

**Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta**

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



## **Diplomová práce**

**Bc. Eliška Blažíčková**

Kvalitativní analýza prožívání a hodnocení procesu úzdravy uživatelů návykových látek s poruchami schizofrenního okruhu

Qualitative analysis of the experience and evaluation of the recovery process of users of addictive substances with schizophrenic disorders

Vedoucí závěrečné práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2020



**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala 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 dne 3. 12.2020

Eliška Blažíčková

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. MUDr. Kamilovi Kalinovi, CSc. za vřelý přístup, cenné rady a psychickou podporu zejména v posledních fázích psaní této práce. Poděkování také náleží mým čtyřem pacientům bez kterých by výzkum nikdy nemohl vzniknout.

### **Identifikační záznam**

BLAŽÍČKOVÁ, Eliška, *Kvalitativní analýza prožívání a hodnocení procesu uzdravy uživatelů návykových látek s poruchami schizofrenního okruhu*. [Qualitative analysis of the experience and evaluation of the recovery process of users of addictive substances with schizophrenic disorders]. Praha, 2020. 88 s. 3 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta/ Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

## ABSTRAKT

Tato práce se věnuje problematice duálních diagnóz, konkrétně pacientům s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří jsou současně závislí na návykových látkách a jejich pohledu na proces údravy. Teoretická východiska výzkumu jsou věnována schizofrennímu onemocnění, návykovým poruchám a specifikům v léčbě pacientů s duální diagnózou.

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich údravy.

Vzhledem k výše uvedenému cíli jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku, konkretizovanou třemi dílčími otázkami: (1) Jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich údravy? (1.1.) Jaký mají uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu vzhled na své obtíže, kvůli kterým se dostali do léčby? (1.2.) Jak se změnila míra těchto obtíží před koncem léčby? (1.3.) Jaké aspekty údravy považují tito pacienti za důležité?

Jako metoda výběru souboru byla zvolena metoda nepravděpodobnostní, tedy prostý, záměrný (účelový) výběr. Výzkumný soubor byl finálně tvořen ze čtyř pacientů, t. č. hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici X. Zdroji dat pro případovou studii jsou v tomto případě lékařské dokumentace pacientů (anamnestická data, zápisy ze skupinových i individuálních terapií) a polostrukturované interview. Získaná data fixována pomocí audiozáznamu byla v rámci případové studie analyzována pro následnou interpretaci a vyvození závěrů pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Výsledky podpořily čím dál více se rozšiřující povědomí o tom, že celková údrava je i, dle subjektivního sdělení těchto pacientů, zahrnuje i jiné cíle než pouhá abstinence od návykové látky či psychická stabilita v rámci základního duševního onemocnění. Nejvíce frekventovaným aspektem údravy dle těchto pacientů bylo zlepšení či získání nějakých stabilních a smysluplných vztahů. Dále pak získání nějaké stabilní práce, bydlení, dosažení vnitřního klidu či svobody mimo hospitalizaci.

Výzkum byl pilotním projektem, proveden ve spolupráci s čtyřmi konkrétními pacienty, výsledek studie tedy nelze šířeji zobecnit. Lze ale doporučit další zkoumání v této, dosud velmi málo probádané, oblasti léčebné péče.

**Klíčová slova** - závislost, schizofrenní onemocnění, komorbidita, údrava, interpretativní fenomenologická analýza

## ABSTRACT

This work deals with the issue of dual diagnosis, namely patients with schizophrenic disease who are addicted to drugs and their view of the anxiety process. Theoretical background research is devoted to schizophrenic disease, addictive disorders and specifics in the treatment of patients with dual diagnosis.

The aim of this research was to find out how users of addictive substances with a schizophrenic circuit disorder evaluate and experience the process of their anxiety.

To create the above goal, I set the main research question, concretized by three sub-questions: (1) How do drug users with schizophrenic disorders assess and experience the process of their anxiety? (1.1.) „How do drug users with schizophrenic disorders have insight into their difficulties in treatment?“ (1.2.) „How the level of these difficulties changed before the end of treatment“? (1.3.) „What aspects of recovery do these patients consider important?“

The research set was selected by methods of improbable purpose. The research group finally consisted of four patients, i.e. hospitalized in the Psychiatric Hospital X. Sources of data for the case study in this case are medical documentation of patients (anamnestic data, records of group and individual therapies) and semi-structured interviews. The obtained data fixed by audio recording were analyzed in a case study for subsequent interpretation and conclusions using interpretive phenomenological analysis (IPA).

The results supported the growing awareness that overall recovery, according to the subjective message of these patients, includes goals other than mere abstinence from the substance or mental stability in the underlying mental illness. According to these patients, the most frequent aspect of healing was the improvement or acquisition of some stable and meaningful relationships. It was also mentioned to get some stable work, housing, achieving inner peace or freedom outside hospitalization.

The research was a pilot project, carried out in collaboration with four specific patients, so the result of the study cannot be more widely generalized. However, further research into this area of medical care, which has so far been very little studied, can be recommended.

