

Michael Gossop



Léčba problémů spojených se zneužíváním drog:

důkazy o účinnosti





Léčba problémů spojených se zneužíváním drog:

důkazy o účinnosti

Autor/ Profesor Michael Gossop

National Addiction Centre
Maudsley Hospital Institute of Psychiatry
King's College, Londýn

Překlad/ Mgr. David Fuchs
Editoři českého vydání/ Mgr. Roman Pešek,
MUDr. Viktor Mravčík

© 2006 National Treatment Agency
for Substance Misuse, Spojené království
kód produktu RB5 (publikace bez ISBN)

© Vydal/ Úřad vlády České republiky, 2009
1. vydání v jazyce českém

ISBN 978-80-87041-81-9

Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti

National Treatment Agency for Substance Misuse (Národní agentura pro léčbu zneužívání látek, NTA) je zvláštním zdravotnickým orgánem zřízeným vládou Spojeného království k 1. dubnu 2001, jehož posláním je zvyšovat dostupnost, kapacitu a efektivnost protidrogové léčby v Anglii.

NTA je tvůrcem tohoto dokumentu, který původně vznikl v květnu 2006. Zpráva byla napsána externími autory a nemusí nutně vyjadřovat názory NTA. Dokument pro Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti přeložil Mgr. David Fuchs a NTA nenesе žádnou odpovědnost za případné chyby, ať v originálu nebo v jakékoli upravené či přeložené verzi tohoto dokumentu.

Editoři českého vydání se rozhodli sjednotit terminologii dvou opakovaně užívaných skupin výrazů:

V původním anglickém textu jsou používány termíny „drug use treatment“, „drug misuse treatment“ a „drug abuse treatment“. Pro tyto termíny je v českém překladu vesměs užíván termín „protidrogová léčba“. Termíny „drug use“, „drug abuse“, „drug misuse“ používané v původním originálním textu v analogických souvislostech jsou v českém překladu převážně sjednoceny pod termín „užívání drog“, v některých případech, jako např. v názvu publikace, byl termín „misuse“ překládán jako „zneužívání“. Další terminologické poznámky najdou čtenáři v poznámkách uvnitř publikace.

SLOVNÍK POJMŮ	9
1 ÚVOD	10
Důkazy o účinnosti	11
Úrovně léčby	12
Polymorfní užívání drog	13
Zneužívání alkoholu	13
Sociální problémy	14
Problémy duševního zdraví	14
Infekce přenášené krví	15
Úmrtnost	15
2 FARMAKOTERAPIE	16
Metadon	17
Dávkování	17
Metadonová redukční léčba	18
Užívání pod dohledem	19
Injekční metadon	20
Heroin	21
Buprenorfin	22
Naltrexon a naloxon	22
Předepisování stimulantů	24
3 PSYCHOLOGICKÁ LÉČBA	26
Motivační rozhovory	27
Vystavování spouštěčům (technika vyhasínání)	28
Incentivní terapie	30
Prevence relapsu	31
4 PROGRAM DVANÁCTI KROKŮ, REZIDENČNÍ LÉČBA A TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	34
Anonymní narkomani	35
Následná péče	37
Programy rezidenční léčby a terapeutické komunity	38
Programy podpory pomocí Dvanácti kroků	40
5 DALŠÍ INTERVENCE	42
Detoxifikace	43
Metadonová detoxifikace	43
Klonidín a lofexidín	44
Rychlá detoxifikace	45
Krátké intervence	45
Léčba problémů spojených s užíváním konopí	46

Programy výměny jehel a injekčních stříkaček	48
Prevence a léčba hepatitidy	50
Akupunktura	51
6 LÉČEBNÉ POSTUPY	54
Délka léčby a udržení klientů v léčbě	55
Dokončení programu	57
Intenzita	58
7 VÍCENÁSOBNÁ A KOMBINOVANÁ LÉČBA	62
Vícenásobná léčba	63
Kombinovaná a doplňková léčba	63
Výběr vhodné léčby	66
8 PROBLEMATIKA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB	70
Realizace programu	71
Problematika skladby pacientů	72
Léčba žen	73
Koordinace služeb	74
Léčebné manuály	74
Efekt terapeuta	75
Tlak na změnu	75
Léčba v prostředí trestněprávního systému	75
9 ODKAZY	78
INFORMACE PRO ČTENÁŘE PŮVODNÍHO ANGLICKÉHO VYDÁNÍ	100

Slovník pojmů

adrenergní	Droga nebo chemická látka s účinky podobnými adrenalinu.
agonista	Droga, která se váže na receptor, a tím spouští reakci. Opak antagonisty.
antagonista	Droga, která se váže na receptor a inhibuje normální fyziologickou reakci receptoru. Opak agonisty.
arytmie	Stav, kdy jsou stahy srdečního svalu nepravidelné, rychlejší nebo pomalejší než normálně.
backloading (sdílení roztoku)	Přenos části roztoku drogy z jedné injekční stříkačky do druhé.
dysforie	Emoční stav charakterizovaný úzkostí, depresí nebo neklidem.
fibróza jater	Nadměrná tvorba vazivové tkáně v játrech.
hepatotoxický	Toxický nebo škodlivý pro játra.
metaanalýza	Metoda analýzy, která kombinuje (slučuje) výsledky několika studií s cílem prozkoumat probíhající procesy.
naltrexon	Antagonista opioidních receptorů užívaný především při zvládnání závislosti na alkoholu a opioidech.
opioidy	Skupina syntetických drog s účinky podobnými opiátům. Příklady jsou metadon a buprenorfin.
farmakoterapie	Léčba pomocí léků.
psychopatologie	Projevy chování, které mohou svědčit pro duševní poruchu nebo psychické onemocnění.
psychofarmakologie	Studium účinků psychoaktivních drog, které působí na psychiku tím, že ovlivňují chemické pochody v mozku.
sérokonverze	Tvorba protilátek v krevním séru v důsledku infekce nebo imunizace.
séropozitivní	Vykazující pozitivní reakci při testu krevního séra na určitou nemoc; vykazující sérokonverzi.
virémie	Přítomnost viru v krvi.



ÚVOD

Důkazy o účinnosti

Protidrogová léčba¹ může být účinným prostředkem, jak snížit užívání² drog a další problémové chování. Ukazují to studie provedené v posledních třech desetiletích, které srovnávaly jednak léčené osoby s neléčenými (nebo minimálně léčenými), jednak srovnávaly míru problémového chování před léčbou a po léčbě. Studie sledující účinnost jednotlivých druhů léčby byly prováděny mezi klienty s různými typy problémového užívání drog, zaměřovaly se na různé typy intervence a na různá léčebná prostředí (např. Hubbard et al., 1989, 1997; Ward et al., 1998; Institute of Medicine, 1990; Simpson et al., 1999; Sorensen a Copeland, 2000; Gossop et al., 2003; Hser et al., 2005).

V komplexním a podrobném přehledu McLellan (1997) došel k závěru, že protidrogová léčba je účinná z hlediska snížení míry užívání drog, zlepšení osobního zdraví, zlepšení sociálního fungování a že tato léčba také snižuje zdravotní a bezpečnostní rizika.

Snaha uplatňovat léčbu založenou na důkazech je chvályhodná a přináší evidentní výhody. Je však třeba mít na paměti, že i když existují oblasti léčby, pro které jsou dostupné důkazy jako vodítko v rozhodování při poskytování léčby, v jiných oblastech nejsou vědecké důkazy pro toto rozhodování dostatečně pádné. A ještě v dalších (mnohdy významných) oblastech léčby vědecké důkazy chybí. Při absenci vědeckých důkazů musíme o poskytování léčby rozhodovat podle jiných kritérií, než jsou kritéria empirického výzkumu.

Metaanalýza 78 studií protidrogové léčby zkoumala výsledky u klientů, kteří absolvovali protidrogovou léčbu, s výsledky u klientů, kteří prošli minimální léčbou nebo neabsolvovali léčbu žádnou (Prendergast et al., 2002). Účinky léčby na užívání drog a páchaní kriminality byly kladné, významné a klinicky smysluplné. Autoři došli k závěru, že protidrogová léčba je prokazatelně účinným prostředkem, jak snížit míru užívání drog a míru páchané kriminality, a že by bylo na místě přestat si klást otázku, je-li protidrogová léčba účinná, ale spíše se ptát, jak můžeme léčbu zlepšit a jak ji můžeme co nejlépe přizpůsobit různým potřebám různých klientů.

Hlavním cílem výzkumu protidrogové léčby je poskytovat důkazy sloužící ke zvýšení účinnosti léčby problémových uživatelů drog. Relevantní důkazy, které lze využít pro zlepšování léčby pacientů a pro lepší léčebné výsledky, vyžadují více než jen studie zaměřené na účinnost specifických léčebných procedur. Terapeutický proces nepředstavuje jen klinická intervence. Jsou také nezbytné důkazy o povaze a závažnosti problémů klienta, o procesech probíhajících během léčby, o roli, jakou hrají kompetence a dovednosti personálu, a o uspořádání a poskytování služeb.

1 Pozn. editora českého vydání: V původním originálním textu jsou používány termíny „drug use treatment“, „drug misuse treatment“ a „drug abuse treatment“. Pro tyto termíny je v českém překladu vesměs užíván termín „protidrogová léčba“.

2 Pozn. editora českého vydání: V původním originálním textu jsou v analogických souvislostech používány různé termíny „drug use“, „drug abuse“, „drug misuse“. Pro tyto termíny je v českém překladu převážně užíván termín „užívání drog“.

Úrovně léčby

Protidrogová léčba může být koncipována z hlediska intervencí, programů a modalit. Intervence představují konkrétní techniky vedoucí ke změně, z nichž některé se zaměřují přímo na užívání drog (např. drogové testy, protidrogové poradenství, prevence relapsu), zatímco jiné se zaměřují na ostatní problémy (např. nácvik sociálních dovedností, rodinná terapie, primární lékařská péče). Účinnost některých intervencí byla zkoumána intenzivně, ale jiným intervencím se dostalo jen omezené pozornosti.

V praxi se ve většině programů různé intervence kombinují. Programy lze také dělit z hlediska léčebných modalit. Léčebné modalit jsou kategorie léčby určované podle významných charakteristik pro jednotlivé programy (např. udržovací metadonová léčba, terapeutické komunity). Dále je třeba rozlišovat mezi obsahem léčby (ve vztahu ke konkrétním intervencím) a dalšími léčebnými službami. Vedle léčebných intervencí představují léčebné služby celkový komplex prostředků léčby zahrnující vlastní zařízení, personál, dostupnost služeb, rozpočet, kritéria pro vstup klienta do programu a další charakteristiky související s provozem.

Uživatelé drog vstupují do léčby se složitou směsicí drogových a jiných problémů a léčebné intervence by měly odpovídat individuálním potřebám klientů. Rozsah a závažnost těchto problémů představují výzvu pro služby, které nesou odpovědnost za jejich zvládnání a léčbu. Charakter, závažnost a složitost těchto problémů pravděpodobně ovlivní způsoby poskytování léčby.

Proběhlo mnoho – pouze částečně úspěšných – pokusů předpovědět výsledky léčby na základě údajů o pacientech při zahájení léčby. Zjistilo se však, že existují některé charakteristiky, které souvisejí s nepříznivými výsledky léčby, jako jsou mimo jiné: intenzivnější užívání drog před léčbou, těžší stupeň závislosti, psychiatrické problémy, diagnóza asociální poruchy osobnosti a nedostatek sociální podpory, včetně podpory ze strany rodiny (McLellan et al., 1983; Rounsaville et al., 1986; Alterman a Cacciola, 1991; Alterman et al., 1993; Havassy et al., 1995).

Hlavními kritérii, podle kterých se obvykle měří účinnost léčby, jsou chování z hlediska užívání drog (včetně typu drogy, frekvence a množství užívání drog), zdraví (psychické a tělesné zdravotní problémy) a sociální fungování (zaměstnání, bydlení, kriminalita).

Polymorfní užívání drog

Většina problémových uživatelů drog uvádí více užívaných drog (polymorfní užívání drog³) a více problémových oblastí. Závažnost drogových problémů včetně typu užívané drogy (drog), délka užívání a způsob aplikace mohou ovlivnit možnosti změny.

Mezi uživateli drog léčenými ve Spojeném království je heroin hlavní problémovou drogou, ale rozšířeně je i užívání kokainu, amfetaminů a benzodiazepinů (Strang et al., 1994; Gossop et al., 1998). U uživatelů drog v léčbě se v rostoucí míře objevuje i užívání cracku a problémy s ním související (Gossop et al., 2002).

Polymorfní užívání drog může zahrnovat i problémové vzorce pití alkoholu. Více než jedna třetina klientů studie NTORS⁴ (National Treatment Outcome Research Study, Národní výzkumná studie výsledků léčby), kteří v době nástupu do léčby pili alkohol, uváděla problémové užívání alkoholu (Gossop et al., 2000). Ve Spojených státech amerických 20 % až 50 % uživatelů drog, kteří se léčí, jsou zároveň problémoví uživatelé alkoholu (Belenko, 1979; Hunt et al., 1986; Joseph a Appel, 1985; Hubbard et al., 1989; Lehman a Simpson, 1990).

Zneužívání alkoholu

Problémy související s alkoholem jsou v rámci léčby drogové závislosti mnohdy podceňovány a zanedbávány. Mezi drogově závislými přitom alkohol patří k nejčastěji uváděné „sekundární“ problémové droze a užívání alkoholu často uvádějí klienti po absolvování protidrogové léčby (De Leon, 1989; Lehman a Simpson, 1990; Gossop et al., 2000). Některé formy užívání drog, například kokainu, jsou často úzce spjaty s těžkým alkoholizmem (Gossop et al., 2006).

Těžký alkoholismus může zhoršit jiné drogové problémy a nepříznivě ovlivnit výsledky léčby (Kreek, 1981; McLellan, 1983; Joe et al., 1991; McKay et al., 1999). Zvláště riskantní je pro mnoho injekčních uživatelů drog, kteří jsou nakaženi hepatitidou typu C. Pro klienty s problémy s polymorfním užíváním drog může být speciální plán léčby nezbytný (Strain et al., 1991).

Účinek protidrogové léčby na pití alkoholu je mnohdy slabý a řada alkoholiků dosáhne v porovnání se stavem před léčbou jen malé, nebo vůbec žádné změny (Gossop et al., 2000). V tomto ohledu jsou výsledky studie NTORS v souladu s výsledky rozsáhlých studií zaměřených na výsledky léčby v USA (Simpson a Lloyd, 1981; Lehman a Simpson, 1990; Hubbard et al., 1989). Uživatelé drog, kteří byli závislí na alkoholu, a ti, kteří na alkoholu závislí nebyli,

3 Pozn. editora českého vydání: V původním originálním textu je používán termín „multiple substance use“. V českém překladu používáme výraz „polymorfní užívání drog“. V anglickojazyčné odborné literatuře se v této souvislosti objevuje rovněž pojem „polydrug use“, v české literatuře také pojem „polyvalentní užívání drog“.

4 Studie NTORS (National Treatment Outcome Research Study) byla zadána pracovní skupinou vlády (Government Task Force) a financována ministerstvem zdravotnictví s cílem prozkoumat výsledky léčby u více než tisíce osob léčených z drogové závislosti v 54 léčebných zařízeních v celé Anglii během pětiletého období. Studie NTORS poskytuje významné důkazy o účinnosti národních programů protidrogové léčby a je v tomto přehledu několikrát citována.

vykazovali rozdíly ve výsledcích léčby (Chatham et al., 1997). Byla vyslovena domněnka, že problémům s pitím alkoholu byla při léčbě uživatelů nelegálních drog věnována nedostatečná pozornost a že je v této souvislosti třeba rozvinout a zlepšit hodnocení problémů s alkoholem a zlepšit jejich léčbu (Gossop et al., 2000).

Sociální problémy

Klienti užívající drogy často přicházejí do léčby se sociálními problémy. K těm může patřit bezdomovectví, anamnéza fyzického a sexuálního zneužívání, nezaměstnanost, nízké vzdělání a chudoba. Mezi nejnapadnější sociální problémy patří páchaní trestné činnosti. Vysoká míra kriminálního chování je mezi drogově závislými pacienty běžná. Nejčastějším typem trestné činnosti je některá z forem krádeže v souvislosti s potřebou opatřit si drogy. Jedním z nejběžnějších trestných činů jsou krádeže v obchodech (Stewart et al., 2000). Vysoká míra kriminálního chování se odráží i ve vysokém počtu kontaktů s trestněprávním systémem. Tato kriminalita a s ní související požadavky na trestněprávní systém představují pro společnost značné břemeno.

V průběhu protidrogové léčby a po ní byl u pacientů zjištěn významný pokles majetkové trestné činnosti, jako jsou krádeže v obchodech, jiné formy krádeže, vloupání a loupeže (Hubbard et al., 1989, 1997; Ball a Ross 1991; Marsch 1998; Simpson et al., 2002).

Studie NTORS zaznamenala významný pokles počtu trestných činů během roku následujícího po léčbě a toto snížení se podařilo udržet po dobu čtyř až pěti let (Gossop et al., 2003). Pokles byl zjištěn jak v počtu majetkových trestných činů, tak u trestných činů souvisejících s prodejem drog. Pokles kriminality byl zjištěn jak u kriminálního chování uváděného samotnými klienty, tak v počtu prokázaných trestných činů (Gossop et al., 2005).

Problémy duševního zdraví

Ve spojení s problémovým užíváním drog se mnohdy vyskytují psychické poruchy a onemocnění. Prevalence úzkostných a depresivních poruch je mezi uživateli drog v léčbě vyšší než v běžné populaci (Kessler et al., 1994; Farrell et al., 1998). V některých studiích přibližně polovina léčených uživatelů drog závislých na opiátech nebo kokainu uvádí alespoň jednu epizodu deprese v životě, přičemž asi třetina trpěla depresí při příjmu do léčby (Kleinman et al., 1990a). Národní studie zkoumající klienty nastupující do léčby ve Spojených státech uváděla u čtvrtiny až poloviny sledovaného vzorku depresivní nebo sebevražedné myšlenky (Hubbard et al., 1989).

Vysoký výskyt psychiatrických symptomů byl zjištěn při vstupu uživatelů drog do programů protidrogové léčby v celé Anglii, přičemž přibližně každý pátý klient se již dříve léčil s jiným psychiatrickým problémem, než bylo užívání drog (Marsden et al., 2000).

Infekce přenášené krví

Sdílení injekčního náčiní může vést k přenosu HIV a dalších infekcí přenášených krví. Vedle přímého sdílení jehel a injekčních stříkaček hrozí injekčním uživatelům drog riziko při nepřímých formách sdílení, jako je například sdílení roztoku („backloading“), a riziko při kontaktu s kontaminovanými lžicemi, filtry a vodou na proplach (Gossop et al., 1994).

Problémy spojené s HIV infekcí mezi injekčními uživateli drog jsou dobře známé. Mezi injekčními uživateli drog je vyšší výskyt hepatitidy B (VHB) a hepatitidy C (VHC). Mezi londýnskými uživateli drog závislými na opiátech bylo 86 % séropozitivních na VHC a 55 % séropozitivních na VHB (Best et al., 1999). Ve studii uživatelů drog závislých na opiátech, kteří docházeli do metadonového programu, byla zjištěna prevalence markerů předchozí infekce VHC u 80 % a VHB u 50 % z nich (Noble, 2000). Mezi počtem let injekčního užívání drog a výskytem hepatitidy byla zjištěna významná korelace.

Úmrtnost

Těžký alkoholismus je rizikovým faktorem úmrtnosti mezi uživateli drog nakaženými virem VHC. V případě jedinců s chronickou nákazou VHC je i mírná spotřeba alkoholu spojena se zvýšeným rizikem virémie a fibrózy jater (Pessione et al., 1998).

Úmrtí uživatelů drog mají mnoho příčin, k nimž patří nehody, sebevraždy, násilí, AIDS, různá onemocnění související s drogami a další nemoci (Rivara et al., 1997; Rossow a Lauritzen, 1999; Hulse et al., 1999). Uživatelé drog mají sice větší povědomí o HIV a AIDS jako možných příčinách smrti, ale nadále mezi nimi zůstává jednou z nejčastějších příčin úmrtí předávkování (Ghodse, 1978; Powis et al., 1999; Strang et al., 1999; Frischer et al., 1993). Úmrtnost v kohortě pacientů studie NTORS byla 1,2 % ročně (Gossop et al., 2001). Většina úmrtí (68 %) souvisela s předávkováním. V posledních letech byl sledován nárůst počtu úmrtí z předávkování mezi uživateli drog i v několika dalších zemích (Neeleman a Farrell, 1997; Hall, 1999).

Případy předávkování se běžně připisují užívání opiátů, ale s vyšší pravděpodobností k nim dochází při užití opiátů v kombinaci s alkoholem nebo jinými sedativy (Darke a Zador, 1996).

K předávkování drogami může dojít buďto náhodně, nebo záměrně s cílem spáchat sebevraždu, což může souviset s psychiatrickými problémy – zvláště s depresivními poruchami. Asi jedna třetina klientů NTORS uvažovala v době přijetí do léčby o sebevraždu (Gossop et al., 1998). Ve studii nefatálních předávkování uvedlo 10 % uživatelů heroinu, že se předávkovali úmyslně (Gossop et al., 1996). Má se za to, že hranice mezi náhodným a záměrným předávkováním je velmi tenká (Farrell et al., 1996).



FARMAKOTERAPIE

Metadon

Metadonová léčba je na celém světě nejrozšířenějším typem léčby závislosti na opiátech (Kreek a Vocci, 2002).

Metadonové kliniky dosahují vyšší podíl klientů, které se daří udržet v léčbě, než je tomu v případě jiných léčebných modalit pro obdobné klienty. Ačkoli dávkování metadonu je třeba klinicky monitorovat a individuálně optimalizovat, klienti mají lepší výsledky, pokud jsou stabilizováni spíše na vyšších než nižších dávkách v rozsahu typického dávkování v současnosti. Po ukončení metadonové léčby mají klienti, kteří zůstali v léčbě déle, lepší výsledky než klienti, kteří absolvovali kratší léčebné programy (Institute of Medicine, 1990).

Metadonová udržovací léčba (methadone maintenance treatment, MMT) byla po dobu čtyř desetiletí předmětem rozsáhlých studií v různých zemích s různými skupinami léčených osob. Představuje nejdůkladněji vyhodnocený způsob léčby drogové závislosti. Ve svém přehledu rozsáhlých publikovaných hodnocení MMT došla zpráva amerického Institute of Medicine (1990a) k závěru, že MMT vykazuje v průměru lepší výsledky (vyjádřeno mírou užívání nelegálních drog a mírou dalšího kriminálního chování), než je tomu v ostatních porovnávaných skupinách pacientů, kteří neabsolvovali žádnou léčbu nebo absolvovali jen detoxifikaci nebo metadonovou redukční léčbu (methadone reduction treatment, MRT), nebo byli z léčebného programu vyloučeni či byl program ukončen.

Co se týče HIV/AIDS, metadonová udržovací léčba prokazatelně vede ke snížení rizikového chování v souvislosti s přenosem HIV a k nižší sérokonverzi HIV (Gibson et al., 1999; Marsch, 1998; Ward et al., 1998; Sorensen a Copeland, 2000). Mezi klienty ve studii NTORS došlo po absolvování léčby k podstatnému snížení výskytu injekčního užívání drog, sdílení injekčního náčiní (a nechráněného pohlavního styku) (Gossop et al., 2002).

V metaanalýze studií metadonové udržovací léčby vykazovaly výsledky konzistentní, statisticky významný pokles užívání nelegálních opiátů, nižší výskyt chování s rizikem přenosu HIV a pokles drogové a majetkové kriminality (Marsch, 1998).

V praxi se metadonová udržovací léčba vyskytuje v nejrůznějších podobách. Programy se liší svou strukturou, procedurami i vlastní praxí. Rozdíly existují např. v počtu léčených pacientů, ve druhu a kvalifikaci personálu, v množství a typu poskytovaných poradenských a zdravotních služeb, v dávkách metadonu, v pravidlech pro testování moči, v poskytování metadonu k užití doma a v mnoha dalších aspektech léčby (Gossop a Grant, 1991; Ball a Ross, 1991; Stewart et al., 2000b).

Dávkování

Kliniky se značně liší ve velikosti průměrné předepisované dávky metadonu. Mezi pacienty přijatými do metadonových programů v roce 1995 byla počáteční denní dávka 48 mg: dvě třetiny klientů dostávaly metadon v dávkách 30 mg až 60 mg; 20 % klientů dostávalo dávky 60 mg nebo více a 13 % dostávalo dávky 30 mg nebo nižší (Gossop et al., 2001). Obdobná situace v dávkování byla ve Spojených státech (Strain, 1999).

V randomizované dvojité slepé studii, která srovnávala střední a vysoké dávky metadonu, vykazovali pacienti, kteří dostávali dávky v rozmezí 80 mg až 100 mg, výraznější pokles míry užívání heroínu než skupina pacientů, která dostávala středně vysoké dávky v rozmezí 40 mg až 50 mg (Strain et al., 1999). Obě skupiny vykazovaly podstatný a významný pokles míry užívání nelegálních drog ve srovnání s mírou jejich užívání před léčbou. Co se týká udržení pacientů v léčbě, nebyl mezi skupinou s vysokými dávkami a skupinou se středními dávkami žádný rozdíl. Mezi klienty ve studii NTORS, kteří absolvovali metadonovou udržovací léčbu, byl pokles v nelegálním užívání heroínu spojen s vyššími dávkami metadonu a s vyšší mírou udržení pacientů v léčbě (Gossop et al., 2001).

Jsou k dispozici souhrnné přehledy vědecké literatury, které zkoumaly vztah mezi dávkou metadonu a výsledkem léčby (Cooper et al., 1983; Ward et al., 1992, 1998). Tyto přehledy došly k závěru, že léčba dosahuje lepších výsledků při užívání dávek 50 mg nebo vyšších ve srovnání s nižšími dávkami metadonu. Podle závěrů těchto přehledů neexistují žádné důkazy nasvědčující tomu, že by dávkování metadonu vyšší než 100 mg denně představovalo pro většinu pacientů jakýkoliv přínos, nicméně dosud byl proveden jen poměrně malý počet studií zaměřených na vysokodávkovou metadonovou léčbu.

Důkazy jak z randomizovaných kontrolovaných studií, tak z observačních studií ukazují lepší výsledky v programech, kde byla většina pacientů udržována na dávce v rozmezí 50 mg až 100 mg denně (Ward et al., 1998). Je však možné, že někteří pacienti mohou být úspěšně udržováni i na nižších dávkách, zvláště pokud jsou více motivováni ke změně a jsou psychicky stabilnější (Schut et al., 1973; Williams, 1971). Bylo také zjištěno, že s vyššími dávkami metadonu a delším trváním léčby je spojen nižší výskyt nákazy HIV (Hartel a Schoenbaum, 1998).

Metadonová redukční léčba

Metadonová redukční léčba (methadone reduction treatment, MRT) se ve Spojeném království hojně používá řadu let (Seivewright, 2000). Obvykle spočívá v předepisování metadonu po relativně dlouhou dobu, přičemž se předpokládá, že dávka se bude postupně snižovat a že pacient nakonec přestane metadon užívat úplně a dosáhne tak abstinence od opiátů.

MRT je obdobou programů v jiných zemích, jako jsou metadonové programy postupné detoxifikace (Senay et al., 1977) a 90denní nebo 180denní detoxikační programy, které byly zavedeny v Spojených státech (Iguchi a Stitzer, 1991; Reilly et al., 1995; Sees et al., 2000). Ty bývají někdy označovány jako programy „od udržovací léčby k abstinenci“ („maintenance to abstinence“) nebo „od metadonu k abstinenci“ („methadone to abstinence“).

Několik studií ukazuje podobná zlepšení z hlediska užívání drog a dalšího problémového chování jak po metadonové udržovací léčbě, tak po metadonové redukční léčbě (Strang et al., 1997; Gossop et al., 2000a). Zdálnivá podobnost léčebných výsledků může být způsobena tím, že mnoho pacientů v redukční léčbě *de facto* dostává udržovací dávku. Tento „posun k udržovací léčbě“ popisuje Seivewright (2000).

Při dalším zkoumání toho, jak metadonová léčba u pacientů skutečně probíhá, bylo zjištěno, že MRT nebyla mnohdy realizována podle zamýšleného záměru (Gossop et al., 2001). Zatímco většina (70 %) pacientů zařazených do MMT dostávala udržovací dávky, pouze asi třetina (36 %) pacientů zařazených do MRT dostávala postupně snižované dávky. Mnoho pacientů, kteří nedostávali při MRT postupně snižované dávky, tak absolvovalo určitou formu udržovací léčby.

V případech, kdy byla MRT realizována podle záměru, byla spojena s nevalnými výsledky. U pacientů, kteří absolvovali MRT, se zjistilo, že čím intenzivněji byly jejich dávky snižovány, tím horších dosahovali výsledků. Konkrétně to znamená, že čím rychleji byla snižována dávka metadonu, tím horší byly výsledky z hlediska jejich užívání heroinu. Studie v jiných zemích rovněž zjistily horší výsledky u pacientů, kteří absolvovali udržovací léčbu orientovanou na abstinenci oproti časově neomezené udržovací léčbě (Capelhorn et al., 1994).

