

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Aneta Havierníková

**Psychosociální aspekty léčby drogových závislostí v prostředí
psychiatrických léčeben**

OLOMOUC 2012

vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury a dalších zdrojů.

V Olomouci, dne 27. března 2012

Aneta Havierníková

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za užitečnou metodickou pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala pracovníkům psychiatrických léčeben v Opavě, Kosmonosích, Jihlavě, Havlíčkově Brodě, Bílé Vodě, Kroměříži, Červeném Dvoře a Petrohradě za ochotu při vyplnění dotazníků. Rovněž i Marii Nálepové za podporu a důležité postřehy.

Aneta Havierníková

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Historie psychiatrie	8
1.1 Česko	8
1.2 Egypt.....	9
1.3 Babylonie	9
1.4 Indie	9
1.5 Čína.....	10
1.6 Izrael	11
1.7 Řecko	11
1.8 Řím.....	11
2 Závislost.....	13
2.1 Definice závislosti.....	13
2.2 Kritéria závislosti.....	13
2.3 Příčiny závislosti.....	13
2.4 Důsledky a projevy závislosti	14
2.5 Druhy závislosti	14
3 Možnosti odborné pomoci.....	15
4 Detoxifikace	17
4.1 Definice detoxifikace	17
4.2 Psychoterapie	17
4.2.1 Posilování motivace.....	17
4.2.2 Skupinová terapie	18
4.2.3 Individuální terapie.....	18
4.2.4 Psychodrama a nácvik zvládání problémových situací	18
4.2.5 Kognitivně-behaviorální postupy	19

4.2.6	Další druhy psychoterapie	21
4.3	Expresivní terapie	22
4.4	Podpůrné terapeutické aktivity	23
4.5	Zooterapie	23
4.6	Farmakoterapie	23
4.7	Rodinná terapie	24
4.7.1	Práce s rodiči, jejichž dítě je uživatelem návykové látky	24
4.7.2	Práce s dětmi z rodin, kde se vyskytuje závislost na návykových látkách	26
4.7.3	Práce s partnerem či partnerkou klienta se závislostí	27
4.8	Terapeutická komunita	27
4.8.1	Definice	28
4.8.2	Cíle léčby	28
4.8.3	Fáze léčby	28
4.8.4	Pravidla, režim, rituály	29
4.9	Jóga	30
PRAKTICKÁ ČÁST		31
5	Šetření	31
5.1	Cíle šetření	31
5.2	Otázky šetření	31
5.3	Metodologie šetření	31
5.4	Vzorek šetření	32
5.5	Výsledky šetření	32
6	Vyhodnocení otázek šetření	51
7	Diskuse	52
ZÁVĚR		54
Seznam literatury a dalších zdrojů		56
Seznam grafů a tabulek		60

Seznam příloh	61
---------------------	----

ÚVOD

Drogová závislost je v dnešní době tématem, se kterým se lidé setkávají už na základní škole v rámci primární prevence. Dále například v rodině či u přátel. Jelikož s neustále se navyšujícím počtem lidí se závislostí na drogách, se také zvyšuje nutnost prevence i léčby. Jednou z možností je absolvování léčby v psychiatrické léčebně. Touto prací chceme tudíž přiblížit problematiku drogové závislosti v České republice a poskytnou základní informace týkající se současné léčby v psychiatrických léčebnách.

Proto jsme jako název bakalářské práce zvolili „Psychosociální aspekty léčby drogových závislostí v prostředí psychiatrických léčeben“. Cílem práce je srovnání metod a postupů na odděleních pro léčbu závislostí (na nealkoholových drogách). Dále zhodnocení spolupráce rodiny při léčbě, nejvíce uplatňovaných expresivních terapií a jejich obliba mezi klienty, postupů při motivaci klienta, předcházející, následné léčby a různých podpůrných terapeutických aktivit. Teoretická část práce je rozdělena na čtyři kapitoly, kdy první z nich se týká historie psychiatrie. Druhá je zaměřena na pojem závislost. Popisují se tu příčiny, důsledky, kritéria závislosti a druhy závislosti. Třetí kapitola se orientuje na možnosti odborné pomoci před a po nástupu do psychiatrické léčebny. Poslední kapitola v teoretické části je nejrozsáhlejší. Zabýváme se v ní přímo metodami a postupy při léčbě závislostí na nealkoholových drogách. V praktické části jsme zvolili otázky šetření, které se týkají častého praktikování rodinné terapie a oblíbenosti arteterapie mezi klienty. S tím souvisí i metody vyhodnocení práce. Jako metodu jsme zvolili analýzu získaných dat pomocí dotazníkového šetření.

Jelikož je na problematiku závislostí nemalé množství literatury, s hledáním informací není problém. Jako stěžejní literaturu k tématu historie psychiatrie jsme vybrali knihu Eugena Vencovského, *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. Je zde jasně a přehledně popsána historie týkající se psychiatrie. K dalšímu rozsáhlému tématu a to k léčbě jsme se rozhodli hlavně využít knihy: Karel Nešpor, Ladislav Csémy, *Léčbě a prevence závislostí: příručka pro praxi* a Karel Nešpor, Marie Müllerová, *Jak přestat brát (drogy)*. Prakticky a názorně líčí postupy, metody k udržení abstinence. Tyto knihy jsou užitečné, jak pro odborníky, tak pro laiky či uživatele drog. Určitě bychom ještě zmínili knihu Karla Nešpora, *Návykové chování a závislost*, kterou považujeme za dobře sepsanou a pro práci velice užitečnou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie psychiatrie

Psychiatrie je medicínský obor, který léčí nemoci mozku projevující se v emocích, myšlení, chování a vnímání. Dále se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a hledání příčin psychických poruch. (Dostupné z: <http://abecedalekaru.cz/obor/psychiatrie/>) Vencovský (1996) dále uvádí, že teorie o chorobách a zdravotnické péči v etapách historie souvisí s filozofickými směry, kulturní vyspělostí etap a přírodovědeckými znalostmi.

Dle Benson a Piera (2010) vznikla psychiatrie v moderním slova smyslu až v období osvícenství, 1730 - 1785, kdy byly dřívější metody označeny za primitivní. Společnost zpočátku spojovala příčinu vzniku duševní choroby s čarodějnictvím, dědem nebo s prokletím. Proto tyto lidi nechávali ostatní umřít nebo je rovnou zabili. Naneštěstí se tyto věci dějí i v dnešní době, kdy takto nemocné děti nechávají vyhladovět. Podle Janíka (1987) byl démon v té době považován za přírodní sílu bez vymezení dobra a zla, neboť se to určovalo až podle potřeb člověka. V souladu s tím Vencovský (1996) tvrdí, že jako ochranu před tímto „zlem“ používaly talismany, amulety a jiné symbolické předměty. Také pořádali magické obřady k vyhánění zlých duchů z těla nemocného a to procesem exorcismu.

Postupem času pomalu vznikaly základy lékařství, ale stále přetrvávalo magické myšlení. Za základy se pokládalo léčitelství za pomoci rostlin, krve, tuku, vnitřností zvířat. V době vzniku polyteistického náboženství vzniká chrámové lékařství, kdy každý chrám představuje boha. Právě bohy považovali lidé za ty, kteří rozhodují o zdraví a nemocech lidí. Z předchozí odborné literatury vyplývá, že lidé se už od počátku uchýlovali k náboženství, magii, kdy důvody byly především strach z nemocí, úřknutí, smrti či jiných negativních jevů. Většina lidí se modlila k určitému bohu, chránili se symbolickými předměty nebo se uchýlovali až k možnosti obětování. V následujících podkapitolách si můžeme povšimnout rozvoje psychiatrie v různém rozsahu.

1.1 Česko

Od roku 1900 začalo vznikat na Moravě a v Čechách několik psychiatrických léčen, které fungují dodnes, například Kroměříž, Jihlava, Bohnice, Havlíčkův Brod, Horní Beřkovice. Dále Zvolský uvádí, že nejdříve vznikaly azyly, kdy první azyl pro duševně choré vznikl ve Znojmě. Ve Slezsku se zřizovaly takzvané komory bláznů, které se budovaly u nemocnic. Roku 1873, v Albrechticích, byl zřízen ústav pro „nebezpečně chorobomyslné“,

(Zvolský, 2006) kdy v zařízeních či ústavech 19. století se používaly postupy jako například pedagogické prvky, pracovní činnosti, režimová a sociální terapie. Osobností české psychiatrie a prvním odborníkem u nás je považován Jan Theobald Held, který pracoval v Ústavu pro duševně choré v Praze v roce 1790. Za významné představitele 19. století jsou považováni Jan Heveroch, Karel Kuffner, Vladimír Vondráček, kdy se tyto osobnosti podílely na rozvoji psychiatrie u nás. (Raboch, Zvolský, 2001)

1.2 Egypt

Dle Pinela se zde nacházely dva chrámy, kde lidé léčili pomocí prostředků hygieny. Konaly se zde hry, tělesná cvičení, zpívání, procházky v zahradách plných květů. Lékaři-kněží konali obřady (exorcismus) s použitím projímadel, močopudných látek, mastí, máku, tuku a soli, které měly přinutit duchy opustit tělo díky silnému zápachu. (Vencovský, 1996) Benson a Piero (2010) uvádějí, že aby obřad účinkoval, musel exorcista bezvýhradně věřit, že posedlost je opravdu skutečná. Před tímto procesem musela proběhnout nutná příprava, jako modlitby a půst. Některé z chrámů byly změněny v azyly, kde se léčba zakládala na tělesném cvičení, tanci, procházkách v zahradách, hudbě a striktním denním režimu.

1.3 Babylonie

V Babylonii mělo lékařství silný základ v makrokosmu a mikrokosmu. Lidé předpokládali, že to co se dělo na nebi, je odrazem toho, co se dělo na zemi. Proto považovali hvězdnou oblohu za prostor, ze kterého šla vyčíst nemoc člověka. Příčina chorob je zde opět spojována se zlými duchy, kdy každá nemoc vzniká jiným démonem. Léčbu zde prováděl kněz-lékař, za pomoci obřadu a modliteb. Lékařství na vědeckém základě se začalo rozvíjet až později. Jednalo se o chirurgii a léky jako konopí, česnek, masti, koupele, obklady a jiné. (Vencovský, 1996) Babylonie oproti Egyptu, kde se zaměřovali na exorcismus a tělesné cvičení, kterému připisovali svou důležitost, se zajímala především o hvězdy a oblohu. Dokonce i z té se snažili vyčíst nemoc nebo jiné problémy.

1.4 Indie

Významným zdrojem jsou zde Vědy, které znamenají vědění. (Dostupné z: http://www.elidor.cz/literatura/autori/_ostatni/vedy/index.htm) Díky nim se dozvídáme o lékařství v Indii. Z těchto textů vyplývá, že i když lidé prováděli pitvy, jejich anatomické vědomosti nebyly na vysoké úrovni. Indové považují za příčinu vzniku tělesné nemoci hříchy

v minulém životě nebo poruchy v rovnováze tří tělesných látek (vzduch, žluč, hlen). Za příčinu vzniku duševní choroby považují posedlost, uvádí Vencovský (1996), což je podle Bensona a Piera (2010) onemocnění přisuzované zlému duchovi, který je v těle postiženého a takzvaně ho posedl. Posedlí se vyskytovali především v Asii a Evropě kolem Středozemního moře. Ve starodávných indických textech se zobrazuje pověstná rostlina, ze které se připravuje nápoj soma. Tento nápoj způsobil, že jejich tělo překypuje silou, srdce radostí, odvahou a také jsou bezmezně přesvědčeni o své nesmrtelnosti. (Kalina, 2003)

1.5 Čína

Podle Vencovského (1996) se v Číně využíval náboženský kult, kde v popředí stojí kněží, kteří léčí pomocí látek rostlinného a nerostlinného původu. Tělesné choroby mají původ v přerušení rovnováhy elementu jang, který je mužský, aktivní a elementu jin, tedy ženský a pasivní. Jako metodu šetření používali palpaci tepu, kdy každý puls znamenal určitou nemoc. Další metodou byla akupunktura za použití jehel vpichovaných do 360 životně důležitých bodů na těle. (Benson, Loon, 2005). Benson a Loon dále tvrdí, že je aplikována v rámci tradiční čínské medicíny už 3 500 let. Dle akupunkturistů má každý člověk 365 rizikových bodů na těle. Třetí metoda byla noxa, jedná se o pálení těla hořícími větvemi. I tady viděli příčinu vzniku v nadpřirozených silách a posednutí. Tyto „stavy“ léčili různými rituály, prosbami k bohům, ceremoniály a jinými metodami za přítomnosti kněze-lékaře. K zesílení působení se těla potíraly zapáchajícími látkami. (Vencovský, 1996) Některé z uvedených čínských metod se užívají do dnes. Například čínské léčebné masáže, manupresura, výše uvedené požehování (noxa), akupunktura, čínská bylinná léčba a mnoho dalších. (Dostupné z: <http://www.miova.cz/sluzby/cinske-lecebne-metody>) V dějinách čínského lékařství se píše o užívání psychedelických látek už někdy před 3 500 lety. Tyto látky způsobují silné prožitky o zrození, smrti, vesmíru a jiných transpersonálních jevech. (Kalina, 2003)

Čína se oproti Indii zajímá především o elementy, síly, které se nacházejí v každém člověku a jak nás do jisté míry ovlivňují. Podle Vencovského se Indie na tuto problematiku dívala více z fyziologického hlediska.

1.6 Izrael

Jak uvádí Vencovský (1996), byly hlavními zdroji vědomostí Bible a Talmud, kde jsou upozornění a příkázání, kterými by se měl člověk v životě řídit. Charakteristika duševních a tělesných chorob je popsána ve Starém zákoně, především v knize Deuteronomium. Je zde napsáno, že ten, kdo neposlouchá Boha-Hospodina, bude potrestán postižením, tedy pominutím smyslů. Z toho vyplývá, že Bůh je považován za toho, kdo rozhoduje o nemoci či zdraví. Bible vlastně popisuje trpícího člověka těžkou psychickou poruchou. Zvolský uvádí jako příklad krále Saula trpícího těžkou depresí, kterou se snažil David léčit nebo mírnit hrou na kytaru. (Zvolský, 2006) Teprve až v Talmudu jsou informace o lékařství, ve kterém se vznik duševních či tělesných chorob nevykládá nadpřirozenou nebo jinou silou. (Vencovský, 1996) Název Talmud znamená učení a existují dva: Jeruzalémský (Jerušalmi) a Babylónský (Bavli). (Dostupné z: <http://vera-tydlitatova.eblog.cz/talmud-a-proc-se-ho-obavat>)

1.7 Řecko

Dle Vencovského (1996) byla lékařská péče ve starém Řecku pod tlakem náboženství, neboť právě bohové rozhodovali o nemoci a zdraví. Za boha lékařství byl považován Asklépios, který léčil nemoci a křísil mrtvé. Proto vznikla tradice, že lékařům-kněžím říkali asklépiovci pracujících v chrámech boha Asklépia. Díky tomu vzniklo chrámové léčení.

Pro psychiatrii jsou důležité dva řecké eposy a to Ílias a Odysseia. Popisují duševní choroby a jejich vznik. Podle Hippokrata je k léčení duševních chorob důležité odstranit z těla nadbytek tělesných šťáv (žlutá žluč, černá žluč, hlen, krev). Dle Bensona a Loona (2005) měl Hippokratés „otec medicíny“ částečně pravdu, protože problémy jako neustálé změny nálad a přetrvávající bolesti hlavy jsou způsobené dehydratací.

Řecko stejně jako Izrael považovalo víru za formu léčby s tím rozdílem, že bůh lékařství Asklépios měl své lékaře-kněží, kteří léčili v pravém slova smyslu. Kdežto u Boha-Hospodina šlo „jen“ o víru, konání dobrých skutků, poslušnost a na základě toho očekávání pevného zdraví či uzdravení.