**Key words** - addiction, schizophrenic disorders, comorbidity, recovery, interpretative phenomenologic analysis

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>12</b>
2.1	ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU.....	12
2.1.1	<i>Etiologie a patogeneze.....</i>	13
2.1.2	<i>Výskyt.....</i>	13
2.1.3	<i>Diagnostika.....</i>	14
2.1.4	<i>Klinické projevy.....</i>	15
2.1.5	<i>Typy schizofrenie.....</i>	17
2.1.6	<i>Proces uzdravy.....</i>	19
2.2	NÁVYKOVÉ PORUCHY.....	21
2.2.1	<i>Výskyt a příčiny vzniku závislosti.....</i>	22
2.2.2	<i>Klinické projevy.....</i>	23
2.2.3	<i>Proces uzdravy.....</i>	24
2.3	DUÁLNÍ DIAGNÓZA.....	26
2.3.1	<i>Etiologie.....</i>	26
2.3.2	<i>Diagnostika duální diagnózy.....</i>	27
2.3.3	<i>Schizofrenní onemocnění a závislost na návykových látkách.....</i>	27
2.4	LÉČBA DUÁLNÍCH PORUCH.....	29
2.4.1	<i>Integrovaná léčba duálních poruch zaměřená na zotavení.....</i>	30
2.4.2	<i>Psychodynamická psychoterapie.....</i>	33
2.1.1	<i>Stigmatizace a destigmatizace.....</i>	37
2.1.2	<i>Možnosti pomoci nad rámec střednědobé léčby ústavní.....</i>	40
<b>3</b>	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>42</b>
2.5	CÍL VÝZKUMU.....	42
2.6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	42
2.6.1	<i>Hlavní výzkumná otázka.....</i>	42
2.6.2	<i>Dílčí otázky.....</i>	42
2.7	TYP KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	42
2.8	JEDNOTKA ZKOUMÁNÍ, JEDNOTKA ZJIŠŤOVÁNÍ A VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	42
2.9	STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	43
2.9.1	<i>Základní a výběrový soubor.....</i>	43
	<i>Výzkumný soubor.....</i>	43
2.10	METODY SBĚRU DAT.....	44
2.10.1	<i>Metoda polostrukturovaného interview.....</i>	44
2.10.2	<i>Textové dokumenty jako zdroje kvalitativních dat.....</i>	45
2.10.3	<i>Socio-demografický profil respondentů.....</i>	46
2.11	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	47
2.12	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	47

<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>48</b>
4.1	PAVEL.....	48
4.2	ADAM.....	51
4.3	PETR.....	55
4.4	DAN.....	59
4.5	HLEDÁNÍ SOUVISLOSTÍ NAPŘÍČ TĚMATY U VŠECH PACIENTŮ.....	64
<b>5</b>	<b>DISKUSE A ZÁVĚRY.....</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>77</b>
<b>7</b>	<b>POUŽITÉ ZDROJE LITERATURY.....</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>84</b>
8.1	PŘÍLOHA Č. 1 - SCHÉMA OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO INTERVIEW VYCHÁZEJÍCÍ Z CÍLŮ KRÁTKÉ PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE.....	84
8.2	PŘÍLOHA Č. 2 – INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU.....	84
8.3	PŘÍLOHA Č. 3 – INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU.....	84

# 1 ÚVOD

V roce 2018 bylo zaznamenáno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 58 667 hospitalizací. Ve sledovaném roce byla nejčetnější skupinou diagnóz, pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních, porucha duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (dg. F10–F19), a to více než čtvrtina z celkového počtu hospitalizací (14 985 hospitalizací). Dalšími častými příčinami hospitalizace byla léčba schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (dg. F20–F29) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019).

Epidemiologické studie ukazují, že lidé se schizofrenií vykazují trojnásobnou pravděpodobnost výskytu poruchy užívání alkoholu a šestkrát vyšší pravděpodobnost výskytu poruchy užívání drog ve srovnání s běžnou populací. Tato komorbidita jsou spojena s horšími příznaky symptomů, managementem psychiatrické hospitalizace, péče o sebe a udržování stabilního životního prostředí, sociální vztahy a zapojení do smysluplných činností, násilí, viktimizace a sebevraždy. Provádění intervencí založených na důkazech k léčbě uživatelů návykových látek se schizofrenií je kriticky důležitá potřeba veřejného zdraví (Bennet, 2017). Maršálek (2008) dodává, že samotné schizofrenní onemocnění vyvolává neurální změny, do určité míry mění motivaci pacienta podobně, jako je tomu právě u zneužívání návykových látek.

Tato práce je přiblížením se k problematice duálních diagnóz, konkrétně tedy k pacientům s onemocněním schizofrenního okruhu a syndromem závislosti. Rozhovory se čtyřmi pacienty z oddělení duálních diagnóz při Psychiatrické nemocnici X budou nahlédnutím do jejich hodnocení, a zejména pak prožívání, procesu údravy.

Teoretická východiska výzkumu jsou tematicky zaměřeny konkrétněji na schizofrenní onemocnění, návykové poruchy, duální diagnózy a jejich léčbu.

Důvodem proč má diplomová práce právě takovéto zaměření je jednak neprobádanost procesu údravy u pacientů s touto komorbiditou, pak také, že jsem několik let na oddělení Y pracovala. Při nejrůznějších stážích na AT odděleních, kde se poskytovala střednědobá léčba závislosti, jsem se většinou setkala se sdělením, že schizofrenní pacienti se do režimové léčby nepřijímají, že by z léčby vzhledem k onemocnění neprofitovali a nestačili ostatním pacientům v bodovacím systému. V roce 2016 začala v Psychiatrické nemocnici Y první fáze zřizování místa k léčbě pro pacienty s duální diagnózou. Vybraní terapeuti chodili na psychiatrická oddělení, kde poskytovali individuální a skupinovou

psychoterapii. V druhé fázi pak poskytovali interní stacionář pro závislé pacienty na návykových látkách a psychotickým onemocněním. V poslední fázi se v rámci primariátu AT ženy zřizuje nový pavilon pro muže a ženy s duální diagnózou a optimalizuje se multidisciplinární tým. V poslední fázi jsem se k týmu přidala i já na pozici adiktologa. Většina týmu je svým psychotherapeutickým vzděláním psychodynamicky orientovaná, a i tomuto přístupu se tedy bude věnovat kapitola v teoretické části.

Jak bylo naznačeno, v České republice zatím není známo moc studií zabývajících se touto problematikou. V letech 2001 – 2002 jednu z nich provedl Kalina na klientech o.s. SANANIM, kde byla zjištěna míra komorbidity 35, 5 % (četnost schizofrenních poruch zde byla 3 %) (Kalina, 2008).

