

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Ondřej Vít

Integrovaná léčba osob s duální diagnózou v programu následné péče

Série kazuistik

Integrated treatment of people with a dual diagnosis in the aftercare program

A series of case studies

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Anna Volfová

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 04.06.2023

Ondřej Vít

Poděkování:

Rád bych poděkoval paní Mgr. Anně Volfové za odborné vedení mé práce. Velké poděkování patří také všem zúčastněným respondentům za jejich ochotu a otevřenost. V neposlední řadě bych chtěl moc poděkovat své rodině za jejich podporu a motivaci.

Identifikační záznam

VÍT, Ondřej. Integrovaná léčba osob s duální diagnózou v programu následné péče: série kazuistik. [Integrated treatment of people with a dual diagnosis in the aftercare program: a series of case studies]. Praha, 2023. 51 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2023. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Anna Volfová.

Abstrakt

Východiska: V léčebném adiktologickém kontinuu je poměrně velká část klientů s duální diagnózou, která opakovaně selhává v léčbě a doléčování, kdy dochází k častým relapsům a recidivám onemocnění a následně návratům do léčebného kontinua. Série kazuistik je zaměřena na vnímání integrované léčby duální diagnózy a závislosti v programu následné péče samotnými klienty s duální diagnózou.

Cíle: Cílem výzkumu je zmapovat vnímání integrované léčby duální diagnózy ve službě následné péče samotnými klienty. Dílčími cíli bylo zmapovat vnímání propojení léčby závislosti a jejich duševní poruchy, jaké faktory klienti vnímají jako významné při jejich cestě k úzdavě a jak vnímají přítomnost klientů bez duševního onemocnění.

Metody: Teoretická část byla zpracována formou rešerše odborné literatury. Výzkumná část byla uskutečněna formou polostrukturovaných interview se třemi klienty doléčovacího programu, zpracování jejich kazuistik a jejich následnou komparací.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvoří tři klienti doléčovacího programu vybraní záměrným výběrem. Podmínkou účasti ve výzkumném šetření bylo, aby účastníci výzkumu byli klienti s duální diagnózou závislosti na návykové látce a duševním onemocněním, kteří abstínují a navštěvují služby ambulantního doléčování.

Výsledky: Životní příběhy respondentů jsou si v mnohém podobné a můžeme zde najít podobné faktory vzniku závislosti i jejího vývoje. Všichni respondenti v životě prošli řadou neúspěšných léčebných hospitalizací, z kterých vypadávali pro neschopnost dostát požadavkům režimové léčby, paranoidní představy a špatné interpersonální vztahy z nich pramenící. Cestou k úzdavě pro ně byl nástup do integrované léčby orientované jak na závislost, tak na duševní onemocnění, kde jim byla poskytnuta individuální časová dotace a osobní přístup k jejich problému.

Závěr: Poznatky z této práce lze použít pro hledání nových způsobů, jak pomoci klientům s duální diagnózou, a lze je vsadit do odborné práce s klienty. Dále je možné tyto informace využít v terapeutických, poradenských a jiných činnostech, které se zabývají problematikou duálních diagnóz.

Klíčová slova: Integrovaná léčba – duální diagnóza – adiktologické služby – služba následné péče – série kazuistik

Abstract

Background: In the addiction treatment continuum, there is a relatively large group of clients with a dual diagnosis who repeatedly fail in treatment and follow-up treatment, with frequent relapses and recurrences of the disease and subsequent returns to the treatment continuum. The case study is focused on the perception of the integrated treatment of dual diagnosis in the follow-up care program by clients with dual diagnosis.

Objectives: The research aims to map the perception of the integrated treatment of dual diagnosis in the aftercare service by the clients themselves. The sub-goals were to map the perception of the connection between addiction treatment and their mental disorder, what factors clients perceive as important in their journey to recovery, and how they perceive the presence of clients without mental illness.

Methods: The theoretical part was processed in the form of a search of professional literature. The research part was carried out in the form of semi-structured interviews with three clients of the after-treatment program, the processing of their case reports, and their subsequent comparison.

Research group: The research group consists of three clients of the after-treatment program selected by purposeful selection. The condition for participation in the research investigation was that the research participants were clients with a dual diagnosis of substance dependence and mental illness who were abstinent and attending outpatient aftercare services.

Results: The life stories of the respondents are similar in many ways, and we can find similar factors in the emergence of addiction and its development. All the respondents in their life went through a series of unsuccessful medical hospitalizations, from which they dropped out due to the inability to meet the requirements of the treatment regimen, paranoid ideas, and bad interpersonal relationships stemming from them. The path to recovery for them was entering integrated treatment focused on both addiction and mental illness, where they were provided with an individual time allowance and a personal approach to their problem.

Conclusion: The findings from this work can be used to find new ways to help clients with a dual diagnosis and can be put into professional work with clients. Furthermore, it is possible to use this information in therapeutic, counseling, and other activities that deal with the issue of dual diagnoses.

Keywords: Integrated treatment – dual diagnosis - addiction services - aftercare service - case series

Obsah

Úvod.....	11
1. Duální diagnóza	12
1.1 Definice	12
1.1.2 Závislost	13
1.1.3 Paranoidní schizofrenie	13
1.1.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti.....	14
1.2 Etiologie	14
1.2 Diagnostika.....	15
1.3 Prevalence.....	17
2. Léčba duální diagnózy.....	19
2.1 Léčba sukcesivní (následná).....	20
2.2 Léčba paralelní (souběžná)	20
2.3 Léčba integrovaná.....	20
3. Integrovaná léčba duální diagnózy	21
4. Léčebné kontinuum v adiktologii	22
4.2 Základní typy adiktologických služeb.....	22
5. Následná péče	24
5.1 Doléčovací centrum s chráněným bydlením	26
6. Výzkumná část	27
6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	27
6.2 Výzkumný soubor a jeho výběr.....	28
6.3 Použité metody sběru a analýzy dat.....	29
6.4 Etické aspekty	29
6.5 Kazuistika č. 1 – Karel	30
6.5.1 Rodinná a osobní anamnéza.....	30
6.5.2 Zdravotní a psychiatrická anamnéza	32
6.5.3 Adiktologická anamnéza	32
6.5.4 Situace výchozího bodu	34
6.5.5 Vývoj případu.....	34
6.6 Kazuistika č. 2 – Zuzka.....	35
6.6.1 Rodinná a osobní anamnéza.....	35
6.6.3 Adiktologická anamnéza	37

6.6.4 Situace výchozího bodu	37
6.6.5 Vývoj případu	38
6.7 Kazuistika č. 3 – David.....	39
6.7.1 Rodinná a osobní anamnéza	39
6.7.3 Adiktologická anamnéza	41
6.7.4 Situace výchozího bodu	42
6.7.5 Vývoj případu	42
7. Výsledky	43
8. Diskuse a závěr	44
9. Použitá literatura	46
10. Přílohy	49
Příloha číslo 1. Souhlas etické komise	49
Příloha č. 2.-Osnova rozhovoru.....	51

Úvod

Téma závěrečné bakalářské práce bylo zvoleno na základě mé studijní stáže v adiktologické ambulanci, kde jsem se také účastnil skupinové terapie. Do terapeutické skupiny docházeli jak klienti s duální diagnózou, tak klienti bez duševního onemocnění. Do té doby jsem neměl žádnou, nebo jen minimální zkušenost s klienty s duální diagnózou a problematika léčby duálních diagnóz mne začala zajímat. Chtěl jsem se dozvědět více o přístupech v léčbě a také o tom, co je v léčbě důležité pro samotné klienty. To bylo impulsem pro zpracování této práce.

Pojem duální diagnóza zastřešuje souběh několika duševních onemocnění včetně látkové a nelátkové závislosti. Jedná se tedy o významné zdravotní obtíže a komplikace, které mají u cílové populace vztah s úzdavou a jejich úspěšným návratem do většinové společnosti. Tato práce se věnuje právě osobám s duální diagnózou a bere si za cíl zjistit, jak tito samotní lidé vnímají služby propojení léčby jejich duševního onemocnění a závislosti, jaké faktory jsou pro ně důležité v léčbě a na jejich cestě k úzdavě, v neposlední řadě také to, jak na ně působí přítomnost klientů bez duševního onemocnění.

Jádrem práce je prezentace tří kazuistik klientů terapeutické skupiny probíhající v rámci ambulantní léčby. První kazuistika klienta Karla ukazuje, že teprve nástup do integrované léčby pro osoby s duální diagnózou v terapeutické komunitě byl impulsem k získání náhledu jak na závislost, tak duševní onemocnění, a začátkem jeho cesty k úzdavě. Jak první, tak i druhá kazuistika klientky Zuzky přináší pohled na to, že lze žít s duševním onemocněním, a svojí osobní zkušenost předávat jako peer konzultant ostatním lidem se stejnými problémy. U třetího klienta Davida je zajímavé, že počátečním impulsem k sebeuvědomění a motivací ke změně byla kromě jeho špatného zdravotního stavu také soudem nařízená ústavní léčba.

Výsledky výzkumu mohou být použity například při nastavování programů následné péče pracujících s klienty s duální diagnózou, jako nové poznatky pro odborníky, či být pilotní studii pro další možná výzkumná šetření v této oblasti.

1. Duální diagnóza

1.1 Definice

V odborné literatuře můžeme nalézt nejednoznačné vymezení pojmů. Často jsou vzájemně zaměňovány pojmy „duální diagnóza“ a „psychiatrická komorbidita“. EMCDDA (2004) definuje komorbiditu nebo duální diagnózu jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“. Ovšem k přijetí této definice je potřeba uznání toho, že závislost nebo porucha z užívání návykových látek je také duševní poruchou a nejen morálním selháním jednotlivce, či sociálním problémem (NIDA, 2010).

Williams a Cohen (2000) vykládají termín psychiatrická komorbidita jako souběh symptomů a poruch u jednoho jedince. Termín duální diagnóza je podle nich užíván k bližšímu vymezení vztahu mezi dvěma onemocněními.

Fox, Drake, Mueser et al. (2010) dávají ve své knize přednost pojmu „souběžně se vyskytující porucha“ a zdůrazňují, že pojem duální (dvojí) je omezující. Naproti tomu výraz „souběžně se vyskytující poruchy“ se může použít u klientů s jednou či více duševními nemocemi a jednou či více závislostmi.

Obecně je pojmem duální diagnóza označován stav, kdy má klient diagnostikované psychiatrické onemocnění a souběžně s ním také závislost na alkoholových a nealkoholových drogách, popřípadě patologické hráčství (Kalina, 2015).

Jenner et al. (1998) popisují model duálních diagnóz ve vztahu se skupinou poruch a onemocnění, který jak dále uvádějí Miovska, Miovsky a Kalina (2008) může být užitečný pro efektivní léčbu a uvádí následující modely.

„- Klienti s onemocněním psychotického spektra (schizofrenie, bipolární afektivní porucha, těžká deprese atd.), kteří současně splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách.

- Klienti s onemocněním nenáležící do psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách.

- Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog.

- Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog.
- Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví.
- Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví.“

Dva klienti doléčovacího programu, jejichž kazuistiky jsem zpracovával v rámci své práce, mají diagnózu paranoidní schizofrenie a jedna klientka diagnózu emočně nestabilní poruchy osobnosti. Tato duševní onemocnění budou přiblížena v následující části práce.