1.8 Řím

Římské lékařství mělo základ na nevědecké úrovni, rozvoj nastal až s příchodem Asklépiadése, což lze považovat za začátek lékařství na vědecké úrovni. Ten za léčebnou metodu považoval tělesný pohyb, masáže, požívání pití, jídla s mírou a různé koupele. Za příčinu vzniku poruch pokládal traumata, citová vzplanutí a jako první vymezil fantazie na

dva druhy: halucinace a bludy. Založil také muzikoterapii v psychiatrii a jiné terapeutické postupy jak uvádí Vencovský (1996).

I zde se navracíme k prostředkům hygieny, jako jsou výše zmíněné masáže, tělesný pohyb a jiné. Z uvedeného vyplývá, že nemoc vzniká zásluhou fyzické či psychické nepohody člověka, kdy léčba je založena na prožitku.

2 Závislost

2.1 Definice závislosti

Dle Smolíka (1996, s. 112), „*porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou, nebo nejsou předepsány lékařem.*“ Dále je zmíněný termín „psychoaktivní látka“, kterým se vyhrazují látky vyvolávající závislost. Další definici předložili Göhlert a Kühn (2001, s. 11), kteří uvádějí, že „*návyk začíná tam, kde jsme se vzdali původních životních perspektiv a kde droga nabývá na významu a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne.*“

Z různých zdrojů vyplývá, že definice závislosti se může pojmout z více hledisek, protože ovlivňuje celý život člověka. Zasahuje, jak do jeho zdraví, psychiky, tak i do zájmů, které jsou omezené až postupem času žádné.

2.2 Kritéria závislosti

Podle kolektivu autorů sdružení SANANIM (2007, s. 18-19) je pro určení závislosti nutné, aby v posledních 12 měsících byly přítomny minimálně tři symptomy: „*silná touha a nutkání užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků, průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného stavu), zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy, pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.).*“

2.3 Příčiny závislosti

Důvody, které vedou člověka k závislosti na drogách, jsou různé. Mohou být spojovány s psychickými nebo fyzickými dispozicemi, rodinným nebo sociálním prostředím, zkušenostmi, zdravotním stavem. Urban (In Nevšímal, 2007) rozdělil faktory vzniku drogové závislosti na: 1. farmakologické (droga), 2. environmentální, 3. somatické, psychické (osobnost), 4. precipitující (podnět). Tyto vlivy jsou přítomny ve všech případech drogové závislosti, což nazval interakční čtyřstěn drogové závislosti. Mohou nastat i situace, kdy je riziko užití drogy vyšší (stres, psychické obtíže, špatný zdravotní stav). To znamená, že užívání drog není primární problém, jak uvádí kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007).

Z toho vyplývá, že existuje více příčin vzniku závislosti, kdy nemůžeme vytyčit jen jednu, protože jsou spolu provázány. S tím souvisí i to, co uvádí Illes (2002), že se zatím nepřišlo na přesnou příčinu vzniku drogové závislosti, proto nemůžeme vinit jen výše uvedené faktory.

2.4 Důsledky a projevy závislosti

Důsledkem můžou být neobvyklé stavy, které se projevují akutní intoxikací, nebezpečným užíváním, syndromem závislosti, odvykacím stavem, odvykacím stavem s delíriem, psychotickou poruchou, psychotickou poruchou s pozdním začátkem nebo amnestickým syndromem. (Smolík, 1996) Mezi tyto neobvyklé stavy autoři Nešpor a Csémy (1996) ve své knize řadí například nervozitu a podrážděnost z důvodu nepřítomnosti drogy, změny chování s projevem náladovosti, lhaní, podrážděnosti. Dále Nešpor a Müllerová (1999) uvádí oslabený imunitní systém, sexuální problémy, poruchy trávicího systému, poruchy paměti a spánku, úzkost, deprese, kožní nemoci, infekce. U člověka se závislostí na drogách dochází k určitým negativním projevům, za které lze považovat opomíjení zálib a zájmů, neomluvené hodiny ve škole, problémy na pracovišti, nedostatečná péče o vlastní osobu, obhajování a zlehčování drog, izolace od původních přátel a nahrazování je přátel „na drogách“, problémy s úřady. Pozornost samozřejmě vyvolávají i jizvy po vpiších. (Nešpor, Csémy, 1996) Důsledky závislosti se dotýkají především zdravotního hlediska, jak po psychické, tak po fyzické stránce. Dále ovlivňuje vztahy k druhým lidem, s čím souvisí také škola a zaměstnání. Z uvedeného vyplývá, že se mění osobnost člověka, celkově jeho životní styl, hodnoty a normy v životě.

2.5 Druhy závislosti

Podle Janíka, Duška (1990) po dlouhodobém zneužívání drog uživatelem vzniká závislost: somatická, psychická nebo obě. U somatické závislosti jde o přizpůsobení organismu na používanou látku, která se stává nezbytnou součástí metabolismu a kdy v případě vysazení se začnou projevovat abstinenční příznaky. Zato závislost psychická je neobvyklý duševní stav provázen nutkáním užívat návykové látky, které se zvyšuje hlavně během abstinenčního syndromu. (Bruno, 1996) Somatickou (tělesnou) závislost můžeme určitými lékařskými postupy přestat během krátkého období (dvou až čtyř týdnů). (Göhlert, Kühn, 2001) Důležité je také vědět, že psychická závislost je těžší, protože dle Nešpora, Müllerové (1999) se jí nemůžeme zbavit úplně. Dá se, ale určitými způsoby a postupy, jako je bezpečný a zdravý způsob života oslabit.

3 Možnosti odborné pomoci

V knize od Nešpora a Müllerové (1999, s. 91) je napsáno, že „*Kdybych o tom věděl, přišel bych mnohem dřív a ušetřil bych si spoustu nepříjemností*“. Tuhle větu a jí podobné, dosti často slyší od lidí, kteří se v Praze léčí. Dále tvrdí, že výběr odborné pomoci závisí na tom, na co je člověk ochoten přistoupit, na zdravotním stavu a celkovém zdraví (duševním, tělesném), aktuální životní situaci, dále délce trvání problému a podmínkách jednotlivých zařízení. Odbornou pomoc proto může využít každý, kdo po užití drog cítí, že mu způsobuje problémy, popřípadě tuší, že se jedná o závislost.

Jednou z možností odborné pomoci jsou terénní programy a kontaktní centra. Jejich práce nespočívá přímo v léčbě, ale v postupech typu mírnění škod („harm reduction“). (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007) Na důležitosti získaly zejména kvůli šíření epidemií HIV/AIDS. Jejich myšlenka tkví v tom, že pokud není možné nabízet uživateli léčení od drog, usiluje se alespoň o mírnění škod, které užívání drog s sebou nese. Pozitivní je, když se uživatel nakonec rozhodne nějaký typ léčby podstoupit. (Nešpor, Csémy, 1996) Mírnění škod zahrnuje poradenství, substituční léčbu, pomoc v sociálních problémech, poskytnutí vitamínů, stravy a péči o osobní hygienu, lékařskou pomoc, výměnu stříkaček a jehel, nabízení prezervativů a dezinfekce.

V případě, že bude chtít uživatel s užíváním skončit, je jednou z možností navštěvování ambulantní léčby. U tohoto typu léčby může klient zůstat v anonymitě, nemusí být v pracovní neschopnosti, protože ordinace hodiny jsou převážně odpoledne, tedy po škole a práci. (Nešpor, Müllerová, 1999) Cílovou skupinou jsou lidé bez omezení pohlaví, věku, zaměstnání, vzdělání. Vztahuje se to na děti ze škol základních, středních i vysokých, osoby se zaměstnáním nebo osoby nezaměstnané a dále v invalidním důchodu či důchodovém věku. (Kalina, 2003) Ambulantní léčba má 3 fáze:

1. fáze (zaměřená na klienta, poskytuje porozumění, bezpečí),
2. fáze (zaměřeno na přijetí nových kognitivních schémat),
3. fáze (ověřování přínosu). (Řehan, 1994)

Jestliže se celkový stav u klienta v ambulantní léčbě nelepší, měl by zvolit léčbu pobytovou. Podle kolektivu autorů sdružení SANANIM (2007) jedním z důvodů proč zvolit tento typ léčby je, že ambulantní léčba nemá tak efektivní účinek. Vychází se z potřeby vysazení drogy (náhle nebo postupně) s následnou kontrolovanou abstinencí, která se odvíjí od délky užívání drogy, sociálních faktorů, osobnosti klienta. (Janík, Dušek, 1990)

Další možností odborné pomoci je léčba v terapeutických komunitách, kde jde převážně o léčbu dlouhodobou. Cílem bývá pomoci klientům nalézt, rozvíjet motivaci k léčbě, abstinenci a následná resocializace. K tomu napomáhá resocializační a terapeutický program dlouhodobého charakteru a spolupráce s rodinami klientů. (Dostupné z: <http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1>) Také je možno využít služeb v doléčovacích centrech k následnému upevnění pozitivního chování a života bez drog.

Výběr odborné pomoci závisí na klientovi samotném, který by se měl zamyslet nad závažností své situace a nejlépe po konzultaci s odborníkem v dané problematice určit nejlepší a nejefektivnější typ léčby. Z uvedeného vyplývá, že není jeden typ léčby, proto je třeba využít a propojit několik druhů léčeb, terapií a postupů.

4 Detoxifikace

4.1 Definice detoxifikace

Detoxifikace je léčebná metoda, jejíž význam spočívá v zastavení užívání drogy u uživatelů, se snahou minimalizovat příznaky odvykacího syndromu a rizika poškození. Tyto postupy se provádějí ve speciálním léčebném zařízení, v našem případě psychiatrické léčebně. (Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d) Cílem detoxifikace je pomoc zbavení se drogy z těla, přemoci následující abstinenční příznaky a to buď za použití léků nebo bez nich. (Nešpor, 2001)

Detoxifikace jako léčebná metoda má určité prvky. Jak uvádí Nešpor a Csémy (1996) zahrnuje psychiatrické, somatické a toxické vyšetření. Zde se vychází z anamnézy klienta. Dále je nutné zajistit bezpečnost klienta, protože mohou být nebezpeční okolí i sobě. Následuje psychoterapie a socioterapie, které jsou významné v tom, že dokáží výrazně ovlivnit odvykací stavy, s čímž souvisí farmakoterapie. Ta se provádí za pomoci léků nebo bez nich. Dále je nutné bezdrogové prostředí a samozřejmě i rodinná terapie, efektivní hlavně u mladších klientů. S nimi je doporučeno mluvit klidným a tichým hlasem, vyvarovat se prudkým pohybům. Miovský (1996) doplňuje zamezení užití drog, nevystavovat klienta chladu, nabídnout dostatečné množství tekutin, nenechat ho o samotě, mluvit jasně a co nejvíc, aby se „nepropadl“ do svých myšlenek. Za žádnou cenu neupozorňovat na problémy vzniklých ze závislosti.

4.2 Psychoterapie

Benson a Loon (2005) popisují psychoterapii jako léčbu prostřednictvím duše. Pokud jde o praxi, tak se jedná o léčbu nemocí za pomoci biologických postupů a psychoterapie. Provádí se skupinovou či individuální formou, podle potřeb klienta. (Heller, Pecinovská, 1996) Je důležité vycházet z toho, že každý klient potřebuje jiný psychoterapeutický postup, který se odvíjí od momentálního stádia léčby. (Nešpor, Csémy, 1996)

4.2.1 Posilování motivace

Motivace se považuje za nutnost efektivní léčby, kterou člověk buď má nebo nemá. Posilování se netýká jen klienta, ale i jeho rodiny, blízkých, kteří v jeho životě hrají důležitou roli. Účastníci by si během terapie měli uvědomovat problém, jeho příčinu a následně se snažit najít cestu ke zvládnutí této situace. Ze strany terapeuta ke klientovi je nutný projev

respektu, porozumění, naslouchání, měl by podporovat jeho důvěru v sebe sama a soběstačnost. (Nešpor, Csémy, 1996) Nešpor (2007) dále uvádí nutnost respektu, naslouchání, využívání odporu. Vyvolané kolísání motivace od lepšího k horšímu je u lidí se závislostí normální.

4.2.2 Skupinová terapie

V této terapii se aplikují techniky gestal terapie, kognitivně-behaviorální terapie, psychodramatu, strategické terapie, dynamické terapie a jiných. (Nešpor, Csémy, 1996) Benson a Loon (2005) dále uvádí, že členové terapie jsou vedeni k tomu, aby si vzájemně pomáhali, usilovali o získání nových znalostí a dovedností, „přinášeli“ a sdělovali podněty z každého dne, snažili se posílit soudržnost skupiny. (Nešpor, 2007)

Při této terapii se dále využívají metody „hry“, při níž se všichni klienti setkávají. Cílem je urovnat si důvody, které vedly klienta k závislosti na návykových látkách, zbavení se nepříjemného napětí, nebát se mluvit o svém chování a všech problémech, které se ho týkají. (Bruno, 1996) Jedná se o techniky, kde patří i arteterapie, psychodrama, vide skupiny, relaxační hudba, terapie hrou, muzikoterapie, biblioterapie a další. (Dostupné z: http://www.plbohnice.cz/o_lecebne/terapie_v_lecebne/cz)

4.2.3 Individuální terapie

Jedná se například o práci na individuálním plánu, práci s deníkem, spolupráci s garantem. Individuální plán se může týkat aktivity v terapii, zdraví, diety, vztahů, abstinence. Velmi důležitá je práce s deníkem, který představuje sebereflexi klienta, způsob komunikace, zhodnocení nálad, pocitů a potřeb, hodnocení léčby. (Nevšímal, 2007) Tato terapie je pro mnoho lidí nejvíce vyhovující, protože probíhá pouze ve dvou lidech, což napomáhá otevřenosti, upřímnosti a případnému následnému přijetí podpory a pomoci. (Dostupné z: <http://www.psychoterapiehm.cz/psychoterapie/individualni-psychoterapie>)

4.2.4 Psychodrama a nácvik zvládání problémových situací

Představitelem psychodramatu je psychoanalytik Moreno, který jej vyvinul v roce 1946. Jeho cílem je pomoci řešit problémy lidem, kteří žijí život v úzkosti. Psychodrama využívá metodu zrcadlení, zdvojení a obrácení rolí. (Benson, Loon, 2005) Používat by se mělo u jedinců s dobrou komunikační úrovní, v rámci skupinové i individuální terapie. (Nešpor, 2007) V knize od Bluma (In Nešpor, Csémy, 1996) je uvedeno, že nácvik

problémových neboli obtížných situací je metoda behaviorální. Pokud se, ale převedou tyto techniky do praxe, zjistíme, že odlišnost mezi oběma není velká.

Způsoby odmítání

Se zvládáním problémových situací souvisí i způsoby odmítání, které jsou v knize Nešpor a Müllerová (1999) vnímány jako schopnost, kdy odmítnutí drogy je přínosné v různých situacích proto, aby člověk pokračoval v abstinenci.

Způsobů odmítání je mnoho, ale nutné je rozpoznání rizikových situací a následné vyhnutí se jím. Pod touto situací si vybavíme večírky, koncerty a jiné. S tím souvisejí rychlá odmítnutí, jako nevidím, neslyším, odmítnutí gestem nebo říci ne! Následují zdvořilá odmítnutí, to jsou odmítnutí s vysvětlením a nabídnutí lepší možnosti, převedení řeči jinam či odmítnutí s odložením. Nešpor a Csémy (1996) dále uvádějí důrazná odmítnutí, což si lze představit pod porouchanou gramofonovou deskou nebo přímo odmítnutí protiútokem. Jako poslední jsou královské odmítnutí, které se využívají u rodiny a přátel. Patří sem odmítnutí jako pomoc a odmítnutí jednou provždy. Na závěr klienti situaci zhodnotí a vyberou si metodu, kterou by mohli použít v praxi. (Nešpor, 2007) Z pohledu praxe jsou způsoby odmítání velice důležité, kdy se autor snažil nastítnit situaci klienta. Riziko porušení abstinence může nastat i na srazu s přáteli, kdy odmítnutím drogy nechce klient urazit pobízejícího. Proto jsou zde uvedena zdvořilá odmítnutí či královská odmítnutí, které můžou v takto problémovém momentu použít.