Pacienti v MMT vykazovali významně vyšší snížení míry užívání nelegálních opiátů než pacienti ve 180denní MRT (Masson et al., 2004). Tento závěr podporuje i rozsáhlý přehled literatury, která dochází k závěru, že MMT vede k lepším výsledkům z hlediska užívání nelegálních drog a míry kriminálního chování než MRT (zpráva US Institute of Medicine, 1990a).

Užívání pod dohledem

Ve Spojeném království je rozšířenou praxí vydávat předpisy na metadon, který je určen k domácímu užití bez dohledu. V mnoha jiných zemích jsou substituční látky v udržovací léčbě obvykle (nebo vždy) podávány jen pod přímým dohledem a možnost získat metadon k domácímu užití je považována za privilegium, které je udělováno pouze těm pacientům, kteří prokázali svou schopnost vyhnout se užívání nelegálních drog a dosahují lepších výsledků i v jiných oblastech. Výsledky studií ve Spojených státech a v jiných zemích je proto třeba interpretovat se zřetelem k této skutečnosti (tj. že se týkají metadonové léčby v podmínkách podávání metadonu pod dohledem).

Jedním z dopadů vydávání metadonu k aplikaci bez dohledu je vznik nelegálního trhu, na kterém se metadon zneužívá a prodává. Odhady podílu pacientů v metadonové léčbě, kteří předepsanou substituční látku prodávají, se pohybují v rozmezí 5 % až 34 % (Fountain et al., 2000). Téměř polovina uživatelů drog nastupujících do metadonových programů ve studii NTORS uvedla, že během posledních 90 dnů před zahájením léčby užíla metadon, který jim nebyl předepsán (Gossop et al., 1998).

Metadon vydávaný každodenně méně často předepisují praktičtí lékaři než kliniky (Gossop et al., 1999). Praktičtí lékaři rovněž méně často využívají podávání metadonu pod dohledem, ať už v ordinaci, nebo pod dohledem lékárníka. Praktičtí lékaři a kliniky se rovněž liší v předepisování formy metadonu. Téměř všichni pacienti na klinikách dostávají metadon jako roztok pro orální užití. Pacienti léčení praktickými lékaři dostávají metadon ve formě tablety příbližně v jednom ze šesti případů.

Podávání metadonu pod dohledem je ve Spojeném království značně nejednotné (Strang a Sheridan, 1998). Tato nejednotnost se ukazuje jako nevyhovující.

Existuje široká shoda v tom, že podávání metadonu pod dohledem snižuje únik drogy na černý trh (Roberts a Hunter, 2004). Pro potvrzení tohoto efektu však existuje málo přímých důkazů. Průzkum prováděný ve skupinách uživatelů drog zjistil, že podávání metadonu pod dohledem je chápáno jako důležitý prvek bezpečné, účinné a odpovědné preskripce a uživatelé drog jej byli ochotni obecně přijmout (Stone a Fletcher, 2003).

Injekční metadon

Předepisování metadonu v injekční formě pacientům závislým na opiátech se datuje od nejranější historie britských protidrogových klinik. Tato praxe je mimo Spojené království prakticky neznámá.

V polovině 70. let 20. století byl metadon určený k injekčnímu podání na britských protidrogových klinikách nejčastěji předepisovanou lékovou formou metadonu (Mitcheson, 1994). Průzkum z roku 1995 (Strang a Sheridan, 1998) zjistil, že 10 % veškerého předepsaného metadonu pro závislé pacienty tvořily předpisy na jeho injekční formu (Strang et al., 1996).

Jedna studie zjistila, že více než jedna třetina pacientů závislých na opiátech by dávala přednost (pokud by tu možnost měli) metadonu v injekční formě před diamorfinem¹ v injekční formě (Metrebian et al., 1998).

Studie na pacientech závislých na opiátech, kteří dostávali předpisy na opiáty v injekční formě (buď injekčně podávaný heroin, nebo injekčně podávaný metadon), zjistila, že i když míra udržení pacientů v léčbě byla uspokojivá, jen málo důkazů nasvědčovalo změnám v chování těchto injekčních uživatelů a někteří pacienti i nadále pokračovali v rizikových injekčních praktikách (Battersby et al., 1992). Vedle toho se zhoršila stabilita života 20 % pacientů ze sledovaného vzorku, i když na druhou stranu více než třetina dalších pacientů ze souboru byla hodnocena tak, že během sledovaného období dosáhla ve svém životě pozitivních změn. Co se týká přínosu, nebo naopak škod v důsledku této intervence, výsledky nebyly jednoznačné.

V otevřené klinické studii byl pacientům dlouhodobě závislým na opiátech, kterým standardní léčba (obvykle perorálně podávaný metadon) nepomáhala, předepisován metadon v injekční formě (Sell et al., 2001). V průběhu léčby byla hlášena nízká míra rizikových injekčních praktik a nízká míra rizikového sexuálního chování. Znepokojujícím zjištěním této studie bylo to, že mnozí pacienti si předepsanou drogu aplikovali injekčně do stehenní žíly (do třísla) a místa vpichu nestřídali.

Randomizovaná klinická studie, která porovnávala odezvu udržovací metadonové léčby ambulantně léčených pacientů závislých na opiátech při perorálním podávání metadonu pod dohledem oproti injekčnímu podávání metadonu pod dohledem, zjistila, že obě skupiny při

¹ Pozn. editora českého vydání: Diamorfin neboli diacetylmorfin, neboli heroin.

následné kontrole vykazovaly významná snížení míry užívání drog a dalšího problémového chování (Strang et al., 2000). Pacienti, kteří dostávali udržovací dávku metadonu injekčně, uváděli vyšší míru spokojenosti s léčbou než pacienti, kteří dostávali udržovací dávku perorálně. Náklady na podávání metadonu v injekčním formě byly podle odhadu asi pětinasobně vyšší než v případě perorálně podávaného metadonu.

Heroin

Jen malému počtu pacientů závislých na opiátech je v současnosti v Británii předepisován heroin v injekční formě. Většina lékařů oprávněných heroin předepisovat to považuje za vhodné pouze pro některé případy (Sell et al., 1997).

Dřívější studie ze Spojeného království sledující předepisování heroínu (Hartnoll et al., 1980; Gossop et al., 1982; Battersby et al., 1992; Metrebian et al., 1998) neukázaly žádné jasné nebo konzistentní přínosy. Například při porovnání preskripce perorálně podávaného metadonu a injekčně podávaného heroínu neukázaly výsledky jasné přednosti jednoho přístupu oproti druhému (Hartnoll et al., 1980).

V nedávné švýcarské studii byli pacienti stabilizováni (typicky) dávkami 500 mg až 600 mg heroínu denně. Předepisován byl také metadon k perorálnímu podání, pokud pacient nemohl nebo nechtěl docházet na kliniku, kde mohl dostat heroin. Injekce heroínu byly podávány pod dohledem a nesměly být odnášeny domů. Vedle heroínu k injekčnímu podání obsahoval soubor léčebných intervencí také poradenství a další formy psychosociální péče. Nábor pacientů, jejich udržení v léčbě a dodržování léčebného režimu bylo lepší u těch, kteří dostávali injekčně heroin, než u těch, kteří dostávali perorálně metadon (Uchtenhagen et al., 1999).

U pacientů, kteří dostávali heroin na předpis, bylo zjištěno snížení míry nelegálního užívání heroínu a kokainu, i když snížení míry užívání ostatních nelegálních drog bylo méně výrazné. Užívání nepředepsaných benzodiazepinů klesalo jen pomalu a užívání alkoholu a konopí nepokleslo téměř vůbec. Došlo k poklesu kriminálního chování. V některých případech nastalo zlepšení velmi brzy po zahájení léčby. V jiných případech se zlepšení projevilo teprve po několika měsících léčby.

Novější studie v Nizozemsku hodnotila účinky dvanáctiměsíční udržovací léčby perorálně podávaným metadonem a současně předepisovaným heroinem oproti standardní udržovací léčbě pouze perorálně podávaným metadonem. Sledovanou populaci tvořili chroničtí pacienti v metadonových programech závislí na heroinu. Pacienti, kterým byl předepisován heroin, vykazovali zlepšení tělesného zdraví, duševního stavu a sociálního fungování. Ke zlepšení často docházelo v rané fázi léčby. Je překvapivé, že míra udržení pacientů v léčbě byla po 12 měsících vyšší ve skupině pacientů, kteří užívali pouze metadon (86 %), než ve skupině pacientů, kteří dostávali heroin (70 %).

Buprenorfin

Buprenorfin je smíšený agonista/antagonista opioidních receptorů. Při sublingválním podání je rychle absorbován sliznicí dutiny ústní. Potenciální výhodou buprenorfinu je to, že může být podáván jednou za dva až tři dny, aniž ztrácí svůj farmakologický účinek.

Vysoké dávky buprenorfinu pro sublingvální podání byly schváleny pro udržovací léčbu v roce 1996 ve Francii, kde se buprenorfin předepisuje především ve službách primární péče (Barrau et al., 2001; Thirion et al., 2002). Podle nedávného odhadu se počet pacientů, kteří dostávají buprenorfin v rámci udržovací léčby v zařízeních primární péče, zvýšil ke konci roku 2000 na přibližně 80 000 (Vignau et al., 2001). Většina těchto pacientů dostávala buprenorfin v rámci dlouhodobé udržovací léčby (Fhima et al., 2001).

Z hlediska snížení míry užívání opiátů a udržení pacientů v léčbě je buprenorfin v udržovací léčbě přinejmenším stejně účinný jako metadon (Mattick et al., 1998; Johnson et al., 2000). Buprenorfin je bezpečnější než metadon z hlediska rizika předávkování, protože vyvolává relativně omezenou respirační depresi a je dobře snášen uživateli drog, u nichž se ještě nevytvořila závislost. Srdeční arytmie byly hlášeny jak v případě metadonu, tak v případě LAAM (alternativa metadonu), nikoli však v případě buprenorfinu (Krantz a Mehler, 2004).

Smíšené účinky buprenorfinu jako agonisty i antagonisty opiátových receptorů mohou rovněž vést k méně závažným abstinčním příznakům, než je tomu v případě heroínu nebo metadonu (Kosten et al., 1992). Buprenorfin je nasazován ke zvládnutí abstinčních příznaků při závislosti na opiátech jednak samostatně, jednak v kombinaci s dalšími léky. Pacienti závislí na opiátech, kteří byli zařazeni do detoxifikačního programu, kde jim byl podáván buprenorfin, vykazovali v jedné otevřené studii méně závažné abstinční příznaky a měli vyšší pravděpodobnost dokončení detoxifikace než ostatní pacienti, kterým byl podáván lofexidin (White et al., 2001).

Naltrexon a naloxon

Naltrexon je opioidní antagonist s dlouhodobým účinkem (může být podáván perorálně nebo jako implantát), který blokuje vznik euforie a dalších účinků opiátových agonistů, jakým je například heroín (Martin et al., 1973; O'Brien et al., 1975). Naltrexon může být podán k urychlení léčby abstinčních symptomů a může mít také potenciálně významnou úlohu v prevenci relapsu (Mello et al., 1981).

Farmakoterapie naltrexonem představuje v zásadě téměř ideální léčbu závislosti na opiátech. Naltrexon selektivně obsazuje opioidní receptory, brání navození pocitu odměny z užití drog a zabraňuje vzniku opětovné fyzické závislosti. Naltrexon je orálně aktivní, potentní a může být podáván v režimu třikrát týdně. Protože nevyvolává stav opojení, má nízký potenciál zneužití, způsobuje malé problémy s únikem na černý trh (Kleber et al., 1985).

Obecně má při doporučeném dávkování (50 mg denně) jen málo vedlejších účinků, i když někteří detoxifikovaní pacienti závislí na heroinu uvádějí nepříjemné účinky podobné abstinčním příznakům, jako jsou například dysforie, ztráta energie, deprese a gastrointestinální potíže (Crowley et al., 1985; Hollister et al., 1981).

Naltrexon navzdory předpokladům dosud nesplnil očekávání, která do něj byla zprvu vkládána, a v klinické praxi v léčbě závislosti na heroinu má jen malý vliv. Naltrexon je drahý lék a v případě omezených finančních zdrojů může být jeho nákladnost překážkou. Snad ještě významnější je skutečnost, že pacienti se zdráhají naltrexon užívat nebo jej zcela odmítají. Jen malá část z celkového počtu pacientů závislých na opiátech, kteří vyhledají léčbu, je ochotna jej užívat (Greenstein et al., 1984).

Problémem je také vysoký počet pacientů, kteří léčbu naltrexonem nedokončí (Greenstein et al., 1981; National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists, 1978). V nedávné australské studii bylo ochotno absolvovat léčbu naltrexonem 30 % uživatelů opiátů v souboru: z nich setrvala v léčbě po dobu dvanáctidenního programu méně než třetina (Tucker et al., 2004).

Míra udržení pacienta v léčbě se může zlepšit, pokud je podávání naltrexonu spojeno s motivačním programem, který je založen na systému odměňování (Grabowski et al., 1979; Rounsaville, 1995).

Bylo zjištěno, že naltrexon dobře účinkuje na vysoce motivované pacienty závislé na opiátech a na pacienty s dobrou sociální integrací a sociálním zázemím (O'Brien, 1994; Tennant et al., 1984; Washton et al., 1984; Ling a Wesson, 1984).

Obavy vzbuzuje možná hepatotoxicita naltrexonu (Maggio et al., 1985; Pfohl et al., 1986). Opatrnost je na místě, je-li naltrexon užíván při léčbě drogové závislosti, protože mnoho pacientů závislých na drogách trpí onemocněním jater v souvislosti s virovou hepatitidou. Jestliže je naltrexon podáván pacientům s mírnou poruchou jaterní funkce, měla by základní laboratorní vyšetření zahrnovat baterii jaterních testů v plném rozsahu a pravidelné následné testy (O'Brien a Cornish, 1999). Zvýšená hladina transaminázy (biochemický ukazatel zhoršené funkce jater) obvykle nebyla v souvislosti s užíváním naltrexonu pozorována při nižších dávkách a u drogově závislých pacientů (Marrazzi et al., 1997).

Preskripce naltrexonu pravděpodobně nebude účinná jako samostatná léčba a doporučuje se, aby byla součástí komplexnějšího léčebného programu (Resnick et al., 1979; O'Brien a Cornish, 1999; Rounsaville, 1995).

Antagonistické drogy jako naloxon mohou být zpřístupněny pacientům užívajícím opiáty jako veřejnězdravotní opatření snižující riziko úmrtí z předávkování opioidy. Pacienti užívající drogy se k podávání naloxonu staví kladně a většina těch, kdo v minulosti byli svědky smrtelného předávkování, by byla ochotna naloxon podat, pokud by byl k dispozici (Strang et al., 1999). Tato studie odhadla, že nejméně dvě třetiny případů úmrtí z předávkování, u kterých byl přítomen svědek, by bylo možné odvrátit podáním naloxonu distribuovaného klientům, a doporučila realizovat experiment s distribucí naloxonu. Popisné zprávy ze dvou pilotních projektů zaměřené na podávání klientům poskytovaného naloxonu nasvědčují tomu, že na-

loxon se v případě rizik užívá náležitým způsobem a může tak zachránit lidské životy (Detmer et al., 2001).

Předepisování stimulancií

V několika specializovaných centrech bylo vyzkoušeno předepisování amfetaminu s určitým monitorováním postupů a výsledků (Fleming a Roberts, 1994; Myles, 1997). Také občas dochází k předepisování amfetaminu všeobecnými lékaři. Odhaduje se, že ve Spojeném království absolvovalo nějakou formu substituční udržovací léčby amfetaminem až 900 až 1000 pacientů (Strang a Sheridan 1997), což znamená, že preskripce stimulancií je přibližně třikrát rozšířenější než předepisování heroínu.

Předepisování stimulancií pro účely udržovací léčby představuje sporný postup, o němž je známo jen málo. Rané pokusy léčit pacienty užívající stimulantia předepisováním metamfetaminu v ampulích byly považovány za „většinou neúspěšné“ a označovány jako „selhání léčby“ (Mitcheson et al., 1976; Gardner a Connell, 1972).

Byla vyslovena domněnka, že preskripce by měla být časově omezená a vyhrazena pouze těm, kdo užívají amfetamin jako hlavní drogu a vyznačují se intenzivním a problémovým užíváním (Flemming, 1998). V minulosti se podával předepisovaný dexamfetamin jako perorální roztok několikrát týdně.

Při porovnání léčené skupiny, která dostávala dexamfetamin, s kontrolní skupinou se zjistilo, že preskripce amfetaminu zřejmě zlepšuje kontakt s léčebným programem a zvyšuje udržení pacientů v léčbě (McBride et al., 1997). Léčená skupina méně užívala nelegální drogy a vykazovala během léčby pokles míry injekčního užívání drog.

V Austrálii byl předepisován v nízkých dávkách dexamfetamin k perorálnímu podání, přičemž se uvádělo jen málo nepříznivých účinků (Shearer et al., 2001). Tato léčba vedla k uspokojivé míře udržení pacientů v léčbě a dodržování léčebného režimu s vyšší pravděpodobností řádné docházky na poradenské konzultace a většího počtu schůzek než u kontrolní skupiny.



PSYCHOLOGICKÁ LÉČBA

Na základě předpokladů, teorií a tradičních závěrů psychologického výzkumu, a zvláště pak na základě teorie sociálního učení vznikla řada léčebných postupů. Ty bývají různě označovány jako kognitivně-behaviorální léčba nebo psychosociální léčba.

Motivační rozhovory

Motivační rozhovor se původně používal v léčbě problémových uživatelů alkoholu (Miller, 1983), ale také se aplikoval při léčbě zneužívání nelegálních drog.

Mnoho postupů v rámci léčby drogové závislosti vychází z toho, že uživatel drog nejprve přijme závazek, že se chce změnit. Motivační rozhovor předpokládá, že uživatel drog v léčbě zůstává ke svému návykovému chování ambivalentní postoj, a motivační rozhovor se vymezuje jako „přístup, který má pomoci klientům přijmout závazek a dosáhnout rozhodnutí provést změnu“ (Miller a Rollnick, 1991).

Motivační rozhovor je vnímán spíše jako poradenský styl než jako léčebná procedura (Rollnick, 2001). Je považován za užitečný nástroj v mnoha etapách léčby, zvláště v těch raných, kdy uživatelé drog teprve začínají přijímat závazky spojené s léčbou nebo změnou jejich chování. Bylo zjištěno, že motivační rozhovor je přínosnější pro pacienty s nižší výchozí úrovní motivace ke změně než pro pacienty s vyšší výchozí motivací (Rohsenow et al., 2004).

Slibné výsledky byly zjištěny při léčbě různých skupin pacientů. Při srovnání standardní vstupní diagnostiky se vstupní diagnostikou rozšířenou o motivační rozhovor měli uživatelé drog, kteří navíc absolvovali motivační rozhovor, vyšší pravděpodobnost docházky na následná terapeutická sezení (Carroll et al., 2001). Pacienti závislí na opiátech, kteří docházeli na kliniku do metadonového programu a zároveň byli zařazeni do skupiny, ve které probíhaly motivační rozhovory, vykazovali ve srovnání s kontrolní skupinou, ve které motivační rozhovory neprobíhaly, větší snahu o naplnění cílů léčby, lépe dodržovali léčebný režim, vykazovali méně problémů s opiáty a méně relapsů (Saunders et al., 1995).

Ambulantně léčení pacienti trpící depresemi a závislí na kokainu měli vyšší pravděpodobnost, že setrvají v léčbě, dokončí program a budou mít po léčbě méně psychických problémů, pokud absolvovali v rámci léčby motivační rozhovory – oproti pacientům, kteří se účastnili „obvyklého“ programu léčby (Daley et al., 1998). Pacienti užívající amfetaminy náhodně zařazení do léčebného programu s motivačními rozhovory a s nácvikem psychosociálních dovedností měli vyšší pravděpodobnost, že začnou abstinentovat nebo že u nich dojde k výraznějšímu poklesu míry užívání drogy než osoby zařazené do kontrolní skupiny, ve které byla použita svépomocná brožura (Baker et al., 2001). Dospělí, kteří vyhledali léčbu kvůli problémovému užívání konopí, vykazovali výraznější pokles míry užívání drogy a souvisejících problémů po absolvování motivačního rozhovoru než kontrolní skupina s oddálenou léčbou (Stephens et al., 2000). Ve studii pacientů užívajících drogy, kterým uložil soud povinnou léčbu, měli vyšší pravděpodobnost docházky na léčebná sezení a dokončení programu ti, kdo absolvovali motivační rozhovor (Lincourt et al., 2002).

Ne všechny studie přinesly kladné výsledky. V jedné studii na souboru pacientů užívajících drogy, kteří vyhledali léčbu, nevykázala krátká intervence v podobě motivačního rozhovoru prováděného na základě příručky větší účinek, když byla přidána k běžné léčbě (Miller et al., 2003).

Systematický přehled 29 randomizovaných studií, které se zabývaly intervencemi v podobě motivačních rozhovorů zaměřených na čtyři oblasti chování (zneužívání drog, rizikové chování z hlediska přenosu HIV, kouření a stravovací návyky s cvičením) zjistil zlepšení nejméně v jedné z těchto oblastí v 60 % těchto studií (Dunn et al., 2001). Když byly motivační rozhovory uplatněny v léčbě pacientů užívajících drogy, téměř tři čtvrtiny studií (11/15) uváděly významné zlepšení výsledků léčby. Metaanalýza kontrolovaných studií rovněž zjistila, že pacienti, kteří podstoupili intervence s využitím motivačních rozhovorů, vykazovali lepší výsledky než srovnávací neléčená skupina nebo skupina, ve které bylo použito placebo – zlepšení se objevovalo v oblasti snížení míry problémového užívání látek, nikoli však v oblasti poklesu rizikového chování z hlediska přenosu HIV (Burke et al., 2003).

V nedávné komplexní metaanalýze 72 klinických studií, které se zabývaly řadou nejrůznějších problémů, zjistili Hettema et al. (2005), že intervence pomocí motivačních rozhovorů často vedou ke zlepšení výsledků, a to jak v případě, kdy jsou realizovány jako samostatná léčba, tak i v případě, že jsou součástí jiných typů léčby. Uvedli však také, že motivační rozhovory nevedou k trvalému zlepšení výsledků a že účinnost motivačních rozhovorů je značně proměnlivá napříč poskytovateli léčby, léčenými populacemi, cílovými oblastmi problémů a prostředím, ve kterých léčba probíhá. Stejně jako u ostatních způsobů léčby nejsou dobře známy „účinné složky“ motivačních rozhovorů. Je zajímavé, že počet léčebných komponentů specifických pro motivační rozhovory nesouvisí s dosaženou mírou účinku léčby. Motivační rozhovory jsou podle zjištění také méně účinné, jestliže jsou realizovány na základě metodické příručky.

Vystavování spouštěčům (technika vyhasínání)

Metody vystavování pacienta spouštěčům (cue exposure)¹ vycházejí z klasického modelu učení podmiňováním a jsou prosazovány jako potenciálně účinné prostředky léčby závislosti (Heather a Bradley, 1990; Drummond et al., 1995; Conklin a Tiffany, 2002).

Užívání drog a relaps jsou mnohdy ovlivněny sociálními a jinými zevními podněty, které jsou podmíněny různými aspekty chování uživatelů drog. Tyto podmíněné podněty vyvolávají podmíněné reakce, které dále pravděpodobně povedou k vyhledání a užití drogy a které může uživatel považovat jako „bažení“. Užití nelegálních drog v průběhu léčby mnohdy souvisí s tím, že uživatel drog je vystaven působení spouštěčů souvisejících s drogami a s nimi asociovanému nutkání drogy užít (Unnithan et al., 1992).

¹ Pozn. editora českého vydání: Anglický výraz „cue exposure“ znamená „vystavení/vystavování se spouštěčům“. Při opakované expozici dochází k tzv. habituaci - „vyhasínání“ míry úzkosti a bažení; někdy je tato metoda proto nazývána také „cue extinction“, česky „technika vyhasínání“ podnětů.

Při léčbě založené na technice vystavování spouštěčům je pacient obvykle opakovaně vystavován působení podnětů souvisejících s drogami, ale bez navození pocitu odměny, přičemž cílem je vyvolat postupné vyhasínání podmíněných reakcí na příslušné spouštěče. Tato technika se používá při léčbě uživatelů opiátů, kokainu, alkoholu a nikotinu. Léčba může spočívat v tom, že pacient je vystavován stejným podnětům, se kterými se při užívání drog setkával ve skutečnosti, jedná se např. o jehly a injekční stříkačky, samotné drogy apod. (Childress et al., 1984; Childress et al., 1986; McLellan et al., 1986). Expozice může rovněž zahrnovat symbolické nebo kognitivní spouštěcí podněty (např. představa nabízené drogy nebo pohled na fotografie či videozáznam zachycující užívání drog).

Bylo zjištěno, že pacienti závislí na kokainu vykazují významný pokles subjektivní a fyziologické reaktivity na podněty související s kokainem poté, kdy byli systematicky vystavováni nezesilujícím spouštěcím podnětům bez navození pocitu odměny (O'Brien et al., 1990). Ve studiích prováděných mezi uživateli drog, kteří byli na kokainu závislí, byly po 28 dnech léčby technikou vyhasínání zjištěny významné odezvy na spouštěče související s kokainem (Childress et al., 1988). Při práci s uživateli drog závislými na opiátech v udržovacím metadonovém programu byla u těch, kteří absolvovali léčbu technikou vyhasínání, zjištěna vyšší tolerance k subjektivnímu pocitu bažení a lepší klinické výsledky v dalším sledování (Childress et al., 1984 a 1988).

Takové účinky léčby nejsou vždy jednoduše přenosné do klinického prostředí. V randomizované klinické studii léčby pacientů závislých na heroinu pomocí techniky vyhasínání nevedlo vystavování podnětům v šesti sezeních po dobu tří týdnů k dosažení lepších výsledků ve srovnání se standardní obvyklou léčbou (Dawe et al., 1993). Obě skupiny – skupina léčená pomocí techniky vyhasínání i skupina léčená standardním způsobem – vykazovaly po léčbě významnou, nicméně obdobnou míru snížené reaktivity na spouštěče.

Spouštěče související s drogami nevedou spolehlivě k podmíněným reakcím. Bylo zjištěno, že subjektivní a fyziologická reaktivita na spouštěče související s drogami se liší jak v rámci jednotlivých studií, tak mezi nimi (Modesto-Lowe a Kranzler, 1999). Přibližně jedna třetina pacientů závislých na kokainu nevykazovala žádné bažení jako reakci na spouštěče související s drogami a dalších 16 % těch, kteří na takové spouštěče reagovali, nevykazovalo žádný nárůst míry bažení (Avants et al., 1995).

Citlivost na spouštěče nemusí být prediktorem budoucího užívání drog. Ve studii, kdy byli pacienti závislí na heroinu vystavováni spouštěčům, nebyl zjištěn žádný vztah mezi mírou bažení prožívanou před léčbou a po léčbě, a nebyly sledovány ani žádné rozdíly z hlediska míry užívání drog po absolvování léčby (Powel et al., 1993).

Literatura zůstává nadále nejednotná v tom, do jaké míry spouštěče vyvolávají reakci v podobě bažení a jaký je vztah mezi citlivostí na spouštěče a následným užíváním drog. V metaanalýze osmnácti studií, v nichž byla sledována technika vyhasínání, jen málo důkazů nasvědčovalo tomu, že technika vyhasínání je v léčbě drogové závislosti účinná (Conklin a Tiffany, 2002).

Incentivní terapie

Incentivní terapie (contingency management) vytváří systém pozitivních a negativních pobídek, které mají snížit atraktivitu pokračujícího užívání drog, a naopak jejich cílem je zvýšit atraktivitu abstinence, přičemž klient nese důsledky svého chování (Stitzer et al., 1989; Robles et al., 1999).

V těchto motivačních programech se k podpoře žádoucí změny chování používají různé typy odměn. V léčbě závislosti mnohdy zahrnují odměnu v podobě výhody dostávat metadon domů (Iguchi et al., 1996), nabídky peněz nebo poukázek s peněžní hodnotou (Hall et al., 1979) nebo zvýšení či snížení dávky metadonu (Stitzer et al., 1986). Ve studii preferencí pacientů byly mezi odměny, kterým pacienti dávají největší přednost, zařazeny jednak možnost dostávat metadon k domácí aplikaci, jednak zvýšení dávky metadonu (Chutuape et al., 1998). Ke zlepšení výsledků léčby se u drogově závislých pacientů používají rovněž peněžní pobídky (Silverman et al., 1996).

Podle zjištění jsou motivační programy založené na odměnách užitečným prostředkem k eliminaci nežádoucího chování, jako je například polymorfní užívání drog nebo porušování základních pravidel léčby, a zároveň je to prostředek k podpoře pozitivního chování, jako je například zapojení se do léčebných služeb nebo vyšší dochvilnost.

Některé motivační programy založené na odměnách pracují pouze s pozitivními pobídkami. Jiné uplatňují smíšený systém pozitivních i negativních pobídek. Při porovnání pozitivních a negativních pobídek se zjistilo, že jsou stejně účinné při snižování míry užívání drog, ovšem při užití pozitivních pobídek se daří udržet uživatele drog v léčbě delší dobu (Iguchi et al., 1988).