Sobotka (2017) zkoumal potřeby klientů s duální diagnózou v terapeutických komunitách v ČR. Nezaměřoval se v tomto ohledu pouze na klienty se schizofrenií, ale i na neurotické poruchy a poruchy osobnosti. V kontextu zkoumání prožívání procesu uzdravy je ale zajímavá interpretace jejich potřeb. Sobotka (tamtéž) reflektuje potřebu sebeaktualizace a sebeuskutečnění jako samotný cíl pobytu, potřebu bezpečí a zájmu i lásky od terapeutů TK jakožto vymezení se a definování sebe sama v reakci na definice okolních lidí. Apeluje také na otevřenou mysl terapeutů, životní a profesní zkušenost a respekt k lidské jedinečnosti.

I po letech zůstává nezodpovězena celá řada otázek), chybějí zejména příklady „dobré praxe“. Rozvíjí se spolupráce s komunitními týmy z oblasti péče o duševní zdraví, které se závislostí tematikou setkávají čím dál častěji (Kalina & Minařík, 2015).

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1 Onemocnění schizofrenního okruhu

Jedná se o závažnou duševní poruchu provázenou významným narušením myšlení, vnímání, emotivity a celkové integrity osobnosti.

Smolík (2002) definuje schizofrenii jako duševní poruchu, která je charakteristická fundamentálním narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita je nepřiléhavá či oploštělá. Vědomí i intelektuální kapacita zůstávají jasné, časem se ale může rozvinout kognitivní deficit. Narušení zasahuje do většiny základních funkcí, tedy do tzv. normálního pocitu osobitosti, sebekontroly i jedinečnosti.

První zmínka o této nemoci byla nalezena na 3 400 let starém Ajurvedském fragmentu, kde byly popsány bizarní projevy, které bychom dnes mohli považovat za příznaky schizofrenie. Příznačnější vymezení však přichází až později, v roce 1986 jí nazval německý psychiatr Krapelin *dementia praecox*, vzhledem k nápadnému zhoršení kognitivních funkcí. K tomuto omezení však nemusí dojít vždy, zejména tedy do míry, aby se případně dalo klasifikovat jako demence. V roce 1911 jí tedy Bleuler nazval konečně schizofrenií – termínem, který je užíván do dnešní doby. Termín vystihuje rozštěpenost, rozpolcenost a značnou dezintegraci jednotlivých psychických funkcí (Vágnerová, 2008).

Výzkum schizofrenního onemocnění v oblasti epidemiologie má mnoho omezení. Neexistují diagnostické testy, které by byly pro schizofrenii specifické. Stephens (in Preiss, Kučerová, 2006) při užití 9 diagnostických systémů našel trojnásobný rozdíl v množství pacientů, kteří byli diagnostikováni přísnějšími kritérii a kteří měli diagnózu schizofrenie uvedenou v chorobopise. Jen 7 % z 283 nemocných v této studii dosáhli na diagnózu schizofrenie ve všech 9 systémech. Starší studie Brockingtonova (tamtéž) poukázala dokonce na rozdíl jedenáctinásobný.

Modus celoživotní prevalence u schizofrenie se pohybuje v rozmezí 1,4 – 4,6 případů na 1000 obyvatel. Zajímavé je, že velká prevalence se vyskytuje v severním Švédsku, což je vysvětlováno vyšší mírou genového sdílení u populace geneticky izolované pocházející ze dvou známých předků. Vysoká míra prevalence je i v chorvatské Istrii což je zřejmě dáno negativním výběrem ve vysoce migrační populaci in (Preiss, Kučerová, 2006).

Náhled na schizofrenní onemocnění je dáván do souvislosti s hodnotou IQ. Ti s vyšším kvocientem měli náhled lepší, ti s nižším povětšinou nenalezli vztah k náhledu na své onemocnění (Preiss, Kučerová, 2006).

### **2.1.1 Etiologie a patogeneze**

Etiologie tohoto onemocnění známa není, neví se o jedné dostačující a nezbytné příčině. Existuje tedy předpoklad multifaktoriální etiologie a mnohočetných patogenetických vlivů.

Ohledně patogeneze existuje několik teorií. Jmenujme například teorii stresu a vulnerability. Dědičná nebo získaná vloha disponuje selháváním adaptivních funkcí, což vede k nepříznivému prožívání a chování při zátěži. To pak může vyústit v klinickou manifestaci onemocnění (Motlová, Španiel, 2017).

Od 60. let převládala tzv. dopaminová hypotéza, která vycházela z hypotézy terapeutických dávek antipsychotik blokujících účinek dopaminu. Dopaminergní agonisté, jakým je třeba amfetamin, vedou k projevům psychózy, tedy ke změně chování a zejména zvýšené paranoiditě. Účinnost antipsychotik je spojena s receptory typu D2, nelze ale vyloučit i blokádu jiných receptorů antipsychotickým působením (Motlová, Španiel, 2017).

### **2.1.2 Výskyt**

Podle Motlové a Španiela (2017) se celosvětově uvádí výskyt schizofrenie 1%, muži a ženy onemocní zhruba stejně často. Smolík (2002) konkretizuje, že prevalence se liší dle podmínek, za kterých byly studie prováděny. Prevalenční odhady jsou tedy 0,2 % - 2 %, celoživotní prevalence se pohybuje zhruba 0,5 % - 1 %. Dle novějších studií, kde se berou v potaz i relevantní rizikové faktory, zejména vlivy prostředí. Schizofrenie postihuje častěji muže než ženy v poměru 1,4 : 1. Incidence na 100 000 obyvatel a rok je uváděna 15, 2, celoživotní riziko onemocnění schizofrenií pak 0,7% při důkladném použití diagnostických metod. Incidence i prevalence byly nižší u osob na místě narozených než-li u migrantů. Vyšší výskyt se uvádí ve městech než na vsích.