4.2.5 Kognitivně-behaviorální postupy

Jak prezentují Nešpor a Csémy (1996) tento způsob práce zahrnuje řadu technik, které se užívají, jak v individuální terapii, tak v skupinové terapii. Mezi ně patří například Marlattova koncepce, Vícetupňová obrana, elaboráty a domácí praxe, asertivní trénink a další.

Marlattova koncepce jako prevence recidivy

Dle Marlatta a Gordona (In Nešpor, Csémy, 1996) uvedenou koncepci se zájmem využívá celá řada klinických pracovníků po celé zemi. Podle autorů rozdělujeme recidivu na krátkodobou (lapse) a protrahovanou (relapse). I zde je nutné rozpoznat rizikové situace a vyhnout se jim. Jedná o takzvané zdánlivě nevýznamné rozhodnutí, které Nešpor a Müllerová (1999) dělí do dvou skupin. První z nich jsou špatná zdánlivě nevýznamná rozhodnutí, například abstinující člověk se setká s kamarádem, který je prodejce drog. Druhé

je dobré zdánlivě nevýznamné rozhodnutí, kdy si člověk například najde novou práci, protože předešla byla nebezpečná. Proto je dobré předejít první možnosti, kdy za nebezpečné můžeme považovat návštěvu koncertu, kde se nachází drogy či návštěvu přátel, kteří jsou uživateli. Na začátku to vypadá jako pouhá návštěva, která ale může končit jinak. Proto je výstižný název zdánlivě nevýznamná rozhodnutí. Další postup koncepce uvádí Marlatt a Gordon (In Nešpor, Csémy, 1996), jenž zahrnuje rozpoznání příznaků, které mohou vézt k recidivě, naučit se ovládat touhu po droze a čelit sociálnímu tlaku. Dobré je si vytvořit nový okruh přátel, který může pomoci zvládat problémové duševní stavy, začít pracovat na zdravém životním stylu a plánu zastavení recidivy.

Pokud jde o odolání touhy po droze, Nešpor (2007) uvádí jako pomoc spánek, hovořit o svých pocitech, požádat o pomoc nebo ji sám nabídnout, prostě vydržet. S tím souvisí i další strategie jako nošení různých talismanů, symbolů (zvláštní bankovka, kartička kamarád) a sebemonitorování. (Nešpor, Müllerová, 1999)

Vícestupňová obrana

Dle Nešpora a Csémy (1996) se dá Marlattova koncepce představit pomocí vícestupňové obrany, kterou lze přirovnat k obraně středověkého města. To je kryto vnějšími hradbami, ze kterých je odrážena závislost. Dokonce se počítá s možností, že se to nepodaří, proto jsou zde ještě další hradby. Tuto metodu můžeme najít i pod názvem, který uvádí Nešpor a Müllerová (1999) a tím je Třístupňová obrana. Hradby zde představují zkoumání cest, které vedou ke spouštěči, od spouštěče k recidivě a jako poslední rozebrání cest, které vedou od prvního přerušení abstinence k momentální problémové fázi.

Elaboráty a domácí praxe

Jedná se o způsob komunikace s klientem, kdy z jednotlivých cvičení či zadání píše elaboráty. Účelem je podrobnější prozkoumání problému, cvičení paměti s co největší přesností a rozsahem. (Heller, Pecinová, 1996) Spočívá to v tom, že terapeut dává klientovi úkoly, které by měl splnit. Pokud je neudělá, měli by se spolu zamyslet nad příčinami a vylepšení součinnosti do budoucna. (Nešpor, Csémy, 1996) Úkoly se týkají aktuálních témat: životní styl, třístupňová obrana, sebeovládání, rodina, zdravotní rizika, způsoby odmítání návykové látky. (Nešpor, 2007)

Asertivní trénink

Tato metoda má pomoci klientovi se lépe a zdravě prosazovat, naučit se odmítat, ale i přijímat, dát najevo vlastní emoce. Je poměrně známá a používá se, když má osoba problém s jednou z předešlých oblastí. (Nešpor, Csémy, 1996) Se sebeprosazováním souvisí asertivní práva, ke kterým patří mít vlastní pocity a názory, rozhodovat se, utvářet svůj život, odpovědnost za něj, pochybovat, změnit názor.

Sebeodměňování a posilování pozitivního chování

Je to vysoce účinná metoda postihu nežádoucího chování a odměňování chování žádoucího. (Nešpor, 2007) Posilování pozitivního chování můžeme aplikovat u různých klientů, například u bezdomovců, kterým se jako odměna dává oblečení, pomoc a jiných pro ně důležitých věcí. Dále se využívá povzbuzení a ocenění pomocí bodovacího systému. Sebeodměňovat se může během dne klient i sám, protože tato pozitivní zkušenost mu zvyšuje sebevědomí. (Nešpor, Csémy, 1996)

Životní styl a tělesné cvičení

Posuzování životního stylu se používá v kognitivně-behaviorální terapii a dalších terapiích. (Murphy a kol. In Nešpor, Csémy, 1996) V převedení do praxe to vypadá tak, že terapeut dá klientovi popsat určitý den, vyhodnotí ho a poté případně navrhne změnu, kterou zkouší v praxi. S životním stylem souvisí tělesné cvičení, které má být vybráno podle zdravotního stavu klienta, aby bylo prospěšné. (Nešpor, Csémy, 1996) Mnoho praktiků je názoru, že je efektivní při léčbě deprese, úzkosti, stresu a nespavosti.

4.2.6 Další druhy psychoterapie

Jedním z druhů je gestalt terapie. Cílem této terapie je pomoci dosáhnout stavu „být celistvým“ a vyhnout se rozpoložení „něco mi schází“ nebo roztříštěnosti osobnosti. (Benson, Loon, 2005) Užívá se taky název tvarová terapie, kterou tvoří prvky terapie dynamické, strategické, humanistické a psychodramatu. Gestalt terapie se orientuje na přítomnost, napomáhá zdokonalení zodpovědnosti, sebeuvědomění, spontánnosti. (Nešpor, Csémy, 1996) Může se užívat u klientů s depresí, závislostí na návykových látkách, poruchami příjmu potravy, obětmi sexuálního zneužívání a jiných. (Mackewn, 2004)

Dále bychom zmínili rodinnou systemickou terapii. Rodinná terapie se zabývá problémy v rodině, snaží se je vyřešit a následně dosáhnout pozitivního fungování. Terapie

systemická považuje rodinu za uzavřený systém. Vychází z teorie poznání, kdy poznáním svět neodhalujeme, ale vytváříme ho. Pojetí reality je na každém člověku.

Neméně známá je i psychoanalytická terapie. Zde náleží interpretace snů, technika volných asociací, přenos, vznik přenosové neurózy, analýza odporu. V tomto případě se terapeut snaží odhalit podstatu problému a navést člověka k zjištění nevědomé motivace. (Kratochvíl, 2006)

Následující humanistický přístup neboli rogersovská terapie či PCA je přístup zaměřený na člověka. Terapeut při terapii nechává klientovi prostor, podporuje ho, řeší nynější situaci a ne minulé křivdy. Považuje klienta za jedinečnou lidskou bytost. (Dostupné z: <http://www.psychoterapie.psychoweb.cz/psychoterapie/humanisticka-psychoterapie>)

4.3 Expresivní terapie

Expresivní terapie využívá specifické expresivní projevy realizované během umělecké tvorby k dosažení terapeutických cílů. Řadíme zde například muzikoterapii, arteterapii, biblioterapii a další. (Valenta a kol., 2007)

První z nich zmíněná muzikoterapie se dělí na receptivní a aktivní. Receptivní používá poslech hudby, která může a nemusí být v souladu s pocity klienta. Emoce vyvolané hudbou se mohou vystihnout například kresbou. Druhá aktivní používá zpěv, hry na nástroje, například Orffovo instrumentarium, kterými lze vyjádřit momentální stav a pocity, dále práce s hlasem. (Nešpor, Csémy, 1996) Tato terapie, využívající tvořivost v praxi, sahá od poslouchání hudby až po hraní na hudební nástroje. (Benson, Loon, 2005)

Arteterapie se využívá velice často, protože mladí klienti rádi kreslí. Cílem terapie je dát prostor k sebepoznání, projevu emocí a vnitřního rozvoje, kdy nejde o vytvoření uměleckého díla. (Nešpor, Csémy, 1996) Používaná témata jsou například: poklad v mém nitru, mé lepší já, můj erb. (Nešpor, Müllerová, 1999) Pomocí těchto metod je schopen terapeut najít ve skupině nevyzrálé osobnosti, osobnostní rysy klientů, depresivní obrany, které mohou být součástí příčiny závislosti. (Nevšímal, 2007) Z uvedené literatury vyplývá, že arteterapie je jednou z nejčastěji využívaných terapií v rámci expresivních terapií.

Další z expresivních terapií je biblioterapie, která pomáhá druhým uvědomovat si momentální stav, emoce a naučit se komunikovat. Například zadáním klientům, aby sestavili báseň, se nashromáždí říkadla, citově hluboké verše, rýmováčky a jiné. Poté si mezi sebou řeknou, jaké pocity to v nich vyvolalo. (Nešpor, Csémy, 1996) Zde projevují předpoklady především dívky. (Nešpor, Müllerová, 1999)

Efektivní je určitě i dramaterapie. Terapie za pomoci dramatických a divadelních prvků k dosažení úlevy, zmírnění důsledků problémů a k dospění sociálního růstu. (Valenta a kol., 2007) Jako poslední zmíníme pohybovou a taneční terapii, kde pohyb je prostředkem změny. Přesněji jde o interakci mysli a těla. Pohyb a tanec je komunikačním kanálem, kdy cílem je nacházení nových způsobů cítění a objevování emocí. (Dostupné z: http://www.tanter.cz/?page_id=2)

Z uvedeného vyplývá, že autoři považují výše zmíněné expresivní terapie při léčbě závislosti za velice účinné.

4.4 Podpůrné terapeutické aktivity

Do podpůrných terapeutických aktivit řadíme například biofeedback. Tato biologicky zpětná vazba podává klientům informace o jejich klidovém nastavení, nastavení ve stresu a také, jak se po této situaci umí uvolnit. Tímto se člověk naučí zacházet s vlastním tělem. Spočívá to ve svalové relaxaci, dýchání a celkovém uvolnění. (Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/biofeedback>) Dále i ergoterapii neboli pracovní terapii. Ta pomáhá lidem změnit jejich emoce, myšlení a chování pozitivním směrem za pomoci manipulace s různými předměty.

4.5 Zooterapie

Zooterapie je terapie, která využívá jako terapeutických prostředek zvíře. Jednou z nich je canisterapie. Vychází z toho, že pes je partnerem člověka, který mu pomáhá i ve chvílích osamění a nemoci. Pes je vlastně podnětem kladných sociálních a psychických změn. Známa je i hipoterapie. Ta je součástí hiporehabilitace, která spočívá v práci s koněm a ježdění na něm. (Valenta a kol., 2007)

4.6 Farmakoterapie

„Zneužívané drogy jsou látky, které mění některé tělesné funkce tím, že působí jak na centrální nervový systém, tak i na periferní orgány.“ (Bruno, 1996, s. 49) Drogy jsou z medicínského pohledu aktivní substance a lék je látka schopna ovlivňovat biologické a chemické změny v těle. Určité psychoaktivní látky mají terapeutický účinek, kdy ale větší část z nich nemá léčebné schopnosti, jde pouze o schopnosti symptomatologické (úleva). (Bruno, 1996) Při léčbě otrav se užívá naloxon (otrava opioidy), který hned spustí odvykací stav. Pro dlouhodobou léčbu je dobrý naltrexon, jehož účinky jsou podstatně delší. U léčby

toxických psychóz se užívají antipsychotika, pokud duševní poruchy přetrvávají min. 48 hodin po intoxikaci. Další možností je substituční léčba, jejímž smyslem je nahradit návykovou látku často dlouhodobým užíváním látky stejné skupiny (buprenorfin, metadon). Efektivní, když se u klienta projevuje fyzická (somatická) závislost a abstinence není momentálně možná. (Nešpor, 2007) Například Volpicelli (In Kalina, 2003) uvádí, že farmakoterapie je nejefektivnější spolu s psychoterapií, která má oproti farmakoterapii užší rozsah využití. (Kalina, 2003)

4.7 Rodinná terapie

Kaufman (In Nešpor, Csémy, 1996) uvádí, že v rámci léčebného programu, je rodinná terapie velmi důležitou součástí, kdy je její účinnost doložena doklady z různých experimentů. Je vhodné ji kombinovat s metodami jako například krátkodobou hospitalizací, která pracuje se systémovou, kognitivně behaviorální a strategickou rodinnou terapií. V knize Nešpora a Csémy (1996) je uvedeno, že při rodinné terapii se setkáváme s problematikou vztahu rodiče a jejich dítěte, dále vztahu mezi partnery a také s problematikou dětí pocházejících z rodin, kde dochází k užívání drog.

4.7.1 Práce s rodiči, jejichž dítě je uživatelem návykové látky

Rady pro rodiče

Goodyer (2001) tvrdí, že rodiče můžou své dítě otestovat na výskyt drog v těle, ale pořád tím nebudou snižovat riziko užívání drog. Měli by se hlavně soustředit na vytváření opatření, které dítě připraví na rizikové situace, kterým můžou být vystaveni. První z opatření jsou vztahy, kde jsou respektovány názory dětí, diskutování o tvoření pravidel a vytváření prostoru k vyjádření potřeb dětí. To vše napomáhá k tomu, že je dítě méně ovlivnitelné kolektivem, protože se vytváří pevnější vztah mezi nimi a rodiči. Dále by se měli snažit pochopit, proč jejich děti užívají návykové látky. V případě, že rodiče jsou také uživateli, tak přehodnotit vlastní postoj. Literatury s radami jak podpořit dítě je mnoho. Jedny z mnoha dalších uvádí Illes (2002) a těmi jsou například snaha o získání důvěry dítěte, vyhledávat informace o drogách pro rozpoznání problému, vyplnění volného času a tím zamezit nuditě, prosazovat zdravá pravidla v rodině a životní styl, být pro dítě příklad, že i bez drog to jde. Dále je důležité pomoci dítěti čelit sociálnímu tlaku a to třeba i za pomoci dalších dospělých.

Z informací uvedených výše vyplývá, že je pro dítě důležité zdravé rodinné prostředí, které napomáhá prosazovat v kolektivu svůj vlastní názor, což je říci NE na nabídku užití

drog. V mnoha knihách se objevuje doporučení, které je uvedeno například v knize od Nešpora (2001) a tím je posilování sebevědomí. Dítě si tak váží svého zdraví a samo sebe, je schopno snadněji říci drogám NE a díky tomu dosahuje svých vytyčených cílů. Zvýšení sebevědomí docílíme například pochvalou i za menší pokroky či v situacích, kdy se opravdu snažilo, ale výsledek nebyl úspěšný. Stanovovat dítěti cíle, které jsou reálné a může jich dosáhnout, dávat najevo svou lásku a starost o něj.

Komunikace rodičů s dítětem

Goodyer (2001) ve své knize uvádí, že komunikace je ve vztahu rodiče s dítětem důležitá. Rozhodující je také to, co komunikace obnáší. Ke zlozvykům, kterých se rodiče často dopouštějí, patří sekýrování, křik, opakování neustále stejných argumentů, zesměšňování dítěte, které má už tak malé sebevědomí. Dále vševědoucnost rodiče a předstírání, že zná odpovědi na všechny otázky, kritizování. Nutné je kontrolovat tón hlasu, naslouchat, přemýšlet o věcech, než je rodič řekne. V neposlední řadě být upřímní, mluvit v první osobě, klást otázky s otevřeným koncem, snažit se najít k rozhovoru vhodný okamžik, jasně projevit negativní názor k možnosti užívání drog, být pro dítě dobrým příkladem a neřídit se teorií „*dělej, co říkám - ne, co dělám*“. Během rozhovoru se snažit vytvořit pravidla, tak aby je byli všichni schopni dodržet a chápali je. (Illes, 2002, s. 10-11)

Pevná láska

Opora a láska s tvrdostí spěje k beznaději a prázdnotě, ale také opora a láska bez tvrdosti vede k vydírání a zneužívání. Proto je nutné, jak lásky (máme tě rádi), tak pevnosti (musíš ten problém vyřešit). Důležité je nebýt umožňovač, který umožňuje brání drog a tím podporuje závislost. (Nešpor, Müllerová, 1999)

„T: Co je pro vás na drogách nejhorší?