Výzkum ukázal, že motivační techniky založené na odměňování mohou být účinné při snižování míry užívání drog u pacientů na metadonu (Strain et al., 1999), včetně jejich užívání kokainu (Kidorf a Stitzer, 1993; Silverman et al., 1996) a benzodiazepinů (Stitzer et al., 1982). Řada motivačních intervencí spojených s odměňováním probíhá v udržovacích metadonových programech, protože dávka metadonu, četnost dávky nebo možnost dostávat metadon domů se jako motivační odměny přímo nabízejí.

Pobídky se ukázaly účinné v tom, že vedou ke zvýšení docházky na konzultační sezení. Pacienti v udržovacím metadonové léčbě se dostavili k většímu počtu sezení, když možnost dostávat dávky metadonu domů byla podmíněna docházkou, než když byla tato možnost nabízena nepodmíněně (Stitzer et al., 1977) nebo nebyla nabízena vůbec (Kidorf et al., 1994). Krátkodobý program motivační terapie založený na odměnách vedl mezi těhotnými ženami v metadonových programech ke zvýšení docházky do celodenní léčby a k vyšší míře abstinence od kokainu (Jones et al., 2001).

Bylo zjištěno, že poukázky jsou účinné při posílení abstinence od kokainu mezi ambulantně léčenými pacienty závislými na kokainu (Higgins et al., 1994). Pacienti byli náhodně zařazeni do behaviorálního programu, a to buďto s prvkem odměňování za abstinenci potvrzenou tes-

tem moči, nebo bez tohoto prvku. Pacienti ve skupině odměňované poukázkami dosahovali většího počtu bezprostředně po sobě následujících týdnů abstinence od kokainu než skupina poukázkami neodměňovaná, a více odměňovaných pacientů setrvalo v léčbě. V jedné studii, kde byli pacienti na metadonu užívající kokain náhodně zařazeni buďto do skupiny, která dostávala peněžní poukázky jako odměnu podmíněnou abstinencí od kokainu, nebo do kontrolní skupiny, dosahovali pacienti odměňovaní poukázkami delších období abstinence od kokainu než pacienti v kontrolní skupině (Silverman et al., 1996).

Motivační terapie založená na odměnách byla shledána užitečným způsobem léčby u pacientů „s nulovou odezvou“. Dokonce i v případě jinak nemotivovaných pacientů může značnému počtu z nich pomoci vzdát se drog, jestliže je hodnota odměny dostatečně vysoká. Například kombinace vysoké odměny (poukázky v hodnotě 100 dolarů) a nízké úrovně požadavku (dva dny abstinence) vedla k abstinenci u přibližně 80 % pacientů (Robles et al., 2000).

Metaanalýza třiceti studií došla k závěru, že k neúčinnějším odměnám pro uživatele drog v motivační terapii založené na odměnách mnohdy patří zvýšení dávky metadonu a výsada dostávat metadon domů (Griffith et al., 2000). Také délka časového úseku před vlastním udělením odměny byla významným faktorem. Okamžité udělení odměny a kombinace časových intervalů (udělení odměny jednak neprodleně, jednak s časovou prodlevou) měly podle zjištění větší léčebnou odezvu, než když byly odměny udělovány s časovou prodlevou.

Intervence v motivačních programech založených na odměňování byly neúčinnější, jestliže se soustředily na změnu užívání jedné nelegální drogy, než když se zaměřily na snížení míry užívání více drog. Dalším faktorem souvisejícím s účinností motivační terapie byla úroveň monitorování cílového vzorce chování. V případech, kdy byly monitorovány výsledky testů moči, byla účinnost motivační intervence vyšší při odběru tří vzorků za týden než při odběru menšího počtu vzorků moči za týden.

V mnoha studiích není uvedeno, zda byly poskytovány další podpůrné sociální služby, popřípadě v jakém rozsahu byly poskytovány. Důležitou otázkou, která zasluhuje další zkoumání, je, jak incentivní terapii co nejefektivněji začlenit do dalších psychosociálních nebo farmakologických způsobů léčby.

Prevence relapsu

Relaps představuje značný problém u každé návykové poruchy (Hunt et al., 1971; Marlatt a Gordon, 1985; Gossop et al., 1989a). Ve studii ambulantně léčených pacientů v metadonovém detoxifikačním programu byly případy relapsu ve smyslu opětovného užívání opiátů zcela běžné (Unnithan et al., 1992). Téměř polovina (40 %) pacientů se dostala do relapsu a užila nelegální opiát během prvních dvou týdnů po zahájení substitučního (detoxifikačního) programu, a to poté, kdy bylo dosaženo jen malého snížení dávky.

Prevence relapsu v sobě spojuje nácvik behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a změny životního stylu (Marlatt a Gordon, 1985). Hlavním cílem je naučit uživatele drog,

kteří se snaží změnit své chování spočívající v užívání drog, rozpoznávat, předvídat a zvládat tlaky a problémy, jež mohou vést k relapsu (Marlatt, 1985).

Existují tři faktory, které bývají obvykle spojovány s relapsem: poznávací schopnosti, negativní nálady a vnější události (včetně mezilidských vztahů) (Cummings et al., 1980; Bradley et al., 1989; Unnithan et al., 1992). Relapsu mohou předcházet také prožitky jako „nutkání“ (náhlý a neodbytný popud k nějakému jednání) nebo „bažení“ (subjektivní touha prožívat účinky určitého jednání) (Heather a Stallard, 1989). K většině relapsů mezi závislími na heroinu dochází ve společnosti dalších uživatelů drog nebo v sociálním kontextu souvisejícím s užíváním drog (Gossop et al., 1989).

U klientů, kterým se po léčbě dařilo vyvarovat relapsu ve spojitosti s užitím heroinu, byla zjištěna vyšší míra uplatňování kognitivních strategií, jako např. strategie odvádění pozornosti (distraction coping strategy) a strategie vyhýbavého chování (avoidance coping strategy) (Gossop et al., 2002). Dalším prediktorem dobrých výsledků je počet protektivních faktorů v okolí dané osoby, tj. lidí, činností nebo sociálních struktur, o nichž jedinec soudí, že mu pomáhají v jeho úsilí zdržet se užívání drog (Gossop et al., 1990).

Při porovnání tříměsíčních a šestiměsíčních programů prevence relapsu v randomizované studii bylo v prospektivním sledování zjištěno, že oba druhy programů vedou k významnému zlepšení. Výsledky rovněž nasvědčovaly tomu, že pokračování v léčbě po uplynutí tří měsíců je přínosné z hlediska oddálení okamžiku opětovného užití drogy (McCusker et al., 1995).

Při srovnání skupin uživatelů kokainu ve dvanáctitýdenní léčbě, a to jednak v programu prevence relapsu a jednak v podpůrné skupině založené na programu Dvanácti kroků (Wells et al., 1994), se zjistilo, že účastníci v obou skupinách dokázali omezit své užívání kokainu a konopí, přičemž nebyly zaznamenány žádné rozdíly v dopadech obou metod na užívání kokainu nebo udržení pacientů v léčbě.

Výsledky byly porovnávány u klientů závislých na kokainu náhodně zařazených do skupinového nebo individuálního programu prevence relapsu (Schmitz et al., 1997). Významné a trvalé zlepšení bylo zjištěno v závažnosti závislosti, bažení po kokainu a strategiích zvládnutí, přičemž mezi skupinovou a individuální léčbou nebyly shledány žádné rozdíly ve výsledcích.

Přehled kontrolovaných klinických studií došel k závěru, že pro řadu užívaných drog existují důkazy o efektivnosti prevence relapsu ve srovnání s neléčenou kontrolní skupinou. Bylo zjištěno, že prevence relapsu má účinnost srovnatelnou s ostatními aktivními druhy léčby, avšak že nemá účinnost vyšší (Carroll, 1996).

Je několik oblastí, v nichž byla prevence relapsu vymezena jako zvláště slibná. Prevence relapsu může snížit intenzitu epizod relapsu, pokud k němu dojde. Studie srovnávající program prevence relapsu s psychoterapeutickým programem zjistila trvalé zásadní účinky nebo časově posunuté účinky prevence relapsu, což nasvědčuje tomu, že trvalé nebo pokračující zlepšení může souviset s uplatňováním dovedností zvládnutí naučených v programu prevence relapsu.

Důkazy svědčící o vhodnosti určitého druhu léčby pro určitého pacienta (patient-treatment matching) nejsou konzistentní. Některé studie nasvědčují tomu, že prevence relapsu je snad efektivnější pro těžší případy užívání drog, respektive pro pacienty s vyšší závažností užívání drog, s negativním nastavením a s větším deficitem v dovednostech zvládnání (Carroll et al., 1991 a 1995).

V randomizované kontrolované studii, která hodnotila účinnost psychoterapie (buďto prevence relapsu, nebo podpůrný klinický program) a farmakoterapie v léčbě pacientů užívajících kokain, vykazovaly všechny skupiny po dvanácti měsících léčby významné zlepšení (Carroll et al., 1994). V závažnějších případech byly významně lepší výsledky u pacientů v programu prevence relapsu než ve skupině s podpůrným klinickým programem.

Mezi uživateli drog, kteří trpěli depresemi, byla sledována vyšší míra udržení v léčbě a lepší výsledky z hlediska užívání kokainu, jestliže byli pacienti léčeni v programu prevence relapsu než v klinickém programu zvládnání závislosti (Carroll et al., 1995). Ačkoli všechny skupiny dokázaly udržet výsledky, kterých v léčbě dosáhly, bylo postupně sledováno významné a pokračující zlepšování co do míry užívání kokainu u pacientů, kteří absolvovali program prevence relapsu oproti pacientům, kteří prošli klinickým programem zvládnání závislosti (Carroll et al., 1994).

Pokud byli pacienti náhodně zařazeni buďto do strukturovaného programu prevence relapsu, nebo do programu následné péče Dvanácti kroků, dokázali ti z účastníků programu prevence relapsu, kteří při příjmu uváděli nízkou psychickou zátěž, abstinovat významně delší dobu než pacienti s udávanou vysokou psychickou zátěží (Brown et al., 2002). Lepších výsledků bylo dosaženo také v případě, když bylo zařazení do následné péče v souladu s preferencí účastníka.



PROGRAM DVANÁCTI KROKŮ, REZIDENČNÍ
LÉČBA A TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Program Dvanácti kroků, rezidenční léčba a terapeutické komunity se mezi sebou liší z několika hledisek, mají však i mnoho společných rysů. Všechny více či méně vděčí za svůj vznik vlivu svépomocné organizace Anonymní alkoholici (AA) a všem je společně zaměřen na abstinenci jakožto na prvořadý cíl léčby. Tyto léčebné systémy vnímají léčbu závislosti tak, že u pacientů se vyžaduje důsledná restrukturalizace jejich myšlení, osobnosti a životního stylu, což znamená více, než se jen vzdát užívání drog.

Anonymní narkomani

Organizace Anonymní narkomani (NA) je přímým následovníkem organizace Anonymní alkoholici (AA). Mezinárodní expanze NA vedla k tomu, že v roce 1993 tato organizace uváděla existenci 26 000 skupin NA v 64 zemích (DuPont a McGovern, 1994). NA mají ve svém programu větší počet klientů než kterákoli jiná iniciativa léčby drogové závislosti (Brown et al., 2001).

Programy AA a NA jsou důležitou součástí léčby drogové závislosti poskytované na národní úrovni. Bylo zjištěno, že více než tři čtvrtiny (77 %) pacientů, kteří přišli do standardních služeb léčby drogové závislosti v nemocničních zařízeních, dříve navštěvovali sezení NA nebo AA (Best et al., 2001). I když přibližně každý pátý v minulosti navštívil pouze jedno sezení, mnozí se do programu zapojili ve větším rozsahu (v průměru absolvovali více než 50 sezení). Více než polovina těchto pacientů byla doporučena do NA nebo AA svým praktickým lékařem, zařízením specializované péče nebo některou jinou léčebnou službou systému veřejné zdravotní péče.

Přes popularitu programu Dvanácti kroků proběhlo ve srovnání s některými dalšími systémy léčby závislosti jen poměrně málo systematických hodnocení účinnosti tohoto programu, zvláště se to týká hodnocení v rámci NA. Mnoho lidí, kteří se potýkají s problémy v souvislosti s užíváním drog, možná navštěvuje zároveň sezení AA i NA, a to kvůli kvůli problémovému užívání více drog současně (alkohol i nealkoholové drogy), ale také kvůli snazší dostupnosti mítinků AA, včetně lepší dostupnosti potenciálních sponzorů. Uváděné výsledky NA lze tudíž spojovat také s dopadem působení dalších organizací, které program Dvanácti kroků realizují.

Dvěma koncepčně odlišnými rysy programu Dvanácti kroků jsou vzájemná podpůrná síť fungující v rámci společenství a samotná filozofie programu. NA nabízí vrstevnickou skupinu, která dokáže podpořit úsilí o dosažení a udržení abstinence. NA představuje vrstevnickou skupinu, která řeší totožné problémy, aktivně podporuje učení se novému chování a důrazně vystupuje proti veškerým formám užívání drog (Brown et al., 2001). To představuje velký přínos pro každého, kdo usiluje o vyléčení se z drogové závislosti (Gossop et al., 1990). Funkci a účinnost NA také posilují podpora, mentorování a dohled, které nabízí sponzor.

Bylo zjištěno, že sponzoři, kteří v NA nebo AA ukazují správnou cestu a poskytují podporu ostatním závislým uživatelům drog, dosahují podstatného zlepšení v úspěšnosti dlouhodobé abstinence, avšak činnost sponzorů podle všeho nezlepšuje výsledky těch, kterým se sponzoři věnují (Crape et al., 2002).

Panuje rozšířený názor, že programy Dvanácti kroků nejsou přijatelné pro všechny uživatele drog a že mnoho uživatelů drog, kteří se aktivně nezapojují do hnutí NA nebo programu Dvanáct kroků, k nim zastává zdrženlivý nebo dokonce odmítavý postoj. Mnoho klientů užívajících drogy, kteří se léčí v zařízeních v rámci systému veřejného zdravotnictví, však má na hnutí AN a AA kladný názor (Best et al., 2001). Více než tři čtvrtiny se domnívají, že programy NA a AA přinejmenším zčásti odpovídají jejich potřebám léčby, a pouze každý pátý klient užívající drogy se rozhodně stavěl proti ideám a metodám práce společenství a proti možnosti svého zapojení do něj.

Mezi postoji klientů k jednotlivým krokům programu byly značné rozdíly. Některé byly široce přijímány (krok 10), naopak jiné se setkávaly s mnohem menším souhlasem (krok 3). Klienti mnohem ochotněji přijímali kroky vztahující se k „osobní odpovědnosti“ než kroky, které se vztahovaly k „vyšší síle“.¹

Dobré výsledky závisely mnohem méně na docházce na mítinky než na tom, do jaké míry účastníci přijali filozofii hnutí (Morgenstern et al., 1997; Montgomery et al., 1995). Není tedy překvapivým zjištěním, že klienti užívající drogy, kteří zaujímali postoje v souladu s filozofií Dvanácti kroků, měli vyšší pravděpodobnost, že se v průběhu léčby budou účastnit také programu Dvanácti kroků (Ouimette et al., 2001).

Uvádí se také souvislost mezi četností návštěv na mítincích NA nebo AA a abstinencí (Johnsen a Herringer, 1993; Christo a Sutton, 1994) a dále vztah nepřímé úměry mezi docházkou na mítinky NA a mírou užívání drog (Fiorentine 1999; Christo a Franey 1995).

Zatímco pravidelná účast na sezeních NA a AA jednou týdně nebo častěji byla podle zjištění spojena s kladnými výsledky z hlediska užívání drog, účast méně častá než jednou týdně vykazovala podobné výsledky jako neúčast (Fiorentine, 1999; Fiorentine a Hillhouse, 2000). Nepravidelná účast byla podle zjištění spojena s horšími výsledky než pravidelná účast nebo neúčast, což nasvědčuje tomu, že mohou existovat zvláštní rizika v souvislosti s chybným zapojením nebo neúplným zapojením (McLatchie a Lomp, 1988).

Přínosy zapojení do programu Dvanáct kroků jsou uváděny u vzorků populace klientů užívajících drogy (Fiorentine a Hillhouse, 2000) a ve smíšené populaci osob užívajících alkohol a drogy (Christo a Franey, 1995; Ouimette et al., 1998; Toumbourou et al., 2002; McKay et al., 1994; Morgenstern et al., 1997).

1 Pozn. editora českého vydání: Pro přehlednost uvádíme všech 12 kroků programu: (1) Přiznali jsme svou bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné. (2) Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duševní zdraví. (3) Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme. (4) Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe. (5) Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb. (6) Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady. (7) Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil. (8) Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit. (9) Rozhodli jsme se provést všechny tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo. (10) Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali. (11) Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit. (12) Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevili snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech. Zdroj: Anonymní alkoholici: Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu (český překlad). Alcoholics Anonymus World Services, Inc. New York City (1989).

Docházka a zapojení se do svépomocných skupin založených na programu Dvanácti kroků v týdnu, který předcházela týdnu zahájení léčby, byly faktory, jež zvyšovaly pravděpodobnost udržení abstinence během prvního měsíce léčby (Weiss et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1997).

Jedna rozsáhlá studie výsledků z hlediska užívání drog mezi pacienty závislími na kokainu se zabývala docházkou a účastí na skupinových sezeních postavených na programu Dvanácti kroků (Weiss et al., 2005). Jednalo se o randomizovanou, kontrolovanou studii srovnávající různé formy psychoterapie a poradenství zaměřeného na drogy. Účast ve skupinových sezeních programu Dvanácti kroků predikovala sníženou míru užívání drog mezi pacienty závislími na kokainu. Aktivní účast pacientů závislých na kokainu v programu Dvanácti kroků byla podle zjištění významnější než docházka na sezení, a kombinace drogového poradenství s účastí v programu Dvanácti kroků byla spojena s nejlepšími výsledky z hlediska užívání drog.

Mítinky NA/AA jsou podle zjištění účinné jako doplňková intervence. Na rozdíl od představy některých odborníků uživatelé drog často chápou program Dvanácti kroků ve spojení s dalšími programy jiného typu jako součást integrovaného systému služeb než jako konkurenční alternativu (Fiorentine a Hillhouse, 2000). Některé studie zjistily kladné výsledky u těch, kdo navštěvovali sezení NA/AA po absolvování léčby jiného typu (Fiorentine, 1999; Ouimette et al., 1998; Emrick, 1987), zatímco jiné studie žádný významný vztah mezi docházkou na skupinová sezení NA/AA a kladnými výsledky nezjistily (Miller et al., 1992).

Pokud byla sledována úroveň motivace ke změně, pacienti, kteří kombinovali jinou formu léčby s programem Dvanácti kroků, měli lepší výsledky než ti, kteří absolvovali pouze léčbu (Fiorentine a Hillhouse, 2000). Tato zjištění nasvědčují tomu, že programy Dvanácti kroků mohou být efektivní jako samostatné léčebné systémy, ale také je lze využít jako doplněk ostatních forem léčby k maximalizaci léčebných přínosů pro pacienty.

Následná péče

Význam následné péče po léčebném programu je obecně uznáván (Ouimette et al., 1998). Období bezprostředně po skončení léčby znamená velmi vysoké riziko relapsu a pacientovi je třeba v tomto období poskytovat adekvátní podporu, aby těžce dosažené výsledky léčby nebyly ztraceny (Gossop et al., 1989a). Pouze menšina programů má však dostatečné zdroje k tomu, aby následnou péči v nějaké formě vůbec poskytovala (Hubbard et al., 1989).

Anonymní narkomané jako svépomocná organizace poskytují i určitou formu následné péče, aniž by tím vznikaly náklady stávajícím léčebným službám. Různé léčebné programy mohou využívat NA jako prostředek následné péče a doporučením a pobízení mohou své klienty motivovat, aby na sezení NA docházeli.

Autoři Ouimette et al. (1998) se zabývali dopadem následné péče mezi pacienty užívajícími drogy, kteří se rozhodli docházet do skupin jednoho ze tří typů následné péče (pouze skupinová sezení v programu Dvanácti kroků, pouze ambulantní léčba, a ambulantní léčba plus skupinová sezení v programu Dvanácti kroků), a také mezi pacienty, kteří se následné péče nezúčastnili. Pacienti bez následné péče měli nejhorší výsledky. Pacienti, kteří docházeli do ambulantní léčby a na skupinová sezení programu Dvanácti kroků, měli při následné kontro-

le nejlepší výsledky. Co se týče množství obdržených intervencí, měli lepší výsledky ti pacienti, kteří absolvovali ve větší míře ambulantní léčbu, kteří častěji docházeli na skupinová sezení programu Dvanácti kroků nebo ti, kteří byli do jeho aktivit více zapojeni.

Zlepšení duševního zdraví je podle zjištění spojeno s délkou členství v NA a dobou trvání abstinence (Christo a Franey 1995; Christo a Sutton 1994). Klienti užívající drogy, kteří po propuštění z léčby docházeli na skupinová sezení NA a dalších skupin postavených na programu Dvanácti kroků, vykazovali po jednom roce větší pokles míry užívání drog a souvisejících problémů než pacienti, kteří se sezení NA neúčastnili. Členové svépomocných skupin rovněž uváděli výraznější pokles zdravotních potíží a problémů s alkoholem (Humphreys, 2004), přičemž účast na sezeních NA byla přínosná jak pro muže, tak pro ženy (Hillhouse a Fiorentine, 2001).

Zapojení do NA po léčbě bylo spojeno s poklesem míry užívání drog (McKay et al., 1994) a v řadě dalších rozsáhlých prospektivních evaluačních studií v USA se ukázalo jako prediktor lepších výsledků drogově závislých pacientů (Etheridge et al., 1999; Weiss et al., 1996, 2000; Humphreys et al., 1999b; Moos et al., 2001; Fiorentine, 1999; Fiorentine a Hillhouse, 2000).

Ve studii rizikového chování s ohledem na přenos HIV se zjistilo, že účast v sezeních NA je spojena se sníženým výskytem sdílení jehel a snížením četnosti injekční aplikace, přičemž pokles míry rizikového chování mezi účastníky sezení byl dvakrát vyšší než mezi těmi, kdo se sezení NA neúčastnili (Sibthorpe et al., 1994).

Programy rezidenční léčby a terapeutické komunity

Programy rezidenční léčby představují jednu z nejdéle zavedených forem léčby drogové závislosti. Studie ze Spojeného království a Spojených států amerických prokázaly zlepšení výsledků po absolvování programů rezidenční léčby (Bennett a Rigby, 1990; Gossop et al., 1999; De Leon a Jainchill, 1982).

Ve studii DATOS byly výsledky z hlediska užívání drog po jednom roce dobré u klientů, kteří se v USA léčili v dlouhodobých a krátkodobých rezidenčních programech. Pravidelné užívání kokainu (nejčastěji uváděný problém) pokleslo na přibližně jednu třetinu výchozí úrovně mezi klienty v dlouhodobých i krátkodobých programech a totéž platí i pro pravidelné užívání heroínu (Hubbard et al., 1997). Míra abstinence od nelegálních drog se po rezidenční léčbě rovněž zlepšila. Ve Spojeném království studie NTORS zkoumala výsledky po propuštění ze šestnácti rezidenčních programů léčby. Přibližně polovina klientů (51 %) abstinovala od heroínu a dalších opiátů po dobu tří měsíců před následnou kontrolou. Také míra injekčního užívání klesla na polovinu a míra sdílení jehel klesla na méně než třetinu výchozí úrovně (Gossop et al., 1999).

V naturalistické multicentrické evaluační studii více než 3000 mužů, kteří absolvovali program Dvanácti kroků, kognitivně-behaviorální léčbu nebo kombinaci programu Dvanácti kroků a kognitivně-behaviorální léčby, jež byly poskytovány v programech ústavní léčby po dobu 34 týdnů, bylo zjištěno, že všechny tři modalitě léčby jsou stejně účinné při snižování

míry užívání látek a psychických symptomů. Rovnocennou účinnost měly také při snižování počtu případů zatčení a uvěznění po propuštění z léčby (Ouimette et al., 1997; Moos et al., 1999; Finney et al., 2001). Výsledky po adjustaci na charakteristiky klientů (case-mix adjustment) prokázaly, že pacienti, kteří absolvovali program Dvanácti kroků, měli při následné kontrole po jednom roce vyšší pravděpodobnost abstinence, nepřítomnosti problémů spojených s užíváním drog a se zaměstnáním. Autoři došli k závěru, že tato zjištění jsou dobrým dokladem účinnosti programu Dvanácti kroků (Moos et al., 1999).

Přestože programy rezidenční léčby se rámcově shodují v celkovém přístupu k léčení, v rostoucí míře se mezi sebou liší co do délky. Ve své době tradiční terapeutické komunity vycházely z plánované délky pobytu dva až tři roky (Cole a James, 1975). Tradiční terapeutické komunity často vyžadovaly jako podmínku absolvování léčby nejméně patnáctiměsíční pobyt (DeLeon a Rosenthal, 1979). Současné změny v populaci klientů a realita požadavků na financování vedly k vývoji modifikovaných rezidenčních terapeutických komunit s kratší délkou pobytu.

V posledních letech některé terapeutické komunity upravily své tradiční přístupy a metody tím, že zavedly celou škálu doplňkových služeb vztahujících se k rodině, vzdělávání, odborné přípravě a tělesnému a duševnímu zdraví (De Leon, 2000). Modifikované terapeutické komunity mohou fungovat jako šesti- až devítiměsíční programy, nebo jako krátkodobé programy v délce tří až šest měsíců (De Leon, 2000). Tento vývoj provázely změny dřívějšího stavu personálního obsazení, a to směrem k vyššímu podílu tradičních odborných pracovníků v oblasti duševního zdraví, v oblasti lékařské a edukační, kteří pracují spolu s poloprofesionály z řad vyléčených účastníků programu (Carroll a Sobel, 1986; Winick, 1990-1991).

Terapeutické komunity byly předmětem hodnocení, která se zaměřila na délku trvání programu, od krátkodobých s následnou péčí až po dlouhodobé programy delší než jeden rok. Zlepšení výsledků bylo pravděpodobnější u pacientů, kteří se léčili déle, přičemž s kladnými výsledky bylo spojeno léčení po dobu nejméně tří měsíců (Simpson, 1997). Rovněž bylo prokázáno, že snížení míry užívání drog, které bylo zjištěno po rezidenční léčbě, bylo poměrně výrazné a následně přetrvávalo po dlouhou dobu sledování (Simpson et al., 1979; De Leon, 1989).

Jedním z problémů, které ovlivňují mnoho vědeckých studií, je to, že poměrně běžné je nedokončení programu. Studie častokrát uváděly, že mnoho pacientů odchází z léčení předčasně. De Leon (1985) uvedl, že čtvrtina klientů terapeutických komunit odešla během prvních dvou týdnů a 40 % během tří měsíců. V souladu s výsledky ostatních léčebných modalit bylo prokázáno, že klienti, kteří dokončili pobytové programy, dosahovali lepších výsledků z hlediska užívání drog, kriminality, zaměstnanosti a dalších ukazatelů sociálního fungování (DeLeon et al., 1982; Hubbard et al., 1989).

Většina důkazů o ochranném účinku léčby drogové závislosti vůči infekci virem HIV vychází ze studií metadonové udržovací léčby (Sorensen a Copeland, 2000). Méně je známo o změnách v rizikovém chování po léčbě v pobytových programech. Snižování míry injekčního užívání drog bylo zjištěno po léčbě jak v pobytových, tak v ambulantních programech (Hubbard et al., 1989). Snižování výskytu chování s rizikem přenosu HIV bylo zjištěno poté, co byli pacienti náhodně zařazeni do léčby v jednom ze dvou pobytových programů – v terapeutické komu-

nitě a v programu prevence relapsu (McCusker et al., 1997). Oba programy vedly ke snížení míry rizikového chování spojeného s injekčním užíváním drog a míry rizikového sexuálního chování.

Výsledky studie NTORS zaměřené na injekční užívání drog a na sdílení injekčního náčiní prokázaly, že injekční užívání drog, sdílení injekčního náčiní a nechráněný sex po jednom roce od zahájení léčby vesměs poklesly (Gossop et al., 2002a). Z uživatelů drog, kteří při příjmu do léčeni sdíleli jehly nebo injekční stříkačky, sdílelo po léčbě během období následného sledování méně než 15 %. Ke snížení došlo jak mezi uživateli drog, kteří byli přijati do metadonových udržovacích programů, tak mezi uživateli, kteří se účastnili pobytových programů léčby.

Programy podpory pomoci Dvanácti kroků

Velký vliv v poslední době získaly krátkodobé rezidenční programy, jako je podpora pomoci Dvanácti kroků (Twelve-Step Facilitation, TSF), „chemická závislost“ nebo „Minnesotský model“. Obecně jsou úzce spjaty se zásadami Dvanácti kroků hnutí AA a NA a zaměřují se na léčbu pomocí abstinence. Tyto programy poskytují typicky vysoce strukturovaný blok pobytové péče, která zahrnuje intenzivní program denních přednášek a skupinových sezení, jejichž cílem je realizovat léčení na základě Dvanácti kroků.