V České republice, dle statistických dat z Ústavu zdravotnických informací, bylo v roce 2009 s průměrnou délkou léčby 114 dní zaznamenáno 10 821 hospitalizací pro onemocnění schizofrenního okruhu (konkrétně pro diagnózu schizofrenie 6 105 s průměrnou délkou léčby 155 dní). V roce 2013 bylo těchto hospitalizací 11 057 (pro schizofrenii 6 350 s průměrnou ošetrovací dobou 134 dní) (Motlová, Španiel, 2017).

Dle Ústavu zdravotnických informací bylo v roce 2017 hospitalizováno (pro schizofrenii 1 693 s průměrnou ošetrovací dobou 19, 6 dní). V roce 2018 bylo v ambulantní psychiatrické oblasti zaznamenáno 51 741 případů s onemocněním schizofrenie (v roce 2013 jich bylo 48 603) (Ústav zdravotnických informací, 2018). Je tedy zřejmé, že narůstá počet ambulantních pacientů.

Výskyt tohoto onemocnění se hromadí v rodině, i když sporadicky. Blízcí příbuzní nemocného mají větší celoživotní riziko než je tomu v běžné populaci. Děti schizofrenního pacienta mají riziko zhruba 13 %, sourozenci 10 %, rodiče kolem 6 % (Motlová, Španiel, 2017).

### 2.1.3 Diagnostika

V rámci diagnostiky schizofrenie se v procesu pozorování pacienta detekují charakteristické psychopatologie a analyzují se jeho sdílené prožitky. Mimo pacientem sdílené prožitky mohou být vodítkem i pacientovy grafické výtvořiny či artefakty. I jejich zápisky mohou někdy poukazovat na naléhavost či nejasnost jejich myšlenkových obsahů.

Obecná diagnostická kritéria dle MKN – 10 pro paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii je přítomno alespoň jeden ze syndromů těchto charakteristik . ozvučování myšlenek (vkládání, odnímání, případně jejich vysílání), bludy (kontrolování, ovládání, ovlivňování, zřetelné pohyby těla nebo končetin, zvláštní myšlenky, pohyby, činnosti. Případně musí být naplněny alespoň dva symptomy charakteristik – halucinace jakéhokoliv typu (denně se vyskytující a společně s bludnou produkcí), neologismy, přerušování či zárazy v myšlení, katatonní chování či tzv. negativní symptomatika. Vše musí být trvající většinu doby psychotické epizody tohoto onemocnění, a to alespoň jeden měsíc. Zřetel je dobré brát i na méně charakteristické příznaky, kterými může být ztráta zájmu či sociální staženost (Smolík, 2002). Americká psychiatrická asociace vyžaduje dokonce měsíců šest (Raboch, Zvolský, 2001).

V neuropsychických testech, konkrétně v Tematicko - apercepčním testu a Rorschachovu testu bývají obvykle přítomny bizarní odpovědi. I rodiče schizofrenních pacientů vykazují v projektivních testech často více deviací. U 20 – 30 % pacientů dle Halstead – Reitan baterie je možno prokázat sníženou pozornost a inteligenci, retenční čas a porušení schopnosti řešit problém (Smolík, 2002).

## 2.1.4 Klinické projevy

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, příznaky je nutno tedy diferencovat na tzv. pozitivní a negativní příznaky. Mezi pozitivní příznaky mohou patřit typicky halucinace a bludy, skládání toku myšlenek, narušenou kontrolu chování nebo katatonní symptomy. Jedná se o projev zvýšené aktivity v různých oblastech mozku. Negativní symptomy představují ochuzenou řeč, zpomalené myšlení, emoční útlum či abulii. Symptomy se základně rozdělují do čtyř skupin – pozitivní symptomy (psychotické), negativní symptomy (sociální staženost, poruchy motivace a iniciativy), poruchy poznávacích funkcí (paměť, pozornost, exekutivní funkce), a symptomy afektivní (depresivní nebo naopak manické) (Vágnerová, 2008).

### Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy jsou typické zejména pro akutní fázi onemocnění, obvykle nápadné svou změnou psychických funkcí. Přetrvávat by měly alespoň jeden měsíc (Vágnerová, 2008).

Mezi takzvané pozitivní symptomy patří ozvučování myšlenek (pacient může popisovat, že se mu myšlenky ozvučují navenek či mají komentující charakter), vysílání myšlenek a jejich vkládání či vysílání. Jako další z pozitivních symptomů se uvádí bludy, neboli mylná přesvědčení. V průběhu rozvoje schizofrenního onemocnění se bludy uvádí u více než 90 % osob. Blud vzniká postupně, nemocný má pocit, že se svět zaměřuje na jeho osobu. Blud si pak v rámci jeho interní logiky racionálně vysvětlí a stává se nevyvratitelným. Mohou být nepříjemné, spojené s výraznou vztahovačností, ale i příjemné, spojené s pocity vyjímečnosti a spasitelství. Mohou se objevit i potíže pohybového aparátu, nemocný má pocit, že je s jeho končetinami na dálku manipulováno, může nehybně zamrznout nebo naopak provádět neúčelné pohyby (Motlová, Španiel, 2017).

Mezi další ze symptomů se uvádí halucinace, tedy poruchy vnímání. Zhruba u 50 % nemocných se vyskytují halucinace auditivní, u 15 % vizuální, taktilní pak u 5 %. Ne každá halucinace musí být z psychotické příčiny, například hypnagogické nebo hypnopompní halucinace. Ty, které se vyskytují u schizofrenních pacientů jsou nejčastěji auditivní (takzvané „hlasy“, často nepříjemného obsahu, charakteristické bývá neustálé komentování chování či myšlenek), vizuální (takzvané „vidiny“, objekt může být normální velikosti, nebo jde o mikropsii či makropsii, může být reálný charakteru derealizace či deja vu, nebo naopak charakteru bizarního), taktilní (doteky často ve spojitosti s bludy zevní kontroly), čichové a chuťové (příjemné či nepříjemné vnímání pachů a vůní, často spojené s bludným přesvědčením o otrávanosti), intrapsychické (nemocný má pocit, že jsou mu vkládány do

hlavy cizí myšlenky, případně odebírány ty vlastní), verbální motorické (takzvané Séglasovy, nemocný udává, že někdo za něj hovoří jeho ústy, často hovoří slovy, které by sám údajně nikdy neřekl) (Motlová, Španiel, 2017).