R: To, jak vám ničí rodinu a jak ničí vás samotné. Vždycky říkám, že drogy mě zavedly tam, kam jsem se nikdy nechtěla dostat, víte, mentálně, fyzicky a duchovně. Je to zabiják, i pro rodiny a lidi kolem, podle mě jsme na tom někdy hůř, než ti narkomani, protože máte pocit takové bezmoci, nemůžete vůbec nic dělat.

(Rodič: paní Cameronová)“

(Barnardová, 2011, s. 32-33)

Zdánlivá samostatnost (pseudoindividuace)

Dle terapeuta J. Haleyho, který popsal pseudoindividuaci dochází k tomu, že dospívající se závislostí na návykových látkách nerespektuje rodiče jako autoritu, ale zároveň si neví rady v některých životních situacích a není schopen se o sebe postarat. Jako důsledek toho se snižuje možnost osamostatnění a zvyšuje se závislost na jeho rodině. (Nešpor, 2007) V důsledku toho J. Haley navrhuje znovu začlenit dítě do rodiny za předem domluvených podmínek a pravidel určených rodiči. Ti by měli počítat s tím, že ze začátku budou muset s dítětem trávit více času. To spočívá v tom, že je nutné vědět, co dítě dělá, kde je, vymyslet mu denní program a napomáhat mu k novému životnímu stylu. (Nešpor, Müllerová, 1999)

4.7.2 Práce s dětmi z rodin, kde se vyskytuje závislost na návykových látkách

Reakce dětí

Existují čtyři druhy reakcí dětí na závislostní chování rodičů.

1) Rodinný hrdina - Takové dítě na sebe přenáší všechny problémy a nároky za problémové rodiče. V pozdějším věku může trpět nízkým sebevědomím a také méněcenností. Důležité je motivovat ho k činnostem odpovídající jeho věku a nepřenášet na něj záležitosti dospělých.

2) Ztracené dítě - Dítě má problém s komunikací, je uzavřené a často uniká do svého vnitřního světa. Je třeba, aby takové dítě pocítilo pozornost, vřelost a ocenění vnějším světem. (Nešpor, 2007)

3) Obětní beránek - Takovéto dítě se snaží odvézt pozornost od problémů způsobených rodiči, tím že sám vytváří problémy. Při léčbě je vhodné odměňovat chování, které je pozitivní, aby se dítě zbavilo nutkání vytvářet problémy.

4) Klauf - Snaží se odvézt pozornost od závislosti rodičů tím, že šaškuje. Během léčby by se toto chování nemělo odměňovat, ale spíše ho motivovat k hledání způsobu posílení sebevědomí. (Nešpor, Csémy, 1996)

Důsledky užívání návykové látky ve vztahu rodiče s dítětem

Heller a Pecinovská (1996) uvádí, že většinou si jako oběti závislosti rodičů představujeme děti, kdy vyšší riziko je v případě závislosti matky a nižší u otce. Závislost jedné osoby v rodině se postupně dotýká i ostatních členů, protože toto soužití přináší negativní jevy. Tyto jevy ovlivňují interakci, blokují řešení a překonávání problémů s čímž souvisí i to, že následně mizí kontrola negativních jevů v rodině. U dětí, které pochází z rodiny, kde se vyskytuje závislost, se projevují různé duševní poruchy ovlivňující adaptaci

v třídním kolektivu. Barnardová (2011) doplňuje, že se dítě i hůř identifikuje. V případě matek, které užívají kokain, se projevuje závislost nezájmem a minimální vnímavostí k dětem. Další z důsledků může být problém s navazováním vztahů a to z důvodu, že se dítě narodilo se závislostí na návykových látkách a následně muselo překonat odvykací stav.

„Poznala jsem to podle toho, jak vždycky prostě vytuhla, seděla na gauči a pak vytuhla a nedala se vzbudit, a oči měla tak divně... a jak mluvila. Jak zněla a vůbec. A vůbec jak se chovala. Byla najednou divná, nefungovala, nebyla jako dřív. Byla jiná...”

(Dítě rodiče užívající drogy: Jenny, 15 let)“

(Barnardová, 2011, s. 98-99)

4.7.3 Práce s partnerem či partnerkou klienta se závislostí

Jednostranná (unilaterální) terapie je terapie s klientem, jehož partner je závislý na návykových látkách a nechce podstoupit léčbu. Cíl terapie spočívá v ukončení užívání drog uživatelem, ale i ve zvýšení kvality života partnera či partnerky a dalších členů rodiny. Jednou z možností je postup, který se nazývá „přesilovna“, kdy se terapeut domluví s partnerem či partnerkou a dalšími členy rodiny. Tak vznikne skupina lidí, která uživateli připomene problémy, nepříjemnosti, které způsobil svou závislostí. Následně mu navrhnou léčbu a řeknou, co udělají, jestli odmítne. (Nešpor, Csémy, 1996)

Pro zachycení celkového stavu rodinného či manželského systému je nutná psychologická diagnostika a analýza vzájemného chování a dorozumívání. V první fázi této terapie, je nutno pracovat s každým partnerem zvlášť, s cílem dosažení soběstačnosti a vlastní identity. Ve druhé fázi lze použít nácviky, podmiňování komunikace, aplikování očekávaného chování, řízenou krátkodobou separaci. V poslední třetí fázi jde o upevnění dosažených změn, motivaci k hledání seberealizačních aktivit. (Řehan, 1994)

Z uvedené literatury vyplývá, že rodinná terapie je účinná metoda při léčbě závislosti, kdy je ale nutno dodržovat určité zásady. Zvlášť pro rodinné příslušníky musí být těžké dodržovat zásady při jednání s osobou se závislostí na drogách a to hlavně v případech, kdy se jedná o jejich děti či partnery.

4.8 Terapeutická komunita

Terapeutické komunity vznikly díky ideji Charlese Dedericha, který založil v roce 1958 středisko pro chronické alkoholiky na svépomocném charakteru s názvem Synanon. (Bruno,

1996) Goffman (In Kooyman, 2004) dále tvrdí, že ostatní komunity měly základ na svých zkušenostech a snažily se motivovat klienty, aby se aktivně zapojili do terapie. V roce 1994 u nás vznikla první komunita Němčice pro závislé, kdy jako počáteční informace využívali zkušenosti ze zahraničí (Monar - Polsko, Day top - Německo). Dnes fungují například terapeutické komunity Němčice, Karlov, Bílá voda, Nová Ves a další. (Nevšímal, 2007)

4.8.1 Definice

Kol. autorů Velkého sociologického slovníku (In Kooyman, 2004) definuje komunitu jako společenství s určitým typem vnitřních vztahů mezi klienty, dále se specifickým vymezením širšího prostředí, kde se vytyčuje hodnotová a mentální spřízněnost. (Kooyman, 2004) Další z definic popisuje Kratochvíl, (In Kalina, 2008) kdy komunita je určitou formu intenzivní skupinové terapie, kterou sdílejí klienti různého pohlaví, věku, vzdělání a dále spolu také bydlí na dobu nutnou podle individuálních potřeb. Spolu se skupinovou terapií se využívá plánování programu volnočasových a pracovních činností. Řehan (1994) uvádí, že terapeutická komunita je způsob terapie a mimo jiné i způsob organizace zařízení, kdy právě organizace si žádá vyšší a novější nároky na therapy.

4.8.2 Cíle léčby

Uvádí se, že cílem léčby je snaha umožnit klientovi žít způsobem, který nezahrnuje užívání návykových látek a jiné problémové chování. Podpořit klienta ve vytváření zdravého životního stylu, změnit jeho vnímání sebe samého na pozitivní, motivovat ho k učení zvládání stresových situací a také vyhledávat vztahy s lidmi, kteří dokážou žít bez drog. (Kooyman, 2004) Další cíl je uveden souhrnným názvem „*být dobrým průvodcem*“, což znamená přispět k nalezení smyslu života, odpovědnosti, svobody, přispět k poznání svých možností a sebe sama. Dále přispět k svému vývoji, k nalezení místa v pozitivní společnosti, k optimistickému pohledu na život a jeho radostem. (Nevšímal, 2007, s. 35-36)

4.8.3 Fáze léčby

V knize o terapeutických komunitách Kooyman rozdělil fáze léčby do tří:

1. fáze - Tato fáze následuje hned po přijetí, za pomoci vybraného staršího člena komunity. Cílem je otevřený přístup k minulosti a beze strachu mluvit o svých pocitech.

2. fáze - V tomto období klienti přijímají nové normy, hodnoty a role komunity. Cílem je pochopit vztahy k ostatním i k sobě.

3. fáze - Je fáze přípravy na léčbu mimo komunitu s ohledem na práci, vzdělání, vztahy s rodinou a přáteli. Toto období je ukončeno odchodem a případným přechodem do zařízení charakteru doléčování. (Kooyman, 2004)

Fáze léčby jsou v některých případech rozděleny i na subfáze a čtyři fáze, kde je navíc fáze nultá. (Kalina, 2008)

4.8.4 Pravidla, režim, rituály

Pravidla

Soubor předem vymezených forem chování, jednání a způsobu komunikace, které určují činnosti a postupy ve všech skupinách, tedy i v komunitách. (Nevšímal, 2007) Jedná se o zákaz užívání drog, fyzické agrese, sexuálního kontaktu, vytváření partnerských vztahů a dále pravidlo podřízení se rozhodnutí komunity. (Dostupné z: <http://www.asociace.org/o.s.-sananim-terapeuticka-komunita-karlovy.html>)

Režim

Jelikož klient se závislostí na návykových látkách má problém s režimem a dodržování různých pravidel je nutné zavést určitý režim, který Kalina charakterizuje jako zavedený časový rozvrh s vyváženým programem. Důvodem je vystavovat klienta podnětům ovlivňující jeho složky osobnosti. (Kalina, 2008)

Rituály

Díky svému charakteru posvátna dávají situacím hlubší význam, poskytují pocit bezpečí, dále zbavují nejistoty a dalších negativních faktorů. (Nevšímal, 2007) Kalina (2008) uvádí rituály při přijímání, etapové, ukončovací rituály, rituály očištění a smíření.

4.9 Jóga

Jóga je prostředek, který se využívá při snaze o odstranění stresu a případného bažení, kdy její techniky takzvané ásany, posilují fyzické zdraví člověka a udržuje ho v kondici. (Mehta, 1996) Nešpor a Csémy (1996) dále uvádí, že je prospěšnou součástí preventivních postupů, protože snižuje depresi, úzkost a člověk se většinou dostává do víceméně bezpečné skupiny lidí. S tím také souvisí, že u lidí, kteří pravidelně cvičí jógu, dochází k snížení spotřeby návykových látek. (Nešpor, 2007)

Je nutné vědět, že jestli chce člověk provádět jógu správně, musí se zaměřit na zlepšování tří oblastí, kterými jsou dechové a tělesné cvičení, morálně etické hodnoty a mentální techniky. Bez nich by celkové cvičení ztratilo smysl. (Mihulová, Svoboda, 1995) Jóga a její různé relaxační techniky, jak dále uvádí Nešpor (2001), napomáhají k léčbě lidí s astmatem, po srdečním infarktu, s depresí a úzkostnými poruchami, se kterými může souviset závislost na návykových látkách. Společnou příčinou těchto nemocí či poruch je vystavování se stresu v nadměrné míře, kdy relaxace může být jednou z možností léčby. Aby byla léčba účinná, je nutné se zaměřit na svůj vlastní charakter, protože jeho kvalita má vliv na utváření mezilidských vztahů, pozitivního přístupu a pohledu na život. (Mihulová, Svoboda, 1995)

Blahušová (2007) tvrdí, že při účinné relaxaci má dojít k uvolnění svalů, kultivaci mysli, uvolnění psychiky, zvládání stresu, navození klidu, rychlejší regeneraci sil, protáhnutí svalů a uvědomění těla. (Zítka, Skopová, 1999) Měla by probíhat v klidném prostředí, nejlépe bez přítomnosti druhé osoby a v bdělém stavu cvičícího. (Buzková, 2006)

Pránajána neboli věda o dechu, je jedna z částí jógových technik, důležitá pro každodenní přísun energie a efektivní nakládání s ní. (Mihulová, Svoboda, 1995) Nešpor (2001) uvádí, že cvičení přináší zlepšení dýchání, uvolnění při výdechu, klid, aktivaci psychiky a svalů. (Nešpor, Müllerová, 1999) Další technikou je Antar Mouna. Jiným názvem cvičení vnitřního ticha, které spočívá ve snaze klienta nereagovat na vnitřní či vnější podněty. Pokud zareaguje, tak přechází ve snahu o odstup a pasivní pozorování. (Nešpor, 2007) Nešpor a Csémy (1996) tvrdí, že jde o behaviorální techniku, neboli surfing, kdy klient „klouže“ po povrchu svých myšlenek, bez toho aby se „namočil“.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Šetření

5.1 Cíle šetření

Cílem práce je srovnání metod a postupů v psychiatrických léčebnách, na odděleních pro léčbu závislostí (na nealkoholových drogách). Jedná se o zhodnocení spolupráce rodiny při léčbě, dále zhodnocení nejvíce uplatňovaných expresivních terapií a jejich obliba mezi klienty, postupů při motivaci klienta, předcházející a následné léčby a různých podpůrných terapeutických aktivit.

5.2 Otázky šetření

1. Je rodinná terapie v rámci léčby závislostí na nealkoholových drogách velmi často užívanou terapií v psychiatrických léčebnách?
2. Je arteterapie nejoblíbenější expresivní terapií v rámci léčby závislosti na nealkoholových drogách?

5.3 Metodologie šetření

Při šetření jsme použili metodu analýzy získaných dat pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je tvořen otevřenými, ale i uzavřenými otázkami. Mezi výhody této metody patří rychlejší administrativa a vyhodnocení, sběr více informací za kratší časový úsek, jednoduchost vyplnění, možnost vyplnění dotazníku pracovníkem psychiatrické léčebny v době, kdy mu to vyhovuje a také je to jedna z nejlevnějších metod. (Dostupné z: <http://kisk.phil.muni.cz/wiki/Dotazn%C3%ADk>) Jelikož nejde o sběr informací z jedné psychiatrické léčebny, ale z více, jde o šetření kvantitativní. Proto dotazník tvoří otázky širšího zaměření, aby bylo pokryto co nejvíce oblastí léčby závislosti. Výsledky jsou zobrazeny pomocí grafů a tabulek.

Pracovníky psychiatrických léčeben jsme kontaktovali telefonem a e-mailem. Problém, se kterým jsme se často setkávali, byl nedostatek času pracovníků, neochota vyplnit dotazník, nereagování na výzvu anebo oddělení tvořili převážně klienti se závislostí na alkoholu. Z toho důvodu jsme museli určité psychiatrické léčebny z šetření vyřadit. V e-mailu nebo při telefonickém kontaktu byla pracovníkům nabídnuta možnost vyplnění dotazníku

osobně anebo zaslání přes e-mail. Kromě psychiatrické léčebny v Opavě zvolili všichni pracovníci možnost e-mailu, protože nevěděli, jestli na vyplnění budou mít čas nebo budou moci poskytnout informace dále uvedené ve výsledcích šetření.

5.4 Vzorek šetření

Vycházeli jsme z psychiatrických léčeben na území České republiky: Opava, Šternberk, Bohnice, Havlíčkův Brod, Kosmonosy, Jihlava, Kroměříž, Horní Beřkovice, Petrohrad, Bílá Voda, Červený Dvůr, Nechanice, Lnáře. Nejsou zde vyjmenované všechny, protože ostatní neposkytují léčbu závislostí na nealkoholových drogách. Z těchto třinácti psychiatrických léčeben nereagovalo na žádost o vyplnění dotazníku pět: Šternberk, Bohnice, Horní Beřkovice, Nechanice, Lnáře. Procento léčeben, které se do šetření zapojilo, je tedy 61,53 % z výše vyjmenovaných.

