therapeutic community: Associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 415-421.
- EMCDDA. (2007). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use. A manual for researchers and professionals* (EMCDDA Manuals No. 3). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2012a). *Annual Report 2012: The State of The Drugs Problems in Europe* (Annual Report). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2012b). Statistical bulletin 2012. Table INF-3. Prevalence of markers for HBV infection among injecting drug users in the EU countries, Croatia, Turkey and Norway, 2010 or most recent year available - Summary table by country. Retrieved December, 16, 2012, from <http://www.emcdda.europa.eu/stats12#display:stats12/inftab3>
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G., & Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 244-260.

- Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J. J., & Marina-González, P. A. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community Treatment in Spain: A Long-Term Follow-Up Study. *European Addiction Research*, 8(1), 22-29.
- Fridell, M. (1999). *Evaluating residential and institutional treatment* (EMCDDA Scientific Monograph Series No. 03). Lisbon: EMCDDA.
- Gabrheliková Müllerová, P. (2008). Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Garg, N., Yates, W. R., Jones, R., Zhou, M., & Williams, S. (1999). Effect of Gender, Treatment Site and Psychiatric Comorbidity on Quality of Life Outcome in Substance Dependence. *American Journal on Addictions*, 8(1), 44-54.
- Gerstein, D. R., Datta, A. R., Ingels, J. S., Johnson, R. A., Rasinski, K. A., Schildhaus, S., et al. (1997). *NTIES: The National Treatment Improvement Evaluation Survey* (Final Report): The National Opinion Research Center at the University of Chicago in collaboration with the Research Triangle Institute.
- Gossop, M. (2004). *Drug Addiction and its Treatment*. (Reprinted ed.). New York: Oxford University Press.
- Gossop, M. (2005). Treatment Outcomes: What We Know and What We Need to Know, Available from <http://www.nta.nhs.uk/>
- Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (1998). *NTORS At One Year. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake*: Department of Health.
- Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2000a). Drug selling among drug misusers before intake to treatment and at 1-year follow-up: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug & Alcohol Review*, 19(2), 143-151.
- Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2000b). Treatment outcomes and stimulant misusers: One year follow-up results from the national treatment outcome research study (Ntors). *Addictive Behaviors*, 25(4), 509-522.
- Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2001). *NTORS After Five Years. The National Treatment Outcome Research Study. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*. London: National Addiction Centre.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A., et al. (1997). National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six-Month Follow-Up Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4 special issue), 324-337.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., et al. (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies: Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 166-171.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89-98.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (2000a). Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers: 1-year follow-up results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 45-50.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (2000b). Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 165-172.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Treacy, S. (2002a). Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addictive Behaviors*, 27(2), 155-166.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Treacy, S. (2002b). Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*, 14(1), 77-93.
- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D., & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(3), 295-302.

- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Gudysh, J., & Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(1), 15-23.
- Gyngell, K. (2011). A 'Failing and Costly Drug Policy'? *Drink and Drug News, July*, 6-7.
- Haderstorfer, B., & Künzel-Böhmer, J. (1992). The Munich Multicenter Treatment Evaluation Study: Results of the First Follow-up. In G. Bühringer & J. J. Platt (Eds.), *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Hambley, J., Arbour, S., & Sivagnanasundaram, L. (2010). Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completed a residential treatment programme. *Journal of Substance Use, 15*(3), 184-200.
- Haml, K. (2003). Léky vyvolávající závislost. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hanel, E. (1992). Client Characteristics and the Therapeutic Process in Residential Treatment Centers for Drug Addicts. In G. Bühringer & J. J. Platt (Eds.), *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Harrison, T. (1999). A Momentous Experiment: Strange Meetings at Northfield. In R. Haigh & P. Campbell (Eds.), *Therapeutic Communities: past, present and future*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hawke, J. M., Jainchill, N., & De Leon, G. (2000). Adolescent amphetamine users in treatment: Client profiles and treatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*(1), 95-105.
- Hendriks, V. (1999). *Evaluating drug-abuse treatment: current and future perspectives* (EMCDDA Scientific Monograph Series No. 03). Lisbon: EMCDDA.
- Herbst, K. (1992). Prediction of Dropout and Relapse. In G. Bühringer & J. J. Platt (Eds.), *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Herzog, A. (2011). *Veřejné zdraví a nízkoprahové služby*. Paper presented at the AT Conference 2011, Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.
- Hiller, M. L., Knight, K., Devereux, J., & Hathcoat, M. (1996). Posttreatment outcomes for substance-abusing probationers mandated to residential treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*(3), 291-296.
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (2006). Recidivism Following Mandated Residential Substance Abuse Treatment for Felony Probationers. *Prison Journal, 86*(2), 230-241.
- Hinshelwood, R. D., & Manning, N. (1979). *Therapeutic Communities: Reflections and Progress*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Holland, S. (1978). Gateway Houses - Effectiveness of Treatment on Criminal Behavior. *International Journal of the Addictions, 13*(3), 369-381.
- Hornowska, A. (2006). Kwestionariusz MAP (Maudsley Addiction Profile) i jego wykorzystanie w obszarze uzależnień. *Serwis Informacyjny Narkomania 2*(33), 9-17.
- Hrdina, P. (2001). Problémy evidence a dokumentace klientů nízkoprahových zařízení. *Adiktologie, 1*(1), 84 - 93.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug Abuse Treatment. A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S., Butzin, C. A., Hooper, R. M., & Harrison, L. D. (1997). An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug-Involved Offenders. *Journal of Drug Issues, 27*(2), 261-278.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G., & Yagelka, J. (2000). Adolescents in Therapeutic Communities: One-Year Posttreatment Outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*(1), 81-94.
- Jainchill, N., Yagelka, J., Hawke, J., & De Leon, G. (1999). Adolescent admissions to residential drug treatment: HIV risk behaviors pre- and posttreatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(3), 163-173.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. Oxford: Basic Books.

- Jones, M. (1979). The therapeutic community, social learning and social change. In R. D. Hinshelwood & N. Manning (Eds.), *Therapeutic Communities: Reflections and Progress*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Jones, M. (1984). Why two therapeutic communities? *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), 23-26.
- Jones, M. (1986). Democratic Therapeutic Communities (D.T.C.s) or Programmatic Therapeutic Communities (P.T.C.s) or Both? In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for Addictions*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Judson, H. F. (1974). *Heroin Addiction in Britain*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Justinová, J. (2009). *Sexualita uživatelů pervitinu a Subutexu*. Paper presented at the AT Conference 2009, Vojenská zotavovna Měřín.
- Kacerovská, S. (2012). Lékař Jakub Minařík: Alkohol je srovnatelný s heroinem. Retrieved April, 26, 2012, from <http://prazsky.denik.cz>
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2007). Úspěšnost léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé: Česká republika v mezinárodním kontextu. *Referátový výběr z psychiatrie, (SPECIÁL - II)*, 40-47.
- Kalina, K. (2008a). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2008b). Terapeutická komunita a její aplikace. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2008c). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
- Kalina, K., Hulík, M., & Vácha, P. (2011). *Duální diagnózy v TK*. Paper presented at the AT Conference 2011, Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.
- Keen, J., Oliver, P., Rowse, G., & Mathers, N. (2001). Residential rehabilitation for drug users: a review of 13 months' intake to a therapeutic community. *Fam Pract*, 18(5), 545-548.
- Kennard, D. (1998). *Introduction to Therapeutic Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Kennard, D., & Wilson, S. (1979). The modification of personality disturbances in a therapeutic community for drug abusers. *British Journal of Medical Psychology*, 52(3), 215-221.
- Kingree, J. B., Glasford, M. T., & Jones-allen, M. (1997). A Comparison of HIV-Positive and HIV-Negative Crack Users Enrolled in a Residential Addiction Treatment Program. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 23(4), 569-580.
- Kleinman, P. H., Millman, R. B., Lesser, M. L., Robinson, H., Engelhart, P., Hsu, C., et al. (1997). The Comprehensive Vocational Enhancement Program: Results of a Five-year Research/Demonstration Project. In F. M. Tims, J. A. Inciardi, B. W. Fletcher & A. M. Horton (Eds.), *The Effectiveness of Innovative Approaches in The Treatment of Drug Abuse*. Westport: Greenwood Press.
- Kooyman, M. (1975). From chaos to a structured therapeutic community: Treatment programme on Emilliehoeve, a farm for young addicts. *Bulletin on Narcotics*, 27(1), 19-26.
- Kooyman, M. (1993). *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Treatment Success*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Kooyman, M. (2001). The history of therapeutic communities: a view from Europe. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kooyman, M. (2007). Pioneering in the first drug-free therapeutic community in the Netherlands. *Therapeutic Communities*, 28(1), 5-10.
- Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., & Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment. The therapeutic community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 267-272.
- Kubička, L., & Csémy, L. (1997). První zkušenosti s českou verzí EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 32(4), 215 - 221.