### **Negativní symptomy**

Negativní symptomy jsou často typické pro chronickou fázi onemocnění, někdy mohou zůstat jako určité reziduum již proběhlé ataky (Vágnerová, 2008).

Mezi nejčastější negativní symptomy patří snížená reaktivita emocí, chudost řeči, ochuzování zájmů a iniciativy a to i v oblasti sociální interakce. Negativní symptomy se v plné síle projevy až po odeznění akutních symptomů psychotických. Často mohou být tyto symptomy vnímány zejména stran blízkého okolí jako lenost a dotyčný by se měl zkrátka vzchopit. Po několika měsících je možno negativní příznaky vhodnou léčbou zmírnit (Motlová, Španiel, 2017).

### **Kognitivní poruchy**

U schizofrenního onemocnění mohou být patrné poruchy pracovní i dlouhodobé paměti, abstraktního a exekutivního myšlení. Zřetel se často bere na poruchy pozornosti a rychlost zpracovávání informací. Zhoršení kognitivních funkcí může být patrné v prodromální, floridní i chronické fázi onemocnění a lze ji měřit pomocí neuropsychických testů (Motlová, Španiel, 2017).

Preiss a Kučerová (2006) také poukazují na fakt že schizofrenní onemocnění, stejně jako třeba depresivní porucha či nějaké neurologické onemocnění, je spojeno s určitým kognitivním deficitem. Řeč je o vnímání, paměti, exekutivních funkcích, schopnosti uvažování, pozornosti i řečové dovednosti. Schizofrenní pacienti se často špatně koncentrují, snadno se centrují na banální vnější podněty. Pozornost nedokáží udržet ani svižně posouvat. Dále je možno zaznamenat deficitní výkon ve všech typech paměti kromě procedulární. V oblasti řídicích funkcích je možno u mnoha z nemocných pozorovat deficit ve volných schopnostech, schopnostech plánovat a jednat účelně směrem k cíli, a nakonec regulovat svoji pozornost. V oblasti jazyka a řečových schopností je vidno dost formálních poruch myšlení jako je porucha syntaxe a asociací, tvoření neologismů a paralogií. Motorika u těchto pacientů bývá narušená, pohybové úkony bývají neefektivní, přerušované a pomalé. Snížená je schopnost korigovat a učit se z chyb. Intelektová úroveň je snížená, 51 % pacientů vykazuje rozdíl oproti premorbidnímu IQ, 23 % podprůměrné IQ, 29 % IQ průměrné, stacionární.

## **Poruchy nálady**

Poruchy nálady jistě zaslouží klinickou pozornost. Přítomno může být depresivní ladění, úzkost či celková vnitřní podrážděnost. Při budování náhledu na onemocnění mohou přijít nezanedbatelné bilanční až suicidální ideace (Motlová, Španiel, 2017).

Dle převahy pozitivních nebo negativních symptomů se objevilo nové dělení schizofrenie. Crow (in Raboch, Zvolský, 2001) se jedná o dělení na typ I a typ II. Dle Adreasenové (tamtéž) na pozitivní, negativní či smíšený typ.

### **2.1.5 Typy schizofrenie**

Uvádí se základní čtyři typy. Pravdou je, že rozdělení je spíše teoretické povahy, běžně se mohou navzájem překrývat, případně jedna forma přechází do jiné. V této části budou více rozvinuty paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie a simplexní schizofrenie.

V současné klasifikaci nemocí se ale ještě objevuje podtyp tzv. nediferencované schizofrenie (zbytková kategorie nelze-li naplnit předchozí kategorie, jelikož se vyskytují v podstatě všechna kritéria ostatních typů), reziduální schizofrenie a postschizofrenní deprese (poslední dva typy se spíše vztahují k průběhovým stádiím nemoci) (Raboch, Zvolský, 2001).

#### **Paranoidní schizofrenie**

Základní charakteristikou zde je dle Vágnerové (2008) izolovaný blud s paranoidním obsahem v kombinaci s halucinacemi. Nemocný je vůči svému okolí paranoidně nastražený a patologicky podezřívavý. Na základě svého bludného přesvědčení mívá pocity ohrožení, pronásledování, hrozí mu zničení nebo má pocit, že bude jeho osoba použita k nějakému účelu. Raboch a Zvolský (2001) hovoří o tematickém zaměření bludu velikášským i perzekučním. Ty ho často vedou k symbolickému uvažování a vykládání si skutečnosti, stejně tak může být přítomna tendence skutečnost ovlivňovat pomocí myšlenek na dálku často nezvyklými způsoby (tzv. magické myšlení). Halucinace jsou častěji auditivní, mohou se ale objevovat i kombinované.

Do určité míry zde může vzniknout nebezpečí, že bude nemocný v rámci své soukromé logiky pohotový k impulsivním, možná agresivním reakcím, aby se bránil ohrožením. Přítomny bývají také halucinace, zejména tedy auditivní, ve formě hlasů, často

imperativního charakteru. Mimo pocitů vztahovačnosti bývají nemocní často emočně otupělí, hypobulití, trpí poruchy vůle. Chování může být, zejména v období akutní ataky, značně inkoherentní (Vágnerová, 2008).

### **Hebefrenní schizofrenie**

Dle Rabocha a Zvolského (2001) se tento tradiční typ schizofrenie nazývá v Severní Americe dezorganizovaný typ schizofrenie.