Jako vzorek šetření jsme zvolili:

- psychiatrickou léčebnu v Opavě
- psychiatrickou léčebnu Kosmonosy
- psychiatrickou léčebnu Jihlava
- psychiatrickou léčebnu Havlíčkův Brod
- psychiatrickou léčebnu Bílá Voda
- psychiatrickou léčebnu v Kroměříži
- psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr
- psychiatrickou léčebnu Petrohrad

Dotazován byl vždy jeden pracovník ze zařízení a to na pozici terapeuta, psychologa, vrchní sestry úseku nebo doktora. Výběr byl určen podle možnosti kontaktu či doporučení pracovníků psychiatrické léčebny. Vzor dotazníku je k nahlédnutí v příloze.

5.5 Výsledky šetření

1. otázka - Léčbu závislostí u Vás podstupují převážně?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Pracovníci tvrdí, že léčbu zde podstupují převážně muži.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Zde byli uvedeni muži i ženy.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci této léčebny označili muže i ženy.

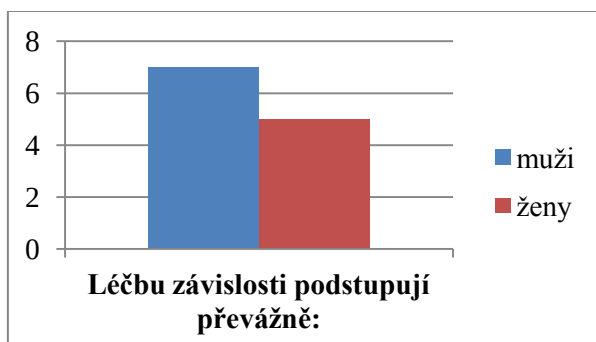
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod podstupují léčbu převážně muži.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Zde byli uvedeni muži i ženy.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - U této léčebny byli opět uvedeni muži i ženy.

Psychiatrická léčebna Červený dvůr - Pracovníci označili převážně ženy.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Zde podstupují léčbu převážně muži.



Graf č. 1 - Léčbu závislosti podstupují převážně

Z výše uvedeného grafu číslo č. 1 vyplývá, že velkou část osob, které podstupují léčbu závislosti v psychiatrických léčebnách, tvoří převážně muži. Toto tvrzení se týká léčeben v Opavě, Havlíčkově Brodě, Petrohradě. U léčeben, kde pracovník uvedl muže i ženy společně, jsme zařadili každého zvlášť z důvodu jasnějšího zobrazení.

2. otázka - Realizujete u Vás při léčbě závislosti rodinnou terapii?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě se využívá rodinná terapie.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - V psychiatrické léčebně Kosmonosy se nevyužívá rodinná terapie.

Psychiatrická léčebna Jihlava - V této psychiatrické léčebně se rodinná terapie využívá, i když jen příležitostně.

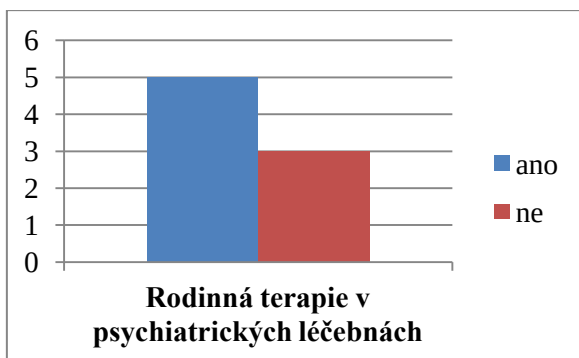
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V psychiatrické léčebně Havlíčkova Brodu se využívá rodinná terapie. Například formou týdenního pobytu rodinného příslušníka.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Pracovníci označili, že se rodinná terapie využívá.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - V psychiatrické léčebně Kroměříž se nevyužívá rodinná terapie. Komunikace s rodinnými příslušníky probíhá formou jednorázového kontaktu. Sám pracovník, který dotazník vyplnil, napsal, že spolupráce s rodinou je celkově nízká.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V psychiatrické léčebně Červený Dvůr se využívá rodinná terapie.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - V této psychiatrické léčebně se nevyužívá rodinná terapie.



Graf č. 2 - Rodinná terapie v psychiatrických léčebnách

Z výše uvedeného grafu č. 2 vyplývá, že rodinná terapie se z větší části využívá, i když třeba jen příležitostně, jako v případě psychiatrické léčebny Jihlava. Z poznámek v dotazníku doplněných pracovníky léčených jde o formu například týdenních pobytů některého z členů rodiny. Léčebny, které rodinnou terapii nevyužívají, se nacházejí v městě Kosmonosy, Kroměříž a v Petrohradě.

3. otázka - Pokud ano, do jaké míry rodiny spolupracují?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě se rodinná terapie využívá v míře nad 20 % do 50 % z celkových 100 %.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - V psychiatrické léčebně Kosmonosy se rodinná terapie nevyužívá, takže míru využití nelze určit.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Zde se rodinná terapie využívá v míře nad 70 % z celkových 100 %.

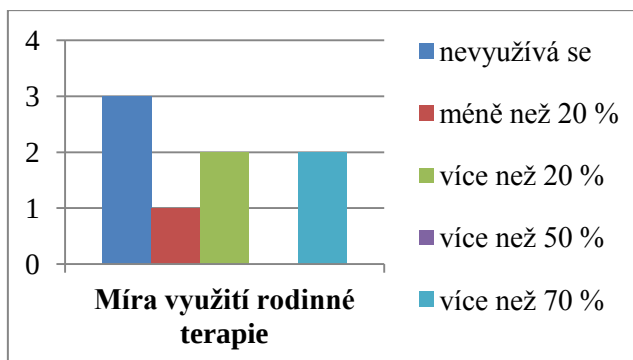
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Pracovníci označili, že se rodinná terapie využívá v míře nad 20 % do 50 % z celkových 100 %.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Rodinná terapie se využívá v míře méně než 20 % z celkových 100 %.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - V psychiatrické léčebně v Kroměříži se rodinná terapie nevyužívá, takže míru využití nelze určit.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V této psychiatrické léčebně se rodinná terapie využívá v míře více než 70 % z celkových 100 %.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - V psychiatrické léčebně Petrohrad se rodinná terapie nevyužívá, takže míru využití nelze určit.



Graf č. 3 - Míra využití rodinné terapie

Z výše zobrazeného grafu č. 3 lze vyčíst, že rodina se zapojuje a to hlavně v míře 20 % až 50 % a více než 70 %. Do prvního rozmezí patří psychiatrická léčebna v Opavě a Havlíčkově Brodě. Druhé rozmezí zahrnují psychiatrické léčebny v Jihlavě, Červeném Dvoře. Méně než 20 % označila léčebna Bílá Voda. Oproti tomu rozmezí nad 50 % neoznačila ani jedna z psychiatrických léčen. V psychiatrických léčebnách Kosmonosy, Kroměříž a Petrohrad se rodinná terapie nevyužívá.

4. otázka - Jaký způsobem při léčbě závislostí provádíte posilování motivace u klientů?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Posilování motivace se provádí formou tematických (přednášky) skupin, expresivně terapeutických a neverbálních technik, rozhovoru. Pracovníci navíc uvedli psychoterapeutické skupiny.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci označili tematické (přednášky) skupiny, expresivně terapeutické a neverbální techniky, rozhovor. Navíc uvedli společenské hry, nácvik paměti, arteterapii, muzikoterapii, sportovní hry, pracovní terapii (ergoterapie).

Psychiatrická léčebna Jihlava - Zde provádí posilování motivace formou tematických (přednášky) skupin, expresivně terapeutických a neverbálních technik, rozhovoru. Pracovnice navíc uvedla setkání komunity, vizitu s komunitou, terénní terapii.

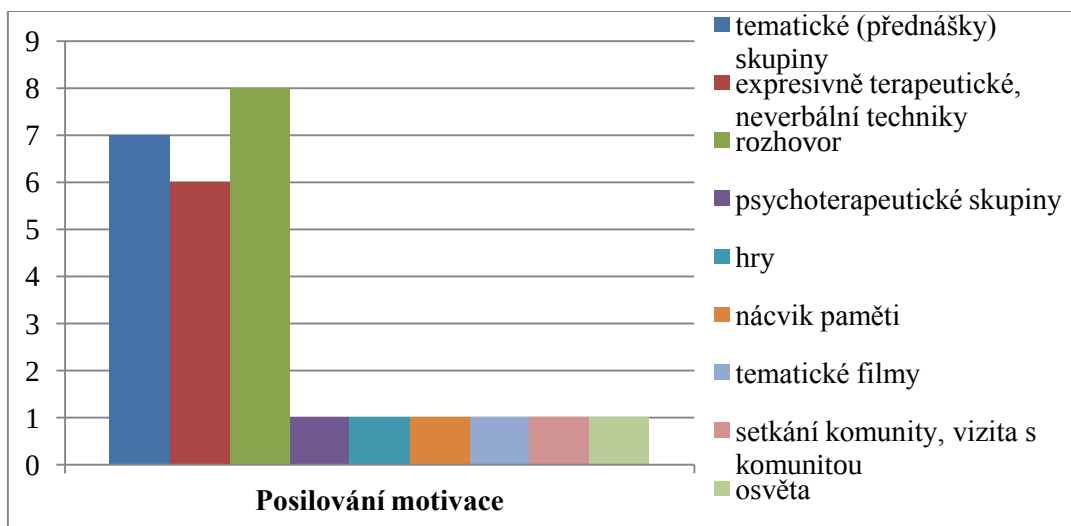
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Posilování motivace se provádí formou tematických (přednášky) skupin, expresivně terapeutických, neverbálních technik, rozhovoru.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V této psychiatrické léčebně provádí posilování motivace formou tematických (přednášky) skupin a rozhovoru.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Zde aplikují tematické (přednášky) skupiny, expresivně terapeutické a neverbální techniky a rozhovor. Pracovníci navíc uvedli, že léčba je založena na režimu (dodržování stanovených pravidel, plnění úkolů a povinností, sebemonitorování, sebeřízení), skupinové a individuální terapii, osvětách, tematických filmech, činnostní terapii.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Pracovníci zaškrtnuli tematické (přednášky) skupiny, expresivně terapeutické a neverbální techniky, rozhovor.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Zde provádí posilování motivace formou rozhovoru.



Graf č. 4 - Posilování motivace

Z výše uvedeného grafu č. 4 vyplývá, že posilování motivace se nejčastěji provádí rozhovorem, který využívají všechny výše popsány psychiatrické léčebny. Dále dosti užívanou formou jsou tematické (přednášky) skupiny, které nebyly označeny jen u psychiatrické léčebny Petrohrad. Poté následují expresivně terapeutické, neverbální techniky. Pracovníci léčen vypsali v rámci expresivních terapií například arteterapii a muzikoterapii. Další techniky byly uvedeny PST skupiny, různé hry (sportovní, společenské), činnosti na nácvik paměti, tematické filmy, osvěta, setkání komunity a vizita s komunitou.

5. otázka - Pokud používáte expresivní terapii v léčbě závislostí, považujete ji za efektivní?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě považují expresivní terapie za efektivní (ano).

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Zde považují expresivní terapie za efektivní z větší části.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci uvedli, že považují expresivní terapie za efektivní (ano).

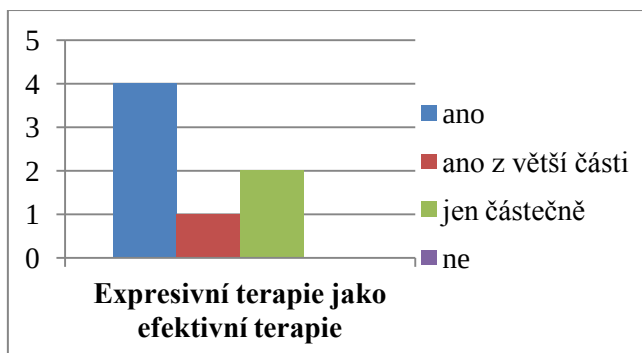
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod označili expresivní terapie za efektivní (ano).

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V této psychiatrické léčebně se expresivní terapie při léčbě nevyužívá, takže míru efektivity nelze určit.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Pracovníci považují expresivní terapie za efektivní (ano).

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V psychiatrické léčebně Červený Dvůr považují expresivní terapie jen za částečně efektivní.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Zde považují expresivní terapie jen za částečně efektivní.



Graf č. 5 - *Expresivní terapie jako efektivní terapie*

Z výše zobrazeného grafu č. 5 vyplývá, že když už se expresivní terapie využívají, jsou považovány za velice efektivní. Pokud jde o odpověď ano, tu označili pracovníci psychiatrické léčebny v Opavě, Jihlavě, Havlíčkově Brodě a v Kroměříži. Odpověď jen částečně označili pracovníci psychiatrické léčebny Červený Dvůr, Petrohrad. Ano z větší části označila jen psychiatrická léčebna Kosmonosy.

6. otázka - Jaké terapeutické směry se u Vás užívají nejčastěji?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě se nepreferuje jeden směr z důvodu eklektického přístupu.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Zde pracovníci neoznačili ani jeden terapeutický směr, proto nelze určit

Psychiatrická léčebna Jihlava - V psychiatrické léčebně Jihlava se nejčastěji využívá humanistický přístup a gestalt terapie.

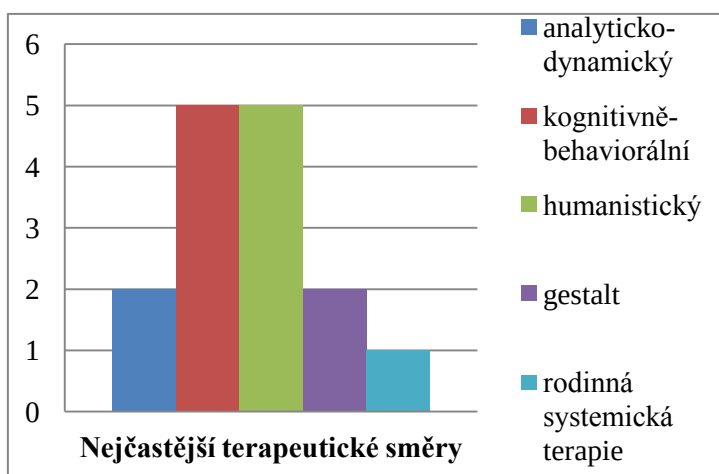
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Pracovníci označili kognitivně-behaviorální terapii, gestalt terapii a rodinnou systemickou terapii.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V psychiatrické léčebně Bílá Voda se využívá analyticko-dynamický, kognitivně-behaviorální a humanistický přístup.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - V této psychiatrické léčebně využívají kognitivně-behaviorální terapii, u kterého pracovníci poznamenali, že je na něm založena režimová léčba. Dále uvedli přístup humanistický.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V psychiatrické léčebně Červený Dvůr se využívá analyticko-dynamický, kognitivně-behaviorální a humanistický přístup.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Pracovníci označili kognitivně-behaviorální a humanistický směr.



Graf č. 6 - *Terapeutické směry*

Z uvedeného grafu č. 6 vyplývá, že nejčastěji se využívá směr humanistický a kognitivně-behaviorální. Humanistický směr používá psychiatrická léčebna Bílá Voda, Jihlava, Červený Dvůr, Petrohrad, Kroměříž. Kognitivně-behaviorální směr používá psychiatrická léčebna Bílá Voda, Havlíčkův Brod, Červený Dvůr, Petrohrad a Kroměříž. Analyticko-dynamický směr byl označen léčebnami Bílá Voda a Červený Dvůr. Gestalt terapii využívá Jihlava, Havlíčkův Brod. Navíc byla uvedena jenom rodinná systemická terapie a to psychiatrickou léčebnou Havlíčkův Brod. V Opavě vychází z eklektického přístupu. Ten nemá dán určitý směr, proto využívá směry či metody, které jsou v daný okamžik ty nejvhodnější a nejefektivnější.

7. otázka - Program klienta se skládá (uved'te i počet hodin týdně):

Psychiatrická léčebna v Opavě - Program se skládá ze skupinové terapie a to deset hodin týdně, besed, přednášek a volnočasových aktivit klientů.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Program je složen ze skupinové terapie a to šest hodin týdně.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Program se skládá z individuální terapie na žádost klienta, skupinové terapie a to tři až sedm hodin týdně. Součástí je i setkávání komunity.