Ačkoli programy léčby podle Minnesotského modelu mají určité strukturální charakteristiky společné s terapeutickými komunitami, existují mezi nimi významné rozdíly (Gerstein a Harwood, 1990). Tyto programy jsou podobné terapeutickým komunitám v tom, že jsou vysoce strukturované. V průběhu léčby i po ní jsou klienti vybízeni k tomu, aby navštěvovali sezení AA a NA. K rozdílům patří relativně krátké trvání pobytové složky programů (Minnesotský model), menší zapojení klientů do rutinních „domácích“ prací a větší uplatnění profesionálního nebo zaškoleného personálu ve srovnání s terapeutickými komunitami, které více spoléhají na práci těch, kdo jsou sami „v léčení“.

Ve starším přehledu (Cook, 1988) důkazů o účinnosti programů léčby podle Minnesotského modelu byl vysloven názor, že bez ohledu na přehnaná tvrzení o úspěchu této formy léčby existuje jen málo řádných prospektivních studií. Přehled přesto došel k závěru, že dostupné důkazy jsou povzbudivé vzhledem k tomu, že až dvě třetiny klientů, kteří se takových programů účastnili, dosahují po léčbě významného zlepšení.

Po náhodném rozdělení klientů užívajících drogy buďto do strukturovaného programu prevence relapsu, nebo do programu následné péče TSF bylo zjištěno, že následná péče podle programu AA přináší kladné výsledky z hlediska užívání drog pro většinu skupin klientů (Brown et al., 2002). Ženy a jedinci s profilem uživatele více různých drog současně vykazovali lepší výsledky z hlediska pití alkoholu u případně následné péče v programu TSF než osoby, které absolvovaly následnou péči v programu prevence relapsu. Jedinci, kteří měli při příjmu do programu psychické problémy, dokázali při následné péči v programu TSF abstinovat delší dobu než osoby v programu prevence relapsu.

Významná je zde otázka složení souboru sledovaných osob, protože pobytové programy často přijímají nejvíce chronických a problematických jedinců (Gossop et al., 1998). Zřetelným záměrem odstupňované léčebné péče je, aby pobytové služby byly vyhrazeny pro závažnější případy (Sobell a Sobell, 1999; ASAM, 2001). Pobytové programy někdy bývají navrhovány

jako řešení pro tyto závažnější případy. Například jeden pobytový program léčby vznikl pro bezdomovce s duševním onemocněním a problémovým užíváním drog, přičemž výsledky naznačují výrazné zlepšení duševního zdraví v průběhu léčby (Egelko et al., 2002).



DALŠÍ INTERVENČE

Detoxifikace

Detoxifikační procedury se používají ke zmírnění akutních abstinčních symptomů při zba-
vování se drogové závislosti. Detoxifikace je přípravnou etapou léčby zaměřené na abstinenci
a představuje důležitý předpoklad pro další léčbu.

Detoxifikace sama o sobě není léčbou a není sama o sobě ani účinným prostředkem k dosa-
žení dlouhodobé abstinence (Lipton a Maranda, 1983). Pro uživatele drog, kteří absolvovali
pouze detoxifikační léčbu, neměla tato procedura větší terapeutický efekt ve srovnání s tě-
mi, kdo absolvovali jenom formální příjmové procedury (tj. bez žádné konkrétní léčby)
(Simpson a Sells, 1983). Účinnost detoxifikace je třeba posuzovat podle těchto kritérií:

- přijatelnost (je uživatel ochoten vyhledat a podstoupit intervenci?),
- dostupnost,
- závažnost symptomů,
- doba trvání abstinčních symptomů,
- vedlejší účinky (léčba by neměla mít žádné vedlejší účinky, nebo pouze takové, které jsou
méně závažné než neléčené abstinční symptomy),
- úspěšnost dokončení.

Detoxifikace byla vyzkoušena v rezidenčních i ambulantních programech, a to jak s použitím
farmakologických prostředků, tak i nefarmakologických intervencí. Ověřována byla v rychlé
i pomalé podobě a s poradenskými a dalšími podpůrnými službami i bez nich. Ve většině de-
toxifikačních programů pro uživatele heroínu je abstinční syndrom léčen různými léky.
Mezi těmi, které uvádějí Gowing et al. (2000), jsou:

- metadon ve snižujících se dávkách,
- metadon ve snižujících se dávkách plus adjunktivní (doplňková) medikace,
- ostatní opioidní agonisté,
- klonidin, lofexidin,
- ostatní agonisté s adrenergním účinkem,
- buprenorfin,
- opioidní antagonisté samostatně nebo s různými typy adjunktivní léčby,
- opioidní antagonisté následně po buprenorfinu, nebo v kombinaci s buprenorfinem,
- opioidní antagonisté v kombinaci s klonidinem,
- opioidní antagonisté při anestezii nebo sedaci,
- hypnotika nebo anxiolytika,
- antidepresiva a antipsychotika,
- léky modifikující aktivitu receptorů,
- symptomatická medikace.

Metadonová detoxifikace

Jeden z nejčastěji používaných postupů při zvládnutí abstinence od opiátů spočívá v postup-
ném snižování dávek opiátového agonisty, obvykle metadonu v perorálním podání (Kreek,
2000). V rezidenční péči probíhá detoxifikace často po dobu 10 až 28 dní (Gossop et

al., 1989b). Většina programů používá lineární schéma snižování dávek s pravidelným a rovnoměrným snižováním dávky. To vede k významnému potlačení, nikoliv však k úplnému odstranění abstinčních symptomů (Strang a Gossop, 1990).

Nejrozšířenější (a nejlevnější) variantou je ambulantní detoxifikace. Pacienti závislí na opiátech však při ambulantní detoxifikaci dlouhodobě vykazují nízkou úspěšnost dokončení léčby (Wilson et al., 1975; Maddux et al., 1980). Procento ambulantně léčených uživatelů, kteří dosáhnou abstinence od opiátů alespoň na 24 hodin po detoxifikaci, je podle zjištění pouze 17 % až 28 % (Gossop et al., 1986; Dawe et al., 1991). Ve srovnání s tím je úspěšnost dokončení detoxifikace v ústavní péči 80 % až 85 % (Gossop et al., 1986; Gossop a Strang, 1991). Nízká úspěšnost dokončení ambulantní detoxifikace může být do značné míry způsobena problémem snazší dostupnosti drog a kontaktem s ostatními uživateli a prostředím, kde se drogy vyskytují (Unnithan et al., 1992).

I přes určité nadšení pro flexibilnější a volnější postup detoxikace (ACMD, 1988) nezjistila studie, v níž ambulantně léčení pacienti závislí na opiátech byli náhodně zařazeni buď do flexibilního, nebo do pevného schématu detoxifikace, žádný rozdíl v míře udržení pacientů mezi oběma skupinami (Dawe et al., 1991).

Nevýhodou postupného snižování metadonu je to, že vede k prodloužení reziduální abstinence reakce, přičemž abstinční symptomy přetrvávají dlouhou dobu po poslední dávce metadonu (Gossop et al., 1986, 1989b).

Klonidin a lofexidin

V detoxifikační léčbě se rovněž používá léková skupina alfa-2 adrenergických agonistů, mezi něž patří klonidin a lofexidin. V otevřených i dvojitě slepých studiích bylo zjištěno, že klonidin zajišťuje rychlý a dlouhotrvající ústup abstinčních symptomů (Gossop, 1988). Klonidin snižuje závažnost abstinčních symptomů, nedokáže je však úplně odstranit a v mnoha studiích byly pacientům podávány ještě další léky ke zmírnění reziduálních symptomů.

V porovnání s existujícími postupy metadonové detoxifikace dosahují klonidin a metadon zhruba obdobných výsledků při potlačování abstinčních symptomů. Existují však mezi nimi rozdíly v tom, jak probíhá abstinční reakce na tyto léky. Při léčbě klonidinem mají pacienti výraznější abstinční symptomy během prvních několika dnů, zatímco pacienti léčení metadonem mají větší obtíže později (Gossop, 1988).

Lofexidin má srovnatelnou klinickou účinnost jako klonidin, ale méně vedlejších účinků, zvláště co se týká posturální hypotenze, tj. poklesu krevního tlaku při změně polohy těla (Buntwal et al., 2000). Randomizovaná dvojitě slepá studie (Carnwath a Hardman, 1998), která porovnávala klinickou odezvu pacientů závislých na nízkých dávkách opiátů na lofexidin a klonidin, zjistila, že oba léky lze úspěšně použít k ambulantní detoxikaci, avšak že léčba klonidinem je pro personál časově náročnější (Carnwath a Hardman, 1998).

Detoxifikace může být při léčbě lofexidinem dosaženo i během pouhých pěti dnů (Bearn et al., 1998). Povzbudivé výsledky ohledně účinnosti lofexidinu uvádí řada studií, včetně dvojitě slepých kontrolovaných klinických studií (Strang et al., 1999), a během minulého desetiletí našel lofexidin hojně uplatnění v detoxifikačních programech v celém Spojeném království.

Rychlá detoxifikace

Objevily se snahy vyvinout rychlé režimy opiátové detoxifikace. Součástí jedné z hlavních farmakologických strategií pro rychlé odstranění abstinčních symptomů při odnětí opiátů je podávání opiátových antagonistů (naloxonu a naltrexonu), což vede k urychlení vzniku akutního abstinčního stavu, který pak lze zmírnit současnou léčbou alfa-2 agonisty, jako je klonidin, sedací vyvolanou benzodiazepiny (Bearn et al., 1999), případně kombinací obou možností.

Rychlá detoxifikace byla zkoušena při celkové anestezii a umělé ventilaci. Těmito postupy se však zabývalo jen velmi málo kontrolovaných studií a panují vážné obavy ve vztahu k možným nebezpečím takové léčby. Když bylo 106 pacientů závislých na heroinu náhodně zařazeno do programu rychlé detoxifikace v anestezii, nebo do detoxifikace buďto buprenorfinem, nebo clonidinem, nedosáhla detoxifikace v anestezii žádného snížení závažnosti symptomů ani lepších výsledků z hlediska úspěšnosti dokončení programu ve srovnání s konvenčními léčebnými metodami (Collins et al., 2005). Rychlá detoxifikace v anestezii byla rovněž spojena se třemi nepříznivými život ohrožujícími událostmi.

Každé hodnocení detoxifikační léčby by mělo brát v úvahu v zásadě nekomplikovaný průběh této procedury při jejím konvenčním provádění (Bearn et al., 1999). V současnosti je diskutabilní, zda nejspíše přínosy této procedury odůvodňují její užití v jiném než výzkumném kontextu (Strang et al., 1997).

Krátké intervence

Krátké intervence mohou sehrát potenciálně užitečnou úlohu tím, že poskytují přijatelnou alternativu pro osoby, kterým by se jinak nedostalo vůbec žádné pomoci při řešení jejich problémů, ať už proto, že odmítají doporučení k léčbě, nebo v případech, kdy doporučení k léčbě sice přijmou, ale následně do ní nedocházejí (Love a Gossop, 1985). Za těchto okolností je poskytnutí krátké intervence lepší variantou než žádná terapeutická intervence (Heather, 1998).

Účinnost takových intervencí u pacientů užívajících nelegální drogy je dosud poněkud nejistá. Krátké intervence se používají především u kuřáků cigaret a těžkých alkoholiků. Krátké intervence sice mohou fungovat, avšak to, zda skutečně fungují v každodenní klinické praxi, závisí na tom, jak jsou poskytovány, jaká je charakteristika pacientů a charakter problémů (Heather, 2002). Není známo, do jaké míry jsou krátké intervence použitelné nebo účinné u lidí, kteří jsou dlouhodobě závislí na drogách, mnohdy se současnou závislostí na dalších látkách a případnými dalšími závažnými problémy tělesného a duševního zdraví.

Krátké intervence byly vyzkoušeny u klientů užívajících drogy, kteří vyhledali léčbu, a výsledky byly různé. Ve studii ambulantně léčených klientů užívajících drogy vedla krátká motivační intervence ke zvýšené abstinenci od kokainu a heroinu při následné kontrole (Bernstein et al., 2005). Baker et al. (2005) uvádějí zvýšení míry abstinence od amfetaminu po krátké kognitivně-behaviorální intervenci u pravidelných uživatelů amfetaminu, tato intervence však nepřinesla žádné výsledky v dalších proměnných, jako byla kriminalita, sociální fungování,

zdravotní stav a rizikové chování ve vztahu k infekci HIV. Další studie zaznamenaly proměnlivé výsledky, od zlepšení výsledků (Saunders et al., 1995, Stotts et al., 2001) až k nulovým účinkům (Miller et al., 2003).

V jedné hodnotící studii dopadu krátké intervence na rizikové chování s rizikem přenosu VHC byli injekční uživatelé náhodně zařazeni do programu krátké, individuálně upravené behaviorální intervence nebo do programu standardizované edukační intervence (Tucker et al., 2004). V obou skupinách bylo při následné kontrole zjištěno významné snížení míry chování s rizikem přenosu VHC, avšak krátká intervence nebyla o nic účinnější než standardní edukační materiály. V jiných studiích bylo zjištěno, že motivační rozhovory neměly žádný vliv na chování s rizikem přenosu HIV (Burke et al., 2003).

Léčba problémů spojených s užíváním konopí

Krátké intervence se mnohdy používají u adolescentů užívajících drogy. Řada těchto intervencí uplatňuje léčbu založenou na principech motivačních rozhovorů, které se často používají u klientů užívajících konopí (Stephens et al., 2004).

Hodnocení ambulantních programů léčby pro adolescentní uživatele konopí přinesla proměnlivé výsledky. Některé studie uváděly zvýšení míry užívání konopí po ambulantní léčbě zaměřené na užívání drog (Hubbard et al., 1985). V přehledu pěti kontrolovaných studií reagovali klienti užívající konopí na stejné typy léčby jako klienti s ostatními návykovými poruchami (McRae et al., 2003). U mnoha pacientů však nebyla zaznamenána pozitivní reakce na léčbu, což nasvědčuje tomu, že závislost na konopí se neléčí snadno.

Jiné důkazy svědčí o tom, že léčba závislosti na konopí může být účinná (Steinberg et al., 2002). Dvě randomizované studie hodnotily účinnost a nákladovou efektivitu krátkodobých ambulantních intervencí zaměřených na adolescenty s poruchami způsobenými užíváním konopí. Intervence zahrnovaly posilování motivace (motivational enhancement therapy, MET), kognitivně-behaviorální terapii a rodinnou terapii. Všechny intervence prokázaly významné účinky v následném sledování s obdobnými klinickými výsledky ve všech centrech studie a za všech okolností (Dennis et al., 2004).

Adolescenti problémově užívající konopí vykazovali dobrou odezvu z hlediska snížení míry užívání drog a zlepšení dalšího problémového chování, když jim byla poskytnuta vícerozměrná rodinná terapie v podobě relativně krátkodobé intervence, která byla realizována na ambulantní bázi jednou týdně podle manuálu (Liddle et al., 2001).

V randomizované kontrolované studii krátkých kognitivně-behaviorálních intervencí pro klienty problémově užívající konopí byli pacienti náhodně zařazeni buďto do programu kognitivně-behaviorální terapie (KBT) v šesti sezeních, do jednorázové intervence KBT (jedno sezení) nebo do kontrolní skupiny s odloženou léčbou (Copeland et al., 2001). Ti, kteří absolvovali léčbu v šesti sezeních, dosahovali výraznějšího snížení spotřeby konopí než kontrolní skupina a účastníci v obou léčených skupinách měli méně problémů souvisejících s konopím než skupina kontrolní.

Studie nelegálního užívání drog mezi mladými lidmi zjistila, že krátká intervence (jedno sezení) vedla zpočátku k určitému snížení míry užívání konopí, avšak že tento prvotní pokles

klienti nedokázali v období mezi kontrolami po třech a po dvanácti měsících udržet. Při poslední kontrole se míra užívání drog nijak nelišila od kontrolní skupiny bez léčby (McCambridge a Strang, 2005). Podobné vymizení účinků léčby uváděli po krátkých intervencích také problémoví uživatelé alkoholu (Wutzke et al., 2002).

Ve studii ambulantních, podle manuálu vedených skupinových léčebných programů pro adolescenty s mírným až středním stupněm zneužívání drog vykazovali účastníci významně nižší míru užívání konopí při kontrole po šesti a dvanácti měsících, nicméně změna nenastala v míře užívání alkoholu nebo v míře zapojení do trestné činnosti (Battjes et al., 2004).

Studie jsou rovněž nejednotné co do relativní účinnosti krátkých intervencí ve srovnání s dlouhodobější léčbou klientů problémově užívajících konopí. Dospělí klienti užívající konopí, kteří vyhledali léčbu, byli náhodně zařazeni do rozšířené kognitivně-behaviorální terapie ve čtrnácti sezeních, do krátkého motivačního rozhovoru ve dvou sezeních nebo do kontrolní skupiny s odloženou léčbou (Stephens et al., 2000). Účastníci v obou skupinách, které absolvovaly léčbu ve čtrnácti nebo dvou sezeních, vykazovali v dalším sledování výraznější zlepšení než kontrolní skupina, přičemž mezi oběma léčenými skupinami nebyly významné rozdíly.

Odlíšný výsledek přinesla randomizovaná kontrolovaná studie, která hodnotila účinnost krátkých intervencí u dospělých závislých na konopí. Když byla míra užívání konopí porovnána po dvou sezeních motivační terapie, devíti sezeních kognitivně-behaviorální terapie plus case management a v kontrolní skupině s odloženou léčbou, obě léčené skupiny vykazovaly výraznější pokles užívání konopí a souvisejících problémů než kontrolní skupina. Uvedená léčba v devíti sezeních byla účinnější než léčba ve dvou sezeních (Marihuana TPRG, 2004).

Přidání jednorázového motivačního rozhovoru v jednom sezení k programům léčby poskytované v ústavních i ambulantních podmínkách nezjistilo žádný efekt z hlediska míry užívání drog (Miller et al., 2003).

Využívání pobídek ve formě poukázek pro účast v programech pro nácvik dovedností zvládnutí a motivační terapie může zlepšit výsledky léčby z hlediska míry užívání konopí (Budney et al., 2000). Mladí klienti problémově užívající konopí zřídka vyhledají léčbu a obtížně se do léčby zapojují, jestliže je jim uložena. K hodnocení míry zapojení do léčby byli probační službou odesílání uživatelé konopí zařazeni náhodně buďto do programu posilování motivace (MET) ve třech sezeních, nebo do programu posilování motivace (MET) kombinovaného s pobídkovým systémem (contingency management) (Sinha et al., 2003). Účastníci v obou skupinách vykazovali významný pokles míry užívání konopí a zlepšení problémů se zákonem. Účastníci ve skupině s kombinovanou léčbou měli vyšší pravděpodobnost dokončení intervence, která probíhala ve třech sezeních.

V závažnějších a problematičtějších případech mohou být krátké intervence nedostatečným řešením. Po jednom motivačním rozhovoru pacienti hospitalizovaní pro psychiatrické onemocnění s koexistujícím problémovým užíváním drog nadále pokračovali v užívání drog. Užívání konopí zůstalo na stejné úrovni jako při příjmu a nelišilo se od kontrolní skupiny (Baker et al., 2002). Pro takové skupiny pacientů jsou zřejmě nezbytné rozsáhlejší intervence.

Programy výměny jehel a injekčních stříkaček

Na rizikové chování uživatelů drog se zaměřují nejrůznější preventivní aktivity. Šíření informací o přenosu infekcí krví je jedním z nejméně kontroverzních způsobů prevence. Toto opatření se hojně používá a za určitých okolností může být účinné (Selwyn et al., 1987). Také programy výměny jehel a injekčních stříkaček byly zavedeny v mnoha zemích.

Distribuce jehel a injekčních stříkaček má široké uplatnění ve Spojeném království i jinde při snižování škod spojených s injekčním užíváním drog. Programy distribuce jehel a injekčních stříkaček nepředstavují „léčbu“ ve stejném smyslu slova jako farmakologická, psychologická a psychosociální léčba, jakými jsou například metadonová udržovací léčba, kognitivně-behaviorální terapie nebo terapeutické komunity.

Existuje mnoho důvodů, proč lidé sdílejí injekční stříkačky, avšak injekční uživatelé drog jako jeden z nejčastějších důvodů sdílení injekčního náčiní typicky uvádějí problém jeho omezené dostupnosti (Stimson et al., 1988; Wood et al., 2002).

Distribuce jehel, injekčních stříkaček a dalšího injekčního náčiní uživatelům drog se provádí různými způsoby. Některé služby poskytují jehly a injekční stříkačky (buďto zdarma, nebo za úplatu), ale nevyžadují vrácení použitého náčiní. V jiných službách jsou jehly a stříkačky poskytovány výměnou (buďto kus za kus, nebo v jinak dohodnutém poměru).

Několik programů výměny jehel probíhalo ve Spojeném království už v roce 1986. V důsledku úspěšné realizace pilotních projektů výměny jehel došlo ve Spojeném království v následujících letech k rychlému rozšíření výměnných programů. Podle odhadu bylo na konci roku 1989 takových programů asi 120 (Stimson et al., 1990) a v roce 1997 už téměř všechny zdravotnické instituce ve Spojeném království poskytovaly v nějaké formě službu výměny jehel (Parsons et al., 2002).

Různé metody distribuce a výměny jehel mohou oslovit různé podskupiny injekčních uživatelů drog. V jedné studii, která porovnávala programy výměny v lékárnách, na stálých místech a v mobilních programech (dodávková auta) byl zjištěn vzestup rizikového profilu uživatelů jednotlivých služeb, přičemž uživatelé mobilních programů byli obecně více rizikováni než uživatelé výměnných programů poskytovaných na stálých místech nebo v lékárnách (Miller et al., 2002). Bylo rovněž zjištěno, že do programů výměny jehel je obtížné přilákat mladší injekční uživatele drog (Bailey et al., 2003).

Přehled čtrnácti studií poskytl důkazy o tom, že programy výměny jehel jsou také realizovatelné ve vězeňském prostředí a mohou zde vést ke snížení míry rizikového chování (Dolan et al., 2003).

Programy výměny jehel jsou ve Spojeném království mnohdy realizovány v protidrogových centrech a místních lékárnách. Přestože lékárny nemají na základě své smlouvy s britskou Národní zdravotní službou povinnost zajišťovat výměnu jehel, průzkum prováděný v Anglii zjistil, že více než 12 000 místních lékáren sterilní injekční náčiní poskytuje, a to buď formou

výměny, nebo za úplatu ve volném prodeji (Sheridan et al., 2000). Znepokojujícím zjištěním ohledně těchto programů v lékárnách je to, že není známo, jaké metody likvidace se používají, a že pouze jedna třetina injekčního náčiní poskytnutého uživatelům v programech výměny jehel byla do lékáren vrácena (Sheridan et al., 2000).

Jedním z řešení jsou zařízení pro aplikaci drog pod dohledem. Studie zaměřená na rušení veřejného pořádku v období několika týdnů před otevřením a po otevření aplikační místnosti ve Vancouveru měřila změny v počtu uživatelů drog, kteří si drogu aplikovali injekčně na veřejnosti, změny v počtu odhozených injekčních stříkaček a odpadků souvisejících s injekční aplikací drog na veřejných prostranstvích (Wood et al., 2004). Otevření aplikační místnosti bylo spojeno se zlepšením několika ukazatelů veřejného pořádku, včetně poklesu v míře injekčního užívání drog na veřejnosti a v odhazování použitého náčiní na veřejných prostranstvích.

Když byly služby pro výměnu jehel otevřeny poprvé, předpokládalo se, že injekční uživatelé drog do nich budou chodit pravidelně. To se však spíše nestávalo a jedním z rysů těchto programů je vysoká fluktuace klientů (Stimson et al., 1990).

Skutečnost, že vysoce rizikovní injekční uživatelé drog začnou a nadále budou využívat programy výměny jehel, je podle zjištění spojena s tím, že přestanou jehly sdílet. Kohorta injekčních uživatelů drog v programu výměny jehel byla sledována po dobu více než šesti měsíců (Bluthenthal et al., 2000). Po kontrole zavádějících faktorů měli vysoce rizikovní injekční uživatelé drog v průběhu sledování vyšší pravděpodobnost, že přestanou jehly sdílet, stejně tak jako ti, kdo program nadále využívali, ve srovnání s těmi, kdo se programů výměny neúčastnili.

V jedné prospektivní studii byla přibližně rok sledována kohorta neléčených injekčních uživatelů drog (Gibson et al., 2002). Po kontrole na výchozí úroveň rizikového chování byl zjištěn více než dvojnásobný pokles rizikového chování vzhledem k přenosu HIV související s využíváním programu výměny jehel. Studie došla k závěru, že účast v programu výměny jehel má zásadní protektivní efekt chránící před rizikovým chováním vzhledem k přenosu HIV a že může být zvláště významná pro injekční uživatele drog, kteří nemají přístup k jiným zdrojům injekčních jehel a stříkaček.

Při srovnání injekčních uživatelů drog, jejichž nábor proběhl v programu výměny jehel, se skupinou uživatelů z jiné oblasti téhož města bez programu výměny jehel bylo zjištěno, že pravidelná docházka do programu výměny jehel byla spojena s méně častými a méně rizikovými injekčními praktikami vzhledem k riziku přenosu HIV (Ouellet et al., 2004).

Ve studii, která sledovala injekční uživatele drog od období před zavedením programu výměny jehel až do doby po jeho zavedení, byla ve srovnání s kontrolními skupinami zjištěna významně nižší míra sérokonverze mezi injekčními uživateli drog, kteří program výměny jehel využívali (Hahn et al., 1997). Další studie došly k podobným výsledkům (Schoenbaum et al., 1996).

Programy výměny jehel jsou ve Spojeném království vnímány tak, že pomohly významně a efektivně udržet séroprevalenci HIV na relativně nízké úrovni (Durante et al., 1995; Stimson, 1995). Prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog v Londýně poklesla z přibližně

13 % v roce 1990 na 10 % v roce 1991 a na 7 % v roce 1993 (Stimson, 1995) a nízká a stabilní prevalence HIV ve většině měst Spojeného království je zčásti připisována rychlému zavedení harm reduction intervencí a programů výměny jehel.

Konvenční léčebné služby rovněž hrají úlohu v řešení problematiky infekcí přenášených krevní cestou. Zlepšení v oblasti rizikových injekčních praktik bylo zjištěno jak mezi uživateli drog přijatými do metadonového programu, tak mezi pacienty přijatými do programů rezidenční léčby (Gossop et al., 2002). Klienti užívající drogy, kteří docházejí do programů výměny jehel, mohou být také úspěšně doporučováni do programů udržovací léčby nebo jiných léčebných programů (Kuo et al., 2003).

V celosvětovém průzkumu 81 měst poklesla v 29 městech se zavedenými programy výměny jehel odhadovaná prevalence HIV v průměru o 5,8 % za rok. Naproti tomu prevalence HIV vzrostla v průměru o 5,9 % za rok v 51 městech bez těchto programů (Hurley et al., 1997).

Metaanalýza dat ze 47 studií došla k závěru, že sdílení jehel trvale klesá mezi účastníky programů výměny jehel, což nasvědčuje tomu, že tyto programy jsou účinným prostředkem, jak omezit rizikové injekční praktiky (Ksobiech, 2003).

Přehled 42 studií hodnotících účinnost výměny jehel došel k závěru, že i když výměna jehel sama o sobě nemusí stačit k prevenci šíření HIV mezi injekčními uživateli drog, existují pádné důkazy o tom, že programy výměny jehel jsou efektivním prostředkem, jak omezit chování s rizikem přenosu HIV a sérokonverzi HIV (Gibson et al., 2001). Studie, které neprokázaly pozitivní účinek, měly spíše slabší výzkumný design, který byl citlivý vůči výběrové systematické chybě tím, že porovnával zúčastněné a nezúčastněné uživatele drog z jedné komunity. Uživatelé drog, kteří se zúčastňují programů výměny jehel, jsou totiž často méně sociálně integrovaní a častěji používají vysoce rizikové injekční a další praktiky (Schechter et al., 1999; Ouellet et al., 2004).

Prevence a léčba hepatitidy

Z důvodu snadného přenosu viru hepatitidy C se řešení problému nákazy tímto onemocněním ukazuje jako obtížnější. I přes široké zavádění programů výměny jehel a injekčních stříkaček nadále přetrvává problém sdílení jehel a mimořádně vysoká prevalence nákazy hepatitidou C (VHC) mezi injekčními uživateli drog (Garfein et al., 1996; Gossop et al., 1997; Best et al., 1999). Zlepšení dostupnosti jehel a injekčních stříkaček jako izolovaná intervence nemusí pro prevenci nákazy virovou hepatitidou stačit, zvláště v místech s vysokou prevalencí VHC (Wood et al., 2002). Avšak i s ohledem na infekce hepatitidy existují povzbudivá zjištění, která nasvědčují tomu, že účast v programech výměny jehel může vést ke snížení výskytu nákazy hepatitidou B a C (Hagan et al., 1995).

Proočkovanost proti hepatitidě B zůstává mezi uživateli drog nízká. V prospektivních studiích injekčních a neinjekčních uživatelů drog, jejichž nábor probíhal v terénu v New Yorku, přibližně čtvrtina již dříve prodělala infekci VHB. Z uživatelů, u nichž byla vyhodnocena náchylnost k infekci VHB a jimž bylo očkování nabídnuto, dostala alespoň jednu dávku více než

polovina (54 %), z toho 41 % dokončilo celé třídávkové schéma (Ompad et al., 2004). Mezi injekčními uživateli, kteří využili mobilních služeb zdravotní péče spojených s programem výměny jehel, bylo pro vakcinaci vhodných 63 % a z nich 66 % dokončilo celé třídávkové schéma (Altice et al., 2005).