- Kubička, L., & Čsémy, L. (1998). Validita české verze EuropASI. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Proti-alkoholický obzor)*, 33(5), 307 - 315.
- Kubička, L., & Čsémy, L. (2004). Analýza sociodemografického kontextu požívání alkoholických nápojů v dospělé populaci České republiky z hlediska zdravotního. *Časopis lékařů českých*, 7(143), 435-439.
- Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kuda, A. (2007). Vzájemná spolupráce TK (popis dosavadní 8-leté spolupráce TK v rámci A.N.O.). In P. Nevšímal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy.
- Kuda, A. (2008a). Prevence a zvládání relapsu. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kuda, A. (2008b). Sociální rehabilitace a následná péče. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Lees, J., Manning, N., Menzies, D., & Morant, N. (2004). *A Culture of Enquiry. Research Evidence and the Therapeutic Community*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lees, J., Manning, N., & Rawlings, B. (1999). *Therapeutic Community Effectiveness: A Systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Personality Disorders and Mentally Disordered Offenders* (No. 17). Nottingham: NHS Centre for Reviews and Dissemination.
- Lees, J., Manning, N., & Rawlings, B. (2004). Therapeutic Community Research: An Overview and Meta-Analysis. In J. Lees, N. Manning, D. Menzies & N. Morant (Eds.), *A Culture of Enquiry. Research Evidence and Therapeutic Community*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lewis, B. F., & Ross, R. (1994). *Therapeutic Community: Advances in Research and Application* (NIDA Research Monograph No. 144). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- López Goni, J. J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., García, A. R., & Esarte, S. (2011). Employment integration after therapeutic community treatment: A case study from Spain. *International Journal of Social Welfare*, 20(3), 292-297.
- MacGregor, S. (1994). Promoting new services: The Central Funding Initiative and other mechanisms. In J. Strang & M. Gossop (Eds.), *Heroin addiction and drug policy: The British system*. Oxford: Oxford University Press.
- Magdaléna, o.p.s.: Statistika léčby rezidenčních programů. (2007). Retrieved March 30, 2009, from <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=47>
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 18(1), 1-11.
- Marsden, J. (2004). Long-term outcome of treatment for drug dependence. *Psychiatry*, 3(1), 47-49.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., et al. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857-1867.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile. A brief instrument for treatment outcome research. Development and User manual. Retrieved February 15, 2007, from <http://www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=346&context=776>
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A., & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence: Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 176, 285-289.
- Marsden, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M., Prada de Castro, I., et al. (2000). New European Instruments for Treatment Outcome Research: Reliability of the Maudsley Addiction Profile and Treatment Perceptions Questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *European Addiction Research*, 6(3), 115-122.
- Marsden, J., Osborne, A., Farrell, M., & Rush, B. (2000). International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders, Available from <http://www.who.int>