Vzniká v adolescentním období a v období rané dospělosti (15 – 25 let), tedy v období, kdy se osobnost vytváří a ukotvuje se osobní identita. Často se tedy nová identita dostatečně nevytvoří a původní (dětské) sebepojetí je pak stabilním základem. Jedná se tedy o protražovanou, prohloubenou pubertu s podivným způsobem uvažování, heboidním projevem a výrazným šaškováním. Bazálním znakem je porucha myšlení ve smyslu častému sklonu k pseudofilozofování (úvahy obecné, náboženské, metafyzické až filozofické), často nepostaveny na racionálním podkladu. Dle Smolíka (2002) prognóza nebývá dobrá zejména vzhledem k rychlému rozvoji negativních příznaků.

Verbální projev bývá nápadný, často jsou přítomny neologismy. Bludy se objevují často bizarního charakteru, hypochondricky až kosmicky zaměřené, a to i v souvislosti s potížemi s vymezením vlastní identity. Poruchy prožívání v emoční rovině se, zejména v počátcích onemocnění, projevují zvýšenou podrážděností, kolísáním nálad, včetně hypomanickému ladění často v podobě nevhodného žertování. Postupně se emotivita oplošťuje až do stadia apatie, což není prognosticky dobrý signál. Nedostatek zábran, často v podobě suverenity, necitlivosti až vulgarity, bývá komplikací v sociální oblasti. Nemocní nemají tendenci na korektivní reakce okolí reagovat, někdy se ale naopak může chování projevovat až autisticky a od okolí se pak izolují (Vágnerová, 2008).

Hebefrenní schizofrenik svým chováním působit vrtkavě, manýrovaně, směrem k nějaké aktivitě se může chovat bezcílně a nepřiměřeně. Nevypočitatelné projevy mohou vést k fragmentaci chování. Může působit strojeně, nápadně se sklonem k filozofování, v každém případě většinou nepřiléhavě (Raboch, Zvolský, 2001).

### **Katatonní schizofrenie**

Specifikum je v nápadnosti v oblasti psychomoriky. Ta se může projevovat bezcílným neklidem, ale i nadměrnou vzrušivostí nebo dokonce chorobným nerovnoměrným útlumem

motoriky (Raboch, Zvolský, 2001). Smolík (2002) dodává, že rušivé psychomotorické příznaky, které se mohou střídavě měnit až do podoby extrémů (hyperkineze, stupor, negativismus, povelový automatismus). Mohou se udržovat strnulé postoje či nástavové pózování.

Obvykle se vyskytují dvě varianty – produktivní a stuporózní forma. Produktivní forma je charakteristická nadměrnou, nepřiměřenou pohybovou aktivitou, celková aktivita je někdy v podobě echolalie či echopraxie. Stuporózní forma je charakteristická zpomalením či útlumem motoriky a ztrátou vůle k činnostem. Pacient bývá nemluvný, často setrvává v nehybné poloze s odporem vůči snahám o aktivizaci. Přítomen je i příznak „loutkových pohybů“, tedy *flexibilitas cerea* (Vágnerová, 2008).

### **Simplexní schizofrenie**

Dle Smolíka (2002) dochází v rámci tohoto onemocnění k plíživému, postupujícímu rozvoji podivínského chování, celkovému poklesu výkonu a neschopnosti plnit požadavky příslušného společenství. Charakteristicky se vyvíjejí negativní rysy reziduální schizofrenie bez předcházení psychotických příznaků. Vágnerová (2008) hovoří o tom, že nemocní tráví často celé dny bez činnosti, bývají apatičtí až autističtí – izolují se od společnosti. Postupně upadají i bazální požadavky a sebezpečí, často se úroveň zhoršuje až do stadia demence. Pro časný a zejména pro plíživý vznik bývá často považován za poruchu osobnosti s obtížnou sociální přizpůsobivostí a nápadnou leností.

#### **2.1.6 Proces údravy**

Toto onemocnění je léčitelné, ačkoliv se mnohdy úplná údrava nepředpokládá. Léčba může trvat poměrně dlouho, leckdy s mnohými výkyvy akutních atak a fází remise, s čímž souvisí vznik postprocesuálních změn. Obvykle se jedná o kombinaci léčebných přístupů z oblastí psychofarmakologie, psychoterapie a socioterapie (Vágnerová, 2008).

Psychofarmakologická léčba slouží dle Vágnerové (2008) ke zklidnění a regulaci patologických psychických projevů, stejně tak ke zvýšení odolnosti jedince. Zmírnit by se vlivem zejména antipsychotik měly akutní a pozitivní příznaky onemocnění. V začátcích bývá užitečné přistoupit k hospitalizaci pro optimalizaci medikace, někdy se volí cesta depotních dávek těchto léků pro častou nespolečenskou spolupráci pacientů. Raboch a Zvolský (2001) dodávají, že s farmakologickou léčbou je třeba začít co nejdříve po správně vykonané diagnostice pro zlepšení prognózy onemocnění.

Jak již bylo řečeno, pro zmírnění výše zmíněných psychotických projevů se z oblasti farmakoterapie využívají léky ze skupiny antipsychotik. U většiny z nich se uplatňuje působení dopaminergní a antiserotoninové. Naopak blokování receptorů adrenergních, histaminových či muskarinových s sebou nese řadu nežádoucích účinků. Primární při antipsychotickém působení je útlum centrálního nervového systému, resp. jeho funkcí. Dále je cílem snížení afektivity a anxiety. Samotný antipsychotický efekt přichází až zpravidla po několika týdnech (Vágnerová, 2008).

Klinicky se antipsychotika dělí dle působení ale i dle nežádoucích účinků. Zástupci intenzivních typických antipsychotik (chlorpromazin, levopromazin, fluphenazin, haloperidol, melperon, fupenthixol, chlorprothixen) mohou mít četné nežádoucí účinky, zejména pak z oblasti motoriky (extrapyramidové příznaky) (Perlík, 2011).