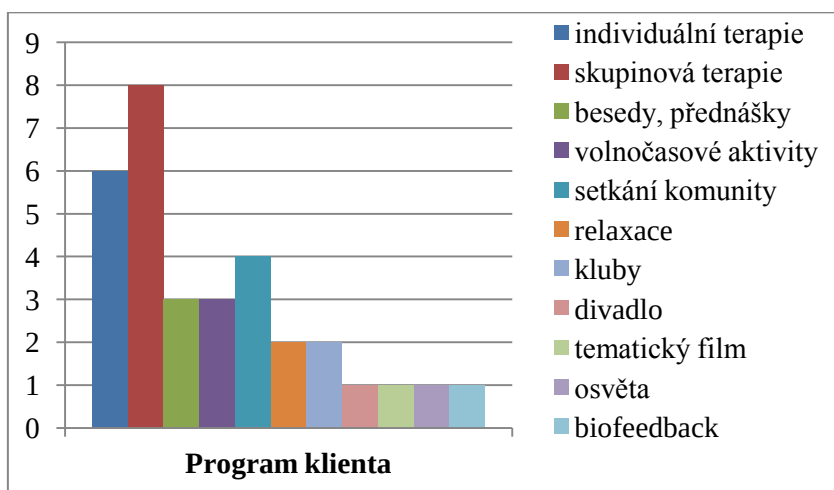
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Využívají individuální terapii po domluvě s terapeutem jednu hodinu týdně či dle aktuální potřeby. Dále skupinové terapie čtyřikrát týdně hodinu a půl, komunitní psychoterapie, dvakrát denně komunita, každý den relaxace, přednášky a besedy, diskusní klub, divadlo, asertivita, hagioterapie, expresivní terapie a biofeedback.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Pracovníci označili individuální terapii, skupinovou terapii. Dále uvádí, že počet hodin nelze přesně uvést, protože se to odvíjí od zájmu klienta a možností léčebny.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Program se skládá z individuální terapie na vyžádání klienta a možnosti pracovníků. Dále ze skupinové terapie třikrát týdně, přibližně dvakrát týdně malé skupinky se sestrou. Každý den ranní komunitu a činnostní terapii, třikrát týdně biblioterapii, jednou týdně tematický film, dvakrát týdně přednáška na téma zvolené klienty, jednou týdně osvěta, dvakrát týdně relaxace, dvakrát týdně vycházka do města.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Individuální terapie jednu hodinu týdně, skupinové terapie čtyři hodiny týdně. Dále uvedli psychoanalytickou interpretační arteterapii čtyři hodiny týdně, setkání komunity devět hodin týdně, terapeutické kluby, sportovní a volnočasové aktivity osm hodin týdně.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Vychází se z individuální, skupinové terapie po dvou hodinách týdně.



Graf č. 7 - Program klienta

Z výše umístěného grafu č. 7 vyplývá, že nejčastěji je využívaná skupinová terapie a to ve všech zmíněných psychiatrických léčebnách. Zařadili jsme do této skupiny například i skupiny se sestrou, asertivitu, expresivní terapie a hagioterapii. Individuální terapie je také velice užívanou, i když třeba jen příležitostně, dle potřeby klienta. Léčebny, kde se individuální terapie nepraktikuje, je v Opavě a v Kosmonosích. Další činností je setkání komunity, které bývá většinou ráno a v případě potřeby i odpoledne. V neposlední řadě organizace besed, přednášek, volnočasových aktivit, které jsou podle výsledků oblíbené a často navštěvované. Následuje relaxace, kluby, divadla, tematické filmy, osvěta, biofeedback.

8. otázka - Jaké procento klientů u Vás podstupuje léčbu za pomoci medikamentů?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Zde ji podstupuje 11 % - 30 % klientů.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci označili 91 % - 100 %.

Psychiatrická léčebna Jihlava - V této léčebně ji podstupuje 51 % - 70 % klientů.

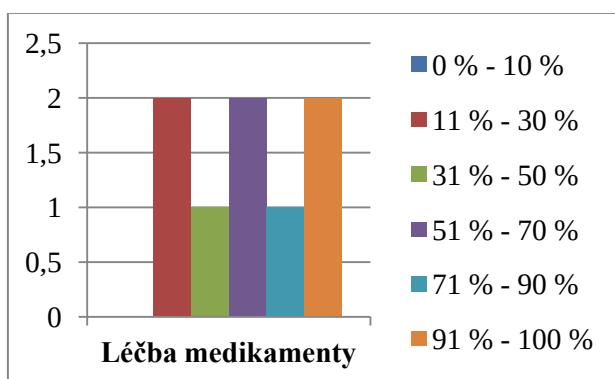
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Pracovníci uvedli 51 %- 70 %.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Zde ji podstupuje 11 % - 30 % klientů.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Využívá ji 91 % - 100 % klientů. Pracovníci navíc poznamenali, že nejčastěji se u nich léčí pacienti na pervitinu.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Tato léčebně uvedla 31 % - 50 % klientů.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Zde ji využívá 71 % - 90 %.



Graf č. 8 - Léčba medikamenty

Z výše uvedeného grafu č. 8 vyplývá, že nejvyšší procento klientů užívajících medikamenty, spadá pod léčebny v Kroměříži a v Kosmonosích. Druhé nejvyšší procento, 71 % - 90 %, označili pracovníci léčebny Petrohrad. Rozmezí 51 % - 70 % označily léčebny

Jihlava, Havlíčkův Brod. Pod rozmezí 31 % - 50 % spadá léčebna Červený Dvůr, pod 11 % - 30 % Opava, Bílá Voda.

9. otázka - Jaké procento klientů u Vás absolvovalo léčbu závislostí v psychiatrické léčebně vícekrát?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě absolvovalo 31 % - 50 % klientů léčbu vícekrát.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - V této léčebně absolvovalo 11 % - 30 % klientů léčbu vícekrát.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Zde absolvovalo 31 % - 50 % klientů léčbu vícekrát.

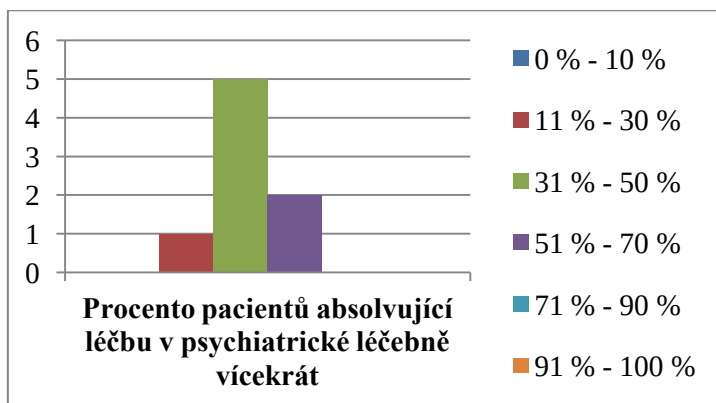
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Pracovníci označili 31 % - 50 %.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V psychiatrické léčebně Bílá Voda absolvovalo 31 % - 50 % klientů léčbu vícekrát.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Pracovníci uvedli 31 % - 50 %.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V této léčebně absolvovalo 51 % - 70 % klientů léčbu vícekrát.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - V psychiatrické léčebně Petrohrad absolvovalo 51 % - 70 % klientů léčbu vícekrát.



Graf č. 9 - Léčba absolvovaná vícekrát

Z výše zobrazeného grafu č. 9 lze vyčíst, že převážně 31 % - 50 % klientů absolvuje léčbu vícekrát. Jedná se o léčebny v Opavě, Jihlavě, Havlíčkově Brodě, Bílé Vodě a Kroměříži. Rozmezí 51 % - 70 % označili pracovníci léčeben v Červeném Dvoře a Petrohradě. Jen léčebna Kosmonosy označila 11 % - 30 %.

10. otázka - Docházeli u Vás klienti před léčbou závislostí do léčby ambulantní?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Před nástupem do psychiatrické léčebny v Opavě klienti spíše nedocházeli na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci uvedli, že klienti spíše nedocházeli na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Zde přibližně polovina klientů docházela na léčbu ambulantní.

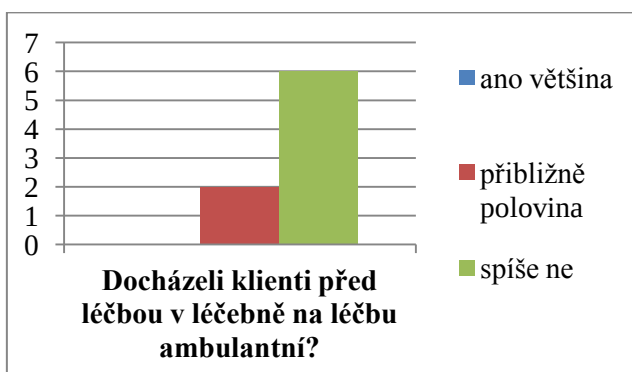
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V této léčebně přibližně polovina klientů docházela na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Před nástupem do psychiatrické léčebny Bílá Voda klienti spíše nedocházeli na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Tady klienti spíše nedocházeli na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Pracovníci uvedli, že klienti spíše nedocházeli na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Zde klienti spíše nedocházeli na léčbu ambulantní.



Graf č. 10 - Předchozí ambulantní léčba

Podle výše zobrazeného grafu č. 10 většina klientů spíše nedocházela na léčbu ambulantní. Toto tvrzení se vztahuje na psychiatrické léčebny v Opavě, Kosmonosích, Bílé Vodě, Kroměříži, Červeném Dvoře a v Petrohradě. Druhou možnost „přibližně polovina“ zahrnuje léčebny v Kosmonosích, Jihlavě.

11. otázka - Pokračují klienti po léčbě v psychiatrické léčebně v léčbě ambulantní?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Po odchodu z léčebny klienti spíše nenavážou na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Přibližně polovina klientů naváže na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci uvedli, že přibližně polovina klientů naváže na léčbu ambulantní.

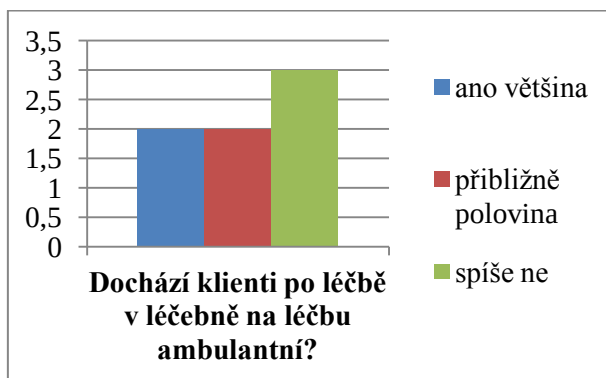
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V této léčebně většina klientů naváže na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - U psychiatrické léčebny Bílá Voda nelze určit, protože to pracovníci neví a dodávají, že většina klientů odchází do doléčovacích center.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Po odchodu z léčebny klienti spíše nenavážou na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Zde většina klientů naváže na léčbu ambulantní.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Pracovníci uvedli, že spíše nenavážou na léčbu ambulantní.



Graf č. 11 - *Návazná ambulantní léčba*

Z výše uvedeného grafu č. 11 vyplynulo, že většina klientů spíše nenavázala na léčbu ambulantní nebo, když už navázala, tak se to týká přibližně poloviny klientů. Spíše ne uvedly psychiatrické léčebny v Opavě, Kroměříži, Petrohradě. Odpověď „přibližně polovina“ označili pracovníci léčeben v Kosmonosích, Jihlavě. Odpověď „ano většina“ označily léčebny v Havlíčkově Brodě, Červeném Dvoře.

12. otázka - Podstupují klienti po léčbě v psychiatrické léčebně léčbu v terapeutických komunitách?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Po odchodu z léčebny nastupuje do terapeutických komunit přibližně třetina klientů.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Zde většina klientů spíše nenastupuje do terapeutických komunit.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Přibližně polovina klientů nastupuje do terapeutických komunit.

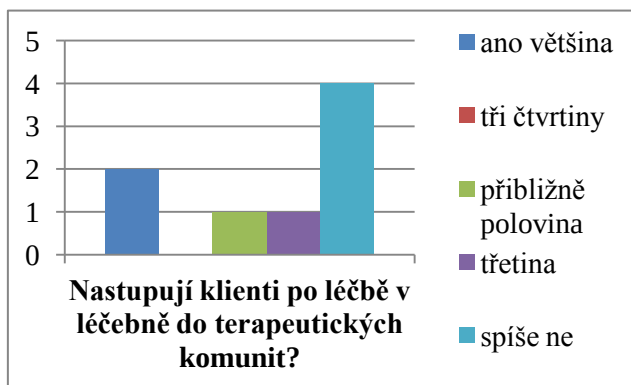
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Po odchodu z léčebny klienti spíše nenastupují do terapeutických komunit.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Pracovníci uvedli, že většina pacientů nastupuje do jejich terapeutických komunit Fides a Fénix.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Po léčbě v Kroměříži nastupuje většina klientů do terapeutických komunit.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Pracovníci uvedli, že klienti spíše nenastupují do terapeutických komunit po léčbě v psychiatrické léčebně.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Pracovníci této léčebny označili, že klienti spíše nenastupují do terapeutických komunit.



Graf č. 12 - *Terapeutické komunity*

Do grafu č. 12 jsme navíc dopsali hodnoty: třetina, tři čtvrtiny z důvodu, že první hodnotu uvedla psychiatrická léčebna v Opavě a z důvodu přesnějších informací. Z grafu můžeme tedy vyčíst, že klienti spíše nenastupují do terapeutických komunit. Tuto možnost označili pracovníci léčen v Kosmonosích, Havlíčkově Brodě, Červeném Dvoře, Petrohradě. Druhou nejvyšší četnost představuje odpověď zcela opačného významu a to ano většina. Zde spadají léčebny v Kroměříži, Bílé Vodě, která má navíc své terapeutické komunity Fides a Fénix. Stejnou výši tvoří odpovědi: přibližně polovina, třetina. Přibližně polovinu označili pracovníci léčebny v Jihlavě a třetinu v Opavě.

13. otázka - Odcházejí od Vás klienti do doléčovacího centra?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Po ukončení léčby nastupuje třetina klientů do doléčovacího centra.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci uvedli, že většina klientů nastupuje do doléčovacího centra.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Po ukončení léčby nastupuje třetina klientů do doléčovacího centra.

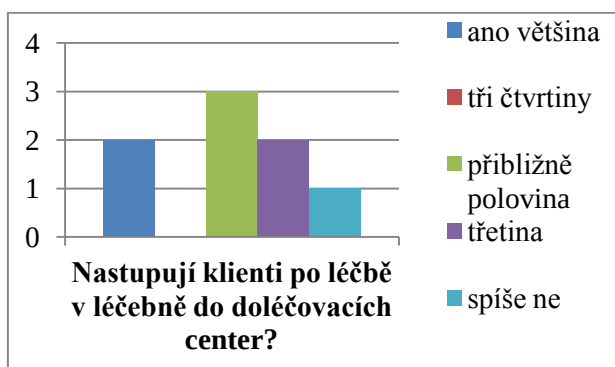
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Do doléčovacího centra nastupuje přibližně polovina klientů po ukončení léčby v psychiatrické léčebně.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Pracovníci uvedli většinu klientů.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Po ukončení léčby nastupuje přibližně polovina klientů do doléčovacího centra.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Do doléčovacího centra nastupuje po ukončení léčby v psychiatrické léčebně přibližně polovina klientů.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Po ukončení léčby v této léčebně klienti spíše nenastupují do doléčovacího centra.



Graf č. 13 - *Doléčovací centra*

Do grafu č. 13 jsme navíc dopsali hodnoty: třetina, tři čtvrtiny, z důvodu, že první hodnotu uvedly psychiatrické léčebny v Opavě, Jihlavě a z důvodu přesnějšího zaznamenání. Z grafu vidíme, že převažuje „přibližně polovina“. Tu označili pracovníci léčeben v Havlíčkově Brodě, Kroměříži, Červeném Dvoře. Druhou nejvyšší část tvoří odpovědi: třetina, ano většina. Třetinu označili v Opavě, Jihlavě a většinu v Kosmonosích, Bílé Vodě. Spíše ne označili jen pracovníci léčebny Petrohrad.