1.1.2 Závislost

Závislostí rozumíme stav navozený opakujícím se užíváním návykové látky, při němž se objevují změny v prožívání a chování. Nekončící nutkání uživatele látku či chování opakovat nazýváme závislostí. Tento jev můžeme rozdělit na dva, závislost *psychickou* či závislost *fyzickou*. Závislost psychická funguje na bázi potřeby, kdy jedinec neví, co si bez návykové látky v životě počít a její odvykací stav nemá tělesné známky. V případě fyzické závislosti je situace opačná, tělo si drogu žádá, a to se projevuje různými tělesnými příznaky (Nešpor, 2011).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) spadají závislosti do tabulky duševních poruch a poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19). Zde jsou popsány jako odměny na biochemické úrovni (MKN 10, 2013).

1.1.3 Paranoidní schizofrenie

Jde o závažné duševní onemocnění narušující schopnost nemocného se v životě srozumitelně chovat, jednat a uplatnit. Dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je diagnóza paranoidní schizofrenie F 20.0 charakterizována relativně trvalými, častými halucinacemi a bludy převážně perzekučního, nebo velikášského charakteru. Tyto bludy, halucinace a poruchy vnímání mají vliv na myšlení a prožívání nemocného (MKN 10, 2013).

Dušek a Večeřová (2010) uvádí, že tato forma schizofrenie se řadí mezi nejčastější a probíhá většinou v epizodách. Nemocný si velmi rychle zpracovává halucinace jako bludný výklad a

následně se objevují pocity nedůvěřivosti, ukřivdění a podráždění. Nejčastěji se vyskytují vztahovačné, perzekuční, úkorné, originální a megalomanické a bludy. U rychlých forem nemoci nejsou bludy dostatečně pevně ani systematicky ukotvené. Při pomalejším rozvoji nemoci se bludy pevně ukotví v systémech a vzájemně se prolínají. Velmi časté jsou sluchové halucinace a nemoc je vždy doprovázena podrážděností, úzkostí, strachem a zlostnými projevy. Od druhu bludů se také odvíjí nálada nemocného a pod jejich vlivem může docházet k agresivitě, neklidu, nebo sebevražednému chování (Dušek & Večeřová, 2010).

1.1.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Diagnóza F 60.3 dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je porucha osobnosti charakterizovaná sklonem k neuváženému, zkratovému chování. Nálada je nepředvídatelná, proměnlivá, bez uvážení následků chování, se sklonem k emočním výlevům a neschopností ovládat tyto výbuchy emocí. Následně s tendencí ke konfliktům a hádavému chování s ostatními. Poruchu osobnosti lze rozdělit na dva typy, přičemž typ **impulzivní** charakterizuje emoční nestabilita a neschopnost ovládnutí svého chování. Druhým typem je typ **hraniční** ten je charakterizován emoční nestálostí, narušenou představou o sobě samém, svých cílech a osobních preferencích. Zásadní jsou interpersonální vztahy, které se označují intenzitou, nestabilitou a tendencí k sebezničujícímu chování. Jedinci trpí neustálými pocity vnitřní prázdnoty a mají tendence k sebepoškození a sebevražedným pokusům (MKN 10, 2013).

1.2 Etiologie

Z hlediska etiologie Kalina et al. (2015) a Miovska et al. (2008) popisují tři skupiny psychopatologických komorbidit.

První skupinou je model tzv. samoléčení či sebemedikace. Tuto skupinu tvoří klienti s preexistující psychickou poruchou, nehledě na to, zda byla nebo nebyla diagnostikována a léčena. V těchto případech může duševní porucha a s ní spojené potíže vést k rozvoji užívání, pokud návyková látka přináší dočasnou úlevu.

Druhou skupinou je situace opačná, kdy duševní poruchu vyprovokuje nebo způsobí dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek. Porucha se v tomto případě může

rozvinout jako následek abúzu či vlivem poškození, které způsobuje neurotoxická zneužívaná látka, případně vlivem jiných nepříznivých okolností souvisejících s abúzem.

Třetí skupinu tvoří klienti, u nichž se předpokládá, že závislost na drogách a psychická nemoc jsou vyjádřením jedné příčiny. A to například poruchy osobnosti nebo stresové poruchy pramenící z traumatizace v dětství.

Miovská et al. (2008) ve své knize upozorňují na skutečnost, že mnohdy nelze jednoznačně určit, zda u konkrétního klienta psychická nemoc zvýšila riziko vzniku závislosti, nebo naopak zda abúzus či závislost zvýšili riziko vzniku psychických problémů. Přirozeně zde dochází k interakci obou (nebo více) poruch a je potřeba brát v úvahu i další rizikové, případně protektivní faktory.

NIDA (2010) uvádí příklady společných etiologických faktorů:

- Překrývající se genetická vulnerabilita: genetická výbava může jedince disponovat jak závislosti, tak k duševní poruše, popř. k většímu riziku vzniku druhé poruchy, pokud se jedna objeví.
- Překrývající se spouštěče: trauma (např. sexuální, nebo fyzické zneužívání), stres a časté zneužívání návykových látek jsou faktory které mohou vést k duševní poruše i k závislosti u jedinců s genetickou zranitelností.
- Zapojení podobných oblastí mozku: jedná se například o ty oblasti mozku které jsou spojeny s procesem odměny, nebo odpovědí na stres. Tyto oblasti jsou ovlivněny jak zneužíváním drog, tak i duševní poruchou.
- Společná riziková stadia vývoje: duševní poruchy i zneužívání drog jsou vývojovými poruchami, které často začínají v dětství či v adolescenci, to je v době kdy mozek prodělává velké vývojové změny. Expozice návykovým látkám v této době může změnit mozek a způsobit vyšší riziko duševní poruchy, stejně tak časné příznaky duševní poruchy mohou zvýšit riziko zneužívání drog.

1.2 Diagnostika

Diagnostika komorbidity je náročný proces, který vyžaduje opakovaná ověřování a diagnostická vyšetření, aby některé stavy a symptomy nezakrývaly odpovídající

onemocnění. Diagnostické vyšetření může být ovlivněno i ze strany klienta, kdy se setkáváme se stigmatizací, která vyšetření kontaminuje, a pro některé klienty je přijatelnější jiná psychiatrická diagnóza než diagnóza závislosti (Miovská, Miovský a Kalina 2008).

Stanovení správné diagnózy je velmi náročný proces, nelze stanovit na základě jednoho vyšetření a někdy je prakticky nemožné. Např. deprese může být vyvolána abstinčním stavem, tělesnými komplikacemi nebo psychosociálním stresem, pacient by měl tedy abstinovat alespoň jeden měsíc před stanovením diagnózy. Při stanovení diagnózy je potřeba brát v úvahu i genderové rozdíly a nejednou i okolnosti týkající se pocitů studu za svou diagnózu, u žen se lze setkat obecně s větší tendencí zakrývat svou závislost, za kterou se stydí, a často prezentují jen své duševní obtíže (Kalina, 2003).

„Komorbidní pacienti mají často mnoho duševních, fyzických a sociálních problémů, které je třeba identifikovat a diagnostikovat“ (EMCDDA, 2004).

Miovská, Miovský a Kalina (2008) zmiňují několik základních požadavků, spíše zásad pro úspěšné vedení diagnostiky s následným stanovením realistického léčebného plánu:

- Kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta).
- Sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta (může pomoci v získání diagnostiky validních informací o životě pacienta, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace, na jeho problémy atd.).
- Kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek (kontrola doby abstinence atd.).
- Detailní znalost anamnestických údajů, a to jak z perspektivy individuální, tak rodinné anamnézy a průběhů onemocnění/poruchy.
- Seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta nebo s výpisy z ní (údaje případně ověřujeme s kolegy z jiných odborných zařízení).
- Zajištění standardního toxikologického, biochemického vyšetření včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta a dalších možných souvisejících vyšetření.

- Spolupráce a ochota pacienta, bez kterého není možné údaje přesně zjistit a mít jejich přesný popis (okolnosti vzniku, průběhu apod.).

1.3 Prevalence

Vztah mezi užíváním drog a psychiatrickým onemocněním zkoumala řada dlouhodobých zahraničních studií. Odhad prevalence komorbidity závisí na tom, jakou populaci zkoumáme (bezdomovci, vězni, klienti psychiatrických léčeben, terapeutických komunit atd.). Různé studie uvádějí různou prevalenci psychiatrické komorbidity a to s ohledem na typ užívané drogy, závažnost poruchy a kritéria, která si sami autoři nastavili (Kalina, 2008).

Zatímco EMCDDA (2004) uvádí u klientů v léčbě 30 - 50 % duálních diagnóz, tak později NIDA (2010) udává až 60 % a čísla mají stoupající tendenci.

Weaver et al. (2002) ve své studii zjišťovali míru prevalence komorbidity u léčených uživatelů drog. Viz tabulka č. 1 níže

Tabulka č. 1: Zjištěná míra prevalence komorbidity u léčených uživatel

Duševní onemocnění/porucha	Zjištěná míra prevalence (%)
Psychotické poruchy	7,9
Poruchy osobnosti	37
Těžká depresivní porucha	26,9
Mírná depresivní porucha	40,3
Úzkostná porucha	19
Smišená depresivní porucha a úzkostná porucha	18,5

Depresivní porucha a/nebo úzkostná porucha	67,6
--	------

Zdroj: (Weaver et al., 2002)

V ČR zatím nebylo provedeno mnoho studií. Jednu z nich provedl v letech 2001 - 2002 Kalina na klientech léčebných zařízení o. s. SANANIM, kdy zjistil celkovou míru psychiatrické komorbidity 35,3 % (Mravčík et al., 2003).

Profil i četnost komplikací vcelku koresponduje se zahraničními studiemi (Kalina, 2008). Tabulka níže ukazuje zjištěný profil těchto komplikací.

Tabulka č. 2: Duální diagnózy u problémových uživatelů drog

Okruh komplikací	Počet	% komplikací	% vzorek
Depresivní syndrom	14	19,7	7
Úzkostný a fobický syndrom	12	16,9	6
Paranoidní syndrom	7	9,8	3,5
Poruchy příjmu potravy	10	14	5
Poruchy osobnosti	28	39,4	14
Celkem	71	10	35,5
Vzorek	200		200

Zdroj: (Mravčík et al., 2003, Kalina 2006)

Dle Kaliny & Váchy (2013) mezi odborníky panuje názor, že se v posledním desetiletí výrazně zhoršuje psychopatologický profil klientů v léčbě a zhoršuje se i duševní stav celé subpopulace problémových uživatelů návykových látek. Jeřábek (2008) uvádí, že by klienta, který trpí závislostí a je duševně zdravý, pokládal za klinickou raritu.

2. Léčba duální diagnózy

Klienti s duální diagnózou mají obvykle těžší průběh onemocnění, závažnější zdravotní a sociální důsledky nemoci, horší prognózu a s tím spojené i horší výsledky v léčbě a více komplikací. Duální diagnóza přináší více motivačních krizí, interpersonálních konfliktů či rizikových situací, které snižují schopnost se do léčby zapojit, vytrvat v ní, úspěšně ji dokončit a velmi často vedou k relapsům. Klienti také velmi často zatěžují jednotlivce, ale i celou skupinu klientů v léčebném programu. Nároky na personál, který musí být schopen pracovat s touto klientelou, se zvyšují, ten musí být schopen zvládat spektrum psychiatrických komorbidit a současně komplikace závislosti. Tyto komplikace a důvody často vedou ke stigmatizaci nemocných s duální diagnózou, tím se zvyšuje práh dostupnosti služeb pro tyto klienty. Roli v tom hraje i nepropojenost jednotlivých složek péče a neochota či nepřipravenost odborníků s touto klientelou pracovat (Kalina et al., 2015).