- Marsh, J. C., Shin, H.-C., & Cao, D. (2010). Gender differences in client-provider relationship as active ingredient in substance abuse treatment. *Evaluation and Program Planning*, 33(2), 81-90.
- Martinac, M., Skočibušič, S., Latinčič, M., Krtalič, A.-M., Jurič, I., Babič, D., et al. (2008). Quality of Life of Heroin Drug Addicts Included in Methadone Maintenance Treatment (MMT) Program and Therapeutic Community Program. *Alcoholism: Journal on Alcoholism & Related Addictions*, 44, 28-29.
- McCusker, J., Bigelow, C., Frost, R., Garfield, F., Hindin, R., Vickers-Lahti, M., et al. (1997). The effect of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery of HIV risk behavior. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1637-1644.
- McCusker, J., Garfield, F., Benjamin, F. L., & Frost, R. (1997). Outcomes of Four Residential Treatment Models - Project IMPACT. In F. M. Tims, J. A. Inciardi, B. W. Fletcher & A. M. Horton (Eds.), *The Effectiveness of Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse*. Westport: Greenwood Press.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Durrell, J., Alterman, A. I., et al. (1997). Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations, Appropriate Comparisons. In J. A. Egerton, D. M. Fox & A. I. Leshner (Eds.), *Treating Drug Abusers Effectively*. Malden: Blackwell Publishers.
- Melnick, G., & De Leon, G. (1999). Clarifying the Nature of Therapeutic Community Treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 307-313.
- Melnick, G., De Leon, G., Hiller, M. L., & Knight, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Substance Use & Misuse*, 35(12-14), 1819-1847.
- Merino, P. P. (1999). *Treatment-evaluation literature* (EMCDDA Scientific Monograph Series No. 03). Lisbon: EMCDDA.
- Messina, N., Wish, E., & Nemes, S. (2000). Predictors of Treatment Outcomes in Men and Women Admitted to a Therapeutic Community. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 26(2), 207.
- Miller, P. G., & Miller, W. R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction*, 104(5), 685-686.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Minařík, J., & Řehák, V. (2008). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Monar. Retrieved February, 10, 2013, from <http://en.wikipedia.org/wiki/Monar>
- Moos, R., H. (1997). *Evaluating Treatment Environments. The Quality of Psychiatric and Substance Abuse Programs*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., et al. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., et al. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., et al. (2006). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., et al. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., et al. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nepustil, P. (2009). *Bez léčby to jde*. Paper presented at the AT Conference 2009, Vojenská zotavovna Měřín.
- Nešpor, K., Králíková, E., Sovinová, H., Kubů, P., Csémy, L., & Lejčková, P. (2005). Legální drogy v České republice. Od užívání alkoholu a tabáku k možnostem prevence a léčby. *Zaostřeno na drogy*, 1(3), 1-12.
- Nevšímal, P. (2007). Duální diagnózy. In P. Nevšímal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.