V současnosti není k dispozici žádná vakcína k ochraně uživatelů drog před infekcí hepatitidou C. Strategie prevence obvykle uplatňované u klientů užívajících drogy zahrnují podpůrné skupiny zaměřené na prevenci infekce VHC a na poradenství orientované na snížení rizik (Alter, 2002; Litwin et al., 2005). Léčbu problémového užívání alkoholu u osob užívajících drogy je třeba zlepšit, protože pro jedince nakažené VHC představuje těžký alkoholismus mimořádné riziko, ale i při konzumaci malých dávek alkoholu byla zjištěna spojitost se zvýšeným rizikem virémie a jaterní fibrózy (Pessione et al., 1998).

Akupunktura

K léčbě drogové závislosti se využívají nejrůznější „doplňkové terapie“. Jednou z nejčastěji používaných je akupunktura. Ve Spojených státech amerických a Evropě je více než 400 klinik pro léčbu drogových závislostí, které poskytují nějakou formu akupunkturní léčby (Margolin et al., 2002).

Ve studii zaměřené na účinnost akupunktury v léčbě závislosti na opiátech byla prokázána její menší účinnost ve srovnání se standardní metadonovou detoxifikací (Gossop et al., 1984). Výsledky jednoduché, slepé, randomizované, placebem kontrolované studie akupunktury ušního boltce při léčbě závislosti na kokainu neprokázaly žádné významné léčebné rozdíly mezi akupunkturou a placebem ani žádné rozdíly mezi třemi různými rozsahy akupunktury (Bullock et al., 1999).

Při nasazení akupunktury u ústavně léčených pacientů závislých na kokainu nebyly zjištěny žádné rozdíly ve výsledcích mezi léčenou a kontrolní skupinou, i když retrospektivní analýza naznačila, že ti, kdo absolvovali akupunkturu, měli vyšší pravděpodobnost setrvání v léčbě (Otto et al., 1998).

Studie akupunktury ušního boltce jako detoxifikační léčby závislých na heroínu zjistila vysokou míru neúspěšnosti jak v léčené skupině, tak v placebo skupině, avšak ti, kdo absolvovali aktivní akupunkturu, zůstávali v léčbě déle než účastníci studie zařazení do skupiny s imitovanou akupunkturou (Washburn et al., 1993).

V randomizované, kontrolované, jednoduché, slepé klinické studii 620 pacientů závislých na kokainu byli účastníci náhodně zařazení do skupiny s akupunkturou ušního boltce, kontrolní skupiny s aplikací akupunkturních jehel, a do relaxační kontrolní skupiny (Margolin et al., 2002). Akupunktura nebyla ve snižování míry užívání kokainu efektivnější oproti kontrolní skupině. Pacienti, kteří absolvovali akupunkturu, nezůstávali v léčbě déle než pacienti v kontrolních skupinách. Výsledky nesvědčí ve prospěch akupunktury jako samostatné léčby závislosti na kokainu ani v podmínkách, kdy pacienti absolvují souběžnou minimální psychologickou léčbu.

Komplexní přehled klinických studií, metaanalýz a systematických přehledů akupunktury zjistil, že důkazy o účinnosti akupunktury v léčbě drogové závislosti jsou nejednoznačné a obtížně interpretovatelné (Birch et al., 2004). Systematický přehled devíti randomizovaných kontrolovaných studií došel k závěru, že výsledky nesvědčí ve prospěch uplatnění akupunktury k léčbě závislosti na kokainu (Mills et al., 2005).



LÉČEBNÉ POSTUPY

Ve stále rostoucí míře panuje shoda, že výzkum by měl věnovat větší pozornost otázkám léčebných postupů a konkrétně tomu, jak léčba funguje a jak ji lze zlepšit (Prendergast et al., 2002; Simpson, 2004). Překvapivě málo víme o tom, jak léčebné procesy probíhají ve skutečnosti nebo jak rozlišit „účinné“ a „inertní“ složky léčby (Hubbard et al., 1989; Moos, 1997; McLellan et al., 1997).

Žádná léčba drogové závislosti nemůže být univerzálně účinná. Je nutné uplatnit celou škálu různých intervencí. Bez ohledu na široce uznávaný význam poskytování takové léčby, která odpovídá různým potřebám a problémům pacientů, mnoho programů nabízí pouze jediný typ léčby. V takových situacích mají vyšší pravděpodobnost setrvání v léčbě ti pacienti, jejichž profil dobře odpovídá danému léčebnému přístupu, zatímco ti, jejichž profil odpovídá méně, pravděpodobně léčbu nedokončí (Carroll, 1997).

Délka léčby a udržení klientů v léčbě

Délka léčby podle zjištění souvisí s kladnými výsledky po absolvování léčby (Simpson a Sells 1983; Simpson, 1997; Orlinsky et al., 2004). Vztah mezi udržením pacientů v léčbě a jejichmi výsledky se potvrzuje v rezidenčních i ambulantních programech ve významných národních evaulačních studiích (Simpson a Sells, 1983; Hubbard et al., 1989, 1997; Gossop et al., 2003).

Doba léčení souvisí se zlepšením výsledků, porovnává-li se s chováním pacientů před léčbou nebo v kontrolních skupinách (Simpson, 1981; DeLeon, 1989; Hubbard et al., 1989; Simpson et al., 1997). Pacienti, kteří zůstanou v léčbě déle a terapii dokončí, podle zjištění vykazují vyšší pravděpodobnost dosáhnout nejlepších výsledků bez ohledu na to, o který výsledný ukazatel se jedná (Simpson a Savage, 1980; Hubbard et al., 1989). Ve studii 21 000 pacientů s návykovými poruchami došlo k většímu zlepšení u pacientů s delší dobou léčení ve srovnání s těmi, kdo absolvovali kratší léčbu (Moos et al., 2000).

Účinky délky trvání léčby uvádějí studie abstinčních a udržovacích programů, programů rezidenční a ambulantní péče, metadonových udržovacích programů, programů typu metadon plus terapeutické komunity v denních stacionářích, a to jak u pacientů závislých na opiátech, nebo na kokainu (Hubbard et al. 1989; Ball a Ross, 1991; De Leon et al., 1995; Joe et al., 1999; Etheridge et al., 1999).

Pacienti z rezidenčních programů NTORS, kteří setrvali v léčbě po delší období, dosahovali při následné kontrole po jednom roce lepších výsledků než ti, kdo z léčby odešli dříve, a to z hlediska abstinence od opiátů a stimulantů, poklesu injekčního užívání a poklesu páchní trestné činnosti (Gossop et al., 1999). Účinek délky léčby se potvrdil i po kontrole vlivu ostatních potenciálně prediktivních faktorů.

Výsledky léčby ze zlepšují s tím, jak se prodlužuje doba léčby ze tří měsíců na dvanáct až dvacet čtyř nebo více měsíců (Simpson et al., 1997). Tato zjištění podporují koncepci „minimální prahové retence“ („minimum retention thresholds“) pro účinnou léčbu, která se často definuje jako 90 dní v případě rezidenční a ambulantní péče a jeden rok v metadonových progra-

mech (Simpson, 1981). Ostatní studie zjistily lineárnější vztah mezi délkou léčby a zlepšením výsledků, přičemž existuje silnější vztah mezi délkou léčby a zlepšením v dlouhodobé rezidenční péči (Zhang et al., 2003).

Randomizovaná studie prevence relapsu v rezidenčních programech zjistila zlepšení výsledků jak v tříměsíčních, tak v šestiměsíčních programech a u pacientů v tříměsíčním programu pokračující léčba nad rámec těchto tří měsíců vedla k oddálení dalšího užití drogy (McCusker et al., 1995). Další studie prokázala nevýrazné zvýšení přínosu při srovnání dvanáctiměsíčního programu terapeutické komunity se šestiměsíčním (McCusker et al., 1997). Autoři vyslovují domněnku, že jejich výsledky svědčí ve prospěch léčby s délkou do šesti měsíců.

Výzkum metadonového udržovacího programu jasně ukazuje na spojitost mezi delší dobou léčení a kladnými výsledky léčby. Jedna z prvních rozsáhlých studií metadonových udržovacích programů na konci 60. let 20. století zjistila, že pokles míry užívání drog a pokles kriminálního chování byly spojeny s delším trváním metadonové udržovací léčby (Dole a Joseph, 1978).

Komplexní přehled literatury došel k závěru, že pacienti, kteří setrvali v nepřetržité metadonové léčbě nejméně dva až tři roky, měli vyšší pravděpodobnost užítka z léčby než pacienti, kteří absolvovali několik kratších období udržovací léčby, a že to zřejmě není způsobeno pouze selektivními ztrátami ze sledování (Ward et al., 1998b).

Bylo zjištěno, že rychlý a snadný přístup k léčbě, vyšší dávky metadonu, flexibilní pravidla dávkování, netrestání užívání jiných drog a výslovná orientace na udržovací léčbu namísto abstinence vedou k vyšší míře udržení pacientů v léčbě (Ward et al., 1998b).

Pacienti, kteří setrvali v metadonové udržovací léčbě nepřetržitě, měli nižší pravděpodobnost sérokonverze než ti, kteří v léčbě nesetrali (Williams et al., 1992; Metzger a kol., 1993; Friedman et al., 1995). Bylo zjištěno, že delší období metadonové léčby souvisí rovněž s nižším výskytem infekce HIV (Hartel a Schoenbaum, 1998).

Doba strávená v léčbě je komplexním ukazatelem, který by měl být v mnoha ohledech chápán jako zástupný ukazatel (proxy indicator) dalších faktorů. Doba strávená v léčení sama o sobě není dostačující pro klinické zlepšení (Joe a Simpson, 1975). Pacienti, kteří se programů aktivně účastní a projdou během léčby kognitivními a behaviorálními změnami, dosahují lepších výsledků než ostatní pacienti, kteří zůstanou v léčbě po srovnatelně dlouhém období, avšak těmito změnami neprojdou (Simpson et al., 1995; McLellan et al., 1993).

Mnoho faktorů, které predikují udržení pacienta v léčbě, může rovněž predikovat zlepšení výsledků. Zjištění týkající prahových hodnot trvání léčby nutných ke zlepšení výsledků mohou být výrazem tendence lépe motivovaných pacientů zůstat v léčbě déle a více se do ní zapojovat. Zapojení pacientů je spojeno jak s intenzitou, tak s délkou účasti v léčbě a míra zapojení do léčby je spojena s kladnými výsledky (Joe et al., 1999).

Přestože pacienti, kteří zůstanou v léčbě delší dobu, vykazují lepší výsledky, někteří z těch, kdo opustí léčbu v dřívějším stadiu, vykazují rovněž zlepšení v dalším sledování (Gossop et al., 1999). Podle studie NTORS u více než jedné třetiny pacientů, kteří setrvali v rezidenční

léčbě po relativně krátkou dobu, byla při následné kontrole po jednom roce zjištěna abstinence od heroinu. Ti, kdo opustí léčbu předčasně, z ní mohou těžit v různé míře. Dokonce i samotná procedura přijetí pacienta do léčebného programu může vést k určitému zlepšení problémů souvisejících s užíváním drog (Simpson a Sells, 1983).

Je však znepokojující, že v některých případech je plánovaná délka trvání programu léčby zkrácena pod minimální prahovou hodnotu, u níž bylo zjištěno, že je ještě spojena se zlepšenými výsledky (Gossop et al., 1999). V případech, kdy zkrácená doba léčby spadá pod tuto minimální prahovou hodnotu, programy pravděpodobně nezajistí efektivní výsledky pro své pacienty.

Je politováníhodné, že rozhodnutí o délce trvání léčby mnohdy neprobíhají na půdě klinik, ale jsou v rukou externích subjektů, které tyto služby financují (Leshner, 1997; Swift a Miller, 1997). Délka trvání programu a poskytování rezidenčních léčebných služeb představují dva znaky léčebné péče, které jsou ohroženy nejvíce (Etheridge et al., 1997; Horgan, 1997). Omezovat služby v takové míře, že přestanou efektivně fungovat, by mohlo být sebezníčující.

Dokončení programu

Také dokončení programu je spojeno s lepšími výsledky léčby (McLellan et al., 1997). Ve studii výsledků léčby mužů a žen náhodně zařazených do dvou terapeutických komunit s různou délkou trvání dosahovali ti, kdo léčbu dokončili, lepších výsledků z hlediska snížení míry užívání drog, nižšího počtu zatčení a vyšší míry zaměstnanosti (Messina et al., 2000). Delší trvání léčby se prokázalo jako zvláště přínosné pro ženy.

Dokončení léčby je podle zjištění spojeno s lepšími výsledky u adolescentních pacientů užívajících drogy (Williams a Chang, 2000). U pacientů léčených v dlouhodobých rezidenčních a ambulantních abstinčních programech je doba udržení v léčbě spojena se zvýšenou mírou abstinence a udržení v léčbě je významným prediktorem abstinence u mladých dospělých (Grella et al., 1999).

V případech, kdy pacienti léčbu nedokončí, k nim dochází mnohdy v relativně raném stadiu léčby. Udržení pacientů v léčbě je možné vnímat jako ukazatel souladu mezi pacientem, terapeutem, léčebnou intervencí a prostředím (Carroll, 1997). Předčasný odchod z léčby může být výrazem určitého nesouladu, kdy se pacient domnívá, že je ve „špatném“ léčebném prostředí, ve „špatné“ skupině spolupacientů, se „špatným“ terapeutem nebo že mu byly uloženy cíle, které není ochoten přijmout. Mnoho pacientů, kteří opustí jeden program, obvykle znovu vyhledá léčbu v jiném (Peterson et al., 1994; Strang et al., 1996).

Také další typy procedur a strategií, které podle zjištění zlepšují udržení v léčbě v jiných klinických oblastech, než je drogová závislost, budou pravděpodobně použitelné a efektivní při zvýšení míry udržení v léčbě i u pacientů s problémy s drogami. Techniky motivačních rozhovorů mohou být prospěšné pro zvýšení míry opakované docházky po vstupním vyšetření (Carroll et al., 2001).

Intenzita

Intenzita léčby může být vyjádřena objemem léčebné péče a v různých léčebných prostředích byl zjištěn vztah „dávka – odezva“. Studie prokázaly, že větší „terapeutická dávka“ je spojena s výraznějšími výsledky, přičemž kvantita a rozsah služeb v rámci léčebného programu (např. poradenství, lékařská péče, rodinná terapie, pomoc se zaměstnáním, bydlením) představují významné faktory, které přispívají k účinnosti léčby (McLellan et al., 1997).

Obecně platí, že vyšší účast na sezeních predikuje lepší výsledky (Simpson, 2004). Ve studii dopadu intenzity léčby na užívání kokainu byl zjištěn významný vztah mezi terapeutickou dávkou a odezvou (Rosenblum et al., 1995). Čím více kognitivně-behaviorálních sezení absolvovali pacienti v metadonové léčbě, kteří navíc užívali kokain, tím výraznější byl pokles užívání kokainu v dalším sledování, a to i po kontrole dat na počáteční míru užívání drog a na základní charakteristiky klientů.

Ve studii programů následné péče bylo zjištěno, že počet navštívených sezení prevence relapsu je spojen s lepšími výsledky z hlediska užívání drog (Brown et al., 2002). Ve studii ambulantní protidrogové léčby byla častější účast na skupinovém poradenství prediktorem vyšší míry abstinence od nelegálních drog i alkoholu (Fiorentine, 2001). Ta byla zjištěna u pacientů, kteří dokončili šestiměsíční program léčby.

Četnost poradenských sezení je rovněž prediktorem poklesu míry užívání drog po léčbě, bez ohledu na to, zda pacient léčbu dokončil nebo nikoli (Fiorentine a Anglin, 1996).

Ukázalo se, že vyšší počet příležitostí absolvovat skupinové a individuální poradenství v ambulantních programech protidrogové léčby zvyšuje účinnost programu (Fiorentine a Anglin, 1997). I v jinak efektivních programech vedla vyšší účast klientů ve skupinovém a individuálním poradenství k ještě dalšímu zlepšení výsledků. Ve studii, která zkoumala vztah mezi protidrogovým a protialkoholním poradenstvím a mírou zneužívání drog v metadonových programech, bylo zjištěno, že protidrogové poradenství je v následném sledování spojeno s méně častým užíváním heroinu a kokainu (Gossop et al., 2006). Naproti tomu protialkoholní poradenství bylo spojeno s vyšší mírou pití při příjmu, avšak nevedlo k výslednému poklesu pití. Tyto výsledky nasvědčují tomu, že mezi přítomností problémů se zneužíváním látek, poskytovaným poradenstvím a léčebnými výsledky existují komplexní interakce a že tyto interakce se liší podle typu návykové látky.

Obecně tato zjištění podporují názor, že poskytovatelé služeb by měli podporovat a umožňovat častou účast ve skupinovém a individuálním poradenství a že vyšší dostupnost skupinového a individuálního poradenství v ambulantních programech vede rovněž k vyšší účasti v poradenství a k vyšší účinnosti programu.

Intenzivnější poradenství vytváří silnější terapeutický vztah mezi poradci a pacienty, což má pozitivní vliv na zapojení pacienta do léčby a na lepší výsledky léčby (Fiorentine et al., 1999; Simpson et al., 1997). Tato zjištění se opakovala v různých skupinách pacientů. Například ve studii žen s dětmi zjistili Marshová et al. (2000), že vyšší dostupnost a rozsáhlejší využívání

léčebných protidrogových služeb (počet využitých služeb) byly spojeny s poklesem míry užívání drog a alkoholu.

Co se týká počtu účastí ve skupinovém poradenství, dokončení léčby a pravidelných návštěv sezení v rámci programu Dvanácti kroků, byla vyslovena domněnka, že „čím více, tím lépe“ (Fiorentine, 2001), nebo dokonce, že „ještě více znamená ještě lépe“ (Fiorentine a Hillhouse, 2000).

Při porovnání standardního metadonového udržovacího programu s programem doplněným o terapeutickou skupinu v denním stacionáři dosahovali pacienti v rozšířeném programu výraznějšího poklesu v užívání jiných drog, byl u nich pozorován nižší počet psychických problémů, přičemž stupeň expozice pacienta poskytované léčbě byl klíčovým faktorem vedoucím ke zlepšení výsledků (De Leon et al., 1995).

Výsledky léčby byly sledovány v kontrolovaných klinických studiích, ve kterých se „dávka“ terapeutických služeb systematicky lišila. Ve studii individuální psychoterapie a poradenských služeb v průběhu metadonové udržovací léčby byli pacienti po dobu šesti měsíců náhodně zařazeni do skupin, které absolvovaly pouze standardní protidrogové poradenství nebo protidrogové poradenství, navíc s jednou ze dvou forem profesionální psychoterapie během (Woody et al., 1984). Pacienti, kteří absolvovali psychoterapii navíc, dosáhli většího poklesu v míře užívání drog, výraznějšího zlepšení zdravotního stavu a fungování v osobním životě a vyššího poklesu míry páchání trestné činnosti než ti, kteří absolvovali pouze poradenství. Výraznější zlepšení bylo zjištěno u intenzivnějších forem léčby, a to jak během léčby, tak i v dalším sledování (Woody et al., 1987).

Ostatní studie prokázaly, že pacienti, kteří obdrželi nejvíce léčebné péče, vykazují největší zlepšení, zvláště v oblastech osobní adaptability a veřejnězdravotního a kriminálního rizika (McLellan et al., 1993).

Některé studie zjistily, že rozšířené psychosociální služby mají u pacientů v metadonovém udržovacím programu jen nevelký výsledný efekt z hlediska užívání nelegálních drog (Saxon et al., 1996). Autoři vyslovili domněnku, že výsledek léčby může záviset na určité prahové úrovni služeb a že překročení této prahové úrovně nemusí vést k většímu přínosu léčby. Rozšíření léčby je třeba chápat nikoli jako pouhé zvýšení počtu sezení, a výsledky by se neměly měřit jen ve vztahu k míře užívání nelegálních drog, ale měly by zahrnovat i další oblasti (např. sociální fungování, kriminální chování, tělesné a duševní zdraví) (McLellan et al., 1998). Některé studie neprokázaly žádný přínos zvýšeného počtu sezení, jestliže byly výsledky měřeny jen poklesem míry užívání nelegálních drog (Alterman et al., 1994).

Pacienti s problémy s užíváním drog, kteří podstupovali specializovanou ambulantní psychiatrickou péči, dosahovali lepších výsledků než ti, kterým se tato péče nedostávala, a bylo zjištěno, že intenzita léčby byla spojena s lepšími výsledky jak u pacientů s problémovým užíváním drog, tak u pacientů s psychickými problémy. Při porovnání standardní léčby (ambulantní skupinové poradenství dvakrát týdně) s rozšířeným programem (standardní léčba plus individuální case management s přístupem k dalším službám) bylo zjištěno, že pacienti, kteří dostávali rozšířenou péči, dosahovali lepších výsledků. Zlepšení dosahovali v míře užívání

drog, v oblasti tělesného i duševního zdraví a v oblasti sociálního fungování (McLellan et al., 1998).

Studie pacientů léčených ze závislosti na kokainu rovněž zjistily, že větší množství léčebných služeb může zlepšit výsledky léčby (Higgins et al., 1991). Rozšířená léčba vedla ve srovnání se standardní léčbou k vyšší míře udržení pacientů v léčbě, k vyššímu počtu abstinujících pacientů a k delším obdobím abstinence a dosáhla výraznějších zlepšení v osobním fungování.

Větší objem léčebné péče ve smyslu většího množství psychiatrických, rodinných, zaměstnání podporujících a zdravotnických služeb vedl v dalším sledování k lepším výsledkům v míře užívání drog a sociální adaptace, a to jak v ústavních, tak v ambulantních podmínkách (McLellan et al., 1994).

Ve studii relativní účinnosti programů sestávajících z ústavní léčby, která předcházela ambulantní péči, ve srovnání s programy s bezprostředním zahájením ambulantní léčby vykazovali výraznější zlepšení v míře užívání drog ti pacienti, kteří absolvovali nejprve ústavní péči (McKay et al., 2002).

Léčba je však pouze jedním z mnoha faktorů, které mají dopad na užívání drog a na další výsledky, a obecně je zjišťována spíše velmi slabá korelace mezi většinou faktorů léčebného procesu a následnými výsledky (McLellan et al., 1994).



VÍCENÁSOBNÁ
A KOMBINOVANÁ LÉČBA

Výzkumné práce často hodnotí účinky jednotlivých konkrétních intervencí. V praxi se však v léčebných programech jednotlivé konkrétní intervence realizují jen málokdy. Programy obvykle poskytují soubor různých intervencí a služeb. Pacienti také zřídka absolvovali jen jedno léčení. Většina z nich absolvuje několik a někteří mnoho léčebných epizod.

Vícenásobná léčba

V mnoha programech je polovina nebo více než polovina pacientů v léčbě opakovaně (Institute of Medicine, 1990). Opakovaná přijetí do léčby se typicky vyskytují v metadonových udržovacích programech, kde až dvě třetiny pacientů mohou být léčeny podruhé nebo vícekrát (Hubbard et al., 1989).

Z pacientů účastnících se studie NTORS prošlo 80 % v předchozích dvou letech nejméně jednou léčbou, přičemž 75 % pacientů byla už někdy předepisována substituční látka, a více než čtvrtina byla už někdy dříve v rezidenční léčbě (Gossop et al., 1998). Téměř každý pátý pacient ve studii NTORS v posledních dvou letech, které předcházely přijetí do léčby, navštívil sezení Anonymních narkomanů.

Otázka, jak vícenásobné epizody léčby přispívají k léčebným výsledkům, dosud není náležitě zodpovězena, ačkoliv bylo zjištěno, že uživatelé drog s vyšším počtem dřívějších léčebných epizod vykazují nižší míru dokončení léčby v ambulantních než v rezidenčních programech (Klein et al., 2002).

Problémoví uživatelé drog jsou v lékařské a psychiatrické péči a také v kontaktu se službami pro uživatele drog. Téměř polovina klientů ve studii NTORS byla v průběhu předchozích dvou let léčena na jednotce intenzivní poúrazové péče, čtvrtina byla hospitalizována ve všeobecné nemocnici a menší, i když stále významná část v minulosti absolvovala léčbu psychiatrickou (Gossop et al., 1998).

Kombinovaná a doplňková léčba

Programy léčby ve skutečném klinickém prostředí zahrnují typicky soubor intervencí. Například metadonové programy se jen zřídka omezují na poskytování metadonové farmakoterapie, lepších výsledků se dosahuje prostřednictvím realizace komplexního souboru intervencí. Nefarmakologické aspekty metadonové léčby mohou zahrnovat individuální poradenství, skupinovou terapii, partnerské poradenství, testy moči, podmíněčný kontrakt (contingency contracting)¹, testování na HIV s poradenstvím, služby primární zdravotní péče, psychiatrickou diagnostiku a léčbu komorbidit (Strain a Stoller, 1999).

1 Pozn. editora českého vydání: Tj. kontrakt obsahující pozitivní i negativní motivační prvky. Viz také kapitulu o incentivní terapii (contingency management).

Ale i samotná farmakologická léčba metadonem může některým pacientům pomoci dosáhnout snížení míry užívání drog v porovnání s obdobím před léčbou a v porovnání se srovnávací skupinou pacientů, kteří na nástup do léčby čekají (Yancovitz et al., 1991), i když míra zlepšení je v případech pouze farmakologické léčby metadonem často neuspokojivá (McLellan et al., 1993).

Několik studií sledovalo, zda pacienti, kterým se dostává navíc další léčebné péče, dosahují lepších výsledků než ti, kteří absolvují pouze „standardní“ léčbu. Pacienti v metadonové udržovací léčbě, kteří se rovněž účastnili terapie založené na podpůrných faktorech každodenního sociálního prostředí klienta (community reinforcement), dosahovali z hlediska míry užívání nelegálních drog významně lepších výsledků než skupina se standardní léčbou (Abbott et al., 1998).

Doplnění existujících programů o sociální služby zlepšuje výsledky léčby (McLellan et al., 1998). Pacienti léčení v rozšířených programech vykazovali v dalším sledování nižší míru užívání drog, menší problémy tělesného a duševního zdraví a lepší úroveň sociálního, fungování než kontrolní skupiny. Pacienti, kteří v průběhu léčby využívali širší škály služeb (psychiatrická péče, lékařská péče, rodinná terapie, služby podporující zaměstnání), dosahovali lepších výsledků (McLellan et al., 1994).

Studie zaměřená na metadonovou substituci rozšířenou o další služby, sledovala, zda rozšíření léčby o poradenství, zdravotní péči a psychosociální služby zlepšuje účinnost metadonových programů (McLellan et al., 1993). Pacienti byli náhodně zařazeni do jedné ze tří léčených skupin: pouze metadon bez dalších služeb (minimální metadonová léčba, MML); metadon plus poradenství (standardní metadonová léčba, SML); nebo metadon plus poradenství a lékařská, psychiatrická a rodinná terapie (rozšířená metadonová léčba, RML). Pacienti ve skupině SML vykazovali rychlejší a výraznější zlepšení než pacienti ve skupině MML. Pacienti ve skupině RML dosahovali ve srovnání se skupinou SML lepších výsledků z hlediska zaměstnání, užívání alkoholu, trestné činnosti a psychického stavu. Skupina RML dosahovala lepších výsledků než skupina SML ve 14 z celkem 21 ukazatelů, přičemž pacienti ve skupině RML dosahovali významně lepších výsledků v oblasti zaměstnání, užívání alkoholu a dodržování zákonů.

Uplatnění motivačních technik založených na odměňování se ukázalo jako účinné při snižování míry pokračujícího užívání drog ve spojení s metadonovými udržovacími programy (Stitzer et al., 1982; Kidorf a Stitzer, 1993; Iguchi et al., 1996; Stitzer et al., 1986; Silverman et al., 1996; Strain et al., 1999; Griffith et al., 2000).

Přestože mnoho pacientů reaguje na programy léčby závislosti poklesem míry užívání drog a dalšího problémového chování, někteří z nich zlepšení nedosáhnou. Přibližně u každého čtvrtého pacienta léčeného v metadonových programech je sledována nedostatečná léčebná odezva (Institute of Medicine, 1990a; Gossop et al., 2000). Incentivní terapie se osvědčila jako mimořádně přínosná léčebná intervence právě u pacientů „s nulovou odezvou“ (Iguchi et al., 1988; Robles et al., 2000).

Ve srovnání standardní metadonové udržovací léčby s rozšířenou metadonovou udržovací léčbou spojenou s programem komunitní terapie v denním stacionáři vedl rozšířený program

k většímu poklesu míry užívání heroínu, kokainu, injekčního užívání, trestné činnosti a psychických dysfunkcí (De Leon et al., 1995). Pacienti, kteří setrvali v rozšířené léčbě alespoň šest měsíců, dosahovali nejméně zlepšení celkového zlepšení.

Kombinované léčebné postupy byly předmětem rozsáhlých prospektivních studií, včetně studií DARP (Drug Abuse Reporting Programme), TOPS (Treatment Outcome Prospective Study), NTORS (National Treatment Outcome Research Study) a DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study). Všechny tyto studie prokázaly, že pacienti užívající drogy dosáhli po léčbě zásadních zlepšení ve svém problémovém chování (Simpson a Sells, 1983; Hubbard et al., 1989, 1997; Gossop et al., 2003).