Dle Kaliny (2015) koresponduje léčba duálních diagnóz s „léčbou s duálním ohniskem“, ta je definována tak, že se jedno ohnisko léčby nachází v oblasti závislosti a druhé v jiných diagnózách. Podstata tohoto přístupu tkví ve farmakologické léčbě, jelikož má svoje specifika jak při léčbě závislosti (např. substituce), tak v léčbě psychiatrických poruch (antidepresiva, antipsychotika). Tento koncept se objevuje i u psychosociálních intervencí. Léčebné přístupy jsou specifické dle jednotlivých duševních poruch. Kombinují se v nich krátké behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamické přístupy v kombinaci s prevencí relapsu a motivačními rozhovory.

Fox et al. (2010) klade také důraz na skupinovou terapii, která může být pro klienty s duální diagnózou účinnější než individuální terapie. Skupinová terapie poskytuje dle autorů klientům empatii a zpětnou vazbu od lidí se stejnou či podobnou zkušeností. Poukazují

hlavně na svépomocné skupiny klientů s duálními diagnózami, které mají velký podpůrný význam (Fox et al., 2010).

Obecně můžeme léčbu duálních diagnóz rozdělit do tří modelů,

které popisují následující kapitoly.

2.1 Léčba sukcesivní (následná)

V tomto modelu probíhá nejprve léčba závislostní poruchy a následně léčba duševní poruchy, nebo naopak. V léčebných psychiatrických zařízeních často není možné klienta léčit, pokud stále užívá návykové látky. V tomto případě se nejdříve soustředí na problém závislosti. Závislost má velký vliv na spolupráci závislého v léčbě a také může zkreslovat klinický obraz duševního zdraví (Kalina, 2008). K duální diagnóze se může přistupovat jako k „závislost nejdříve“. Zde se předpokládá, že po určité době abstinence mnoho psychopatologií ustoupí a léčba přichází na řadu pouze pokud přetrvávají. Opakem tohoto přístupu je přístup, který se soustředí nejprve na problémy duševního zdraví, a předpokladem je, že pokud jsou duševní problémy dostatečně ošetřeny, problémy s užíváním návykových látek odezní (Kalina et al., 2015).

2.2 Léčba paralelní (souběžná)

V tomto modelu léčby se duševní porucha i závislost léčí současně, avšak každé v jiném léčebném zařízení. Mohou zde nastat problémy s mezioborovými bariérami, klient je tím, kdo propojuje obě léčebné služby, jsou na něj kladeny vysoké nároky, a to pro něj může být rizikové (Fox et al., 2010). Řešení problémů by mohlo spočívat v case managementu, v klíčových pracovnících, či vytvoření komunikační sítě mezi oběma službami (Kalina et al., 2015).

2.3 Léčba integrovaná

Tento model je preferován většinou odborníků, jedno zařízení v něm poskytuje jak léčbu závislosti, tak psychické nemoci, za pomoci jednoho terapeutického týmu složeného z odborníků více profesí. Integrovaná léčba zvyšuje udržení v léčbě, je ekonomičtější a klienti z ní mají větší prospěch. Dále snižuje rizika léčby „s dvojitým ohniskem“, která opomíjí vztah mezi užíváním návykových látek a duševním onemocněním. Tento vztah nelze

ignorovat, jelikož ovlivňuje osobnost a duševní děje jedince (Fox et al., 2010). Integrované léčbě věnuji následující samostatnou kapitolu.

3. Integrovaná léčba duální diagnózy

Integrovaná léčba znamená léčbu probíhající v jednom zařízení, kde je zajišťována jedním multidisciplinárním terapeutickým týmem, který je schopen léčit současně jak duševní onemocnění, tak závislost. Tento model je považován za nejvýhodnější pro práci s cílovou skupinou duálních diagnóz.

Fox et al. (2010) z Psychiatrického výzkumného centra v Dartmouthu popisují hlavní znaky integrované léčby, kterými jsou:

- *Sdílené rozhodování*, kdy je klient sám součástí svého léčebného procesu, a spolu s klinickým pracovníkem rozhoduje, jakých cílů chce dosáhnout, jak chce postupovat s léčbou a sám si určuje to, jaká bude jeho cesta k zotavení. Toto společné rozhodování velice upevňuje terapeutický vztah a zvyšuje klientovu spokojenost s léčbou.
- *Integrace služeb*, kdy léčbu jak duševní poruchy, tak závislosti poskytuje jeden tým, klient má stanoven jeden léčebný plán, plán prevence relapsu a jedny cíle. Odpadá tedy potřeba léčby ve více zařízeních.
- *Komplexnost programů* zajišťuje klientovi přístup k celému portfoliu služeb, které naplní jeho potřeby. Programy tedy potřebují nabízet například bydlení, případové vedení (case management), rodinnou psychoedukaci, nácviky sociálních dovedností, zvládnání nemoci, farmakologickou léčbu.
- *Dlouhodobá perspektiva léčby* reflektuje skutečnost, že délka léčby je u každého klienta individuální.
- *Léčba založená na motivaci*, kdy se pracuje se stupni motivace klienta k léčbě. Prvním stupněm je navázání vztahu a zapojení klienta do léčby. Následuje pomoc s vytvořením pozitivního náhledu na budoucnost, vytvoření motivační strategie a určení cílů. Dalším stupněm je aktivní léčba obsahující kognitivně behaviorální terapie, skupinové práce, svépomocné podpory v rámci komunity a nácviky dovedností. Následuje prevence relapsu,

kdy si klient vypracuje plán pro relaps, pokračuje ve skupinové práci a na zlepšování kvality svého života v oblastech pracovních, trávení volného času, či životní pohody.

- *Časté terapeutické intervence*, které musejí být vysoce individuální a šité na míru každému klientu (Fox et al., 2010).

V rámci integrované léčby je také nezbytná psychiatrická péče, včasná diagnostika, její interpretace dalším pracovníkům, konzultace přístupů a také preskripce psychofarmak, jsou-li potřeba. Zapojení psychiatra je považováno za zvláště citlivý bod integrované strategie údravy. Klientům v léčbě závislosti by neměla být předepisována psychofarmaka se závislostním potenciálem a taktéž ostatní psychofarmaka by měla být ordinována tak, aby klientovi nezpůsobila přílišný útlum, nebo emoční blokádu, což by ztěžovalo následnou léčbu (Kalina et al. 2015).

4. Léčebné kontinuum v adiktologii

Pokud hovoříme o kontinuu, tak se jedná o souvislý, navazující a uspořádaný proces. V tomto případě jde o léčebný proces v adiktologických službách, který začíná nízkoprahovými intervencemi, a navazuje napříč službami, až po poskytování následné péče.

Dle Béma (2003) by měl tento proces splňovat řadu kritérií, jako je komplexnost, efektivita, provázanost, rozsah a dostupnost poskytované péče. Jeřábek (2008) popisuje léčebné kontinuum v adiktologii jako organizaci léčby, která má svůj systém, a pod nějž spadají jednotlivé složky a jednotlivé léčebné metody.

„Objednávka a potřeby klienta vyžadují terapeutickou práci již od začátku kontaktu s odbornými službami a současně bývá nezbytné propojení intervencí napříč různými odbornými službami (poradenství, edukace, detox, léčba komplikací, somatická léčba, farmakoterapie, terapeutická komunita, komplexní doléčovací centrum, následná krizová a opakovací léčba)“ (Jeřábek, 2015).

4.2 Základní typy adiktologických služeb

Dle standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (2021) můžeme rozdělit služby podle poskytované léčebné péče takto:

1. **Adiktologické preventivní služby:** adiktologické služby na úrovni všeobecné, selektivní a indikované primární prevence rizikového chování.
2. **Adiktologické služby minimalizace rizik:** Jedná se nejčastěji o minimalizaci rizik spojených s užíváním psychoaktivních látek, nebo jiným závislostním chováním. Služby poskytují podporu při snižování zdravotních, sociálních a dalších rizik spojených s tímto rizikovým chováním. Tyto služby poskytují jsou poskytovány v podobě nízkoprahových služeb, v nízkoprahovém zařízení (kontaktní centrum), nebo přímo v přirozeném prostředí klienta, a to bez zásadních omezení v délce poskytování služby.
3. **Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství:** jsou to strukturované formy péče založené na poradenských nebo psychoterapeutických postupech a sociální práci, které si berou za úkol zlepšení zdravotního a psychického stavu, sociální situace a změnu životního stylu. Většinou se jedná o služby ambulantní péče s délkou trvání 3 až 24 měsíců, které mohou disponovat stacionární kapacitou, krizovými lůžky, case managementovým terénním týmem, nebo je může provozovat další instituce.
4. **Adiktologické služby krátkodobé stabilizace:** jedná se o služby pro krátkodobou pobytovou stabilizaci klientů v různých fázích vývoje závislosti. Typicky jde o zdravotní služby lůžkové detoxifikace v délce do čtyř týdnů, sloužící k minimalizaci symptomů odvykacího syndromu, stabilizaci somatického a psychického stavu klienta ve fázi aktivního užívání návykových látek či po epizodě akutní intoxikace. Druhou zdravotní či sociální službou je krizová stabilizace s délkou typicky do sedmi dnů, která slouží stabilizaci psychického stavu klientů v náročných životních obdobích, stabilizaci zhoršeného stavu u klientů s nelátkovou závislostí, či při zhoršení případné souběžné duální diagnózy.
5. **Adiktologické služby rezidenční léčby:** jedná se o zdravotní či sociální služby pro rezidenční léčbu závislosti. Je zde poskytována střednědobá léčba probíhající ve zdravotnických lůžkových zařízeních s délkou pobytu 2- 4 měsíců a dlouhodobá pobytová léčba v terapeutických komunitách trvající 6 - 15 měsíců. V léčebném kontinuu služba obvykle navazuje na detoxifikaci, ambulantní léčbu, nebo v případě terapeutických komunit na kratší pobytovou léčbu a následně předchází do doléčovacích programů.
6. **Adiktologické služby následné péče:** jedná se o zdravotní či sociální službu, která poskytuje následnou péči osobám se závislostí. Nejčastěji jde o strukturované formy péče

založené na psychoterapeutických postupech a sociální práci směřující k udržení změny životního stylu a sebepojetí klientů. Následné péči bude v mé práci věnována následující samostatná kapitola.

5. Následná péče

“Užší pojetí doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psychosociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem je v tomto případě sociální integrace klienta do podmínek normálního života.” (Kalina et al. 2001, s. 32).

Kalina et al. (2015), upozorňuje na to, že ačkoliv se služby následné péče nacházejí až v závěru služeb pro drogově závislé, tak znamenají pro klienty začátek něčeho naprosto nového. Pokračující podpora po dokončení léčby odstraňuje nebo alespoň zmírňuje faktory, které jsou spojeny s relapsem (jedná se například o absenci vztahové sítě, nezaměstnanost, zapojení do volnočasových aktivit. Na druhé straně posiluje faktory spojené s udržením abstinence.