14. otázka - Pokud používáte expresivní terapie, které?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě používají expresivní terapie: arteterapie, biblioterapie.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci uvedli, že používají expresivní terapie: arteterapie, muzikoterapie.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Zde využívají expresivní terapie: arteterapie, pohybová a taneční terapie, muzikoterapie.

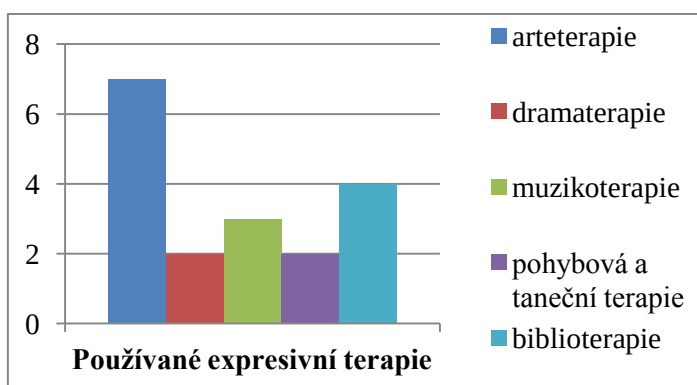
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V této léčebně aplikují expresivní terapie: arteterapie, dramaterapie, biblioterapie.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V psychiatrické léčebně Bílá Voda se expresivní terapie nevyužívají.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - V psychiatrické léčebně v Kroměříži se používají expresivní terapie: arteterapie, biblioterapie.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Pracovníci uvedli, že používají expresivní terapie: arteterapie, dramaterapie, pohybová a taneční terapie.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Pracovníci této léčebny označili expresivní terapie: arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie.



Graf č. 14 - *Expresivní terapie*

Z výše zobrazeného grafu č. 14 je znát, že nejčastěji užívanou expresivní terapií je arteterapie. Ta je realizovaná ve všech výše zmíněných psychiatrických léčebnách kromě Bílé Vody. Další nejvíce užívanou je biblioterapie a to v Opavě, Havlíčkově Brodě, Kroměříži, Petrohradě. Muzikoterapie je třetí nejpožívanější expresivní terapií, která se využívá v léčebnách v Kosmonosích, Jihlavě, Petrohradě. V psychiatrických léčebnách se také užívá dramaterapie a to v Červeném Dvoře, Havlíčkově Brodě. V Červeném Dvoře a v Jihlavě se používá pohybová a taneční terapie.

15. otázka - Které z expresivních terapií u Vás klienty nejvíce osloví?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě klienty nejvíce osloví arteterapie.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - V této léčebně klienty nejvíce osloví arteterapie.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci označili arteterapii a muzikoterapii.

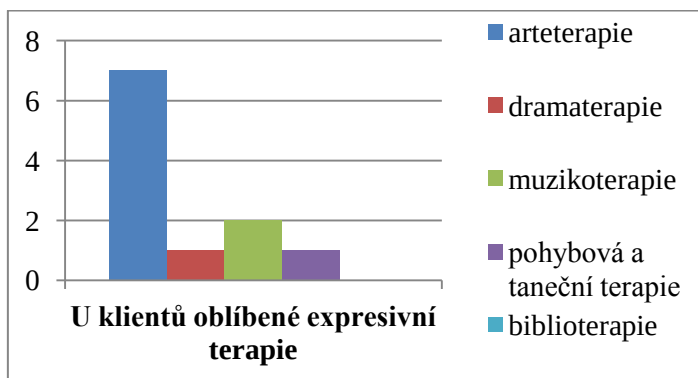
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Zde klienty nejvíce osloví arteterapie, dramaterapie.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V psychiatrické léčebně Bílá Voda se expresivní terapie nevyužívají.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Tady klienty nejvíce osloví arteterapie.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Pracovníci označili arteterapii, pohybovou a taneční terapii.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - V této léčebně klienty nejvíce osloví arteterapie, muzikoterapie.



Graf č. 15 - *Oblíbené expresivní terapie*

Z výše zobrazeného grafu č. 15 lze vyčíst, že nejvíce klienty oslovuje arteterapie, kterou neuvedla jen psychiatrická léčebna Bílá Voda. Ta byla také u předchozí otázky uvedena jako nejpoužívanější. Další oblíbenou je muzikoterapie, která oslovila klienty v Jihlavě, Petrohradě. Následuje dramaterapie, pohybová a taneční terapie. Dramaterapie se těší oblíbenosti v Havlíčkově Brodě a taneční, pohybová terapie v Červeném Dvoře. Oproti tomu biblioterapii neoznačila ani jedna z psychiatrických léčeben.

16. otázka - Používáte k léčbě závislostí jógu?

Psychiatrická léčebna v Opavě - V psychiatrické léčebně v Opavě se využívá jóga při léčbě závislostí.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - V této léčebně se jóga při léčbě závislostí nevyužívá.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci označili, že se jóga při léčbě závislostí nevyužívá.

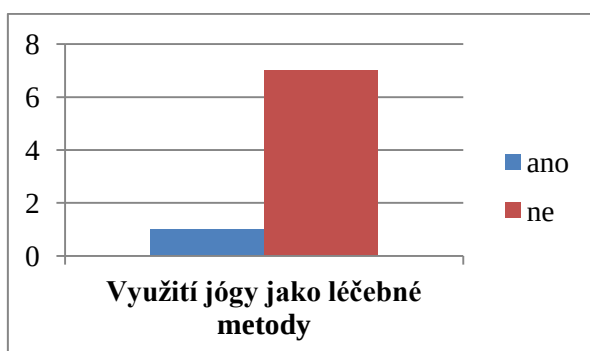
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Zde se jóga při léčbě závislostí nevyužívá.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V této léčebně Bílá Voda se jóga při léčbě závislostí nevyužívá.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - I zde se jóga při léčbě závislostí nevyužívá.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V psychiatrické léčebně Červený Dvůr se jóga při léčbě závislostí nevyužívá.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Psychiatrická léčebna Petrohrad je další z léčeben, ve které se jóga při léčbě závislosti nevyužívá.



Graf č. 16 - *Jóga*

Ze zobrazeného grafu č. 16 je zřejmé, že jóga se jako léčebná metoda ve výše uvedených psychiatrických léčebnách spíše nevyužívá. Jediná léčebna, která ji uvedla, je v Opavě. Pracovníci psychiatrické léčebny v Jihlavě uvedli, že místo jógy používají relaxaci.

17. otázka - Máte u Vás v týmu pracovníky, kteří absolvovali výcviky či kurzy, kterými získali oprávnění k výkonu různých terapií, metod?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Zde někteří pracovníci absolvovali psychoterapeutický výcvik v Brně, výcvik v KBT, výcvik Satirové.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - I tady někteří pracovníci absolvovali psychoterapeutický výcvik v Brně.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Někteří pracovníci absolvovali výcvik v arteterapii, muzikoterapii.

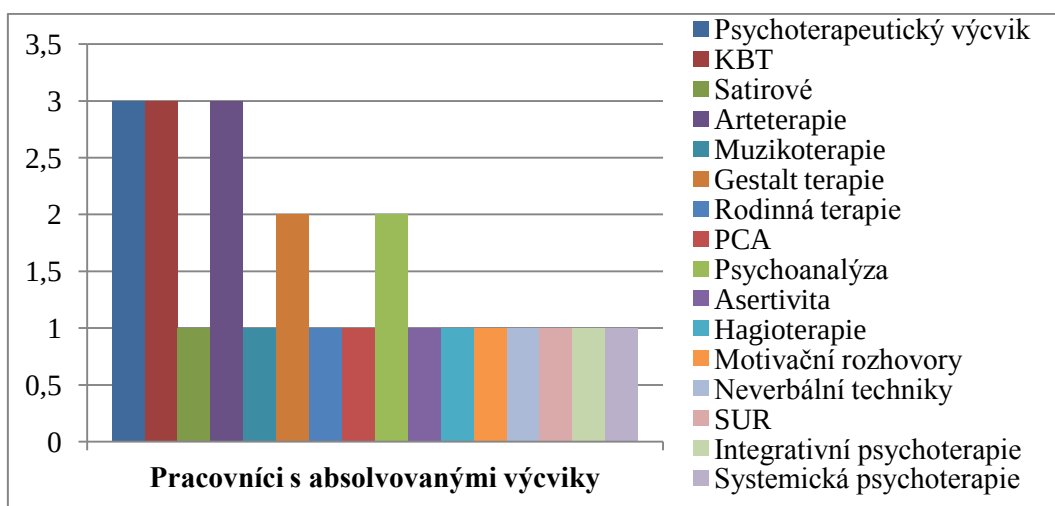
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V této léčebně mají někteří pracovníci výcvik v KBT, výcvik v Gestalt terapii, výcvik v rodinné terapii, výcvik v psychoanalýze, výcvik v asertivitě, výcvik v arteterapii, výcvik v hagioterapii, výcvik v motivačních rozhovorech, výcvik v neverbálních technikách.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Zde někteří pracovníci absolvovali výcvik v Gestalt terapii, výcvik v psychoanalýze, výcvik SUR, integrativní psychoterapii, systemické psychoterapii.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Pracovníci uvedli výcvik v PCA.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - V této léčebně absolvovali někteří pracovníci výcvik KBT, Arteterapii.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Někteří pracovníci absolvovali psychoterapeutický výcvik v Brně.



Graf č. 17 - Výcviky

Do grafu č. 17 je zapsán „psychoterapeutický výcvik“, který uvedla léčebna v Opavě, Kosmonosích, Petrohradě. Pracovníky nebyl blíže specifikován, uvedli jen, že byl absolvován v NCONZO Brno. Dále můžeme z grafu vyčíst, že pracovníci nejčastěji absolvovali výše zmíněný psychoterapeutický výcvik, KBT (kognitivně-behaviorální terapie), výcvik v arteterapii, Gestalt terapii a psychoanalýze.

18. otázka - V případě, že používáte nějaké další podpůrné terapeutické aktivity, uveďte které.

Psychiatrická léčebna v Opavě - V případě podpůrných terapeutických aktivit byla uvedena možnost nácviku sociálních dovedností za asistence personálu, asistenční práce na oddělení gerontopsychiatrie. Dále rekondiční pobyty, účast na kulturních akcích mimo léčebnu.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci psychiatrické léčebny Kosmonosy neuvedli podpůrné terapeutické aktivity.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci uvedli canisterapii, hipoterapii a rehabilitace kognitivních funkcí.

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - V případě podpůrných terapeutických aktivit byla uvedena sociální práce, režimová terapie a psaní deníků

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - Pracovníci psychiatrické léčebny Bílá Voda neuvedli podpůrné terapeutické aktivity.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - V této psychiatrické léčebně doplnili hypnózu.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Zde pracovníci uvedli řízenou relaxaci, přednáškovou a další edukační činnost (samostudium).

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Pracovníci doplnili psychoterapii, ergoterapii a keramickou dílnu.

Každá z psychiatrických léčeben využívá podle výše uvedených informací různorodé podpůrné terapeutické aktivity. Jedná se o psychoterapii, ergoterapii, zooterapii, kulturní akce, hypnózu, rekondiční pobyty, ale také i nácvik sociálních dovedností na oddělení gerontopsychiatrie.

19. otázka - Které metody považujete za Vaše „rodinné stříbro“?

Psychiatrická léčebna v Opavě - Otevřená psychoterapeutická skupina, do které mohou dle zájmu klienta vstoupit rodinní příslušníci.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy - Pracovníci psychiatrické léčebny Kosmonosy neuvedli ani jednu metodu.

Psychiatrická léčebna Jihlava - Pracovníci uvedli arteterapii a skupiny s hlinou.

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod - Zde doplnili důraz na dodržování pravidel. Režim vidí jako důležitou součást léčby závislých, protože jestli nebudou dodržovat jistá pravidla, nebudou abstinovat.

Psychiatrická léčebna Bílá Voda - V této léčebně neuvedli ani jednu metodu či aktivitu.

Psychiatrická léčebna v Kroměříži - Pracovníci psychiatrické léčebny v Kroměříži nedoplnili ani jednu metodu.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr - Zde uvedli psychoanalytickou interpretační arteterapii.

Psychiatrická léčebna Petrohrad - Pracovníci považují za své „rodinné stříbro“ psychoterapii, ergoterapii a keramickou dílnu.

U této otázky se objevují metody jako například expresivní terapie, ergoterapie, otevřené psychoterapeutické skupiny a také i režim.

6 Vyhodnocení otázek šetření

1. Rodinná terapie je podle 2. otázky, grafu č. 2, tabulky č. 1 z větší části často užívanou terapií v rámci léčby závislostí na nealkoholových drogách. Tento výsledek vnímáme jako pozitivní, protože jak už jsme zmínili dříve, upevňuje pozitivní chování a způsob života bez drog. Rodinu vnímáme jako podporu v životě, kterou potřebuje v určitých chvílích každý z nás.

Využívání rodinné terapie	ano	ne
Počet	5	3

Tabulka č. 1 - *Rodinná terapie*

2. Arteterapie je podle 15. otázky, grafu č. 15, tabulky č. 2 nejoblíbenější expresivní terapií v psychiatrických léčebnách na oddělení léčby závislostí (na nealkoholových drogách). Jak vidíme v tabulce č. 2, arteterapie výrazně převyšuje ostatní expresivní terapie.

Oblíbené expresivní terapie	Arteterapie	Dramaterapie	Muzikoterapie	Pohybová a taneční terapie	Biblioterapie
Počet	7	1	2	0	1

Tabulka č. 2 - *Expresivní terapie*

7 Diskuse

V této podkapitole praktické části se zaměříme na vyhodnocení šetření jako celku. Díky šetření jsme zjistili, že klientelu psychiatrických léčeb, na odděleních léčby závislostí (na nealkoholových drogách), tvoří z větší části muži. Podle výsledků, nejde o převážnou většinu, protože ženy tvoří také velkou část klientů.

Pacienti mají možnost spolupráce se svou rodinou, partnery a přáteli v rámci rodinné terapie, která se využívá u většiny psychiatrických léčeb. V případě, že se rodinná terapie nevyužívá, převažuje jednorázový kontakt nebo setkání v situacích potřeby řešení problému rodinného příslušníka či klienta. V teoretické části je uvedeno, že rodinná terapie je potřebná a účinná metoda při léčbě závislosti. Tímto porovnáním se její potřebnost jenom potvrdila. Rozhodující je také zapojení rodiny, které se pohybuje převážně v rozmezí 20 % až 50 % nebo více než 70 %. Lze se proto domnívat, že rodinná terapie se v rámci léčby využívá buď „jen“ minimálně (například z důvodu, že se rodina nechce zapojit) a léčba je spíše zaměřená na jiný druh terapie nebo se využívá ve vysoké míře. V tomto případě je to základ, ze kterého se při léčbě vychází. Důležité si je uvědomit, že rodinná terapie by se zřejmě v psychiatrických léčebnách začala využívat nebo by se využívala ve vyšší míře, kdyby se zlepšila spolupráce a zvýšil zájem rodiny klientů.

Při léčbě se vychází z motivace klienta do léčby, což se nejčastěji provádí tematickými skupinami, rozhovorem, expresivními, neverbálními technikami a dalšími. Ty očividně volí podle množství výcviků, zaměření pracovníků, oblíbenosti mezi klienty a dalších faktorů, od kterých se odvíjí možnost využívání technik a činností. Pokud jde o směry, které se nejvíce užívají, tak tím je směr humanistický a kognitivně-behaviorální.

Proto, aby pracovníci mohli využívat různé metody, terapie, musí absolvovat výcviky, díky kterým se stanou kompetentní k výkonu těchto činností. Nejčastěji se objevuje psychoterapeutický výcvik v Brně, KBT (kognitivně-behaviorální terapie), výcvik v arteterapii, Gestalt terapii a psychoanalýze.