Rozsáhlé prospektivní multicentrické studie výsledků léčby sehrály významnou roli v rozšíření našich znalostí o účinnosti léčby (Simpson, 1997). Podávají cenné informace o pacientech užívajících drogy, o jednotlivých stádiích jejich drogové kariéry, o jejich různorodé a složité interakci s léčebnými službami a samozřejmě o změnách, k nimž dochází v užívání drog a v dalším problémovém chování dlouho po léčbě. Důležitým rysem studií výsledků léčby je to, že zkoumají účinnost léčby poskytované v rámci existujících služeb a za každodenních klinických podmínek.

Studie pacientů léčených ze závislosti na kokainu rovněž zjistily, že léčebné výsledky může zlepšovat širší soubor komponent léčby. Pacienti závislí na kokainu, kteří vyhledali ambulantní léčbu, byli náhodně zařazeni buďto do standardního protidrogového poradenství a s doporučením na sezení Anonymních alkoholiků, nebo do behaviorální léčby složené z více komponentů, která zahrnovala poradenství s motivačním systémem založeným na odměňování, systém odměňování využívající faktory prostředí (community-based incentives) a rodinnou terapii (Higgins et al., 1991). Skupina s rozšířenou léčbou dosahovala vyšší míry udržení pacientů v léčbě a většího zlepšení v osobním fungování než skupina se standardní léčbou. Další studie komponent léčby zjistily, že rodinná terapie (Higgins et al., 1994), pobídky a poradenství s motivačním systémem založeným na odměňování (Higgins et al., 1991) přispěly ke zlepšení výsledků.

Přidatný efekt byl zjištěn při léčbě a účasti v programu Dvanácti kroků (Fiorentine a Hillhouse, 2000). Uživatelé, kteří strávili delší dobu v léčbě, kteří léčbu úspěšně dokončili a kteří navštěvovali sezení v programu Dvanáct kroků jednou týdně nebo častěji, měli vyšší pravděpodobnost udržení abstinence než ti, kteří se účastnili pouze léčby, nebo pouze programu Dvanáct kroků.

V randomizované kontrolované studii pacientů závislých na kokainu, kteří se účastnili skupinových sezení postavených na programu Dvanáct kroků a protidrogového poradenství, bylo zjištěno, že kombinace protidrogového poradenství a účasti ve skupinách programu Dvanáct kroků byla spojena s nejlepšími výsledky z hlediska užívání drog (Weiss et al., 2005).

Výběr vhodné léčby

Myšlenka zařazení pacienta do jemu odpovídající léčby (patient-treatment matching) je obecně uznávána, není ovšem zcela jasné, jak by měl tento postup v klinické praxi probíhat. Existující léčebné služby jen zřídka provádějí komplexní diagnostiku velkého počtu žadatelů o léčbu, kteří by pak byli selektivně doporučováni do rozvinutého systému různých léčebných programů. Skromnějším očekáváním je to, že intervence v každém programu by měly být upraveny podle potřeb daného pacienta. Avšak i toto omezené uplatnění zásady volit nejvhodnější léčbu pro pacienta vyžaduje natolik sofistikované diagnostické procedury a natolik dostupné a komplexní služby, s jakými se v reálném světě setkáváme jen zřídka (McLellan et al., 1997).

Neexistuje žádná jednotlivá modalita léčby drogové závislosti, která by se pro všechny uživatele drog ukázala jako lepší než ostatní léčebné modalita (Prendergast et al., 2002; Institute of Medicine, 1990). Několik studií se s neúspěchem pokusilo prokázat efekt volby pro pacienta vhodné léčby na její výsledky (McKay et al., 1997; Klein et al., 2002).

Některé modalita jsou však pro určité klienty vhodnější než pro klienty jiné. To je zřejmé v případě metadonové udržovací léčby, která je určena konkrétně pro klienty závislé na opiátech. Obdobně platí, že rezidenční programy jsou vhodnější pro klienty, kteří vyžadují intenzivnější služby z důvodu větší závažnosti jejich drogových a dalších problémů, i když rezidenční i ambulantní abstinční programy léčí klienty s rozmanitými drogovými problémy,

Stále více se také akceptuje názor, že závažnost pacientových potíží má vliv na výběr nezbytné léčby s ohledem na její typ a délku (Hoffman et al., 1994; Simpson et al., 1997). Ve studii DATOS měli pacienti závislí na kokainu s nejzávažnějšími problémy větší pravděpodobnost vstupu do dlouhodobých rezidenčních programů a lepších výsledků dosahovali ti, kteří se léčili 90 dní nebo déle. Pacienti s nejméně závažným problémovým užíváním kokainu po absolvování všech typů léčby vesměs vykazovali dobrou odezvu, avšak pacienti se střední až vysokou závažností problémů dosahovali lepších výsledků po delších léčebných pobytech (Simpson et al., 1999).

Důkazy svědčí ve prospěch účinnosti, pokud jsou pro pacienty se závažnějšími problémy vyhrazeny intenzivnější služby (Gottheil et al., 2002; Hser et al., 1999; Thornton et al., 1998). Volba komplexních služeb podle potřeb pacienta je účinným prostředkem léčby, zvláště pro klienty s vysokou úrovní potřeb.

V případech, kdy přicházejí pacienti s různými druhy problémů a různými stupni závažnosti problémů, se dobře fungující organizace poznají podle toho, že upravují složení služeb tak, aby těmto potřebám vyhovovaly (D'Aunno a Vaughn, 1995). Samotný objem poradenských služeb ovlivňuje účinnost léčby možná mnohem méně než poskytování cílených intervencí, které jsou zaměřeny na konkrétní problémy konkrétních pacientů (Etheridge et al., 1999).

Ve starší studii (Woody et al., 1984) byli pacienti závislí na opiátech náhodně zařazeni do tří skupin: pouze protidrogové poradenství, poradenství plus kognitivně-behaviorální terapie

nebo poradenství plus psychoterapie. Pacienti byli zařazeni do skupin podle počtu a závažnosti psychických symptomů. Celkově bylo přidání profesionální psychoterapie spojeno s větším přínosem než poskytování samotného poradenství. Pacienti s menší závažností problémů zaznamenali přibližně stejný pokrok při samotném poradenství jako u léčby doplněné o psychoterapii. Pacienti s vysoce závažnými problémy zaznamenali malý pokrok při samotném poradenství, avšak při léčbě doplněné o psychoterapii zaznamenali značný pokrok a užívali předepsané léky i nelegální drogy méně často.

Když byli pacienti náhodně zařazeni do standardní léčby nebo do „cíleně zvolených“ služeb, v rámci kterých probíhala sezení zaměřená na psychické, rodinné nebo pracovní problémy, bylo zjištěno, že pacienti s cíleně zvolenou léčbou setrvali v léčbě déle, měli vyšší pravděpodobnost dokončení léčby a měli i lepší výsledky po léčbě než pacienti zařazení do standardní léčby (McLellan et al., 1997).

Po náhodném zařazení do vysoce strukturovaného, behaviorálně orientovaného poradenství nebo do málo strukturovaného individuálního poradenství klienti trpící intenzivnějšími depresemi dokázali získat významně lepší kontrolu nad užíváním drog ve vysoce strukturovaném behaviorálním poradenství, zatímco pacienti s depresemi a pocity bezmoci nižší intenzity dosáhli lepších výsledků v méně strukturované léčbě (Gottheil et al., 2002).

Stejně zjištění přinesla i jiná studie, v níž byli pacienti s látkovou závislostí náhodně zařazení buďto do vysoce strukturovaného, behaviorálně orientovaného poradenství, nebo do málo strukturovaného individuálního poradenství. Pacienti se závažnějšími drogovými problémy dosahovali lepších výsledků při vyšším stupni strukturovanosti poradenství, zatímco pacienti s menšími problémy měli z méně strukturovaného poradenství větší přínos (Thornton et al., 1998).

Poskytování služeb reagujících na potřeby v oblastech přípravy na zaměstnání, péče o dítě, dopravy a bydlení se také ukázalo jako přínosné. Větší shoda mezi potřebami a službami (definovaná buďto jako poměr mezi poskytnutými službami a žádanými službami, nebo jako celková úroveň naplněných potřeb oproti nenaplněným potřebám v osmi problémových oblastech) predikovala významně delší udržení pacientů v léčbě (Hser et al., 1999).

Prospektivní studie na vzorku více než 3000 pacientů léčených ze závislosti v USA zjistila, že čím více poskytované služby odpovídaly potřebám pacientů, tím významnějších zlepšení pacienti dosáhli v míře užívání drog během následujícího roku sledování (Friedman et al., 2004).

Ve studii pacientů užívajících kokain s různým stupněm závažnosti problémů (definovaných z hlediska psychosociálního a sociálního fungování, dodržování zákonů a anamnézy užívání drog) bylo delší udržení v rezidenční léčbě (přes 90 dní) u pacientů s vysokou závažností problémů spojeno s lepšími výsledky po léčbě (Simpson et al., 1999). Pacienti, u kterých byly při příjmu zaznamenány méně závažné problémy, těžili z méně intenzivní ambulantní péče. Pacienti přijatí k léčbě s vyšší závažností užívání drog vykazovali výraznější zlepšení po absolvování ústavní plus ambulantní léčby než jen po absolvování ambulantní léčby (McKay et al., 2002).

Názory pacientů na léčbu jsou důležité, protože ovlivňují ochotu vyhledat a využít léčebné služby. Je-li je léčba nastavena na konkrétní potřeby pacienta, je pravděpodobné, že povede ke zvýšené spokojenosti pacienta a k jeho lepšímu zapojení do léčby a může také ovlivnit dodržování léčebného režimu. K faktorům léčby, které ovlivňují spokojenost pacienta, patří dostupnost, vhodnost, způsob kontaktu a účinek využívaných služeb (Marsden et al., 2000).

Studie, které se zabývaly vztahem spokojenosti pacienta a léčebného výsledku, dospěly k různým zjištěním. Ve studiích metadonové udržovací léčby byla zjištěna pouze slabá korelace mezi mírou spokojenosti pacienta a výslednými ukazateli léčby (Joe a Friend, 1989; Gossop et al., 2003). Ve studii pacientů v prostředí denních stacionářů a rezidenční péče autoři Chan et al. (1997) zjistili, že spokojenost s léčbou souvisela s délkou udržení pacienta v léčbě a s několika výslednými ukazateli po šesti měsících léčby.



PROBLEMATIKA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

Realizace programu

Ukázalo se, že programy, které poskytují podobný typ léčby, se liší ve výsledcích (Ball a Ross, 1991; Gossop et al., 1998; Simpson et al., 1997). Výsledky léčby ovlivňují nejen konkrétní léčebné intervence, ale také kvalita péče a další aspekty poskytovaných služeb. Soubor léčebných intervencí zahrnuje metody a služby léčebného zařízení, institucionální prostředí, prosťorové uspořádání a souhrnné charakteristiky pacientů a personálu (Moos, 1997).

Programy, jejichž realizace byla hodnocena jako dobrá, měly vyšší pravděpodobnost lepších výsledků (Prendergast et al., 2002). Mezi známky dobře realizovaného programu patří náležitá forma programu, vzdělávání v léčebných postupech, sledování průběhu léčby, nízký podíl osob, které program nedokončily, a další doklady toho, že léčba je realizována podle záměru.

V zevrubné studii služeb poskytovaných pacientům v metadonové udržovací léčbě v šesti amerických programech bylo jedním ze silnějších prediktorů výsledku to, co se reálně odehrávalo s každým pacientem ve smyslu poskytování léčebných služeb (Ball a Ross, 1991). K faktorům, které byly konkrétně spojeny se zlepšením výsledků, patřila vysoká úroveň služeb s vysokým podílem pacientů v individuálním poradenství, kvalita poradenství, kvalita lékařských služeb a vysoká míra docházky na podání léků.

V letech 1995 až 1999 zjistila národní studie ambulantních metadonových programů realizovaných v Anglii, že počty pacientů se během této doby zdvojnásobily a že průměrná čekací doba se prodloužila (Stewart et al., 2004). Uživatelé drog, kteří museli čekat delší dobu, měli nižší pravděpodobnost nástupu do léčby (Festinger et al., 1995) a vyšší pravděpodobnost užívání heroínu během léčby (Bell et al., 1994). V době, kdy pacienti čekají na léčbu, zůstávají vystaveni zdravotním rizikům, pokračují v trestné činnosti a zvyšují náklady zdravotní a sociální péče (Best et al., 2002).

Mnoho programů postrádá prostředky a vyškolený personál nezbytný pro poskytování kvalitních služeb (Etheridge et al., 1997; Institute of Medicine, 1990). Studie prokázaly významný pokles počtu a rozsahu léčebných služeb poskytovaných pacientům ve Spojených státech v 90. letech 20. století ve srovnání s úrovní služeb poskytovaných o desetiletí dříve (Etheridge et al., 1997). S tím souvisí pokles podílu pacientů, kteří uvedli, že služby dokázaly naplnit jejich léčebné potřeby. Metadonové udržovací programy zpravidla poskytovaly nejnižší úroveň poradenství a dalších služeb. Ostatní studie prokázaly rovněž snížení rozsahu ambulantních léčebných služeb (D'Aunno a Vaughn, 1995).

Skutečnost, že pacienti závislí na drogách mají zvláštní potřeby, působí v „zeštíhlených“ službách další potíže. Bylo zjištěno, že pacienti zohledňují své problémy a potřeby při volbě typu léčebného programu, do něhož vstupují. Způsob, jakým se různí uživatelé drog dostávají do kontaktu s léčebnými službami, bývá jak důsledkem jejich vlastní volby, tak důsledkem formálních procesů při odesílání pacientů do služeb. Tyto procesy se liší podle toho, jak fungují národní (a regionální) léčebné systémy.

Dosud však víme relativně málo o souvislostech mezi způsobem poskytování služeb a účinností programu (Moos, 1997; Simpson, 2002). K posouzení léčebných zdrojů, výkonnosti personálu a organizačního prostředí jsou potřeba dokonalejší analýzy a koncepční modely (Heinrich a Lynn, 2002; McCaughrin a Howard, 1996).

Problematika skladby pacientů

Rovněž faktory na straně pacienta, mimo jiné připravenost k léčbě, typ a závažnost jeho problémů, ovlivňují výsledky léčby. V léčbě se v rostoucí míře zohledňují léčebné potřeby uživatelů drog a jejich různorodost co do výskytu psychických a dalších onemocnění.

Pacienti užívající drogy, kteří mají při vstupu do léčby závažnější problémy s drogami (včetně stupně závislosti, četnosti injekčního užívání a polymorfního užívání), v minulosti spáchali trestný čin a trpí psychosociální dysfunkcí, dosahují obvykle horších výsledků a programy s těžšími klienty se při léčbě potýkají s většími potížemi (Klein et al., 2002; Simpson, 2004).

Ve studii drogově závislých pacientů přijatých k ambulantní, ústavní nebo rezidenční léčbě, byl zjištěn vztah mezi závažností problémů a mírou udržení pacientů v léčbě. Klienti, kteří měli v minulosti větší počet léčebných epizod a více problémů v souvislosti s drogami, vykazovali horší odezvu na ambulantní léčbu ve srovnání s intenzivnějšími ústavními nebo rezidenčními programy (Klein et al., 2002).

U pacientů s problémovým a polymorfním užíváním drog a u pacientů s problémy psychického a tělesného rázu je zvýšená pravděpodobnost, že se objeví v rezidenčních léčebných programech (Simpson et al., 1997). Tito pacienti často vyžadují intenzivní péči a rozmanité služby. Tyto intervence bývají nákladné a v mnoha programech nejsou k dispozici, typicky zvláště v místních programech, které fungují s omezenými zdroji.

Pacienti v rezidenčních léčebných modalitách, jako jsou například léčebny a lůžková oddělení, mají podle zjištění ve Spojeném království při příjmu do léčby závažnější problémy než pacienti, kteří se léčí v ambulantních metadonových programech (Gossop et al., 1998). Pacienti v rehabilitačních programech měli delší kariéru užívání heroínu, byla u nich vyšší pravděpodobnost pravidelného užívání stimulantů a vyšší pravděpodobnost sdílení injekčního náčiní. Před léčbou u nich byla sledována vyšší pravděpodobnost výskytu problémů s alkoholem, vyšší pravděpodobnost aktivního páchání trestné činnosti a větší počet zatčení než u ostatních pacientů. Uživatelé drog v metadonových odvykacích programech byli spíše mladší, heroin užívali kratší dobu, měli vyšší pravděpodobnost, že se při užívání drog budou omezovat jen na heroin a objevovala se u nich nižší pravděpodobnost polymorfního užívání nebo užívání alkoholu a také vykazovali nižší pravděpodobnost sdílení injekčního náčiní.

Léčba žen

Není dosud zcela jasné, do jaké míry jsou potřebné specializované služby zaměřené na ženy. Občas se mezi specializovanými službami pro ženy objevuje rodinná terapie, skupinová terapie, zvláštní služby určené pouze ženám; tyto služby realizují často terapeutky namísto terapeutů. Jen málo vědeckých studií však zkoumalo nebo potvrdilo přínos těchto specializovaných intervencí a existuje jen málo důkazů svědčících o vyšší účinnosti nějaké konkrétní léčebné modalitě pro ženy (Institute of Medicine, 1990b).

V případech, kdy se muži a ženy se srovnatelnými sociodemografickými charakteristikami a podobnými problémy léčí kvůli problémům s užíváním drog, mají ve stejném prostředí léčby obdobně dobré výsledky (Alterman et al., 2000; Stewart et al., 2003). Jen málo důkazů svědčí ve prospěch obecně rozšířeného názoru, že léčit ženy je obtížnější než léčit muže nebo že ženy mají nižší pravděpodobnost vyléčení. Studie výsledků léčby dospěly k podobným výsledkům u žen i u mužů, a to bez ohledu na to, že některé problémy žen v období před nástupem do léčby mohou být závažnější než problémy jejich mužských protějšků (Fiorentine et al., 1997; Stewart et al., 2003).

Ve studii výsledků léčby žen a mužů s problémovým užíváním metamfetaminu léčených jak v ambulantních, tak v rezidenčních programech vykazovaly ženy výraznější zlepšení v rodinných vztazích a zdravotních problémech než muži a ve všech ostatních oblastech měly ženy obdobná zlepšení jako muži (Hser et al., 2005). Tato zlepšení byla zjištěna přesto, že ženy byly ve větší míře nezaměstnané, staraly se o dítě, žily s uživateli alkoholu nebo drog, byly fyzicky nebo sexuálně zneužívány a trpěly psychickými poruchami. Studie rozdílů mezi pohlavími zjistila, že ženy zůstávaly v léčbě déle než muži a že dosažené výsledky jsou mezi osobami obou pohlaví v zásadě obdobné (Hser et al., 2003).

Účinek, jaký má výběr vhodného terapeuta pro daného pacienta s ohledem na rasu a pohlaví, byl zkoumán ve studii léčby uživatelů kokainu (Sterling et al., 2001). Studie nedospěla k žádným výsledkům, které by svědčily ve prospěch takového přiřazování.

Ženy v souborech léčených pacientů nemají stejné léčebné potřeby ani vnímání těchto potřeb (Davis et al., 2002). Mnoho drogově závislých žen však vykazuje závažné symptomy psychických onemocnění a mnoho z nich také zažilo zneužívání. Oba tyto problémy zřejmě vyžadují zvláštní pozornost.

Nesmírně významná je také otázka péče o děti. Jen málo zařízení pro léčbu závislostí je zařízeno k péči o dítě (Swift et al., 1996), a to může být faktickým důvodem, který některým ženám brání ve vyhledání léčby nebo setrvání v léčbě (Reed, 1987; DAWN, 1994).

Koordinace služeb

U klientů užívajících drogy, kteří trpí různými psychickými a dalšími zdravotními problémy, se objevuje poměrně častý kontakt s různými druhy služeb zdravotní péče (Alterman et al., 1993; Gossop et al., 1998). Současný výskyt problémového užívání drog a psychických problémů u téhož pacienta je stále více vnímán jako jeden z velmi obtížných problémů, kterými se psychiatrie musí zabývat (Schuckit a Hesselbrock, 1994).

V systému, v němž se léčebné služby specializují buďto na léčbu duševních poruch, nebo na léčbu drogové závislosti, nejsou mnohdy potřeby uživatelů drog s ohledem na jejich duševní zdraví naplněny v potřebné míře (Hall a Farrell, 1997). K tomu, aby personál v prostředí psychiatrické léčby i specializované protidrogové léčby závislosti dokázal lépe odhalit, posoudit a řešit u pacientů komorbiditu a duální diagnózy, je nutný důkladný odborný výcvik (Scott et al., 1998).

U pacientů, kteří vykazují jak psychické problémy, tak problémové užívání drog, vede neřešení jejich psychických problémů k horším léčebným výsledkům (McLellan et al., 1983). Je třeba se zaměřit na vytvoření a posílení vazeb mezi službami, které se zabývají léčbou závislosti, a službami, které se zabývají léčbou jiných duševních problémů.

Léčebné manuály

Jedním ze způsobů, jak zlepšit integritu a standardy léčby poskytované ve službách, které jsou nuceny fungovat s omezenými zdroji a při omezené dostupnosti kvalifikovaného personálu, je používání metodických příruček pro vedení léčby. Léčebné manuály byly ve výzkumu psychoterapie nazvány „malou revolucí“ (Wilson, 1996). Příručky mohou poskytnout vodítko pro léčebné metody a postupy tím, že specifikují, co by měl terapeut během sezení dělat a jak by sezení měla probíhat. Příručky mohou být užitečné zvláště v případech, kdy intervence realizují méně školení a zkušení terapeuti. V této souvislosti je důležité rozlišovat mezi ideály „nejlepší praxe“ a realitou v každodenních podmínkách existujících služeb.

Je však třeba poznamenat, že tyto příručky nejsou všelékem. Hodí se spíše pro léčbu jasně vymezených, specifických problémů než pro řešení různorodých a neostře ohraničených problémů vyskytujících se u mnoha drogově závislých pacientů. Výhodou příruček je jejich konkrétní a přesný popis postupů. Avšak ani striktní dodržování postupu podle manuálu nezaručí dobré výsledky léčby. Nevýhodou příruček je jejich nepružnost směrem k odlišným potřebám pacientů. Hettema et al. (2005) například zjistili, že motivační rozhovory bývají méně účinné, jestliže jsou realizovány podle metodické příručky. Zlepšení výsledků je mnohem pravděpodobněji ovlivňováno kompetencí terapeuta než pouhým dodržováním postupů uvedených v příručce (Barber et al., 1996).

Efekt terapeuta

Výsledky léčby ovlivňuje rovněž povaha a kvalita vztahu mezi pacientem a terapeutem. Ve výzkumu psychoterapie existují o účinnosti této vazby pádné důkazy ve více než 1000 studiích (Orlinsky et al., 2004). Přehled 79 empirických studií, které se zabývaly vztahem mezi terapeutickou aliancí a výsledkem léčby, svědčí o tom, že celkový vztah mezi terapeutickou aliancí a výsledkem léčby je sice mírná, avšak konzistentní, a to bez ohledu na mnoho dalších proměnných, o nichž se uvádí, že tento vztah ovlivňují (Martin et al., 2000). Jednou z hlavních charakteristik terapeuta, která podle zjištění souvisí s dobrými výsledky léčby drogových závislostí, jsou jeho dobré interpersonální dovednosti (Najavits a Weiss, 1994).

Tlak na změnu

Uživatelé drog uvádějí nejrůznější důvody, proč vyhledali léčbu (Anglin et al., 1989b; Hubbard et al., 1989). V mnoha případech přichází s naléhavými, někdy akutními problémy. Vedle problémů s užíváním drog se mohou objevovat tělesné nebo psychické potíže (těžké infekční onemocnění, chronická deprese) nebo je zřejmý sociální tlak (hrozící soud, tlak ze strany partnera). Mnohdy mají pacienti na užívání drog i na léčbu ambivalentní pohled, i když si zároveň mohou uvědomovat potřebu změny (Orford, 2001).

Lidé přicházejí do léčby s různými očekáváními toho, co terapeutický proces znamená. Rozdíl mezi pacientovým očekáváním, a tím, co se mu dostane, pravděpodobně nepříznivě ovlivňuje prospívání pacienta a míru dodržování léčebného režimu (Meichenbaum a Turk, 1987).

Motivace a ochota k léčbě by neměly být vnímány jako souhrnné, nediferencované konstrukty (De Leon, 2000). Tyto faktory jsou komplexnější a zahrnují připravenost k osobní změně i ochotu zapojit se do léčebného programu a jeho konkrétních aktivit. S touto ochotou souvisí také vlastnosti pacienta včetně jeho motivace, dovedností a vnitřních zdrojů, sebedůvěry a vnímané osobní účinnosti (Dansereau et al., 2003).

Léčba v prostředí trestněprávního systému

Výnos o protidrogové léčbě a testování (Drug Treatment and Testing Orders, DTTO) byl ve Spojeném království zaveden trestním zákonem (Crime a Disorder Bill) v roce 1998 za účelem léčby uživatelů drog páchajících trestnou činností. Při hodnocení dopadu DTTO po dvou letech po jeho zavedení se zjistilo, že míra recidivy byla vysoká (80 %) a míra dokončení programu byla pouze 30 % (Hough et al., 2003). Lepší výsledky byly sledovány u osob, které uloženou léčbu dokončily.

Ve Spojených státech byly nedostatečné možnosti léčby v nápravných zařízeních řešeny mj. tím, že byly rozšířeny alternativní programy, jako jsou např. drogové soudy (Belenko, 2002) nebo odklon od trestního stíhání (Hser et al., 2003b).

Studie zkoumající léčebné potřeby uživatelů drog, kteří se nacházejí ve vězení, naznačila, že odsouzení potřebují širokou paletu terapeutických služeb a že existující nabídka léčebných služeb ve věznicích ve značné míře neodpovídá jejich potřebám (Belenko a Peugh, 2005). Odhaduje se, že přibližně jedna třetina mužů a více než polovina žen, kteří se nacházejí v amerických věznicích, potřebují dlouhodobou rezidenční léčbu.

Předpoklad, že ženy ve věznicích mají vyšší léčebné potřeby, je konzistentní s dalšími studiemi, které poukazují na řadu zdravotních a sociálních problémů mezi pachatelkami trestné činnosti (Belenko a Peugh, 2005; McClellan et al., 1997; Prendergast et al., 1995). Zvýšenou pozornost je třeba věnovat genderově specifickým léčebným potřebám vězňených žen a možnostem rozšíření léčebných kapacit v ženských věznicích.

Přehled a metaanalýza studií zaměřených na programy léčby v nápravných zařízeních v Německu zjistily, že edukační programy neměly na recidivu žádný vliv, avšak programy sociální terapie vedly ke snížení recidivy (Egg et al., 2000).

Bylo zjištěno, že účast v léčebných programech ve věznicích vede ke snížení kriminální recidivy a výskytu relapsů užívání drog – významnější efekt v tomto směru má účast v rezidenčních léčebných programech (Butzin et al., 2002). Řada studií zjistila, že účast v rezidenční léčbě během výkonu trestu následovaná léčbou po propuštění na svobodu snižuje výskyt relapsu užívání drog (např. Knight et al., 1999; Martin et al., 1999).

Jiné studie prokázaly význam následné péče (Martin et al., 1999). Ve studii s kvaziexperimentálním designem se strukturálně vyváženou kontrolní skupinou byl zkoumán účinek rezidenční následné péče na recidivu uživatelů drog, kteří se předtím účastnili léčby ve vězení (Hiller et al., 1999). Komunitní léčba ve věznicích, zvláště pokud po ní proběhla rezidenční následná péče, účinně snižovala míru recidivy po propuštění.

Problémy s poskytováním účinné léčby ve věznicích jsou podobné těm, se kterými se lze setkat při léčbě závislých v jiném prostředí. Studie programů terapeutických komunit realizovaných v rámci věznic zjistily, že účast v programech, doba strávená v léčbě, dokončení programu a následná péče vedly k vyšší účinnosti než pouhý vstup do léčby (Martin et al., 1999; Wexler et al., 1999; Knight et al., 1999). Rovněž hodnocení DTTO ve Spojeném království došlo k závěru, že udržení v programu a jeho dokončení jsou klíčovými faktory léčebného procesu (Hough et al., 2003).