Dle původní koncepce RVKPP (2004) jsou cílovou skupinou služeb následné péče abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo s problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence tři měsíce. Následnou péči dle této koncepce tvoří strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněného bydlení a pracovní rehabilitace (RVKPP, 2004).

Nové vymezení následné péče dle Koncepce rozvoje adiktologických služeb (2021) staví službu následné péče na poslední místo v řadě služeb, které svým zaměřením odpovídají různým fázím rozvoje závislosti. Dle koncepce se doléčování a následná péče zaměřují na udržení a podporu abstinence po léčbě, udržení změn v chování a životě klienta dosažených v průběhu léčby a na integraci klienta do podmínek normálního života. Jejich cílem je udržení dosažených změn, jejich implementace do běžného života, prevence relapsu a zajištění sociální stabilizace klienta. Doléčování je poskytováno formou ambulantní, nebo pobytové služby ve specializovaných programech následné péče, které mohou poskytovat i chráněné bydlení. Typickými intervencemi jsou individuální, skupinová, nebo rodinná

psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, poskytování chráněného či podporovaného bydlení, chráněné zaměstnávání či zajištění rekvalifikace a volnočasové aktivity. Intervence mohou být poskytovány také internetovou, nebo telefonickou formou. Cílovou skupinou pro programy následné péče jsou osoby, které absolvovaly ambulantní či rezidenční léčbu a aktuálně abstíní, ale také rodiče, partneři a další blízké osoby klientů.

Služby následné péče mohou být poskytovány jako zdravotní, nebo sociální služba dle typu zařízení které službu provozuje. Doléčování jako zdravotní službu poskytují převážně lékařské AT ambulance a adiktologické ambulance. Služby následné péče se statusem sociálních služeb řadíme dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, mezi služby sociální prevence.

Základní náplní pro programy následné péče je doléčovací program. Služby následné péče by měly být poskytovány alespoň rok od dokončení základní léčby, protože období mezi šesti až devíti měsíci po léčbě je považováno za velice kritické pro relaps a pokud jde o délku doléčování, zde je potřeba respektovat klientovu individuální připravenost a pokroky v léčbě (Kuda, 2003).

Cílem všech služeb následné péče je pomoci klientovi po ukončení léčby s přechodem zpět do normálního života, připravit ho na zvládání problémů s tím spojených, postupně ho stabilizovat v léčbě, snižovat kontakty s programy a časem je úplně ukončit (Kuda, 2001).

Pro klienta je důležité udržení abstinence a naučení technik zvládání relapsu, podpora osobního růstu a stabilizace v oblasti bydlení a zaměstnání. Z tohoto důvodu je důležité, aby tým následné péče, který o něj pečuje byl multidisciplinární, nejlépe složený z psychologa, sociálního pracovníka, lékaře a adiktologa (Kalina et al., 2015).

Dle Kudy (2003) jsou základními složkami doléčovacího programu:

1) **Psychoterapie** – V doléčování jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy a k tomuto cíli by měla být psychoterapie zaměřena. V praxi se používá individuální i skupinová psychoterapie (Kuda, 2003).

2) **Prevence relapsu** – obava z relapsu (možného selhání) je základní motivací většiny klientů pro vstup do doléčovacího programu. Cílem prevence relapsu je naučit klienta

zvýšení jeho sebekontroly tím, že mu poskytne k tomu potřebné vědomosti a dovednosti (Kuda, 2001).

3) **Sociální práce** – naprostá většina klientů v programu následné péče se potýká s velmi pestrou škálou sociálně právních problémů (jako jsou dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd.), které potřebují řešit. Pomoc v těchto případech je velmi důležitá a praktická, neboť klienti nejsou schopni tyto problémy řešit samostatně, a to především na začátku po návratu z léčby (Kuda, 2003).

4) Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace.

5) **Chráněné bydlení** – Vzhledem k tomu, že dlouhodobá léčba probíhá většinou v částečně izolovaných podmínkách terapeutických komunit, nebo psychiatrických léčeben, tak nalezení samostatného bydlení v průběhu léčby není reálné, zvláště v situaci, kdy klient nemá ještě zajištěnou práci. Návrat z léčby v této situaci je velice rizikový z hlediska potenciálního relapsu. Z tohoto důvodu je nabídka chráněného bydlení velmi důležitou složkou programu následné péče. Chráněné bydlení probíhá většinou formou ubytování v malých bytech, kde si klient sám platí nájem, podílí se na úklidu domu a účastní se terapeutických programů (Kuda, 2001).

6) **Lékařská péče**

7) **Práce s rodinnými příslušníky** – Zapojení rodičů a rodinných příslušníků je nutné, protože se velmi výrazně podílejí na výsledku procesu uzdravy. V průběhu uzdravy se může objevit relaps a zhoršení situace jejich závislého dítěte, proto v rámci doléčovacích programů probíhají rodičovské skupiny, kde mohou rodinní příslušníci získat více informací a výměnu zkušeností s jinými rodiči (Kuda, 2003).

8) **Nabídka volnočasových aktivit**

5.1 Doléčovací centrum s chráněným bydlením

Všichni respondenti, jejichž kazuistiky uvádím ve svojí práci, prošli stejným doléčovacím programem s nabídkou chráněného bydlení. V doléčovacím centru mohou klienti využít programu ambulantního doléčování a ambulantního doléčování s chráněným bydlením v tréninkových bytech. Smyslem a cílem obou programů je podpora klientů v abstinenci, v

řešení rizikových situací a předcházení jim. Pomoc při obnovení rodinných vztahů a podpora schopnosti navazovat zdravé přátelské a partnerské vztahy. Pomoc při řešení bytové, dluhové situace a podpora smysluplného trávení volného času. Cílovou skupinou zařízení jsou osoby, které absolvovaly detoxikaci, přicházejí z terapeutických komunit, nebo z jiných zařízení pobytové péče. Klientům jsou zde k dispozici základní složky doléčovacího programu a to:

- individuální a skupinová psychoterapie,
- bydlení v tréninkových bytech,
- sociální a právní poradenství,
- prevence relapsu,
- podpora a poradenství pro rodiny,
- nabídka volnočasových aktivit.

Zařízení poskytuje individuální a skupinovou psychoterapii klientům závislým na návykových látkách, včetně osob s chronickým duševním onemocněním. S klienty, kteří mají duální diagnózu, se zde pracuje principem integrované léčby. Zařízení je vedeno v registru poskytovatelů sociálních služeb (iregistr.mpsv.cz) jako sociální služba následné péče.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách řadíme následnou péči mezi služby sociální prevence, kde je definován jako „*ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní nebo ambulantní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo se ji podrobují, nebo osobám, které abstinují*“.

Název zařízení není v práci uveden z důvodu zachování anonymity respondentů.

6. Výzkumná část

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mého výzkumu je ilustrovat na třech kazuistikách klientů s duální diagnózou jejich zkušenost s programem integrované léčby duální diagnózy a závislosti v rámci služby ambulantního doléčování. Zároveň práce prezentuje příběhy životů těchto klientů v jejich jedinečnosti. V kazuistikách se zaměřuji na zkušenost klientů s doléčovacím programem, dále na faktory, které považují za významné při jejich cestě k úzdavě jak závislosti, tak

duševního onemocnění. Nakonec se zaměřuji na zkušenost klientů s přítomností klientů bez duševního onemocnění, se kterými společně procházejí doléčováním.

Výzkumné otázky:

- 1) Jak vnímají respondenti propojení léčby závislosti a jejich duševního onemocnění?
- 2) Jaké faktory vnímají respondenti jako významné při jejich cestě k úzdavě jak závislosti, tak duševního onemocnění?
- 3) Jak respondenti vnímají přítomnost klientů bez duševního onemocnění ve společném programu následné péče?

6.2 Výzkumný soubor a jeho výběr

Základní soubor tvoří klienti s duální diagnózou, kteří navštěvují terapeutickou skupinu v rámci programu ambulantního doléčování v adiktologické ambulanci. Zde jsem byl na stáži v rámci studia. Tuto skupinu navštěvují dlouhodobě abstinující klienti, kteří v minulosti absolvovali léčbu závislosti a doléčovací program. Ve skupině bylo v době mé stáže jedenáct klientů ve věku od třiceti do čtyřiačtyřiceti let. Z toho šest klientů mělo diagnózu duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách.

Výběrový soubor tvoří klienti, kteří byli osloveni na základě zadání této bakalářské práce „Integrovaná léčba duální diagnózy v programu následné péče: série kazuistik“, a následně byl použit „záměrný výběr“, kdy byli účastníci vybráni dle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006).

Podmínkou účasti ve výzkumném šetření bylo, aby účastníci výzkumu byli klienti s duální diagnózou závislosti na návykové látce a duševním onemocněním, kteří abstinují a navštěvují služby ambulantního doléčování. Do terapeutické skupiny docházelo v době mé stáže jedenáct klientů a výběrová kritéria splnilo šest klientů, z nichž s účastí ve výzkumném šetření souhlasili tři klienti. Tito tři klienti tedy tvoří výběrový soubor mé práce. Jedná se o jednu ženu ve věku 43 let s diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti a zároveň závislostí na pervitinu společně s benzodiazepiny a dva muže ve věku 31 a 35 let, kteří mají oba diagnostikována paranoidní schizofrenii a zároveň také závislost na pervitinu.

6.3 Použité metody sběru a analýzy dat

K získání dat pro případové studie byla využita metoda polostrukturovaného interview a pozorování. Na základě jednotlivých kazuistik jsem se zaměřil na zachycení případu a popisu jeho celistvosti v rámci daného výzkumného šetření.

S každým respondentem jsem provedl polostrukturované interview (rozhovor) trvající v průměru šedesát minut. Rozhovoru vždy přecházelo poučení klienta o účelu naší schůzky. Klient byl seznámen s jednotlivými kroky sběru dat, k čemu sebraná data budou sloužit, jakým tématem se zabývám v této práci. Poté následovalo seznámení klienta s informovaným souhlasem. Informovaný souhlas klienta spolu s rozhovorem byl nahrán na diktafon tak, aby došlo k fixování dat pro další práci s daty. Klient byl informován o tom, že po použití získaných dat bude celý rozhovor smazán, on bude mít možnost si práci před odevzdáním přečíst a případně vyjádřit své námitky.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z části anamnestické, z části zaměřené na zkoumanou problematiku a následně doplňujících otázek, které mohly napomoci k získání celkového náhledu na jednotlivé případy. Získaná data z rozhovorů byla následně přepsána, anonymizována a nahrávky byly smazány. Při analýze dat jsem provedl analýzu anamnézy s důrazem na osobní, rodinnou a psychiatrickou anamnézu, adiktologické anamnézy s důrazem na rozvoj, průběh a léčbu závislosti. Nakonec jsem provedl narativní analýzu jednotlivých příběhů.

6.4 Etické aspekty

Účastníci výzkumu souhlasili se zpracováním kazuistiky a byli poučeni, že údaje, budou použity pouze ke studijním účelům. S každým respondentem byl uzavřen ústní „Informovaný souhlas účastníka výzkumu“, který byl nahrán na diktafon.

Při rozhovoru s respondenty a při zpracování případové práce jsem dbal na etické zásady a principy. V této práci je zajištěna naprostá anonymita klienta a veškeré informace, které by vedly k odhalení jeho identity, byly změněny, posunuty v čase, nejsou zde uváděna pravá jména, žádné konkrétní názvy institucí, měst atd.