Pokud jde o počet klientů, kteří podstupují léčbu s pomocí medikamentů, tak podle grafu č. 8 nelze určitě převažující většinu. Počet klientů se uvádí od 11 % do 100 %.

Z uvedených grafů jsme také mohli zjistit, že pokud jde o ambulantní léčbu, větší část do ní nastupuje až po absolvování léčby v psychiatrické léčebně. Další možností léčby je nástup do terapeutických komunit. Bohužel z grafu č. 12 můžeme vyčíst, že klienti do nich spíše nenastupují. Pokud, ale zvážíme odpovědi o nižším procentu, můžeme říct, že část klientů tuto léčbu podstupuje. Jinou cestou k léčbě, je cesta do doléčovacích center, kterou

navštěvuje přibližně polovina klientů. Většina z nich je zřejmě motivována k další léčbě, aby se upevnilo zdravé, pozitivní chování a způsob života bez drog. Klienti, kteří absolvovali léčbu v psychiatrických léčebnách vícekrát, tvoří přibližně 31 % - 50 % z celkového počtu.

V psychiatrických léčebnách se jako jedny z terapií užívají expresivní terapie. Nejužívanější je zde arteterapie a muzikoterapie, kdy je pracovníci považují při léčbě za velice efektivní a účinné. Pokud jde o stránku oblíbenosti ze strany klientů, jednoznačně převládá arteterapie a poté muzikoterapie.

Dále jsme se zabývali otázkou jógy. Negativní odpověď na otázku využití jógy při léčbě závislostí byla poměrně překvapující ve srovnání s tím, co vyplývá z teoretické části. Jóga je zde považována za prostředek ke snižování spotřeby drog, následnému udržení abstinence a rozvoji zdravého způsobu života.

Některé z psychiatrických léčeben dále uvedly podpůrné terapeutické aktivity jako například nácvik sociálních dovedností pomocí asistenční práce na oddělení gerontopsychiatrie, hypnózu, kulturní akce, canisterapii, hipoterapii, rehabilitace kognitivních funkcí a další.

ZÁVĚR

Na začátek se zmíníme o stanovených cílech, ve kterých šlo o srovnání metod a postupů v psychiatrických léčebnách. Jedná se o zhodnocení spolupráce rodiny při léčbě, expresivních terapií, motivace klienta, podpůrných terapeutických aktivit a předcházející, následné léčby. Doufáme, že zmíněné cíle byly dosaženy, protože jsme se tímto snažili přiblížit problematiku léčby závislostí v psychiatrických léčebnách.

Teoretická část je započata historií psychiatrie, dále pojmem závislost se zaměřením na definici, kritéria závislosti, příčiny, důsledky, projevy a druhy závislosti. Ve třetí kapitole jde o zhodnocení možností odborné pomoci, kde z uvedených knih vyplynulo, že neexistuje univerzální léčba závislosti. Čtvrtá kapitola je zaměřená na detoxifikaci, psychoterapii s popisem různých terapií. Dále se kapitola zabývá expresivními terapiemi, podpůrnými terapeutickými technikami, zooterapií, farmakoterapií, rodinnou terapií, terapeutickou komunitou a jógou. Tato kapitola je v teoretické části nejrozsáhlejší. Snažili jsme se sem zahrnout co nejvíce informací týkající se léčby s možností nástupu do terapeutických komunit, které bývají v některých případech součástí léčben.

Praktická část, jak už vychází z cílů šetření, je zaměřena na zhodnocení různých metod a postupů používaných v psychiatrických léčebnách. K vyplnění dotazníku bylo osloveno všech třináct psychiatrických léčben, které léčí závislé na nealkoholových drogách a z toho vyplněný dotazník poslalo osm. Jedná se o léčebny v Opavě, Kosmonosích, Jihlavě, Havlíčkově Brodě, Bílé Vodě, Kroměříži, Červeném Dvoře a Petrohradě. K zjištění výsledků šetření byla použita metoda analýzy získaných dat za pomoci dotazníku, který tvořily otevřené a uzavřené otázky. Stanovili jsme si také dvě otázky šetření, které se týkají oblíbenosti arteterapie mezi klienty a častého praktikování rodinné terapie v psychiatrických léčebnách.

I zde bychom zmínili významnost rodinné terapie, která je považována za důležitou část léčby z důvodu potřeby upevňování vztahů v rodině klienta, což může přispět k jeho vyléčení. Významnost rodinné terapie se potvrdila u otázky č. 2, ze které vyplynulo, že větší část psychiatrických léčben využívá tuto formu terapie. Dále bychom určitě zdůraznili i motivaci klienta do navazující léčby v terapeutických komunitách, doléčovacích centrech nebo v zařízeních poskytující ambulantní formu léčby. Zmiňujeme se o tom z toho důvodu, že se tím upevňuje zdravé, pozitivní chování a způsob života ve společnosti.

V šetření jsme se také zaměřili na expresivní terapie, jejich efektivitu a oblíbenost mezi klienty. Zjistili jsme, že nejvíce používanou a oblíbenou expresivní terapií je arteterapie, která je znázorněna u otázky č. 14 a 15, čímž jsme zodpověděli další otázku šetření práce.

Seznam literatury a dalších zdrojů

- BARNARDOVÁ, M. 2011. *Drogová závislost a rodina*. 1 vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-386-8
- BENSON, N., LOON, B. 2005. *Psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-005-4
- BENSON, N., PIERO. 2010. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-671-1
- BLAHUŠOVÁ, E. 2007. *Budokon: spojení jógy, bojových umění a relaxace*. 1. vyd. Praha: Olympia. ISBN: 978-80-7376-017-5
- BRUNO, F. 1996. *Drogy - drogová závislost*. 1. vyd. Olomouc: Sananim.
- BUZKOVÁ, K. 2006. *Fitness jóga: harmonické cvičení těla i duše*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1525-2
- GOODYER, P. 2001. *Drogy a teenageři*. 1. vyd. Praha: Slovanský dům. ISBN 80-86421-44-9
- GÖHLERT, CH., KÜHN, F. 2001. *Od návyku k závislosti: Toxikomanie; Drogy: účinky a terapie*. 1. vyd. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-950-9
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. 1996. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-277-8
- ILLES, T. 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2. vyd. Praha: ISV. ISBN 80-85866-50-1
- JANÍK, A. 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. 08-073-87
- JANÍK, A., DUŠEK, K. 1990. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0087-3
- KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. I.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6

- KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, K. 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2
- KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. 2007. *Drogy: otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2
- KOOYMAN, M. 2004. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. 1. vyd. Praha: NLN. ISBN 80-7106-876-4
- KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0
- MACKEWN, J. 2004. *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-922-4
- MEHTA, M. 1996. *Co je to jóga: systematický průvodce po Iyengarově metodě jógy pro relaxaci, zdraví a duševní a tělesnou pohodu*. 1. vyd. Praha: Svojtka a Vašut. ISBN 80-7180-058-9
- MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M. 1995. *Abeceda jógy*. 1. vyd. Liberec: Santal. ISBN 80-900570-60-3
- MIOVSKÝ, M. 1996. *LSD a jiné halucinogeny*. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-35-9
- NEŠPOR, K. 2001. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-515-6
- NEŠPOR, K. 2007. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. 1996. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2
- NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. 1999. *Jak přestat brát (drogy)*. 2. vyd. Praha: Sportpropag.
- NEVŠÍMAL, P. 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé. II, Česká praxe*. 1. vyd. Praha: NLN. ISBN 978-80-7106-937-9

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. 2001. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 80-7262-140-8

ŘEHAN, V. 1994. *Závislost na alkoholu a jiných drogách - psychologický přístup*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-359-1

SMOLÍK, P. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdort. ISBN 80-85800-33-0

VALENTA, M. a kol. 2007. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-099-2

VENCOVSKÝ, E. 1996. *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5

ZÍTKO, M., SKOPOVÁ, M. 1999. *Fit sestavy: protahovací, relaxační, posilovací, mobilizační*. 1. vyd. Praha: Olympia. ISBN 80-7033-609-9

ZVOLSKÝ, P. a kol. 2006. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-494-2

Internetové odkazy

Biofeedback. [online]. [cit. 2012-02-13]. Dostupný z WWW:

<http://www.plhb.cz/content/biofeedback>

Centrum zdravé krásy. [online]. [cit. 2011-12-27]. Dostupný z WWW:

<http://www.miova.cz/sluzby/cinske-lecebne-metody>

Dotazník. [online]. [cit. 2012-03-26]. Dostupný z WWW:

<http://kisk.phil.muni.cz/wiki/Dotazn%C3%ADk>

Glosář pojmů. [online]. [cit. 2011-11-02]. Dostupný z WWW:

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d

Humanistická psychoterapie. [online]. [cit. 2012-02-13]. Dostupný z WWW:

<http://www.psychoterapie.psychoweb.cz/psychoterapie/humanisticka-psychoterapie>

Individuální psychoterapie. [online]. [cit. 2011-11-27]. Dostupný z WWW:

<http://www.psychoterapiehm.cz/psychoterapie/individualni-psychoterapie>

Oddělení léčebny. [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupný z WWW:

<http://www.plkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/8b---toxirehabilitacni-oddeleni>

Primariát D. [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupný z WWW:

http://plopava.cz/Primariat_D.html

Psychiatrie. [online]. [cit. 2011-11-27]. Dostupný z WWW:

<http://abecedalekaru.cz/obor/psychiatrie/>

Talmud a proč se ho obávat?. [online]. [cit. 2011-12-27]. Dostupný z WWW:

<http://vera-tydlitratova.eblog.cz/talmud-a-proc-se-ho-obavat>

Taneční terapie. [online]. [cit. 2012-02-13]. Dostupný z WWW:

http://www.tanter.cz/?page_id=2

Terapeutická komunita Sananim Karlov. [online]. [cit. 2011-11-27]. Dostupný z WWW:

<http://www.asociace.org/o.s.-sananim-terapeuticka-komunita-karlov.html>

Terapeutická komunita SEJŘEK. [online]. [cit. 2011-11-01]. Dostupný z WWW:

<http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1>

Terapie v léčebně. [online]. [cit. 2011-11-27]. Dostupný z WWW:

http://www.plbohnice.cz/o_lecebne/terapie_v_lecebne/cz

Vědy. [online]. [cit. 2011-12-27]. Dostupný z WWW:

http://www.elidor.cz/literatura/autori/_ostatni/vedy/index.htm

Seznam grafů a tabulek

Graf č. 1 - *Léčbu závislosti podstupují převážně*

Graf č. 2 - *Rodinná terapie v psychiatrických léčebnách*

Graf č. 3 - *Míra využití rodinné terapie*

Graf č. 4 - *Posilování motivace*

Graf č. 5 - *Expresivní terapie jako efektivní terapie*

Graf č. 6 - *Terapeutické směry*

Graf č. 7 - *Program klienta*

Graf č. 8 - *Léčba medikamenty*

Graf č. 9 - *Léčba absolvovaná vícekrát*

Graf č. 10 - *Předchozí ambulantní léčba*

Graf č. 11 - *Návazná ambulantní léčba*

Graf č. 12 - *Terapeutické komunity*

Graf č. 13 - *Doléčovací centra*

Graf č. 14 - *Expresivní terapie*

Graf č. 15 - *Oblíbené expresivní terapie*

Graf č. 16 - *Jóga*

Graf č. 17 - *Výcviky*

Tabulka č. 1 - *Rodinná terapie*

Tabulka č. 2 - *Expresivní terapie*

Seznam příloh

Příloha č. 1- *Dotazník*

Příloha č. 1

Dobrý den,

jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, pedagogické fakulty, 3. ročníku. Jako téma závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala „**Psychosociální aspekty léčby drogových závislostí v prostředí psychiatrických léčeben**“. Cílem této práce je srovnání metod a postupů v psychiatrických léčebnách, na odděleních pro léčbu závislostí (na nealkoholových drogách).

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Aneta Havierníková

U otázek je možno označit jednu odpověď a to křížkem. V případě otázek označených * je možno označit více odpovědí.

1. Léčbu závislostí u Vás podstupují převážně:

- a) ženy
- b) muži

2. Realizujete u Vás při léčbě závislosti rodinnou terapii?

- a) ano
- b) ne

3. Pokud ano, do jaké míry rodiny spolupracují?

- a) více než 70 %
- b) více než 50 %
- c) více než 20 %
- d) méně než 20 %

* 4. Jakým způsobem při léčbě závislostí provádíte posilování motivace u klientů?

- a) tematické (přednášky) skupiny
- b) expresivně terapeutické a neverbální techniky

- c) rozhovor
- d) jiné uveďte

.....

.....

5. Pokud používáte expresivní terapii v léčbě závislostí, považujete ji za efektivní?

- a) ano
- b) ano z větší části
- c) jen částečně
- d) ne

*** 6. Jaké terapeutické směry se u Vás užívají nejčastěji?**

- a) analyticko dynamický
- b) kognitivně-behaviorální
- c) humanistický
- d) gestalt
- e) jiné uveďte

.....

.....

7. Program klienta se skládá z (uveďte i počet hodin týdně):

- a) individuální terapii
- b) skupinovou terapii
- c) jiné uveďte

.....

.....

8. Jaké procento klientů u Vás podstupuje léčbu za pomoci medikamentů?

- a) 0 % - 10 %
- b) 11 % - 30 %
- c) 31 % - 50 %
- d) 51 % - 70 %
- e) 71 % - 90 %
- f) 91 % - 100 %

9. Jaké procento klientů u Vás absolvovalo léčbu závislostí v psychiatrické léčebně vícekrát?

- a) 0 % - 10 %
- b) 11 % - 30 %
- c) 31 % - 50 %
- d) 51 % - 70 %
- e) 71 % - 90 %
- f) 91 % - 100 %

10. Docházeli u Vás klienti před léčbou závislostí do léčby ambulantní?

- a) ano většina
- b) přibližně polovina
- c) spíše ne

11. Pokračují klienti po léčbě v psychiatrické léčebně v léčbě ambulantní?

- a) ano většina
- b) přibližně polovina
- c) spíše ne

12. Podstupují klienti po léčbě v psychiatrické léčebně léčbu v terapeutických komunitách?

- a) ano většina
- b) přibližně polovina
- c) spíše ne

13. Odcházejí od Vás klienti do doléčovacího centra?

- a) ano většina
- b) přibližně polovina
- c) spíše ne

*** 14. Pokud používáte expresivní terapie, které?**

- a) arteterapie
- b) dramaterapie
- c) biblioterapie

- d) pohybová a taneční terapie
- e) muzikoterapie

*** 15. Které z expresivních terapií u Vás klienty nejvíce osloví?**

- a) arteterapie
- b) dramaterapie
- c) muzikoterapie
- d) pohybová a taneční terapie
- e) biblioterapie

16. Používáte k léčbě závislostí jógu?

- a) ano
- b) ne

17. Máte u Vás v týmu pracovníky, kteří absolvovali výcviky či kurzy, kterými získali oprávnění k výkonu různých terapií, metod?

- a) ne
- b) ano, uveďte výcviky či kurzy

.....

.....

18. V případě, že používáte nějaké další podpůrné terapeutické aktivity, uveďte které.

.....

.....

19. Které metody považujete za Vaše „rodinné stříbro“?

.....

.....

.....

Anotace

Jméno a příjmení:	Aneta Havierníková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Psychosociální aspekty léčby drogových závislostí v prostředí psychiatrických léčeben.
Název v angličtině:	Psychosocial aspects of drug addiction recovery process in the environment of psychiatric medical institutions.
Anotace práce:	Hlavním cílem práce je srovnání metod a postupů v psychiatrických léčebnách, na odděleních pro léčbu závislostí na nealkoholových drogách.
Klíčová slova:	Psychiatrická léčebna, detoxifikace, psychoterapie, závislost, léčba.
Anotace v angličtině:	The main aim of my bachelor thesis is to make a comparison between existing methods and procedures in psychiatric medical institutions focused on treatment of nonalcoholic drugs addictions.
Klíčová slova v angličtině:	Psychiatric medical institution, detoxification, psychotherapy, addiction, treatment.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Dotazník
Rozsah práce:	61 stran
Jazyk práce:	český