- Nicosia, N., Pacula, R. L., Kilmer, B., Lundberg, R., & Chiesa, J. (2009). The Economic Cost of Methamphetamine Use in the United States, 2005. Available from [www.rand.org](http://www.rand.org)
- NIDA. (2002). *Therapeutic Community* (Research Report Series): National Institute on Drug Abuse.
- Norton, K., & Fiona, W. (2004). Assessing Outcome at Henderson Hospital: Challenges and Achievements. In J. Lees, N. Manning, D. Menzies & N. Morant (Eds.), *A Culture of Enquiry. Research Evidence and the Therapeutic Community*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nuttbrock, L. H., Ng-Mak, D. S., Rahav, M., & Rivera, J. J. (1997). Pre- and post-admission attrition of homeless, mentally ill chemical abusers referred to residential treatment programs. *Addiction*, 92(10), 1305-1315.
- Ogborne, A. C. (1975). The First 100 Residents in a Therapeutic Community for Former Addicts. *British Journal of Addiction (to Alcohol & Other Drugs)*, 70(1), 65-75.
- Ogborne, A. C., & Melotte, C. (1977). An Evaluation of a Therapeutic Community for Former Drug Users. *British Journal of Addiction (to Alcohol & Other Drugs)*, 72(1), 75-82.
- Orlando, M., Wenzel, S. L., Ebener, P., Edwards, M. C., Mandell, W., & Becker, K. (2006). The dimensions of change in therapeutic community treatment instrument. *Psychological Assessment*, 18(1), 118-122.
- Orlíková, B., & Gajdošíková, H. (2006). Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. Prábní problémy související s užíváním drog. *Zaostřeno na drogy*, 2(4), 1-8.
- Paddock, S. M., Edelen, M. O., Wenzel, S. L., Ebener, P., Mandell, W., & Dahl, J. (2007). Measuring Changes in Client-Level Treatment Process in the Therapeutic Community (TC) with the Dimensions of Change Instrument (DCI). *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33(4), 537-546.
- Phoenix Futures. Rebuilding lives for 40 years (2009). Available from <http://www.phoenix-futures.org.uk>
- Pompi, K. F. (1994). *Adolescents in Therapeutic Communities: Retention and Posttreatment Outcome* (NIDA Research Monograph No. 144). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Radimecký, J. (2007). Programy pro rodinné příslušníky. In P. Nevšimal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé 2. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
- Rapoport, R. N. (1960). *Community as Doctor*. London: Tavistock Publications.
- Ravndal, E. (2003). Research in the concept-based therapeutic community: its importance to European treatment research in the drug field. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 229-238.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1998). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 135-142.
- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of Long-Term Inpatient Treatment of Drug Abusers: A Prospective Study from 13 Different Units. *European Addiction Research*, 11(4), 180-185.
- Rawlings, B. (2001). Evaluative Research in Therapeutic Communities. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rawlings, B., & Yates, R. (Eds.). (2001). *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., Banks, S., & Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: crime outcomes. *Behavioral Sciences & The Law*, 22(4), 477-501.
- SANANIM. (2006). *Výroční zpráva 2005*. Praha: o.s. SANANIM.
- SANANIM. (2012). *Výroční zpráva 2011*. Praha: o.s. SANANIM.
- Shah, D., & Paget, S. (Eds.). (2006). *Service Standards for Addiction Therapeutic Communities*. London: The Royal College of Psychiatrists. Available from: <http://www.communityofcommunities.org.uk>
- Sickinger, R., & Kindermann, W. (1992). Recovery from Opiate Addiction: A Longitudinal Prospective Study. In G. Bühringer & J. J. Platt (Eds.), *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 136(11), 1449-1453.

- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875-880.
- Simpson, D. D. (1997). Effectiveness of Drug-Abuse Treatment: A Review of Research from Field Settings. In J. A. Egerton, D. M. Fox & A. I. Leshner (Eds.), *Treating Drug Abusers Effectively*. Malden: Blackwell Publishers.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538-544.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 294-307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 507-514.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 117-134.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 565.
- Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 2(1), 7-29.
- Skála, J. (2003). Historie léčby závislosti v České republice. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Sovinová, H., & Csémy, L. (2005). Alkohol a primární zdravotní péče. Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence, Available from [www.szu.cz](http://www.szu.cz)
- Sovinová, H., & Csémy, L. (n.d.). Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice, Available from [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)
- Soyez, V., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2006a). Social Network Involvement During Therapeutic Community Treatment: Is There An Impact On Success? *Therapeutic Communities*, 27(1), 45-67.
- Soyez, V., De Leon, G., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2006b). The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: a quasi-experimental study. *Addiction*, 101(7), 1027-1034.
- Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog). (n.d.). Retrieved April 17, 2009, from [http://www.cekas.cz/php/pdf/CA\\_standardy\\_obecne.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/CA_standardy_obecne.pdf); [http://www.cekas.cz/php/pdf/CA\\_standardy\\_specificke.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/CA_standardy_specificke.pdf)
- Stevens, A. (2010). Evidence and Policy: Crime and Public Health in UK Drug Policy. In R. Yates & M. S. Malloch (Eds.), *Tackling Addiction. Pathways to Recovery*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Stewart, D., Gossop, M., Marsden, J., & Rolfe, A. (2000). Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Criminal Behaviour & Mental Health*, 10(1), 10.
- Strang, J., & Gossop, M. (2005). Misreported and Misunderstood: The „British System“ of Drug Policy. In J. Strang & M. Gossop (Eds.), *Heroin Addiction and the British System, Volume I. Origins and Evolutions*. London: Routledge.
- Strang, J., Ruben, S., Farrell, M., Witton, J., Keaney, F., & Gossop, M. (2005). The history of prescribing heroin and other injectable drugs as addiction treatment in the UK. In J. Strang & M. Gossop (Eds.), *Heroin Addiction and the British System, Volume II. Treatment and Policy Responses*. London: Routledge.
- Studničková, B., & Petrášová, B. (2009). *Výroční zpráva ČR - 2008. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Sugarman, B. (1974). *Daytop Village: A Therapeutic Community*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

- Sugarman, B. (1986). Structure, Variations, and Context: A Sociological View of the Therapeutic Community. In G. De Leon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: readings in theory, research, and practice*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Sullivan, C. J., McKendrick, K., Sacks, S., & Banks, S. (2007). Modified therapeutic community treatment for offenders with mica disorders: Substance use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(6), 823-832.
- Taylor, S. (2008). Integrating vocational services within therapeutic community treatment. *Therapeutic Communities*, 29(1), 76-82.
- Těmínová Richterová, M. (2007). Cíle léčby. In P. Nevšímal (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
- Těmínová Richterová, M., Kalina, K., & Adameček, D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Těmínová Richterová, M., & Kuda, A. (unpublished). Abstinence - cíle nebo prostředek?
- Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S., & Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*, 107(4), 709-718.
- Tims, F. M., Jainchill, N., & De Leon, G. D. (1994). *Therapeutic Communities and Treatment Research* (Research Monograph No. 144). Rockville: NIDA Research Monograph.
- UNDCP. (2003). *Investing in Drug Abuse Treatment. A Discussion Paper For Policy Makers*. New York: United Nations.
- Vandevelde, S. (2008). *Maxwell Jones and his work in the therapeutic community*. Thesis submitted to obtain the degree of Master in Educational Sciences, Ghent: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ghent University.
- Vidjak, N. (2003). Treating heroin addiction: comparison of methadone therapy, hospital therapy without methadone, and therapeutic community. *Croatian Medical Journal*, 44(1), 59-64.
- Warren-Holland, D. (2006). Some Reflections of a Decade of Experiences in British and American Concept House Therapeutic Communities, 1967 to 1977: A Personal Experience. *Therapeutic Communities*, 27(1), 13-29.
- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). 3-Year Reincarceration Outcomes for Amity In-Prison. Therapeutic Community and Aftercare in California. *The Prison Journal*, 79(3), 321-336.
- Wheeler, L. B., Biase, D. V., & Sullivan, A. P. (1986). Changes in Self-concept During Therapeutic Community Treatment - a Comparison of Male and Female Drug Abusers. *Journal of Drug Education*, 16(2), 191-196.
- WHO. (1998). *WHO Expert Committee on Drug Dependence* (WHO Technical Report Series). Geneva: WHO.
- WHO (2000). Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, Available from <http://www.czf.cz>
- WHO (n.d.-a). Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS. Manuál postupu, Available from [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- WHO (n.d.-b). Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS. Rámcový protokol, Available from [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- WHO (n.d.-c). Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS. Sledování na počátku léčby. Tazatelem administrované dotazníky, Available from [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- WHO. (n.d.-d). The Zung Self-Rating Depression Scale. Retrieved February, 19, 2013, from [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/zungdepressionscale/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/zungdepressionscale/en/index.html)
- Wilson, S. (1978). The Effect of Treatment in a Therapeutic Community on Intravenous Drug Abuse. *British Journal of Addiction (to Alcohol & Other Drugs)*, 73(4), 407-411.
- Wilson, S., & Mandelbrote, B. (1978). The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality. *British Journal of Psychiatry*, 132, 487-491.
- Wilson, S., & Mandelbrote, B. (1978b). Drug Rehabilitation and Criminality. *British Journal of Criminology*, 18(4), 381-386.