Při rozhovoru jsem se snažil postupovat tak, aby nedošlo k rozrušení či poškození klienta. Rozhovor proběhl pro něho v bezpečném a známém prostředí. Zodpověděl jsem klientovi otázky, které ho ohledně práce zajímaly.

Účastníci výzkumu nebyli vystavováni neobvyklému stresu, manipulaci nebo osobnímu riziku. Zvláštní ohled byl kladen na aktuální fyzický a psychický stav respondentů.

Výzkumný design podléhá kontrole Etické komise pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky Adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze. Etická komise vyslovila souhlasné stanovisko k provedení této bakalářské práce (viz příloha č.1).

6.5 Kazuistika č. 1 – Karel

Karel je svobodný, bezdětný a v době výzkumného rozhovoru nebyl v žádném partnerském vztahu. Byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie a zároveň i závislost na návykových látkách, splňuje tedy rámec výběrového souboru.

6.5.1 Rodinná a osobní anamnéza

Karlovi je 31 let a v současné době již pátým rokem abstínuje. Karel se narodil v roce 1990 na území bývalého Sovětského svazu jako jediné dítě do úplné rodiny. Matka pracovala jako administrativní pracovnice a otec byl stavební inženýr. Jeho otec užíval alkohol a zanedbával rodinu, proto se jeho rodiče rozvedli a matka si našla nového přítele. To byly Karlovi tři roky a až do svých třinácti let žil v rodině s matkou a otčímem. V jeho třinácti letech se matka s otčímem rozešli a on se s matkou přestěhoval do České republiky. Matka si zde našla nového přítele a začala podnikat, Karel začal chodit do školy a bydleli s matkou a přítelem v pronajatém bytě. Na tuto dobu Karel nerad vzpomíná, protože pro něj bylo těžké si najít v nové zemi přátele a začít nový život.

Se svým otcem nemá Karel skoro žádný vztah, protože žijí již dlouho každý v jiné zemi a moc se nestýkají. Již před rozchodem rodičů měl jeho otec problémy s pitím alkoholu, které se v pozdější době ještě prohloubily. V současné době otec pracuje na nějaké stavbě a s Karlem si občas zavolají. Karel vzpomíná na prarodiče z otcovy strany, u kterých v dětství často pobýval a měl je rád.

V Karlově životě figurují také dva partneři jeho matky, se kterými vyrůstal a byli mu mužskými vzory, nicméně si pamatuje spíše výchovu své matky, která byla vždy v partnerském vztahu ta dominantní a vše řídila.

Karel vyrůstal jako jedináček, ale matce se později s přítelem narodil jeho nevlastní bratr, kterému je dnes čtrnáct let a mají spolu moc hezký vztah. Karel mluví o tom, jak se mu snaží pomoci v dospívání a také o tom, že má strach, aby bratr nespadol do drog.

Po přestěhování do České republiky si Karel po nějaké době našel kamarády, se kterými začal jezdit na kolečkových bruslích a malovat graffiti. Také začal hrát fotbal, což ho moc baví a pokračuje s tím i nadále po svém zotavení. Zhruba v té době také začal s kamarády pít alkohol a kouřit cigarety, ale jak sám říká, bylo to spíše proto, aby zapadl do party.

Po základní škole nastoupil Karel na obchodní akademii, kde si našel mezi spolužáky nové kamarády, a podle jeho slov se mu studium líbilo. V té době ovšem začal s kamarády kouřit marihuanu a později vyzkoušel i pervitin. Vzpomíná si, jak se jako cítil dospělý a free mezi kamarády, se kterými trávil čím dál více času. S kamarády začal zanedbávat školu a vedlo to až k tomu, že jí ve druhém ročníku musel opustit z důvodu neomluvených absencí. Po dohodě s rodiči nastoupil na dálkové studium zahradnické školy a také začal bydlet sám v bytě, ve kterém mu rodiče platili nájem. V té době již kouřil marihuanu každý den a velmi často také užíval pervitin. Postupně se u něj rozvinula psychická porucha a vícekrát byl hospitalizován na psychiatrii a z důvodu psychických potíží také zanechal studia na zahradnické škole.

Později, když začal úspěšně abstinovat a pracovat s duševním onemocněním, Karel nastoupil na dálkové studium na gymnáziu, které úspěšně dokončil a podal si přihlášku na vysokou školu s ekonomickým zaměřením. Během studia také absolvoval základní kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví a nastoupil na pozici peer konzultanta. O práci peer konzultanta mluví s nadšením a velmi ho naplňuje pomáhat ostatním, kteří mají také duševní onemocnění, i když by si podle svých slov dovedl představit větší finanční ohodnocení. Ve společnosti, pro kterou pracuje, zároveň začal zpracovávat mzdové účetnictví, což bere jako skvělou praxi a dobrý přivýdělek. V minulosti nikdy nepracoval, nebo jen na krátkodobé brigády, a na svou práci je náležitě hrdý.

Nyní bydlí v pronajatém bytě, je finančně nezávislý a sám hodnotí svůj život jako vyrovnaný. Má práci, která ho baví, koníčky, co mu naplňují volný čas a spoustu plánů do budoucího života.

6.5.2 Zdravotní a psychiatrická anamnéza

V dětství prodělal Karel jen běžné dětské nemoci a neuvádí ani žádné větší úrazy. V jeho rodině výskyt závislostí na alkoholu u otce, který pije celý život a nikdy se nebyl léčit se závislostí. Nikdo z blízké rodiny netrpí žádným duševním onemocněním a není si vědom výskytu duševního onemocnění ani ve vzdálené nebo příbuzenské rodině. Diagnostikované duševní onemocnění je pouze v jeho případě.

Do kontaktu s psychologickou a psychiatrickou léčbou se Karel dostal poprvé okolo svých patnácti let, v té době to byla různá vyšetření převážně kvůli výchovným problémům ve škole a v rodině. V osmnácti letech byl poprvé hospitalizován na psychiatrii na pavilonu pro psychotické pacienty. V té době ho tam přivezli rodiče, protože byli znepokojeni tím, že slyšel hlasy, prožíval bludy a měl utkvělé představy, které se nezakládaly na skutečnostech. Na psychiatrii mu byla stanovena diagnóza toxické psychózy, nasazeny léky a byl stabilizován. Po několika týdnech byl propuštěn, začal užívat návykové látky a poté se opakovaly mnohočetné hospitalizace se stejnými problémy. Vždy byl buďto stabilizován a propuštěn, nebo v průběhu hospitalizace užíval návykové látky a byl propuštěn pro porušení pravidel léčby. Jednou či dvakrát ho z pavilonu pro psychotické pacienty po stabilizaci přesunuli na pavilon pro léčbu závislostí, ale tam podepsal revers a byl propuštěn. V jeho dvaadvaceti letech mu lékaři v psychiatrické léčebně nově diagnostikovali paranoidní schizofrenii, na kterou mu byla později také přiznána invalidita III. stupně.

V souvislosti s užíváním návykových látek a duševním onemocněním mu byla také na žádost matky omezena finanční svéprávnost.

6.5.3 Adiktologická anamnéza

První Karlovo setkání s návykovou látkou bylo v jeho zhruba čtrnácti letech, kdy s kamarády ze skateparku začal kouřit a občas pít alkohol. Sám na tuto dobu vzpomíná a mluví o tom,

že to bylo spíše kvůli tomu, aby zapadl do party, a vlastně mu to ani moc nechutnalo. Postupně začal kouřit pravidelně a pití alkoholu bylo také na denním pořádku.

Po nástupu na střední školu začal s kamarády kouřit marihuanu. Nejdříve jen příležitostně, ale postupně se propracoval až se každodennímu kouření. Sám říká, že v té době si dával prvního jointa již předtím, než šel ráno do školy. Marihuanu buďto dostával od kamarádů, nebo si jí společně kupovali. V šestnácti letech poprvé s kamarády na nějaké party zkusil kouřit pervitin a stav po jeho užití se mu zalíbil. Mluví o tom, jak ho najednou všechno bavilo, neměl problém navazovat vztahy a byl bezprostřední. Od té doby bral pervitin, kdykoliv měl příležitost, a postupně začal příležitosti vyhledávat. Zhruba po roce užívání začal občas slyšet hlasy a vzpomíná, že měl paranoidní představy. Upřednostňoval kamarády, kouření marihuany a pervitinu před rodinou, školou i koníčky což vedlo k tomu, že byl ze školy vyloučen, rodinné vztahy byly na bodě mrazu a Karel čím dál víc užíval návykové látky. V osmnácti letech mu byla diagnostikovaná toxická psychóza a následovaly opakované hospitalizace na psychiatrii, v té době pouze jako léčba psychotické poruchy spojené s konzultacemi ohledně užívání návykových látek.

Na svou první léčbu závislosti nastoupil Karel až ve svých dvaadvaceti letech do psychiatrické nemocnice na oddělení závislostí. Protože nebyl schopen plnit program kvůli své psychické nemoci, byl z léčby vyloučen a bohužel jí nedokončil. Tak to bylo i v následujících letech, kdy se střídaly léčby na odděleních pro psychotické pacienty s léčbami závislosti bez jakéhokoliv pokroku.

Ve svých pětadvaceti letech se Karel rozhodl nastoupit do terapeutické komunity pro uživatele návykových látek s duální diagnózou, která mu byla doporučena na jedné z hospitalizací. V terapeutické komunitě byl brán ohled na jeho duševní onemocnění a s pomocí psychiatrické medikace zde získal náhled na svou závislost i duševní nemoc. Léčbu v komunitě po dvanácti měsících řádně ukončil a následně nastoupil do doléčovacího programu spojeného s chráněným bydlením, určeného také pro osoby s duální diagnózou. Program na chráněném bydlení mu pomohl s návratem do běžného života a od jeho skončení Karel navštěvuje ambulantně adiktologickou ambulanci, kam dochází na individuální i skupinovou terapii, má zde i svého psychiatra a daří se mu abstinovat i pracovat se svým duševním onemocněním.

6.5.4 Situace výchozího bodu

S Karlem jsem se poprvé setkal na skupinové terapii v adiktologické ambulanci, kde jsem byl na stáži v rámci studia. Karel do skupiny dochází již třetím rokem, na první pohled mne zaujal svým energickým vystupováním a svým náhledem na život. Karel bere svou cestu uzdravy velmi vážně a velice pečlivě plánuje veškeré životní kroky. Za dobu své abstinence se mu daří za pomoci medikace spolu s terapií pracovat s duševní nemocí a dělat efektivní kroky pro návrat do života. S pomocí psychiatra požádal o zrušení omezení finanční svéprávnosti a jeho žádosti soud vyhověl. V návaznosti na to byla Karlovi snížena invalidita na II. stupeň, což uvítal, protože chce více pracovat a zapojit se do běžného života. V průběhu doléčování dospěl Karel k tomu, že chce pomáhat lidem s duševním onemocněním a transformovat svou osobní zkušenost do práce s nimi. Proto si udělal základní kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví a nyní pracuje na pozici peer konzultanta. O své práci mluví s neutuchajícím nadšením a je na něm vidět, jak moc ho práce naplňuje. Zároveň si v současnosti dodělává dálkovou formou středoškolské zdělání na gymnáziu a přemýšlí o podání přihlášky na vysokou školu. Karel bydlí sám v pronajatém bytě, je finančně nezávislý, má fungující sociální zázemí v podobě rodiny a přátel, se kterými tráví čas většinou sportem, nebo pobytem v přírodě. Karel je podle svých slov v životě spokojený, má spoustu plánů a jediné, co ho v současné době trápí, je, že stále nemá přítelkyni, na čemž by rád v budoucnosti zapracoval. Stále vnímá svou duševní nemoc jako omezení a stigma, což mu brání v navázání vztahu, ale na tomto tématu pracuje a věří, že se mu nakonec přítelkyni najít podaří.