Švestka (in Raboch, Zvolský 2001) tuto skupinu označuje za tzv. klasická antipsychotika, která velmi dobře účinkují na pozitivní psychotické symptomy (dezintegrace, myšlení, halucinace, bludy), nedostatečně ale působí na příznaky negativní (oploštělá afektivita, apatie, autismus). Dále klasická antipsychotika vyděluje na sedativní a incizivní. Sedativní antipsychotika se vyznačují nižší blokádou k dopaminovým a serotoninovým receptorům, silně ale inhibují receptory histaminové. Dávkují se maximálně ve stovkách miligramů. Naproti tomu incizivní antipsychotika mají veliký účinek na pozitivní psychotické projevy. Protože mají nízkou afinitu k serotoninovým receptorům, méně tedy upravují spánek či dysforii. Jsou vysoce účinné a dávkují se maximálně v desítkách miligramů.

Atypická antipsychotika (clozapin, risperidon, olanzapin, quetiapin, sertindol, sulpirid) se pak liší svým receptorovým profilem, působí nejen na pozitivní příznaky schizofrenie, ale i na ty negativní. Extrapyramidové příznaky se vyskytují ve snížené formě, kontraindikování jsou jen pacienti staršího věku s demencí kvůli riziku cerebrovaskulárních příhod (Perlík, 2011).

Psychoterapie bývá velmi důležitou součástí léčby. Nejen u schizofrenních pacientů je třeba přistupovat s respektem k úzkostem a obavám pacientů, stejně tak k možným pomalým adaptačním obtížím. Psychoterapie pak slouží jako podpůrný prostředek, porozumění sobě samému, získání náhledu na své onemocnění a konečně i k zlepšení sociálních dovedností (Vágnerová, 2008).

Skupinová terapie konkrétně u schizofrenních pacientů má více než osmdesátiletou tradici, nejprve v podobě dlouhodobých skupin na chronických odděleních psychiatrických nemocnic, v období éry psychofarmak a komunitní psychiatrie pak v podobě krátké skupinové psychoterapie (v nerezidenčních, např. stacionárních službách pak v dlouhodobější formě). Kanas ve svém přehledu více než čtyřiceti studií s kontrolními skupinami v 80. letech ukázal, že u skupin léčených skupinovou psychoterapií lze prokázat větší efektivnost stability základního onemocnění (Pěč, 2009).

Socioterapie, nebo také resocializace slouží k aktivizaci nemocných a k podpoře rozvoje v praktických činnostech (Vágnerová, 2008).

Kognitivní dysfunkce je jádrovým problémem schizofrenie. Ačkoliv stále není formálně používán jako diagnostické kritérium. Mnozí z autorů poukazují na neuroplasticitu mozku a na přínos rehabilitace, i kdyby měla být metodou více kompenzační než léčebnou. Perglová tvrdí, že kognitivní rehabilitace se stává součástí komplexní součásti hospitalizace. Některé programy vycházejí z předpokladu, že právě kognitivní deficit pacientům snižuje možnost profitovat z nácviku sociálních dovedností. Ukazuje se tedy jako efektivní nejprve zařadit jednoduché úlohy, kde se prodlužuje doba setrvání u úlohy s okamžitou zpětnou vazbou (Kučerová, Preiss, 2006)

V roce 2001 proběhla studie pod vedením autorů Medalia a Revheim, která srovnávala dva programy zaměřené na kognitivní rehabilitaci za použití asistované počítačové rehabilitace. První sledované skupina prošla tréninkem paměti, druhá skupina zase aktivitou zaměřenou na dedukci a plánování. Sledování z druhé skupiny se více zlepšili v kognitivních testech, zejména pak v řešení problémů. Ukazuje se tedy, že více účinné jsou programy založené na opakování vybraných úloh se systematickou cílenou zpětnou vazbou. V České republice jsou zkušenosti s rehabilitačním programem Student z roku 2003 občanského sdružení Baobab, které se zaměřuje zejména na rozvoj sociálních dovedností, podporu samostatného bydlení a vzdělávání. Kognitivní rehabilitace má také dlouhodobou tradici také v DPS Ondřejov, kde je tento typ péče trvalé zařazen do dlouhodobé práce se stacionárními klienty (tamtéž).

## **2.2 Návykové poruchy**

K návykovým poruchám je dle mého názoru důležité přistupovat, i je studovat, pohledem bio – psycho – sociálním – spirituálním.

Definice závislosti je mnoho, Například Mezinárodní klasifikace nemocí závislost definuje jako: „*Porucha způsobená užíváním návykových látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou, nebo nejsou předepsány lékařem.*“ (Smolík, s.114, 2002).

Mně osobně je blízké pojetí Kudrleho (in Kalina, 2003), které nahlíží na závislost jakožto progredující poruchu, jejíž vznik je podmíněn člověku přirozené touze po změně prožívání. Tato člověku přirozená touha pak může přerůst v nutkavost a podpořit tak rozvoj chorobných znaků. Je tedy spíše hovořeno o nutkavém stavu myslí jako o problému, vnější aspekt (alkohol, televize, práce, moc) je až druhořadý. Kritickým bodem je dle něj, „*když se změna prožívání stává iluzí a záměnou za změnu reality samotné*“.

Klasifikačně jsou jako psychoaktivní látky specifikovány alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain a jiná stimulantia (včetně kofeinu), halucinogeny, tabák a inhalační látky. Vyskytující se klinické vztahy u závislosti zahrnují akutní intoxikaci, nebezpečné užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, psychotickou poruchu s pozdním začátkem a amnestický syndrom (Smolík, 2002).

Vedle tzv. látkové závislosti, tedy závislosti na psychoaktivních látkách, se již od 80. let minulého století do povědomí dostal pojem behaviorální závislosti. V této souvislosti hovoříme o závislosti na hazardu, internetu, jídle nebo sexu (Vacek, Vondráčková, 2014).