ODKAZY

- Abbott PJ, Weller SB, Delaney HD, Moore BA (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 730.
- ACMD (1988). *AIDS and Drug Misuse: Part 1. Report by the UK Advisory Council on the Misuse of Drugs*. London: HMSO.
- Alter MJ (2002). Prevention of spread of hepatitis C. *Hepatology*, 36, 938.
- Alterman A, Cacciola J (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 401–409.
- Alterman A, McLellan A, Shifman R (1993). Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 576–582.
- Alterman A, O'Brien C, McLellan AT, August D, Snider E, Droba M, Cornish J, Hall C, Raphaelson A, Schrade F (1994). Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 157–163.
- Alterman AI, Randall M, McLellan AT (2000). Comparison of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care: a study of nine community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 127–134.
- Altice FL, Bruce RD, Walton MR, Buitrago MI (2005). Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites. *Journal of Urban Health*, 82, 151–161.
- Anglin MD, Brecht M, Maddahian E (1989). Pre-treatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions. *Criminology*, 27, 537–557.
- ASAM (2001). *ASAM Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders*. Chevy Chase, Md.: ASAM.
- Avants S, Margolin A, Kosten T, Cooney N (1995). Differences between responders and non-responders to cocaine cues in the laboratory. *Addictive Behaviors*, 20, 215–224.
- Bailey SL, Huo D, Garfein RS, Ouellet LJ (2003). The use of needle exchange by young injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34, 67–70.
- Baker A, Boggs T, Lewin T (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279–1287.
- Baker A, Lee N, Claire M, Grant T, Pohlman S, Saunders J, Kay-Lambkin F, Constable P, Jenner L, Carr V (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100, 367–378.
- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K, Devir H, Terry M (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric inpatient services. *Addiction*, 97, 1329–1337.
- Ball J, Ross A (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer Verlag.
- Barber J, Crits-Christoph P, Luborsky L (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619–622.
- Barrau K, Thirion X, Micallet J, Chuniaud-Louche C, Bellemin B, San Marco J (2001). Comparison of methadone and high dosage buprenorphine users in French care centres. *Addiction*, 96, 1433–1441.
- Battersby M, Farrell M, Gossop M, Robson P, Strang J (1992). "Horse trading": prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study. *Drug and Alcohol Review*, 11, 35–42.
- Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Katz EC, Sears EA (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 123–134.
- Bearn J, Gossop M, Strang J (1998). Accelerated lofexidine treatment regimen compared with conventional lofexidine and methadone treatment for inpatient detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 227–232.
- Bearn J, Gossop M, Strang J (1999). Rapid opiate detoxification treatments. *Drug and Alcohol Review*, 18, 75–81.
- Belenko S (1979). Alcohol abuse by heroin addicts: review of research findings and issues. *International Journal of the Addictions*, 14, 965–975.

- Belenko S (2002). Drug courts. In: Leukefeld C, Tims F, Farabee D, eds. *Treatment of Drug Offenders: Policies and Issues*. New York: Springer.
- Belenko S, Peugh J (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269–281.
- Bell J, Caplehorn JRM, McNeil DR (1994). The effect of intake procedures on performance in methadone maintenance. *Addiction*, 89, 463–471.
- Bennett G, Rigby K (1990). Psychological change during residence in a rehabilitation centre for female drug misusers. Part I. Drug misusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 149–157.
- Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Dependence*, 77, 49–59.
- Best D, Harris J, Gossop M, Manning V, Man LH, Marshall J, Bearn J, Strang J (2001). Are the Twelve Steps more acceptable to drug users than to drinkers? A comparison of experiences of and attitudes to Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) among 200 substance misusers attending inpatient detoxification. *European Addiction Research*, 7, 69–77.
- Best D, Noble A, Finch E, Gossop M, Sidwell C, Strang J (1999). Accuracy of perceptions of hepatitis B and C status: Cross sectional investigation of opiate addicts in treatment. *British Medical Journal*, 319, 290–291.
- Best D, Noble A, Ridge G, Gossop M, Farrell M, Strang J (2002). The relative impact of waiting time and treatment admission on drug and alcohol use. *Addiction Biology*, 7, 67–74.
- Birch S, Hesselink JK, Jonkman FA, Hekker TA, Bos A (2004). Clinical research on acupuncture. Part 1. What have reviews of the efficacy and safety of acupuncture told us so far? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10: 468–480.
- Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR (2000). The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS*, 14, 605–611.
- Bradley B, Phillips G, Green L, Gossop M (1989). Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *British Journal of Psychiatry*, 154, 354–359.
- Brown B, Kinlock T, Nurco D (2001). Self-help initiatives to reduce the risk of relapse. In: Tims F, Leukefeld C, Platt J, eds. *Relapse and Recovery in Addictions*. New Haven: Yale University Press.
- Brown TG, Seraganian P, Tremblay J, Annis H (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus Twelve-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 97, 677–689.
- Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051–1061.
- Bullock M, Kiresuk T, Pheley A, Culliton P, Lenz S (1999). Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse: a study of efficacy and dosing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 31–38.
- Burke B, Arkowitz H, Menchola M (2003). The efficacy of : a meta analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.
- Butzin CA, Martin SS, Inciardi JA (2002). Evaluating component effects of a prison-based treatment continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 63–69.
- Caplehorn J, Dalton M, Cluff M, Petrenas A (1994). Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction*, 82, 203–209.
- Carnwath T and Hardman J (1998). Randomised double-blind comparison of lofexidine and clonidine in the outpatient treatment of opiate withdrawal. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 251–254.
- Carroll JF, Sobel BS (1986). Integrating mental health personnel and practices into a therapeutic community. In: De Leon G, Ziegenfuss JT, eds. *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in Theory, Research and Practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, s. 209–226.
- Carroll KM (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology (Washington, DC)*, 4, 46–54.
- Carroll KM (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies. In: *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. Rockville, MD. NIDA Research Monograph 165.

- Carroll KM, Libby B, Sheehan J, Hyland N (2001). to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *American Journal on Addictions*, 10, 335–339.
- Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ (1995). Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 251–259.
- Carroll, KM, Rounsaville BJ, Gawin F H (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229–247.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin F (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989–997.
- Chan M, Sorensen J, Guydish J, Tajima B, Acampora A (1997). Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care. *Journal of Drug Issues*, 27, 367–377.
- Chatham, LR, Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson DD (1997). Heavy drinking, alcohol dependent versus non-dependent methadone maintenance clients: A follow-up study. *Addictive Behaviours*, 22, 69–80.
- Childress AR, McLellan A, Ehrman R, O'Brien C (1988). Classically conditioned responses in opioid and cocaine dependence: a role in relapse? In: Ray B, ed. *Learning Factors in Substance Abuse*. Washington. NIDA Monogr. 84, s. 25–43.
- Childress AR, McLellan A, O'Brien C (1984). Measurement and extinction of conditioned withdrawal-like responses in opiate dependent patients. In: Harris L, ed. *Problems of Drug Dependence*. Washington. NIDA Monogr. 49, s. 212–219.
- Childress A, McLellan A, O'Brien C (1986). Abstinent opiate abusers exhibit conditioned craving, conditioned withdrawal and reductions in both through extinction. *British Journal of Addiction*, 81, 655–660.
- Christo G, Sutton S (1994). Anxiety and self-esteem as a function of abstinence time among recovering addicts attending Narcotics Anonymous. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 198–200.
- Christo G, Franey C (1995). Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concepts in relation to NA attendance and six-month outcomes. *Alcohol Dependence*, 38, 51–56.
- Chutuape M, Silverman K, Stitzer M (1998). Survey assessment of methadone treatment services as reinforcers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 1–16.
- Cole SG, James LR (1975). A revised treatment typology based on the DARP. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 37–49.
- Collins E, Kleber H, Whittington R, Heitler N (2005). Anaesthesia-assisted vs buprenorphine- or clonidine-assisted heroin detoxification and naltrexone induction: a randomised trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 903–913.
- Conklin C, Tiffany S (2002). Applying extinction research and theory to cue exposure addiction treatments. *Addiction*, 97, 155–167.
- Cook C (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 83, 735–748.
- Cooper JR, Altman F, Brown B and Czechowicz D (1983). Research on the treatment of Narcotic addiction: state of the art. NIDA Treatment Research Monograph Series: Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55–64.
- Crape BL, Latkin CA, Laris AS, Knowlton AR (2002). The effects of sponsorship in Twelve-Step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 291–301.
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz L, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin

- ML, Moras K, Beck AT (1997). The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry*, 54, 721–726.
- Crowley T, Wagner J, Zerbe G, MacDonald M (1985). Naltrexone-induced dysphoria in former opioid addicts. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1081–1084.
- Cummings N, Gordon J, Marlatt G (1980). Relapse: strategies of prevention and prediction. In: Miller WR, ed. *The Addictive Behaviors*. Oxford: Pergamon.
- Daley D, Salloum I, Zuckoff A, Kirisci L, Thase M (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1611–1613.
- Dansereau DF, Evans SH, Czuchry M, Sia TL (2003). Readiness and mandated treatment: development and application of a functional model. *Offender Substance Abuse Report*, 31, 13–16.
- Darke S, Zador D (1996). Fatal heroin 'overdose': a review. *Addiction*, 91, 1765–1772.
- D'Annunzio T, Vaughn T (1995). An organisational analysis of service patterns in outpatient drug abuse treatment units. *Journal of Substance Abuse*, 7, 27–42.
- Davis TM, Carpenter KM, Malte CA, Carney M, Chambers S, Saxon AJ (2002). Women in addictions treatment: comparing VA and community samples. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 41–48.
- Dawe S, Griffiths P, Gossop M, Strang J (1991). Should opiate addicts be involved in controlling their own detoxification? A comparison of fixed versus negotiable schedules. *British Journal of Addictions*, 86, 977–982.
- Dawe S, Powell J, Richards D, Gossop M, Marks I, Strang J, Gray J (1993). Does post-withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial. *Addiction*, 88, 1233–1245.
- De Leon G (1989). Alcohol: the hidden drug among substance abusers. *British Journal of Addiction*, 84, 837–840.
- De Leon G (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York: Springer.
- De Leon G, Jainchill N, Wexler H (1982). Success and improvement rates five years after treatment in a therapeutic community. *International Journal of Addictions*, 17, 703–747.
- De Leon G, Rosenthal MS (1979). Therapeutic communities. In: DuPont R, Goldstein A, O'Donnell J, eds. *Handbook on Drug Abuse*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, s. 39–48.
- De Leon G, Staines G, Perlis T, Sacks S, McKendrick K, Hilton R, Brady R (1995). Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages): an open clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 37, 45–57.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomised trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197–213.
- Dettmer K, Saunders B, Strang J (2001). Take-home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *British Medical Journal*, 322, 895–896.
- Dolan K, Rutter S, Wodak AD (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 98, 153–158.
- Dole V, Joseph H (1978). Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, 181–189.
- Drummond DC, Tiffany S, Glautier S, Remington B (1995). Cue exposure in understanding and treating addictive behaviour. In: Drummond DC, Tiffany S, Glautier S, Remington B, eds. *Addictive Behaviours: Cue Exposure Theory and Practice*. London: Wiley.
- Dunn C, DeRoo L, Rivara F (2001). The use of brief interventions adapted from across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- DuPont R, McGovern J (1994). *A bridge to recovery: an Introduction to Twelve-Step Programs*. Washington: American Psychiatric Association.
- Durante AJ, Hart GJ, Brady AR, Madden PB, Noone A (1995). The Health of the Nation target on syringe sharing: a role for routine surveillance in assessing progress and targeting interventions. *Addiction*, 90, 1389–1396.

- Egelko S, Galanter M, Dermatis H, Jurewicz E, Jamison A, Dingle S, De Leon G (2002). Improved psychological status in a modified therapeutic community for homeless MICA men. *Journal of Addictive Diseases*, 21, 75–92.
- Egg R, Pearson FS, Cleland CM, Lipton DS (2000). Evaluations of correctional treatment programmes in Germany: a review and meta analysis. *Substance Use and Misuse*, 35, 1967–2009.
- Emrick CD (1999). Alcoholics Anonymous and other Twelve-Step groups. In: Galanter M, Kleber HD, eds. *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., s. 403–412.
- Etheridge RM, Craddock SG, Dunteman GH, Hubbard RL (1995). Treatment services in two national studies of communitybased drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 9–26.
- Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness
- Etheridge R, Craddock S, Hubbard R, Rounds-Bryant J (1999). The relationship of counselling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 99–112.
- Etheridge R, Hubbard R, Anderson J, Craddock G, Flynn P (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 244–260.
- Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P, Jarvis M, Brugha T, Gill B, Meltzer H (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviors*, 23, 909–918.
- Farrell M, Neeleman J, Griffiths P, Strang J (1996). Suicide and overdose among opiate addicts. *Addiction*, 91: 321–323.
- Festing DS, RJ Lamb MR Kountz, KC Kirby, Marlowe D (1995). Pre-treatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addictive Behaviors*, 20, 111–115.
- Fhima A, Henrion R, Lowenstein W, Charpak Y (2001). Two-year follow-up of an opioid user cohort treated with high-dose buprenorphine (Subutex). *Annales de Medecine Interne*, 152, 2636.
- Finney J W, Ouimette PC, Humphreys K, Moos RH (2001). A comparative, process effectiveness evaluation of VA substance abuse treatment. *Recent Developments in Alcoholism*, 15, 373–391.
- Fiorentine R (1999). After drug treatment: Are Twelve-Step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Alcohol Abuse*, 25: 93–116.
- Fiorentine R (2001). Counselling frequency and the effectiveness of outpatient drug treatment: revisiting the conclusion that “more is better” *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 617–631.
- Fiorentine R, Anglin D (1996). More is better: counselling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 341–348.
- Fiorentine R and Anglin MD (1997). Does increasing the opportunity for counselling increase the effectiveness of outpatient drug treatment? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 369–382.
- Fiorentine R, Hillhouse M (2000). Drug treatment and Twelve-Step program participation: the additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 65–74.
- Flemming P (1998). Prescribing amphetamine to amphetamine users as a harm-reduction measure. *International Journal of Drug Policy*, 9, 339–344.
- Flemming P, Roberts D (1994). Is the prescription of amphetamine justified as a harm reduction measure? *Journal of the Royal Society of Health*, 127–131.
- Fountain J, Strang J, Gossop M, Farrell M, Griffiths P (2000). Diversion of drugs prescribed to drug users in treatment: analysis of the UK market and new data from London. *Addiction*, 95, 393–406.
- Friedmann PD, Hendrickson JC, Gerstein DR, Zhang Z (2004). The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction*, 99, 962–972.
- Friedman S, Jose B, DesJarlais D, Neaigus A (1995). Risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion among out-of-treatment drug injectors in high and low seroprevalence cities. *The National AIDS Research Consortium. American Journal of Epidemiology*, 142, 864–874.
- Frischer M, Bloor M, Goldberg D, Clark J, Green S, McKeganey N (1993). Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 59–63.

- Gardner R, Connell PH (1972). Amphetamine and other nonopioid drug users attending a special drug dependence clinic. *British Medical Journal*, 2, 322–325
- Garfein R, Vlahov D, Galai N, Doherty M, Nelson K (1996). Viral infections in short term injecting drug users: the prevalence of hepatitis C, hepatitis B, Human Immunodeficiency and Human T-Lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 86, 655–661.
- Ghodse AH (1978). The attitudes of casualty staff and ambulance personnel towards patients who take drug overdoses. *Social Science and Medicine*, 12, 341–346
- Gibson DR, Brand R, Anderson K, Kahn JG, Perales D, Guydish J (2002). Two- to six-fold decreased odds of HIV risk behavior associated with use of syringe exchange. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 237–242.
- Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 13, 1807–1818.
- Gibson DR, Flynn NM, Perales D (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 27, 1329–1341.
- Gossop M (1988). Clonidine and the treatment of the opiate withdrawal syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 253–259.
- Gossop M (1989a). *Relapse and Addictive Behaviour*. London: Routledge.
- Gossop M (1995). The treatment mapping survey; a descriptive study of drug and alcohol treatment responses in 23 countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 7–14.
- Gossop M, Bradley B, Strang J, Connell P (1984). The clinical effectiveness of electrostimulation versus oral methadone in managing opiate withdrawal. *British Journal of Psychiatry*, 144, 203–208.
- Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B (1989a). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: a prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348–353.
- Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209–216.
- Gossop M, Grant M (1991). A study of the content and structure of heroin treatment programmes using methadone in six countries. *British Journal of Addiction*, 86, 1151–1160.
- Gossop M, Griffiths P, Bradley B, Strang J (1989b). Opiate withdrawal symptoms in response to ten-day and 21-day methadone withdrawal programmes. *British Journal of Psychiatry*, 154, 360–363.
- Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Strang J (1996). Frequency of non-fatal heroin overdose: survey of heroin users recruited in non-clinical settings. *British Medical Journal*, 313, 402.
- Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Fountain J, Strang J (1997). Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors. *AIDS CARE*, 9, 651–660.
- Gossop M, Johns A, Green L (1986). Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. *British Medical Journal*, 293, 103–104.
- Gossop M, Manning V, Ridge G (2006). Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and powder cocaine. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 121–125.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D (1998). NTORS at one year: changes in substance use, health and criminal behaviour one year after intake. London: Department of Health.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Strang J (1999). Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of General Practice*, 49, 31–34.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T (2002). Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4–5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 21–28.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year followup results. *Addiction*, 98, 291–303.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Edwards C, Wilson A, Segar G (1998). Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *British Journal of Psychiatry*, 173, 166–171.

- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A (1999). Treatment retention and one-year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89–98.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A (2000a). Patterns of improvement after methadone treatment: one-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 275–286.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe, A (2000b). Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers: one-year follow-up results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 45–50.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S (2001). Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 255–264.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S (2002). Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*, 14, 77–93.
- Gossop M, Powis B, Griffiths P, Strang J (1994). Multiple risks for HIV and hepatitis B infection among heroin users. *Drug and Alcohol Review*, 13, 293–300.
- Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259–1267.
- Gossop M, Stewart D, Marsden J (2003). Treatment process components and heroin use outcome among methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 93–102.
- Gossop M, Stewart D, Marsden J (2006). Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling, and association with substance use outcomes. *Addiction*, 3, 404–412.
- Gossop M, Strang J (1991). A comparison of the withdrawal responses of heroin and methadone addicts during detoxification. *British Journal of Psychiatry*, 158, 697–699.
- Gossop M, Strang J, Connell P (1982). The response of outpatient opiate addicts to the provision of a temporary increase in their prescribed drugs. *British Journal of Psychiatry*, 141, 338–343.
- Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: five-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295–302.
- Gottheil E, Thornton C, Weinstein SP (2002). Effectiveness of high versus low structure individual counselling for substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 11, 279–290.
- Grabowski J, O'Brien C, Greenstein R, Ternes J, Long M, Steinberg Donato S (1979). Effects of contingent payment on compliance with a naltrexone regimen. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 355–365.
- Greenstein RA, O'Brien C P, McLellan A T, Woody G E, Grabowski J, Long M, Coyle Perkins G, Vittor A (1981). Naltrexone: a short term treatment for opiate dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 291–300.
- Grella C, Hser Y, Joshi V, Anglin D (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 151–166.
- Griffith J, Rowan Szal G, Roark R, Simpson D (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55–66.
- Hagan H, Jarlais D, Friedman S, Purchase D, Alter M (1995). Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program. *American Journal of Public Health*, 85, 1490–1491.
- Hahn JA, Vranizian KM, Moss AR (1997). Who uses needle exchange? A study of injection drug users in treatment in San Francisco, 1989–1990. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 15, 157–164.
- Hall S, Bass A, Hargreaves W, Loeb P (1979). Contingency management and information feedback in outpatient heroin detoxification. *Behaviour Therapy*, 10, 443–451.
- Hall W (1999). Reducing the toll of opioid overdose deaths in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 18, 213–220.

- Hall W, Farrell M (1997). Comorbidity of mental disorders with substance misuse. *British Journal of Psychiatry*, 171, 4–5.
- Hartel DM, Schoenbaum EE (1998). Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Reports*, 113, 107–115.
- Hartnoll R, Mitcheson M, Battersby A, Brown G, Ellis M, Flemming P, Hedley N (1980). Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 877–884.
- Havassy B, Wasserman D, Hall S (1995). Social relationships and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction*, 90, 699–710.
- Heather N (1998). Using brief opportunities for change in medical settings. In: Miller W, Heather N, eds. *Treating Addictive Behaviors*. New York: Plenum Press.
- Heather N (2002). Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt, *Addiction*, 97, 293–294.
- Heather N, Bradley B (1990). Cue exposure as a practical treatment for addictive disorders: why are we waiting? *Addictive Behaviors*, 15, 335–337.
- Heather N, Stallard A (1989). Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving in the relapse process? In: Gossop M, ed. *Relapse and Addictive Behaviour*. London: Routledge.
- Heinrich C, Lynn L (2002). Improving the organisation, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 601–622.
- Hettema J, Steele J, Miller W (2005). ?????????????? Annual Review of Clinical Psychology, 1, 91–111.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Badger GJ (1993). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 47–56.
- Higgins, ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568–576.
- Higgins S, Delaney D, Budney A, Bickel W, Hughes J, Foerg F, Fenwick J (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218.
- Hiller ML, Knight K, Simpson DD (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94, 833–842.
- Hillhouse M, Fiorentine R (2001). Twelve-Step program participation and effectiveness: do gender and ethnic differences exist? *Journal of Drug Issues*, 31, 767–780.
- Hoffman JA, Caudill BD, Koman JJ, Luckey JW, Flynn PM, Hubbard RL (1994). Comparative cocaine abuse treatment strategies: enhancing client retention and treatment exposure. *Journal of Addictive Diseases*, 13, 115–128.
- Hollister L, Johnson K, Boukhabza D, Gillespie H (1981). Aversive effects of naltrexone in subjects not dependent on opiates. *Drug and Alcohol Dependence*, 8, 37–41.
- Horgan C (1997). Need and access to drug abuse treatment. In: Egerton JA, Fox DM, Leshner AI, eds. *Treating Drug Abusers Effectively*. Oxford: Blackwell.
- Hough M, Clancy A, McSweeney T, Turnbull P (2003). The impact of drug treatment and testing orders on offending: two-year reconviction results. Findings 184. London: Home Office.
- Hser YI, Teruya C, Evans E, Longshore D, Grella C, Farabee D (2003b). Treating drug abusing offenders: initial findings from a five-county study on the impact of California's Proposition 36 on the treatment system and patient outcomes. *Evaluation Review*, 27, 479–505.
- Hser YI, Evans E, Huang YC (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 28, 77–85.
- Hser YI, Huang D, Teruya C, Douglas Anglin M (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug Alcohol Dependence*, 72, 255–264.
- Hser ML, Polinsky M, Maglione MD, Anglin (1999). Matching clients' need with drug treatment services, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 299–305.
- Hubbard RL, Cavanaugh ER, Craddock SG, Rachel JV (1985). Characteristics, behaviors, and outcomes for youth in the TOPS: Treatment services for adolescent substance abusers In: Friedman AS,

- Beschner GM, eds. *Treatment Services for Adolescent Substance Abusers*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, s. 49–65.
- Hubbard RL, Craddock SG, Flynn P, Anderson J, Etheridge R (1997). Overview of one-year outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 279–293.
- Hubbard R L, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER, Ginzberg HM (1989). *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. London: Chapel Hill.
- Hulse GK, English DR, Milne E, Holman CDJ (1999). The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction*, 94, 221–229.
- Humphreys K (2004). *Circles of recovery: self-help organisations for addictions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Humphreys K, Dearmin P, Moos R, Finney J (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: V. Treatment can enhance the effectiveness of self-help groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 558–563.
- Hunt DE, Strug DI, Goldsmith DS, Lipton DS, Spunt B, Robertson K and Truitt L (1986). Alcohol use and abuse: heavy drinking among methadone clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12: 147–164.
- Hunt WA, Barnett LW, Branch L G (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455–456.
- Hurley S, Jolley D, Kaldor J (1997). Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349, 1797–1800.
- Iguchi M, Lamb R, Belding M, Platt J, Husband S, Morral A (1996). Contingent reinforcement of group participation versus abstinence in a methadone maintenance program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 315–321.
- Iguchi MY, Stitzer ML (1991). Predictors of opiate drug abuse during a 90-day methadone detoxification. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 279–229.
- Iguchi M, Stitzer M, Bigelow G, Liebson I (1988). Contingency management in methadone maintenance: effects of reinforcing and aversive consequences on illicit polydrug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 1–7.
- Institute of Medicine (1990). *Treating Drug Problems*. Vol. 1. Gerstein D, Harwood H, eds. Washington, DC: National Academy Press.
- Joe G, Friend H (1989). Treatment process factors and satisfaction with drug abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 53–64.
- Joe GW, Simpson DD (1975). Retention in treatment of drug users: 1971–1972 DARP admissions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 63–71.
- Joe G, Simpson D, Broome K (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 13–125.
- Joe GW, Simpson DD, Broome KM (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177–1190.
- Joe GW, Simpson DD, Hubbard RL (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse*, 3, 73–84.
- Johnsen E, Herring L (1993). A note on the utilisation of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal of Psychology*, 127, 73–78.
- Johnson R, Chutuape M, Strain E, Walsh S, Stitzer M, Bigelow G (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343, 1290–1297.
- Jones H, Silverman K, Stitzer M, Svikis D (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 297–306.

- Kessler R, McGonagle K, Zhao S (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kidorf M, Stitzer M (1993). Descriptive analysis of cocaine use of methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 32, 267.
- Kidorf, M, Stitzer ML, Brooner, RK, Goldberg J (1994). Contingent methadone take home doses reinforce adjunct therapy attendance of methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 221–226.
- Kleber H, Kosten T, Gaspari J, Topazian M (1985). Non-tolerance to the opioid antagonism of naltrexone. *Biological Psychiatry*, 20, 66–72.
- Klein C, di Menza S, Arfken C, Schuster CR (2002). Interaction effects of treatment setting and client characteristics on retention and completion. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 39–50.
- Kleinman P, Goldsmith D, Friedman S, Hopkins W, DesJarlais D (1990). Knowledge about and behaviours affecting the spread of AIDS: a street survey of intravenous drug users and their associates in New York. *International Journal of the Addictions*, 24, 345–361.
- Knight K, Simpson DD, Hiller M (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *Prison Journal*, 79, 337–351.
- Kosten TR, Morgan C, Kleber H (1992). Phase II clinical trials of buprenorphine: detoxification and induction onto naltrexone. In: Blaine J, ed. *NIDA Research Monograph: Buprenorphine, An Alternative Treatment for Opioid Dependence* Rockville, MD, s. 101–119.
- Krantz M, Mehler P (2004). Treating opioid dependence: growing implications for primary care. *Archives of Internal Medicine*, 164, 277–288.
- Kreek MJ (1981). Medical management of methadone maintained patients. In: *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*. Lowinson J, Ruiz P, eds. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kreek MJ (2000). Methadone related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909, 186–216.
- Kreek MJ, Vocci F (2002). History and current status of opioid maintenance treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 93–105.
- Ksobiech K (2003). A meta analysis of needle sharing, lending, and borrowing behaviors of needle exchange program attenders. *AIDS Education and Prevention*, 15, 257–268.
- Kuo I, Brady J, Butler C, Schwartz R, Brooner R, Vlahov D, Strathdee SA (2003). Feasibility of referring drug users from a needle exchange program into an addiction treatment program: experience with a mobile treatment van and LAAM maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 67–74.
- Lehman WER, Simpson DD (1990). Alcohol use. In: Simpson DD, Sells SB, eds. *Opioid Addiction and Treatment: a 12-year follow-up*. Melbourne, FL: Kreiger, s. 177–192.
- Leshner A (1997). Introduction to the special issue: the National Institute on Drug Abuse Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 211–215.
- Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomised clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651–688.
- Lincourt P, Kuettel T, Bombardier C (2002). in a group setting with mandated clients: a pilot study. *Addictive Behaviors*, 27, 381–391.
- Ling W, Wesson D (1984). Naltrexone treatment for addicted healthcare professionals: a collaborative private practice experience. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 46–48.
- Lipton D, Maranda M (1983). Detoxification from heroin dependency: an overview of method and effectiveness. In: Stimmel B, ed. *Evaluation of Drug Treatment Programmes*. New York: Hawarth, s. 31–55.
- Litwin AH, Soloway I, Gourevitch MN (2005). Integrating services for injection drug users infected with hepatitis C virus with methadone maintenance treatment: challenges and opportunities. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 339–345.

- Love J, Gossop M (1985). The processes of referral and disposal within a London drug dependence clinic. *British Journal of Addiction*, 80, 435–440.
- McBride AJ, Sullivan G, Blewitt AE and Morgan S (1997). Amphetamine prescribing as a harm reduction measure: a preliminary study. *Addiction Research*, 5, 95–112.
- McCambridge J, Strang J (2005). Deterioration over time in effect of in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, 100, 470–478.
- McCaughrin WC, Howard DL (1996). Variation in access to outpatient substance abuse treatment: organisational factors and conceptual issues. *Journal of Substance Abuse*, 8, 403–415.
- McCusker J, Bigelow C, Vickers-Lahti M, Spotts D, Garfield F, Frost R (1997). Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. *Addiction*, 92, 1467–1478.
- McCusker J, Vickers Lahti M, Stoddard A, Hindin R, Bigelow C, Zorn M, Garfield F, Frost R, Love C, Lewis B (1995). The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *American Journal of Public Health*, 85, 1426–1429.
- McKay J, Alterman A, McLellan AT, Snider E (1994). Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. *American Journal of Psychiatry*, 151, 254–259.
- McKay JR, Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McLellan AT (1999). The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine-dependent patients in an aftercare study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 176–180.
- McKay JR, Cacciola JS, McLellan AT, Alterman AI, Wirtz PW (1997). An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 239–252.
- McKay JR, Donovan DM, McLellan T, Krupski A, Hansten M, Stark KD, Geary K, Cecere J (2002). Evaluation of full versus partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington State. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 307–338.
- McLatchie B, Lomp K (1988). Alcoholics Anonymous affiliation and treatment outcome among a clinical sample of problem drinkers. *American Journal of Alcohol Abuse*, 14, 309–324.
- McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141–1158.
- McLellan AT, Arndt I, Metzger D, Woody G, O'Brien C (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953–1959.
- McLellan AT, Childress A, Ehrman A, O'Brien C, Pasko S (1986). Extinguishing conditioned responses during opiate dependence treatment: turning laboratory findings into clinical procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 33–40.
- McLellan AT, Grissom GR, Zanis DA, Randall M, Brill P, O'Brien CP (1997). Problem–service matching in addiction treatment: a prospective study in four programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730–735.
- McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Gould F, Meyers K, Bencivengo M and Durell J (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*, 93, 1489–1499.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody G, Druley K, O'Brien C (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620–625.
- McLellan AT, Wood GE, Metzger DS, McKay J, Alterman AI (1997). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. In: Egerton JA, Fox DM, Leshner AI, eds. *Treating Drug Abusers Effectively*. Oxford: Blackwell.
- McRae AL, Budney AJ, Brady KT (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 369–376.
- Maddux J, Desmond D, Esquivel M (1980). Outpatient methadone withdrawal for heroin dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7, 323–333.
- Maggio CA, Presta E, Bracco EF (1985). Naltrexone and human eating behavior: a dose-ranging inpatient trial in moderately obese men. *Brain Research Bulletin*, 14, 657–661.