6.5.5 Vývoj případu

Vývoj Karlova případu nebyl v minulosti nikterak pozitivní. Objevovaly se četné debakly a hospitalizace na psychiatrii, zhoršení zdravotního stavu až na invaliditu III. stupně, následně dochází i k omezení finanční svéprávnosti. Jeho léčby probíhaly z počátku stále podle stejného scénáře, kdy byl přijat na oddělení pro psychotické pacienty a byla mu nasazena medikace. Poté co odezněly psychotické projevy, tak odešel, nebo užíval návykové látky a byl z léčby vyloučen. Podobný scénář měly i léčby závislosti, ze kterých naopak vypadal z důvodu psychické nemoci. Zásadní zvrat nastal až s nástupem do terapeutické komunity, kde Karel podle svých slov konečně našel pomoc i podporu, kterou potřeboval, aby začal svou cestu k uzdravě. Karel si je vědom svých omezení spojených s duševní nemocí i

závislostí, na svém životě pracuje a daří se mu překonávat všechny překážky. Dodělává si středoškolské vzdělání a chce ve vzdělávání dál pokračovat, má stabilní pracovní i sociální zázemí a plánuje si budoucnost.

6.6 Kazuistika č. 2 – Zuzka

Zuzka je svobodná, bezdětná a v době výzkumného rozhovoru nebyla v žádném partnerském vztahu. Byla jí diagnostikována emočně nestabilní porucha osobnosti a zároveň i závislost na návykových látkách, splňuje tedy rámec výběrového souboru.

6.6.1 Rodinná a osobní anamnéza

Zuzce je v současné době 43 let, žije sama v sociálním bytě a již pátým rokem abstinuje. Narodila se jako čtvrté dítě do úplné rodiny. Měla tři podstatně starší nevlastní sourozence, které měla matka z předchozího manželství, dva bratry a sestru. Bratři jsou od Zuzky starší o sedm a devět let a sestra o čtrnáct let. Její rodiče se rozvedli, když byla ještě velmi malá, a ona zůstala s matkou a sourozenci. Otce si ze svého života vůbec nepamatuje a nikdy s ním neudržovala vzájemné vztahy.

Své dětství popisuje jako velmi nepříjemné, protože matka hodně pracovala, aby uživila jí a sourozence. Nikdy nebyla doma a s dětmi netrávila moc času. Zuzka byla v podstatě vychovávána starší sestrou a neměla dobré vztahy s bratry, kteří jí většinou dělali naschvály. Zlom nastal, když bylo Zuzce sedm let, a její mladší bratr se utopil při plavání s kamarády. Celá rodina nesla tuto tragickou událost velmi těžce, matka jí začala řešit alkoholem a léky, sestra se odstěhovala a starší bratr se psychicky zhroutil, což vedlo k jeho hospitalizaci na psychiatrii.

Zuzka říká, že od té doby se v podstatě vychovávala sama, pečovala o matku, která nezvládala ztrátu syna, a trpěla chováním svého staršího bratra, který jí v pozdějších letech také pohlavně zneužíval.

V patnácti letech nastoupila Zuzka na střední zdravotnickou školu a našla si zde kamarádky, se kterými začala trávit čas, sama říká, že dělala všechno, proto aby nemusela být doma, koukat na matku a trpět chováním bratra, který s nimi stále ještě bydlel. S kamarádkami také poprvé zkusila pervitin a postupně na něm začala být závislá. Kvůli pervitinu jí taky nakonec vyloučili ze školy, protože neprospívala a měla velké množství neomluvených absencí. To

bylo Zuzce zhruba sedmnáct let a ve stejné době její matce lékaři diagnostikovali pokročilou rakovinu plic. Po této zprávě se bratr rozhodl odstěhovat a přestal se s rodinou stýkat. Matka nastoupila léčbu a Zuzka se o ní starala až do svých devatenácti let, kdy matka rakovině podlehla.

Po matčině smrti se Zuzka poprvé pokusila o sebevraždu a byla hospitalizovaná na psychiatrii. V pozdějších letech Zuzka střídavě trávila čas na léčbách závislosti, nebo psychiatrických léčbách po sebevražedných pokusech, kde jí taky byla diagnostikována emočně nestabilní porucha osobnosti. Střídala se období užívání a abstinence, Zuzka přišla o byt po mamince a bydlela po kamarádech. Celou dobu se ale snažila pracovat a byla většinu svého života zaměstnaná jako recepční na různých brigádách, nebo pracích bez smlouvy.

Poté, co Zuzka začala abstinovat, si udělala rekvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách, následně kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví a v současné době pracuje jako peer konzultant. Pobírá invalidní důchod III. stupně a žije v sociálním bydlení.

S bratrem se od matčiny smrti nestýká a o vztah nemá žádný zájem. Někdy si zavolají se sestrou, ale Zuzka říká, že spolu nemají vlastně žádný vztah.

6.6.2 Zdravotní a psychiatrická anamnéza

V dětství prodělala Zuzka jen běžné dětské nemoci a neuvádí ani žádné vážnější úrazy. Její matka se v životě potýkala s depresemi a zneužíváním alkoholu po smrti syna a později se u ní projevilo onkologické onemocnění, kterému také podlehla. Po smrti matky se Zuzka také poprvé dostala do péče psychiatra, když se pokusila o sebevraždu, a její život jí nedával smysl. V té době již užívala pervitin a v rámci adiktologické léčby také začala navštěvovat psychiatra, který jí diagnostikoval emočně nestabilní poruchu osobnosti. V následujících letech Zuzka absolvovala více hospitalizací na psychiatrii, vždy po sebevražedném pokusu a také byla několikrát v komunitě pro klienty s emočně nestabilní poruchou osobnosti. V pětadvaceti letech se u ní poprvé objevila psychóza, která se jí v následujících letech několikrát vrátila, a doprovázely jí paranoidní představy, sebepoškozování. Ve třiatřiceti letech byla Zuzce na diagnózu emočně nestabilní poruchy osobnosti uznána invalidita III. stupně.

6.6.3 Adiktologická anamnéza

První Zuzky setkání s návykovou látkou proběhlo ve čtrnácti letech, kdy začala pít a kouřit s kamarády. V patnácti letech poprvé kouřila marihuanu a v šestnácti letech si poprvé aplikovala nitrožilně pervitin, který začala užívat prakticky denně.

Její první léčba proběhla v sedmnácti letech v AT zařízení pro mladistvé, kde byla na tříměsíční léčbě. Po léčbě se jí dařilo abstinovat až do smrti její matky, kdy začala opět užívat a pokusila se o sebevraždu. V následujících letech měla Zuzka období abstinence od pervitinu, ve kterých experimentovala s jinými návykovými látkami, hodně pila, kouřila marihuanu a užívala extázi a heroin. Za primární drogu ovšem Zuzka vždy považovala pervitin. Na další léčbu nastoupila Zuzka v třidvaceti letech do psychiatrické léčebny na oddělení závislostí, tuto léčbu ovšem nedokončila kvůli svému psychickému stavu. Měla velké propady nálad, nezvládala režimovou léčbu a nerozuměla si se spolupacienty. Po této předčasně ukončené léčbě Zuzka abstinovala tři roky, kdy docházela na psychiatrii s výkyvy nálad a sebepoškozováním. Po třech letech začala Zuzka opět užívat pervitin a po konzultaci s odborníky na závislosti nastoupila do terapeutické komunity, kde byla třináct měsíců a úspěšně jí ukončila. Po odchodu z komunity Zuzka abstinovala a pokoušela se řešit i své psychické problémy. Postupně se však stávala závislou na benzodiazepinu, který jí předepisoval psychiatr, a ona ho začala zneužívat, později společně s pervitinem. V jednatřiceti letech nastoupila do komunity, kde ovšem nebyla kvůli psychickému stavu zvládat léčbu, a po šesti měsících léčbu ukončila. Následně se střídala období užívání a abstinence až do jejích šestatřiceti let, kdy nastoupila do komunity určené pro klienty s duální diagnózou. Zde byla Zuzka třináct měsíců a po ukončení nastoupila na doléčování s chráněným bydlením určený také pro osoby s duální diagnózou. Program doléčování jí byl individuálně prodloužen až na osmnáct měsíců kvůli jejímu psychickému stavu. Po úspěšném ukončení doléčování nastoupila na ambulantní léčbu do adiktologické ambulance, kam dochází již třetím rokem na individuální i skupinovou terapii, a zdárně abstinuje.

6.6.4 Situace výchozího bodu

Se Zuzkou jsem se seznámil na terapeutické skupině v adiktologické ambulanci, kde jsem byl na stáži ve třetím ročníku studia. Zuzka na mě působila velmi otevřeně a přátelsky, nicméně bylo poznat, že je opatrná a drží si odstup. Jak mi později řekla, tak je to kvůli tomu,

že nevěří lidem a bojí se vstupovat do vztahů. I když bere medikaci a je stabilizovaná, tak se stále potýká s paranoidními představami. Zdá se jí, že jí ostatní pomlouvají, říkají o ní, že je tlustá a ošklivá, a také má občas pocit, že jí někdo sleduje a chce ublížit. To jí velmi znesnadňuje zapojení do života, má strach z cizích lidí, nerada chodí na neznámá místa a velmi dlouho si zvyká v cizím kolektivu.

I přes své omezení si Zuzka udělala kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví a nyní pracuje s lidmi s duševním onemocněním. O své práci mluví s nadšením jako o splněném snu,, naplňuje jí předávání zkušeností lidem se stejnými problémy.

Před dvěma lety Zuzka získala bydlení v sociálním bytě, kde je moc spokojená, ale stále musí řešit nedostatek financí a bojovat se strachem, že o bydlení přijde. V současné době je stabilizovaná a nemá zásadní výkyvy nálad, v životě se jí daří a má vytvořenou záchytnou síť z přátel, terapeutů a institucí, na které se může v případě potřeby obrátit.

6.6.5 Vývoj případu

V Zuzky životě bylo několik zlomových situací, které jí zásadně ovlivnily. Vyrůstala bez otce jako nejmladší dítě v rodině, matka byla samoživitelka, o Zuzku se starali její starší sourozenci, kterým byla spíše na obtíž. V sedmi letech přišla o mladšího bratra při tragické nehodě, po níž se její matka psychicky zhroutila, začala užívat léky a pít alkohol. Dalším zlomem bylo pohlavní zneužívání ze strany staršího bratra, které zapříčinilo Zuzky strach z mužů a neschopnost navazovat partnerské vztahy. Posledním velkým zlomem byla péče o umírající matku a následně její smrt, se kterou se Zuzka dosud nevyrovnala. Zuzky rodinné zázemí nikdy nebylo idylické a vždy v rodině stála spíše stranou, otce nepoznala, sourozenci jí odstrkovali a matka jí nikdy nevěnovala dostatek pozornosti. Tyto důvody přivedly Zuzku k užívání návykových látek, následně se u ní projevila emočně nestabilní porucha osobnosti provázená psychózami, což společně vedlo k množství sebevražedných pokusů, ale také k množství pokusů o léčbu jak závislosti, tak psychické nemoci. Tyto léčby však byly vždy oddělené a Zuzce se v nich nedařilo. Pozitivním zlomem v jejím životě byl nástup do komunity pro osoby s duální diagnózou, kde se jí podařilo pracovat na zvládnutí duševního onemocnění a závislosti zároveň. V současné době je Zuzka poměrně stabilní, ale je stále odkázaná na síť sociálních služeb, které jí dodávají potřebnou podporu.