- Wilson, S., & Mandelbrote, B. (1985). Recidivism rates of drug dependent patients treated in a residential therapeutic community: 10 year follow up. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 291(6488), 105.
- Yablonsky, L. (1965). *The Tunnel Back*. Synanon. New York: The Macmillan Company.
- Yates, R. (2003). A brief moment of glory: the impact of the therapeutic community movement on the drug treatment systems in the UK. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 239-243.
- Yates, R. (2010). Recovery we can afford: An analysis of a sample of comparative, cost-based studies. *Therapeutic Communities*, 31(2), 145-156.
- Yates, R., De Leon, G., Mullen, R., & Arbiter, N. (2010). Straw men: Exploring the evidence base and the mythology of the therapeutic community. *Therapeutic Communities*, 31(2), 95-99.
- Yates, R., Rawlings, B., Broekaert, E., & De Leon, G. (2006). Brief Encounters: The Development of European Drug Free Therapeutic Communities and The Origins of the European Federation of Therapeutic Communities. *Therapeutic Communities*, 27(1), 5-11.
- Yates, R., & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Zábranský, T. (2003). Drogová epidemiologie. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České republiky.
- Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155-180.
- Zábranský, T., & Janíková, B. (2008). *Studie „Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) (Souhrnná zpráva)*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF a VFN UK v Praze.









Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti.  
Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších  
oblastech jeden rok po ukončení léčby

© Úřad vlády České republiky, 2014  
1. vydání  
Redakčně uzavřeno 28. července 2014

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-103-9

## Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby

■ Terapeutické komunity jsou již více než dvě desetiletí nedílnou součástí systému odborných služeb pro uživatele návykových látek v ČR. Terapeutické komunity poskytují střednědobou až dlouhodobou rezidenční léčbu v délce 6–12 měsíců. Cílovou skupinou jsou klienti se závažným profilem obtíží: dlouhodobí uživatelé návykových látek, často s kriminální anamnézou, zdravotními a sociálními komplikacemi.

■ Publikace shrnuje výsledky v ČR dosud ojedinělé výzkumné studie hodnotící efektivitu léčby uživatelů návykových látek ve čtyřech rezidenčních terapeutických komunitách. Studie sleduje změny v užívání návykových látek, kriminálním chování, zdravotním stavu a sociální integraci klientů jeden rok po ukončení léčby. Publikace dále pojednává o výzkumu efektivitu léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí v USA a v Evropě a přináší přehled zjištěných výsledků léčby. Úvodní kapitola se věnuje vzniku a vývoji terapeutických komunit v USA a v Evropě.

■ Cílem publikace je prezentovat výzkumem podložené poznatky o výsledcích léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí. Vzrůstající počet výzkumných studií dokládá, že terapeutická komunita představuje efektivní a na vědeckých důkazech založenou léčbu.

■ Publikace je učena pracovníkům terapeutických komunit a dalších odborných služeb v systému péče o uživatele návykových látek, tvůrcům protidrogové politiky, vědeckým pracovníkům a studentům v oblastech prevence, léčby a výzkumu závislostí.

■ Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o dalších připravovaných publikacích najdete na webové stránce [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) v sekci Publikace.

■ Distribuci zajišťuje vydavatel.

ISBN 978-80-7440-103-9



9 788074 401039

**Neprodejné**