- Makela K (1993). International comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol, Health, and Research World*, 17, 228–234.
- Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E, Sorensen J, Midkiff E, Wells E, Jackson TR, Bullock M, Culliton PD, Boles S, Vaughan R (2002). Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomised controlled trial. *JAMA*, 287, 55–63.
- Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomised multi-site trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455–466.
- Marlatt GA (1985). Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt GA, Gordon JR, eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Marlatt GA, Gordon JR (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Marrazzi M, Wroblewski J, Kinzie J, Lubie E (1997). High dose naltrexone and liver function safety. *American Journal on Addictions*, 6, 21–29.
- Marsch LA (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta analysis. *Addiction*, 93, 515–532.
- Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M (2000). Psychiatric symptoms amongst clients seeking treatment for drug dependence: intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 176, 285–289.
- Marsh J, D'Aunno T, Smith B (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction*, 95, 1237–1247.
- Martin D, Garske J, Davis M (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Martin S, Butzin C, Saum C, Inciardi J (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: from prison to work release to aftercare. *Prison Journal*, 79, 294–320.
- Martin W, Jasinski D, Mansky P (1973). Naltrexone: an antagonist for the treatment of heroin dependence. *Archives of General Psychiatry*, 28, 784–791.
- Masson CL, Barnett PG, Sees KL, Delucchi KL, Rosen A, Wong W, Hall SM (2004). Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180day methadone detoxification. *Addiction*, 99, 718–726.
- Mattick R, Oliphant D, Ward J, Hall W (1998). The effectiveness of other opioid replacement therapies: LAAM, heroin, buprenorphine, naltrexone and injectable maintenance. In: Ward J, Mattick R, Hall W, eds. *Methadone Maintenance Treatment and Other Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.
- Meichenbaum D, Turk D (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum.
- Mello N, Mendelson J, Kuehne J, Sellers M (1981). Operant analysis of human heroin self-administration and the effects of naltrexone. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 216, 45–54.
- Messina N, Wish E, Nemes S (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 207–227.
- Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson G (1998) Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Medical Journal of Australia*, 168, 596–600.
- Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien, CP, Druley P, Navaline H, DePhilippis D, Stolley P, Abrutyn E (1993). Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in and out of treatment: an 18-month prospective follow up. *AIDS*, 6, 1049–1056.
- Miller CL, Tyndall M, Spittal P, Li K, Palepu A, Schechter MT (2002). Risk-taking behaviors among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchanges. *Journal of Urban Health*, 79, 257–265.
- Miller WR (1983). ?????????? with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 1, 147–172.

- Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249–261.
- Miller WR, Rollnick S (1991). *???????????????* New York: Guilford.
- Miller WR, Yahne C, Tonigan J (2003). *???????????????* in drug abuse services: a randomised trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754–763.
- Mills EJ, Wu P, Gagnier J, Ebbert JO (2005). Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review and meta analysis. *Harm Reduction Journal*, 2, 4.
- Mitcheson M (1994). Drug clinics in the 1970s. In: Strang J, Gossop M, eds. *The British system ????????????* London: Oxford University Press.
- Mitcheson M, Edwards G, Hawks D, Ogborne A (1976). Treatment of methylamphetamine users during the 1968 epidemic. In: Edwards G, Russell M, Hawks D, MacCafferty M, eds. *Drugs and Drug Dependence*. Westmead: Saxon House.
- Modesto-Lowe V, Kranzler H (1999). Using cue reactivity to evaluate medications for treatment of cocaine dependence: a critical review. *Addiction*, 94, 1639–1651.
- Montgomery HA, Miller WR, Tonigan JS (1995). Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 241–246.
- Moos RH (1997). *Evaluating Treatment Environments*. New Brunswick: Transaction.
- Moos RH, Finney JW, Federman E, Suchinsky R (2000). Speciality mental health care improves patients' outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 704–713.
- Moos RH, Finney JW, Ouimette PC, Suchinsky R (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and one year outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 529–536.
- Moos R, Schaefer J, Andrassy J, Moos B (2001). Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 273–287.
- Morgenstern J, Labouvie E, McCrady BS, Kahler CW, Frey RM (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 768–777.
- Myles J (1997). Treatment for amphetamine misuse in the United Kingdom. In: Klee H, ed. *Amphetamine Misuse*. Amsterdam: Harwood.
- Najavits L, Weiss R (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89, 679–688.
- National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists. (1978). Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate dependent individuals. *Archives of General Psychiatry*, 35, 335–340.
- Neeleman J, Farrell M (1997). Fatal methadone and heroin overdoses: time trends in England and Wales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 435–437.
- Noble A, Best B, Finch E, Gossop M, Sidwell C, Strang J (2000). Injecting risk behaviour and year of first injection as predictors of hepatitis B and C status among methadone maintenance patients in south London. *Journal of Substance Use*, 5, 131–135.
- O'Brien C (1994). Opioids: Antagonists and Partial Antagonists. In: Galanter M, Kleber H, eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington: American Psychiatric Press.
- O'Brien C, Childress A, McLellan A, Ehrman R (1990). Integrating systematic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors*, 15, 355–365.
- O'Brien C, Cornish J. (1999). Opioids: Antagonists and partial antagonists. In: Galanter M, Kleber H, eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press.
- O'Brien C, Greenstein R, Mintz J, Woody G (1975). Clinical experience with naltrexone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 365–377.
- Ompad DC, Galea S, Wu Y, Fuller CM, Latka M, Koblin B, Vlahov D (2004). Acceptance and completion of hepatitis B vaccination among drug users in New York City. *Commun Dis Public Health*, 7, 294–300.
- Orford J (2001). *Excessive appetites: a psychological view of addictions*. Chisester, New York: Wiley.

- Orlinsky D, Roonnestad M, Willutzki U (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Otto KC, Quinn C, Sung YF (1998). Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. *American Journal of Addiction*, 7, 164–170.
- Ouimette P, Humphreys K, Moos R H, Finney J W, Cronkite R, Federman B (2001). Self help group participation among substance use disorder patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 25–32.
- Ouimette P C, Finney J W, Moos R H (1997). Twelve step and cognitive behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 230–240.
- Ouimette PC, Moos RH, Finney JW (1998). Influence of outpatient treatment and Twelve-Step group involvement on one year substance abuse treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 513–522.
- Ouellet L, Huo D, Bailey SL (2004). HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37, 1187–1196.
- Parsons J, Hickman M, Turnbull PJ, McSweeney T, Stimson GV, Judd A, Roberts K (2002). Over a decade of syringe exchange: results from 1997 UK survey. *Addiction*, 97, 845–850.
- Pessione F, Degos F, Marcellin P, Duchatelle V, Njapoum C, Martinot-Peignoux M, Degott C, Valla D, Erllinger S, Rueff B (1998). Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C. *Hepatology*, 27, 1717–1722.
- Peterson K, Swindle R, Phibbs C, Recine B, Moos R (1994). Determinants of readmission following inpatient substance abuse treatment. *Medical Care*, 32, 535–550.
- Pfohl D, Allen J, Atkinson R, Knopman D, Malcolm R, Mitchell J, Morley J (1986). Naltrexone hydrochloride (Trexan): a review of serum transaminase elevations at high dosage. Rockville, Maryland. NIDA Research Monograph No. 67, s. 66–72.
- Powell J, Dawe S, Richards D, Gossop M, Marks I, Strang J, Gray J (1993). Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addictive Behaviors*, 18, 473–490.
- Powis B, Strang J, Griffiths P, Taylor C, Williamson S, Fountain J, Gossop M (1999). Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction*, 94, 471–478.
- Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53–72.
- Prendergast M, Wellisch J, Falkin G (1995). Assessment of and services for substance abusing women offenders in community and correctional settings. *Prison Journal*, 75, 240–256.
- Reilly P M, Sees KL, Hall SM, Shropshire MS, Delucchi KL, Tusel, DJ, Banys P, Clark HW, Piotrowski NA (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 158–162.
- Resnick R, Schuyten-Resnick E, Washton A (1979). Narcotic antagonists in the treatment of opioid dependence: review and commentary. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 116–125.
- Rivara FP, Mueller BA, Simes G, Mendoza CT, Rushforth NB, Kellerman AL (1997). Alcohol and illicit drug abuse and the risk of violent death in the home. *Journal of the American Medical Association*, 278, 569–575.
- Roberts K, Hunter C (2004). A comprehensive system of pharmaceutical care for drug misusers. *Harm Reduction Journal*, 1, 6.
- Robles E, Silverman K, Preston K, Cone E, Katz E, Bigelow G, Stitzer M (2000). The brief abstinence test: voucher based reinforcement of cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 205–212.
- Robles E, Silverman K, Stitzer M (1999). Contingency management therapies. In: Strain E, Stitzer M, eds. *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, Colby SM, Myers MG, Gulliver SB, Brown RA, Mueller TI, Gordon A, Abrams DB (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862–874.

- Rollnick S (2001). Enthusiasm, quick fixes and premature controlled trials. *Addiction*, 96, 1769–1775.
- Rosenblum A, Magura S, Foote J, Palij M, Handelsman L, Lovejoy M. and Stimmel B (1995). Treatment intensity and reduction in drug use for cocaine-dependent methadone patients: a dose-response relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 151–159.
- Rossow I, Lauritzen G (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94, 209–219.
- Rounsaville BJ (1995). Can psychotherapy rescue naltrexone treatment of opioid addiction? In: Onken L, Blaine J, Boren J, eds. Integrating behavioral therapies with medications in the treatment of drug dependence. NIDA Monograph No.150. Rockville, MD: NIDA.
- Rounsaville BJ, Kosten T, Weissman M, Kleber H (1986). Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 480–498.
- Saunders B, Wilkinson C, Philips M (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415–424.
- Saxon A, Wells E, Fleming C, Jackson R, Calsyn D (1996). Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction*, 91, 1197–1209.
- Schechter MT, Strathdee SA, Cornelisse PG, Currie S, Patrick DM, Rekart ML, O'Shaughnessy MV (1999). Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users? An investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS*, 13, 45–51.
- Schmitz JM, Oswald LM, Jacks SD, Rustin T, Rhoades HM, Grabowski J (1997). Relapse prevention treatment for cocaine dependence: group versus individual format. *Addictive Behaviors*, 22, 405–418.
- Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN (1996). Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. *AIDS*, 10, 1729–1734.
- Schuckit MA, Hesselbrock V (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1723–1734.
- Schut J, Wohlmut T, File K (1973). Low dosage maintenance: a re-examination. *International Journal of Clinical Pharmacology and Toxicology*, 7, 48–53.
- Scott J, Gilvarry E, Farrell M (1998). Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Addictive Behaviors*, 23, 919–931.
- Sees K, Delucchi K, Masson C, Rosen A, Westley Clark H, Robillard H, Banys P, Hall S (2000). Methadone maintenance versus 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1303–1310.
- Seivewright N (2000). *Community Treatment of Drug Misuse: More than Methadone*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sell L, Farrell M, Robson P (1997). Prescription of diamorphine, dipipanone and cocaine in England and Wales. *Drug and Alcohol Review*, 16, 221–226.
- Sell L, Segar G, and Merrill J (2001). One hundred and twentyfive patients prescribed injectable opiates in the north west of England. *Drug and Alcohol Review*, 20, 57–66.
- Selwyn P, Feiner C, Cox C, Lipshutz C, Cohen R (1987). Knowledge about AIDS and high risk behavior among intravenous drug users in New York City. *AIDS*, 1, 247–254.
- Shearer J, Wodak A, Mattick R, van Beek L, Lewis J, Hall W, Dolan K (2001). Pilot randomised controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence. *Addiction*, 96, 1289–1296.
- Sheridan J, Lovell S, Turnbull P, Parsons J, Stimson G, Strang J (2000). Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in south east England: a survey of service providers. *Addiction*, 95, 1551–1560.
- Sibthorpe B, Fleming D, Gould J (1994). Self-help groups: a key to HIV risk reduction for high-risk injection drug users? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7, 592–598.
- Silverman K, Chutuape M, Bigelow G, Stitzer M (1996). Voucher based reinforcement of attendance by unemployed methadone patients in a job skills training program. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 197–207.
- Simpson DD (1981). Treatment for drug use: follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875–880.

- Simpson DD (1997). Effectiveness of drug abuse treatment: a review of research from field settings. In: Egerton JA, Fox DM, Leshner AI, eds. *Treating Drug Abusers Effectively*. Oxford: Blackwell.
- Simpson DD (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171–182.
- Simpson DD (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99–121.
- Simpson DD, Joe GW, Broome KM (2002). A national five-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538–544.
- Simpson DD, Joe G, Brown B (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294–307.
- Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507–514.
- Simpson DD, Joe G, Rowan-Szal G, Greener J (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117–134.
- Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA, Greener JM (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 565–572.
- Simpson DD, Lloyd MR (1981). Alcohol use following treatment for drug addiction: a four-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 42: 323–335.
- Simpson D, Savage L (1980). Drug abuse treatment readmissions and outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 37, 896–901.
- Simpson D, Savage L, Lloyd M (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969–1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772–780.
- Simpson D, Sells S (1983). Effectiveness for treatment of drug abuse: an overview of the DARP research programme. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7–29.
- Sinha R, Easton C, Renee-Aubin L, Carroll KM (2003). Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: a pilot trial. *American Journal of Addictions*, 12, 314–323.
- Sobell M, Sobell L (1999). Stepped care for alcohol problems: an efficient method for planning and delivering clinical services. In: Tucker J, Donovan D, Marlatt GA, eds. *Changing Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Sorensen JL, Copeland AL (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Dependence*, 59, 17–31.
- Steinberg KL, Roffman RA, Carroll KM, Kabela E, Kadden R, Miller M, Duresky D (2002). Tailoring cannabis dependence treatment for a diverse population. *Addiction*, 97, 135–142.
- Stephens RS, Roffman R, Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898–908.
- Stimson G (1995). Aids and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine*, 41, 699–716.
- Stimson G, Alldritt L, Dolan K, Donoghoe M (1988). Syringe exchange schemes for drug users in England and Scotland. *British Medical Journal*, 296: 1717.
- Stimson G, Donoghoe M, Lart R, Dolan K (1990). Distributing sterile needles and syringes to people who inject drugs: the syringe exchange experiment. In: Strang J, Stimson G, eds. *AIDS and Drug Misuse*. London: Routledge.
- Stitzer M, Bickel W, Bigelow G, Liebson I (1986). Effect of methadone dose contingencies on urinalysis test results of polydrug abusing methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 18, 341–348.
- Stitzer M, Bigelow G, Gross J (1989). Behavioral treatment of drug abuse. In: Karasu TB, ed. *Treatments of Psychiatric Disorders: a Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Vol. 2. Washington: American Psychiatric Association.
- Stitzer M., Bigelow G., Lawrence C, Cohen J, D'Lugoff B, Hawthorne J (1977). Medication take home as a reinforcer in a methadone maintenance program. *Addictive Behaviors*, 2, 9–14.

- Stitzer M, Bigelow G, Liebson I, Hawthorne J (1982). Contingent reinforcement of benzodiazepine-free urines. *Journal of Applied Analysis of Behavior*, 15, 493–503.
- Stone E, Fletcher K (2003). User views on supervised methadone consumption. *Addict Biol*, 8, 45–48.
- Stephens RS, Roffman RA, Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898–908.
- Stephens RS, Roffman RA, Fearer SA, Williams C, Picciano JF, Burke RS (2004). The marijuana check-up: reaching users who are ambivalent about change. *Addiction*, 99, 1323–1332.
- Sterling RC, Gottheil E, Weinstein SP, Serota R (2001). The effect of therapist/patient race- and sex-matching in individual treatment. *Addiction*, 96, 1015–1022.
- Stewart D, Gossop M, Marsden J (2004). Increased caseloads in methadone treatment programs: implications for the delivery of services and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 301–306.
- Stewart D, Gossop M, Marsden J, Rolfe A (2000). Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 10–20.
- Stewart D, Gossop M, Marsden J, Strang J (2000b). Variation between and within drug treatment modalities: data from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *European Addiction Research*, 6, 106–114.
- Stewart D, Gossop M, Marsden J, Kidd T, Treacy S (2003). Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Review*, 22, 35–41.
- Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J (2001). with cocaine-dependent patients: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858–862.
- Strain EC (1999). Methadone dose during maintenance treatment. In: Strain E, Stitzer M, eds. *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Strain EC, Bigelow G, Liebson I, Stitzer M (1999). Moderate versus high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1000–1005.
- Strain EC, Brooner RK, Bigelow GE (1991). Clustering of multiple substance use and psychiatric diagnoses in opiate addicts. *Drug & Alcohol Dependence*, 27, 127–134.
- Strain EC, Stoller KB (1999). Introduction and historical overview. In: Strain E, Stitzer M, eds. *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Strang J, Bearn J, Gossop M (1997a). Opiate detoxification under anaesthesia. *British Medical Journal*, 315, 1249–1250.
- Strang J, Bearn J, Gossop M (1999). Lofexidine for opiate detoxification: review of recent randomised and open trials. *American Journal on Addictions*, 8, 337–348.
- Strang J, Finch E, Hankinson L, Farrell M, Taylor C, Gossop M (1997). Methadone treatment for opiate addiction: benefits in the first month. *Addiction Research*, 5, 71–76.
- Strang J, Gossop M (1990). Comparison of linear versus inverse exponential methadone reduction curves in the detoxification of opiate addicts. *Addictive Behavior*, 15, 541–547.
- Strang J, Griffiths P, Abbey J, Gossop M (1994). Survey of use of injected benzodiazepines among drug users in Britain. *British Medical Journal*, 308, 1082.
- Strang J, Griffiths P, Powis B, Fountain J, Williamson S, Gossop M (1999a). Which drugs cause overdose among opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses. *Drug and Alcohol Review*, 18, 253–261.
- Strang J, Marsden J, Cummins M, Farrell M, Finch E, Gossop M, Stewart D, Welch S (2000). Randomised trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and six-month outcomes. *Addiction*, 95, 1631–1645.
- Strang J, Powis B, Best D, Vingoe L, Griffiths P, Taylor C, Welch S, Gossop M (1999). Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*, 94, 199–204.

- Strang J, Powis B, Griffiths P, Gossop M (1996). The bettertravelled treatment tourist: service overlap among heroin and cocaine users. *Druglink*, 11, 10–13.
- Strang J, Sheridan J (1997). Prescribing amphetamines to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. *Addiction*, 92, 833–838.
- Strang J, Sheridan J (1998). National and regional characteristics of methadone prescribing in England and Wales: local analyses of data from the 1995 national survey of community pharmacies. *Journal of Substance Misuse*, 3, 240–246.
- Strang J, Sheridan J, Barber N (1996). Prescribing injectable and oral methadone to opiate addicts: results from the 1995 national postal survey of community pharmacies. *British Medical Journal*, 313, 270–272.
- Swift R, Miller N (1997). Integration of health care economics for addiction treatment in clinic care. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 255–262.
- Tennant FS, Rawson RA, Cohen AJ, Mann A (1984). Clinical experience with naltrexone in suburban opioid addicts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 41–45.
- Thirion X, LapierreV, Micallef J, Ronflé E, Masutb A, Pradela, Coudertb C, Mabriez J, Sanmarco J (2002). Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 197–204.
- Thornton CC, Gottheil E, Weinstein SP, Kerachsky RS (1998). Patient-treatment matching in substance abuse. Drug addiction severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 505–511.
- Toumbourou JW, Hamilton M, U'Ren A, Stevens-Jones P, Storey G (2002). Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 61–66.
- Tucker T, Fry CL, Lintzeris N, Baldwin S, Ritter A, Donath S, Whelan G (2004). Randomised controlled trial of a brief behavioural intervention for reducing hepatitis C virus risk practices among injecting drug users. *Addiction*, 99, 1157–1166.
- Tucker T, Ritter A, Maher C, Jackson H (2004). Naltrexone maintenance for heroin dependence: uptake, attrition and retention. *Drug and Alcohol Review*, 23, 299–309.
- Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffan T, Gutzwiller F, Blattler R, Pfeifer S (1999). Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Basek: Karger.
- Unnithan S, Gossop M, Strang J (1992). Factors associated with relapse among opiate addicts in an outpatient detoxification programme. *British Journal of Psychiatry*, 161, 654–657.
- van den Brink W, Hendriks V, Blanken P, Huijsman I, van Ree J (2002). Medical co-prescription of heroin: two randomised controlled trials. Utrecht: CCBH.
- Vignau J, Duhamel A, Catteau J, Legal G, Huynh Pho A, Grailles I, Beauvillain J, Petit P, Beauvillain P, Parquet P (2001). Practicebased buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French health-care providers manage the opiate-addicted patients? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 135–144.
- Ward J, Mattick R, and Hall W (1992). *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*. Sydney: New South Wales Press.
- Ward J, Mattick R, Hall W (1998). *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood, Australia.
- Washburn A, Fullilove R, Fullilove M, Keenan P, McGee B, Morris K, Sorensen J, Clark W (1993). Acupuncture heroin detoxification: a single-blind clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 345–351.
- Washton A, Pottash A, Gold M (1984). Naltrexone in addicted business executives and physicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 39–41.
- Weiss RD, Griffin ML, Gallop R, Onken LS, Gastfriend DR, Daley D, Crits-Christoph P, Bishop S, Barber JP (2000). Self-help group attendance and participation among cocaine dependent patients. *Drug Alcohol Dependence*, 60, 169–177.

- Weiss RD, Griffin ML, Najavits LM, Hufford C, Kogan J, Thompson HJ, Albeck JH, Bishop S, Daley DC, Mercer D, Siqueland L (1996). Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: results from NIDA collaborative cocaine treatment study. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 79.
- Weiss RD, Griffin ML, Gallop RJ, Najavits LM, Frank A, Crits-Christoph P, Thase ME, Blaine J, Gastfriend DR, Daley D, Luborsky L (2005). The effect of Twelve-Step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 177–184.
- Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 1–17.
- Wexler H, Melnick G, Lowe L, Peters J (1999). Three-year incarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal*, 79, 321–336.
- White R, Alcorn R, Feinmann C (2001). Two methods of community detoxification from opiates: an open-label comparison of lofexidine and buprenorphine. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 77–83.
- Williams AB, McNelly EA, Willaims AE, D'Aquila RT (1992). Methadone maintenance treatment and HIV type 1 seroconversion among injecting drug users. *AIDS Care*, 4, 35–41.
- Williams H (1971). Low and high dose methadone maintenance in the outpatient treatment of the hard-core heroin addict. In: Einstein S, ed. *Methadone Maintenance*. New York: Marcel Dekker.
- Williams RJ, Chang SY (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology and Sci Practice*, 7, 138–166.
- Wilson B, Elms R, Tompson C (1975). Outpatient versus hospital methadone detoxification: experimental comparison. *International Journal of the Addictions*, 10, 13–21.
- Wilson GT (1996). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295–314.
- Winick C (1990–1991). The counsellor in drug abuse treatment. *International Journal of the Addictions*, 25, 1479–1502.
- Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JS, Tyndall MW (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171, 731–734.
- Wood E, Tyndall MW, Spittal P, Li K, Hogg R, O'Shaughnessy M, Schechter M (2002). Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic. *International Journal of Drug Policy*, 13, 95–102.
- Woody G, McLellan AT, Luborsky L (1984). Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1171–1177.
- Woody G, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien C (1987). Twelvemonth follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144, 38–46.
- Woody G, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien, C, Blaine J, Fox S, Herman I, Beck A (1984). Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn Study. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1172–1177.
- Wutzke S, Conigrave K, Saunders J, Hall W (2002). The longterm effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a ten-year follow-up. *Addiction*, 97, 665–675.
- Yancovitz S, DesJarlais D, Peyser N (1991). A randomised trial of an interim methadone clinic. *American Journal of Public Health*, 81, 1185–1191.
- Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98, 673–684.

INFORMACE PRO ČTENÁŘE PŮVODNÍHO
ANGLICKÉHO VYDÁNÍ

Účel dokumentu

Informovat zadavatele a poskytovatele léčby na základě aktualizovaných důkazů o tom, co se osvědčilo z hlediska účinnosti protidrogové léčby.

Název

Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti

Autor

Michael Gossop, King's College, Londýn

Datum vydání

květen 2006

Cílová skupina

především poskytovatelé a zadavatelé služeb protidrogové léčby v Anglii, dále uživatelé těchto služeb a pečovatelé

Distribuce výtisků

manažeři a zadavatelé léčebných služeb

koordinátoři a předsedové místních protidrogových sdružení (např. protidrogových týmů a partnerství proti kriminalitě)

skupiny uživatelů služeb a pečovatelů

ředitelé veřejných zdravotnických zařízení, sociálních služeb, policie a probační služby

specializované zdravotnické orgány

ředitelé organizací primární lékařské péče a organizací péče o duševní zdraví

manažeři zdravotní péče ve věznicích

orgány protidrogové politiky regionální správy

orgány protidrogové politiky centrální vlády

akademické profesní organizace (Royal Colleges)

Popis

souhrn důkazů mezinárodního výzkumu o účinnosti protidrogové léčby

Odkazy na související dokumenty

Models of care for Drug Misusers, 2005
(pracovní verze)

NTA Treatment Effectiveness Strategy
2005-2008 (online)

Nahrazuje dokumenty

Models of Care for Drug Misusers, 2002

Kontaktní údaje

National Treatment Agency for Substance Misuse
8th floor, Hercules House, Hercules Road, London SE1 7DU.
Tel 020 7261 8801 Fax 020 7261 8883
Email nta.enquiries@nta-nhs.org.uk
www.nta.nhs.uk

Schválení nadřízenými orgány (Gateway/ROCR)

NTA je samostatným subjektem z hlediska schvalování publikací orgány ministerstva zdravotnictví

Vědecké přehledy

Tyto přehledy zadávané organizací NTA představují souhrny vědeckých důkazů ke konkrétnímu tematickému okruhu, které pomáhají informovat poskytovatele a zadavatele služeb. Nepředstavují metodické vodítko NTA, mají však pomoci poskytovatelům a zadavatelům v úvahách nad zajišťováním služeb na místní úrovni.

© National Treatment Agency, Londýn, 2006

Text v tomto dokumentu smí být reprodukován zdarma v libovolném formátu nebo na libovolném médiu bez zvláštního povolení, avšak s tou podmínkou, že tento materiál nebude použit zlehčujícím způsobem nebo v zavádějícím kontextu a že jako zdroj bude uvedena National Treatment Agency. Je-li reprodukce textu součástí jiné publikace nebo služby, musí v ní být uveden název tohoto dokumentu.

Kód produktu: RB5

Publikace

Všechny publikace NTA jsou ke stažení na internetových stránkách www.nta.nhs.uk. Chcete-li objednat další výtisky této zprávy, vyplňte objednávkový formulář on-line na stránkách www.nta.nhs.uk nebo pošlete e-mail na adresu NTA@prolog.uk.com nebo objednávejte telefonicky na čísle 08701 555 455 s uvedením kódu produktu RB5.

Kontakt: Centrum adiktologie
Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK Praha
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2
tel./fax: +420 224 965 035
e-mail: info@adiktologie.cz



centrum adiktologie

www.adiktologie.cz

Michael Gossop

**Léčba problémů spojených se zneužíváním drog:
důkazy o účinnosti**

© 2006 National Treatment Agency for Substance Misuse,
Spojené království
Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness
kód produktu RB5 (publikace bez ISBN)

© Vydal/ Úřad vlády České republiky, 2009
1. vydání v jazyce českém
Redakčně uzavřeno 26. ledna 2009

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 978-80-87041-81-9

LÉČBA PROBLÉMŮ SPOJENÝCH SE ZNEUŽÍVÁNÍM DROG: DŮKAZY O ÚČINNOSTI

■ Publikace s využitím informací pocházejících z velmi velkého množství výzkumných projektů poskytuje přehled širokého spektra léčebných modalit a jasně a srozumitelně odpovídá na často diskutované otázky související s různými aspekty léčby uživatelů drog a osob závislých na drogách. Tyto informace mohou výrazným způsobem přispět ke zvýšení efektivity systému poskytovaných adiktologických služeb v českých podmínkách a mohou pomoci k zavádění a rozšiřování relativně nových léčebných postupů nebo k akcentování terapeutických postupů a metod, které v praxi již (standardně) fungují. Stejně tak může publikace přispět k osvětlení některých nezdůvodněných a zažitých adiktologických dogmat, mýtů a předsudků.

■ Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webové stránce www.drogy-info.cz v sekci Publikace. Distribuci zajišťuje vydavatel.

ISBN 978-80-87041-81-9



Neprodejné