6.7 Kazuistika č. 3 – David

Davidovi je 35 let, je svobodný, bezdětný a v době rozhovoru nebyl v žádném partnerském vztahu. Davidovi byla diagnostikována paranoidní schizofrenie a zároveň závislost na návykových látkách, splňuje tedy kritéria výběrového souboru.

6.7.1 Rodinná a osobní anamnéza

O narození žil David pouze se svou matkou, která se s otcem rozešla ještě před jeho narozením a otec o Davidovu výchovu nikdy neprojevil sebemenší zájem. Důvodem rozchodu byly partnerské neshody, které vyvrcholily otcovým nadměrným pitím alkoholu a násilným chováním k Davidově matce. V Davidových sedmi letech si matka našla přítele, se kterým je dodnes, a mají spolu Davidova nevlastního bratra. Na otčima David žártil a nikdy s ním neměl dobrý vztah. V době narození nevlastního bratra bylo Davidovi třináct let a s bratrem se kvůli věkovému rozdílu David nikdy nesblížil.

David mluví o svém dětství jako o nejkrásnějším období v životě, trávil hodně času pouze se svou matkou, chodili spolu na výlety a měl dostatek pozornosti. S matkou David vycházel až do doby, kdy si našla nového přítele, v té době začal David žárřit a byl na ní naštvaný. V následujících letech David rebeloval jak proti matce, tak proti jejímu příteli, a jejich vzájemné vztahy byly na velmi špatné úrovni. V současnosti mluví o tom, že mu matka velmi pomohla a má s ní velmi pěkný a otevřený vztah, v životě mu však chyběly mužské vzory. David popisuje, že měl hezký vztah s dědečkem, se kterým jezdil na chalupu, chodili rybařit a měl ho velmi rád. Dědeček bohužel zemřel, když mu bylo devět let, a pro Davida to byla veliká ztráta. Bral dědečka jako otce a po jeho smrti se David uzavřel do sebe. V té době byl jediný další muž v rodině Davidův otčím, který byl ovšem velmi dominantní, a David s ním již od začátku nevycházel. David také zmiňuje babičku, se kterou žije od svých patnácti let v domě a má jí moc rád.

V dětství měl David vždy hodně kamarádů a byl mezi nimi oblíbený. Když popisuje své dětství a dospívání, zmiňuje, že byl velmi živé dítě a vždy byl pro každou špatnost, měl však vždy problémy se soustředěním, vyrušováním, agresivitou a nevhodným chováním. Po základní škole nastoupil na učební obor kuchař, kde se k jeho problémům s chováním přidalo ještě záškoláctví a užívání pervitinu, to bylo také důvodem, proč byl ze školy vyloučen. Problémy ve škole a užívání drog vedly také k velice vyhrocené rodinné situaci,

kdy David nebyl schopen komunikovat s matkou a otčím. Docházelo mezi nimi ke každodenním konfliktům a situace vyvrcholila Davidovým přestěhováním k babičce, kde od svých patnácti let bydlí. Sám říká, že doma byla nesnesitelná atmosféra, babička byla od dědečkovi smrti sama a potřebovala pomoci a David tam měl alespoň klid na braní drog. Po vyloučení ze střední školy nastoupil znovu do prvního ročníku do oboru kuchař na jiné škole a situace se opakovala. I zde vydržel jen jeden rok, než byl vyloučen. Poté již do školy nikdy nenastoupil, užíval pervitin, kouřil marihuanu potuloval se s kamarády a příležitostně pracoval načerno, nebo brigádně.

Kvůli svojí závislosti se David dostal vícekrát do léčby závislosti a také se u něj postupem času rozvinula paranoidní schizofrenie, kvůli které byl také mnohokrát hospitalizován na psychiatrii. Od té doby, co David začal abstinovat, žije u své babičky, kde má svůj byt v patře rodinného domu, pobírá invalidní důchod III. stupně a pracuje v chráněné dílně.

6.7.2 Zdravotní a psychiatrická anamnéza

V dětství prodělal David jen běžné dětské nemoci. V dospělosti zdravotní problémy spojené s nitrožilní aplikací pervitinu, praskl mu absces v oblasti páteře, což vedlo k septickému šoku, začaly mu selhávat orgány a s následná rekonvalescence trvala skoro dva roky.

První kontakt s odborníkem na duševní zdraví měl David již v patnácti letech, kdy ho rodiče kvůli jeho chování a užívání návykových látek vzali k psychologovi na vyšetření. V osmnácti letech mu soudní znalec z oboru psychiatrie diagnostikoval paranoidní schizofrenii a v následujících letech byl David několikrát hospitalizován na psychiatrii s bludy, halucinacemi a paranoidními představami. Všechny hospitalizace David ukončil předčasně proto, aby mohl jít brát drogy. Většinou léčba probíhala tak, že David dostal antipsychotika, která mimo léčbu samostatně pravidelně neužíval, jeho psychický stav se zlepšil a David ukončil hospitalizaci, aby mohl jít brát pervitin.

Před deseti lety byla Davidovi na paranoidní schizofrenii přiznána invalidita III. stupně. V současné době je David stabilizovaný, pravidelně užívá léky, daří se mu zvládat duševní nemoc a s ní spojená omezení.

6.7.3 Adiktologická anamnéza

První Davidovo setkání s návykovými látkami bylo v jeho dvanácti letech, kdy začínal s kamarády kouřit a také ochutnal poprvé alkohol. Od té doby kouřil pravidelně podle toho, jestli se mu podařilo sehnat cigarety a příležitostně s kamarády popíjeli pivo, nebo alkohol který zrovna měli k dispozici. Ve třinácti letech David poprvé kouřil marihuanu, kterou mu nabídl kamarád, a stav po ní se mu zalíbil natolik, že jí začal s kamarádem kouřit skoro každý den. Později s kamarádem také zkusil pervitin, který nejdříve šňupal, ale velmi rychle přešel na intravenózní aplikaci, to bylo Davidovi patnáct let a na pervitinu a marihuaně se stal velmi rychle závislým. Zhruba ve stejné době začal bydlet u své babičky, kde nebyl pod dozorem, začal chodit za školu, toulal se s kamarády a brali pervitin. Pervitin a marihuana byly pro Davida vždy primární drogy, i když nějakou dobu užívala také heroin, a později buprenorfin prodáváný na černém trhu.

Do péče odborníka na závislosti se David dostal poprvé v sedmnácti letech, kdy byl umístěn rodiči do psychiatrické léčebny, tam však po měsíci přesvědčil matku, že je v pořádku, a ona si ho vzala domů. Abstinenci porušil hned po příchodu z léčebny a v následujících letech byl ještě mnohokrát hospitalizován. Tyto hospitalizace probíhaly vždy podle stejného scénáře. Matka Davidovi slíbila podporu, když se půjde léčit, David nastoupil do léčebny, přemluvil matku, ať mu pošle peníze, a podepsal revers, nebo si nechal drogy přivést rovnou do léčebny a za následný relaps byl vyloučen. V léčbě se bál ostatních pacientů, měl vždy pocit, že ho odposlouchávají a snaží se na něj sehnat informace, aby ho mohli udat na policii.

V Davidových pětadvaceti letech, poté, co prodělal skoro dvouletou hospitalizaci kvůli prasknutí abscesu a sepsi organismu, mu byla soudem nařízená ústavní léčba, ve které strávil bezmála další dva roky. Po skončení ústavního léčení David relapsoval a rozhodl se nastoupit ještě do komunity pro osoby s duální diagnózou. V komunitě strávil třináct měsíců, léčbu zdárně dokončil. Po jejím ukončení nastoupil do doléčovacího centra určeného také pro klienty s duální diagnózou. V doléčovacím centru absolvoval celý program doléčování. Nyní již pátým rokem dochází do adiktologické ambulance na individuální skupinovou terapii a zároveň také do ordinace psychiatra, který je její součástí.

6.7.4 Situace výchozího bodu

S Davidem jsem se seznámil na skupinové terapii v adiktologické ambulanci, kde jsem byl na stáži v rámci studia třetího ročníku. Již od počátku na mě David působil velmi křehkým a plachým dojmem. Při pozdější komunikaci jsem se od Davida dozvěděl, že důvodem je jeho strach z navazování nových vztahů. David sice bere medikaci a je stabilizovaný, nicméně stále se potýká s paranoidními představami o tom, že ho ostatní sledují a donášejí na něj policii, která ho sleduje. To je také důvodem k tomu, že se David vyhýbá navazování nových vztahů a necítí se komfortně ve společnosti většího množství lidí.

David pracuje již pět let v chráněné dílně, kde je velmi spokojený a práce ho baví. Bydlí v domku se svojí babičkou, kde jí pomáhá a má vlastní pokoj se zázemím. Za dobu své abstinence si David vytvořil fungující okruh blízkých přátel, se kterými se stýká ve volném čase, navštěvuje terapeutickou skupinu a dochází na individuální terapii.

6.7.5 Vývoj případu

Vývoj Davidova případu nebyl nikterak pozitivní. V dětství vyrůstal jen se svou matkou a jeho jediným mužským vzorem byl dědeček, kterého bral David jako otce, a nedokázal se smířit s jeho smrtí. To, že si jeho matka našla nového přítele, nesl David s nelibostí a v dospívání se kvůli tomu také odstěhoval k babičce a s rodinou prakticky ukončil styky. Od svých třinácti let začal David užívat návykové látky, což vedlo k velkému množství hospitalizací na odděleních pro léčbu závislosti. Zde David léčbu nikdy nedokončil; částečně z důvodu bažení po drogách a také proto, že měl pocity sledování a bál se spolupacientů. V osmnácti letech mu byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, na kterou mu později byla přiznána invalidita. Paranoidní představy pronásledování, psychotické stavy, halucinace a další příznaky byly důvodem jeho častých hospitalizací na psychiatrických odděleních. Tyto léčby však nebyly úspěšné z důvodu jeho závislosti na návykových látkách. Rizikové užívání drog vedlo k tomu, že se David dostal do velkého ohrožení života. Následná rekonvalescence společně se soudně nařízenou ústavní léčbou, vedly k Davidovu uvědomění a následně k nástupu do terapeutické komunity pro klienty s duální diagnózou. Získal zde náhled na své duševní omezení a naučil se zvládat závislost. V současné době je David poměrně stabilní, pracuje na vztazích s rodinou a opírá se o síť přátel a pracovníků sociálních služeb, které navštěvuje.

7. Výsledky

Z kazuistik můžeme vidět, že příběhy všech tří respondentů jsou si v mnohém podobné. Všichni respondenti vyrůstali v rodině jen s matkou a v životě jim zcela nebo velmi podstatně chyběly mužské vzory. Zuzka vyrůstala prakticky sama se sourozenci, matka na ně neměla čas a nevěnovala se jim, starším sourozencům byla spíše na obtíž a v pozdější době byla starším bratrem také zneužívána. Karel vyrůstal s matkou a postupně se dvěma otčímy, kteří ale neplnili roli mužského vzoru, částečně kvůli matčině dominanci ve vztahu. Po přestěhování do České republiky začala jeho matka podnikat, trávila více času prací a Karel byl vytržen od svých kamarádů a širší rodiny v rodné zemi. Také David vyrůstal pouze s matkou, i když v jeho případě plnil mužskou roli částečně dědeček, který ovšem zemřel velice brzy. Později si Davidova matka našla přítele, se kterým ovšem David nevycházel, a docházelo mezi nimi k velkým neshodám. Všichni tři respondenti tuto neuspokojivou rodinnou situaci řešili únikem ke kamarádům, s nimiž trávili hodně času, a také poprvé zkusili návykové látky. U všech tří respondentů jsou primární drogou marihuana a pervitin, což jsou také z nejčastěji uváděných spouštěčů duševních onemocnění.

Jak vnímají respondenti propojení léčby závislosti a jejich duševního onemocnění?

Všichni tři respondenti mají ve svém životě nespočet hospitalizací na psychiatrii a také neúspěšných léčeb závislosti. V případě psychiatrických hospitalizací se vždy jednalo spíše o farmakologickou intervenci a nikdo nevěnoval pozornost jejich závislosti na návykových látkách. To také vedlo v naprosté většině případů k vypadnutí z léčby ihned po stabilizaci duševního stavu a rychlému návratu k užívání návykových látek. V případě léčeb závislosti bylo důvodem k vypadnutí z léčby naopak duševní onemocnění a s ním související komplikace. U všech to byla neschopnost dostát požadavkům režimové léčby, paranoidní představy a špatné interpersonální vztahy z nich pramenící. Všichni tři respondenti byli schopni získat náhled na svou závislost a duševní onemocnění teprve po nástupu do zařízení pro osoby s duální diagnózou, kde pracovali s duševním onemocněním a závislostí zároveň. Bylo zde nahlíženo individuálně na jejich možnosti a schopnosti, čemuž bylo také uzpůsobeno tempo léčby. Pokud jde o typ léčby, tak všichni shodně uvádějí jako nejvíce vyhovující léčbu integrovanou.

Jaké faktory vnímají respondenti jako významné při své cestě k úzdavě jak závislosti, tak duševního onemocnění?

Všichni tři respondenti uvádějí jako nejdůležitější faktor při své cestě k úzdavě oporu v organizaci poskytující léčbu. Popisují program jako bezpečný přístav, kde mohou být sami sebou, pracovníci jim rozumí a mají zde vždy otevřené dveře. Pro všechny bylo v rámci programu velmi důležité poskytnutí individuální časové dotace na absolvování jednotlivých kroků programu, nastavení pevných hranic a pravidelného režimu. Jejich hlavními tématy v léčbě bylo smysluplné trávení volného času, získání náhledu na své prožívání spojené s jejich duševním onemocněním, orientace ve zdravých mezilidských vztazích a jejich budování.

Jak respondenti vnímají přítomnost klientů bez duševního onemocnění ve společném programu následné péče?

Pokud jde o vnímání přítomnosti ostatních klientů, kteří nemají duševní onemocnění, zde se všichni tři respondenti shodují, že je pro ně důležitým přínosem. Pokud by si mohli vybrat, zda absolvovat program jen s klienty s duševním onemocněním, všichni by si jednoznačně vybrali program smíšený. Pro Karla a Davida je přítomnost „normálních“ klientů motivací a zároveň také přítomnost takových klientů na společném programu snižuje jejich pocity stigmatizace plynoucí z vlastního duševního onemocnění. Zuzka vnímá smíšený program pozitivně hlavně z toho důvodu, že jí dává příležitost učit se komunikovat s „normálními“ lidmi a trénovat tak tuto schopnost do běžného života. Negativním faktorem je pro všechny tři respondenty větší strach a obavy při navazování vztahů s lidmi bez duševního onemocnění. David popisuje v jejich přítomnosti paranoidní pocity, se kterými musí v takových chvílích pracovat, a tak je pro něj navázání vztahu o to těžší. Také Karel má zpočátku větší strach z odsouzení a stigmatizace. Zuzka mimo pocitů strachu ze stigmatizace popisuje také velmi časté pocity nepochopení.

8. Diskuse a závěr

S respondenty byl řešitel z důvodu navázání důvěryhodného vztahu v předchozím kontaktu a rozhovory s nimi proběhly v příjemném, nerušeném prostředí, aby výpovědi byly co nejpravdivější a nejotevřenější. Je nutno samozřejmě počítat s možným zkreslením výpovědí, například z důvodu strachu ze stigmatizace. Respondenti byli osloveni a vybráni

na základě předchozího pozorování a je bráno v potaz, že soubor tří respondentů je velmi malý a není reprezentativní. To je také důvodem k tomu, že nelze na základě tak malého vzorku dojít k obecněji platným závěrům. Zároveň ale už i u tak malého výzkumného souboru můžeme vidět opakující se vzorce chování a příčin vzniku závislosti.

Téma práce bylo vybráno z důvodu osobního zájmu řešitele o tuto problematiku. Dalším důvodem je, že skupina osob s duální diagnózou je velkou skupinou zastoupenou v léčbě závislosti. Například Kalina (2008) uvádí, že skupina osob s duální diagnózou představuje více než třetinu pacientů v léčbě závislosti, i přes tato zjištění je síť zařízení specializujících se na léčbu duálních diagnóz nedostatečná a rozšiřuje se jen velmi pomalu. Tito klienti vypadávají z důvodu závislosti z léčby psychiatrické, a naopak z důvodu duševního onemocnění nejsou schopni plnit nároky standardních programů léčby závislosti. Řešení pro ně je integrovaný přístup léčby závislosti a duševního onemocnění, na což se tato práce snaží poukázat.

Výsledky této práce také ukazují, že osoby s duální diagnózou preferují v léčbě přítomnost osob bez duševního onemocnění. Ta je pro ně velkou motivací pro zvládnání duševního onemocnění a výzvou pro zapojení se do běžného života, a to i přesto, že v jejich přítomnosti zpočátku zažívají nepříjemné pocity.

V porovnání výsledků studie s jinými studiemi vychází, že se výsledky v některých ohledech ztotožňují. Výsledky této práce se téměř shodují s výsledky výzkumu Filipovské (2015) zabývajícího se komplikacemi léčby klientů s duální diagnózou. Kdy její výzkum uvádí také jako nejčastější příčiny léčebných komplikací příliš tvrdý a neflexibilní režim v ústavních léčbách závislosti, interpersonální konflikty s ostatními klienty či pracovníky léčebných zařízení, nebo nedostatečná citlivost k problematice duálních diagnóz.

Poznatky z této kazuistické práce lze použít pro hledání nových způsobů, jak lze pomoci klientům s duální diagnózou, a lze je vsadit do odborné práce s klienty. Dále je možné tyto informace využít v terapeutických, poradenských a jiných činnostech, které se zabývají problematikou duálních diagnóz.

9. Použitá literatura

Adameček, D., Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v ČR. In Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Bém P: Úvod – složky systému péče v ČR. In: Kalina K et al.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha, NMS/Úřad vlády ČR, 2003, kapitola 8/1

Dušek, K. a Večeřová, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing

EMCDDA (2004). Co-morbidity. The selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA: Lisbon.

EMCDDA (2013). Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj. Lucemburk: EMCDDA.

Filipovská, M., Komplikace léčby pacientů s duální diagnózou – závislost a afektivní poruchy. Kasuistická studie. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/62725/BPTX_2014_1_11110_0_3_77158_0_158458.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fox, L., Drake, R. E., et al. (2010). Integrovaná léčba duálních poruch (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Hendl, J. (2006): Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál.

Jenner, L., Kavanagh, D., Greenway, L., Sauaders, J. (1998). Dual Diagnosis Consortium 1998Report. Brisbane: Alcohol and Drug Training and Research Unit.

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K., et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, Publishing, a.s.

Jeřábek, P. (2015). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing

Kalina, K. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada. Psyché (Grada).

- Kalina, K. a Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts- Possibilities and Limits of Integrated Treatment. *Adiktologie*, 13(2), pp. 144–164.
- Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády ČR – Filia Nova. 2001.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR
- Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.
- Kuda, A. (2001). Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*, (1) 2, 83-93.
- Kuda, A. (2003) Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.
- MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, aktualizované vydání k 1. 1. 2013. Specifické poruchy osobnosti. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
- Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. a kol., Základy klinické adiktologie. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.
- Mioviský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing.
- Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy (Vydání 4., aktualizované). Portál. Dostupné z:
https://cuni.primo.exlibrisgroup.com/discovery/openurl?institution=420CKIS_INST&vid=420CKIS_INST:UKAZ&isbn=80-7367-908-6&sid=shorturl
- NIDA (2010). Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. NIH Pub number: 10-5771. Bethesda. Maryland: National Institute for Drugs Abuse. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/publications> [2012-12-30]
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. et al. (2003). Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

RVKPP (2004). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Speciální část. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) – Úřad vlády ČR.

RVKPP (2021) Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) – Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-sluzeb_2021.pdf

Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric*

10. Přílohy

Příloha číslo 1. Souhlas etické komise

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ

KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-024/2023

Název práce: Integrovaná léčba osob s duální diagnózou v programu následné péče: série kazuistik

Druh práce: bakalářská

Student: Ondřej Vít

Vedoucí práce: Mgr. Anna Volfová

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu
- informovaný souhlas
- osnova rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 13. února 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 15. února 2023

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.



Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze



Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 E-mail: info.adiktologie@lfl.cuni.cz

Tel.: 224 968 270

Klinika adiktologie

Představení výzkumníka
Představení výzkumné práce
Získání informovaného souhlasu

Identifikační údaje:

Věk
Vzdělání
Sociální situace
Zdravotní situace
Rodinná situace
Závislost
Duševní onemocnění
Předchozí léčby
Současná léčba
Současná situace
Délka pobytu ve službě následná péče
Ostatní (děti, zaměstnání, stav)

1. Jak vnímají respondenti propojení léčby závislosti a jejich duševního onemocnění?

Je podle tebe větší problém závislost, nebo duševní onemocnění?

Jak s tím pracovali v tvých minulých léčbách?

Jak je to v současné léčbě?

Co z toho ti nejvíce vyhovovalo?

Jak je to v současnosti?

2. Jaké faktory vnímají respondenti jako významné při jejich cestě k uzdravě?

V jaké fázi se teď nacházíš?

S čím jsi spokojený a na čem ještě potřebuješ pracovat?

Co jsi v průběhu doléčování nejvíce potřeboval?

Co bylo tvým největším tématem?

Jaké bylo tvé očekávání od doléčování a jak se naplnilo?

Myslíš si, že lidé s duševním onemocněním potřebují speciální péči a podporu?

3. Jak respondenti vnímají přítomnost klientů bez duševního onemocnění?

V doléčování jsou s tebou i klienti bez duševního onemocnění. Jak vnímáš to propojení?

Jak se cítíš ve skupině?

Jaké máš vztahy s lidmi ve skupině?