Návykové látky jsou ohrožující zejména navozením stavů, které jsou razantní, velmi silné, intenzivní a hluboké. Právě intenzita účinku a její rychlost určují, dnes již málo užívané, rozdělení drog na tzv. tvrdé a měkké. Stejně tak určují její kapacitu vyvolávat syndrom odnětí po odeznění účinku akutní intoxikace. Dá se tedy shrnout, že závislostní potenciál mají zejména drogy se stimulačním či tlumivým účinkem. Kýžený efekt po užití drogy je pak kompenzační pro negativní prožitky v běžném životě (Kudrle in Kalina, 2003),

### **2.2.1 Výskyt a příčiny vzniku závislosti**

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018, nejčastější užívanou látkou bylo konopí. Čtvrtina až třetina osob jej alespoň vyzkoušela, v posledním roce to byla zhruba desetina dospělé populace. Vzhledem k celopopulačním studiím přibližně 30 – 40 % dotazovaných ve věku 15 – 64 let někdy zkusilo nelegální drogu. Nejčastěji se jednalo o již zmíněné konopí (26 – 38 %), extázi (5 – 6 %), halucinogenní houby (4 – 5 %), pervitin (2 %) a kokain (1 – 3 %). V rámci posledního sčítání adiktologických služeb využilo některou z nich až 88 000 klientů. V rámci rezidenčních služeb při psychiatrii bylo v roce 2018

hospitalizováno na detoxifikačních jednotkách 11 000 osob (z 59 % s alkoholem). Ve stejném roce bylo v psychiatrické lůžkové péči hospitalizováno 15 000 osob pro poruchy způsobené užíváním návykových látek (61 % z nich bylo kvůli alkoholu, zbytek nejčastěji kvůli polyvalentnímu užívání a užívání metamfetaminu) (Mravčík et al., 2019).

Šerý (in Zaostřeno na drogy, 2007) popsal faktory, které se na vzniku závislosti podílejí jsou z oblastí faktorů sociálních, biologických a psychologických. U geneticky predisponovaných osob mohou sociální faktory (rodina, přátelé, společenský statut i normy v křehkém období dospívání) k závislosti jistě přispět. Faktory psychické, specifické pro strukturu osobnosti jedince, mohou být také rizikovým předpokladem pro vznik závislosti. Konkrétně se tyto faktory mohou projevit sníženou frustrační tolerancí, vyžadováním větší míry péče, labilitou a nižší sebehodnotou. Na biologické faktory můžeme pohlížet jako na vnější a vnitřní. Vnějšími vlivy jsou myšleny prenatální, perinatální i postnatální faktory jakožto důležitá období pro vývoj mozku a formování osobnosti. Za rizikové faktory se považuje stres matky v těhotenství, stejně tak složení výživy v tomto období a samozřejmě užívání návykových látek. Neméně důležitým rizikovým faktorem je vliv rodiny v období dětství, či se tyto faktory prolínají s těmi sociálními. Vnitřní faktory zahrnují interakci velkého množství genů, konkrétně geny ovlivňující vývoj mozku, růst a odlišení neuronů a gliových buněk

Na vzniku závislosti se dle Vágnerové (2008) jistě podílí i složení psychoaktivní látky, její závislostní potenciál, a tím pádem i její působení na lidský organismus

### **2.2.2 Klinické projevy**

Kognitivní, behaviorální a fyziologické fenomény závislosti se po opakovaném užití návykové látky projevují dle MKN - 10 v podobě následujících projevů:

- Nutkavá potřeba užití návykové látky
- Ztráta volní kontroly při jejím užívání
- Pokračování v užívání návykové látky i přes vědomí tělesných i duševních komplikací
- Upřednostňování návykové látky, ve smyslu celkového životního stylu, opatřování si návykové látky i zotavování se z jejích účinků, před ostatními aktivitami i závazky
- Zvyšování, případně snižování tolerance
- Odvykací stav po vysazení či nedostatečném množství návykové látky (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019).

Dle Kudrleho (in Kalina, 2003) v centrálním nervovém systému dochází při rozvoji závislosti ke změnám na všech z úrovní, čímž se posilují tzv. adaptační změny. V rámci výzkumů byly prokázány genetické predispozice k různým typům závislosti. Hovoří se taktéž o dispozicích osobnostních, které souvisejí s narušeným vztahem k získávání libosti. Tito lidé jsou často zvědaví, přirozeně vyhledávající rizikové situace, k čemuž mohou alespoň zpočátku drogy pomoci kompenzačním způsobem.

### **2.2.3 Proces údravy**

Snaha závislost na psychoaktivních látkách léčit se objevuje již v 19. století. Léčba je to ve většinou dost dlouhá, obtížná a nutno říci, že ne vždycky uspokojuje. Komponenty léčby v tomto případě sestávají z léčby farmakologické, léčebného režimu s využitím psychoterapeutických metod na úrovni individuální, skupinové i se zapojením rodiny. Místo zde má jistě i využít svépomocných skupin a socioterapie (Vágnerová, 2008).

O tom v čem spočívá střednědobá léčba ústavní, kde byl centrován výzkum této práce je věnován následující odstavci.

#### **Střednědobá ústavní léčba závislosti**

Střednědobou léčbou závislosti se rozumí časové vymezení léčebného působení v délce 3 – 6 měsíců<sup>1</sup>. Zprostředkovávána je především psychiatrickými nemocnicemi, respektive jejich specializovanými odděleními.

Základní položky dle standardizačních standardů jsou především multidisciplinárnost týmu, zabezpečení provozu zařízení neomezeně co se času týče, řízení specialistou v oblasti návykových poruch (nejčastěji psychiatr), poskytnutí individualizovaného plánu léčby i navázání na následnou péči a hodnocení léčebné efektivity. V rámci odborné péče je konkrétně vymezeno komplexní a strukturovaná náplň terapeutického programu (minimálně 20 hodin strukturovaného terapeutického programu týdně, tedy minimálně do pěti dnů).

Program oddělení je často inspirován principy terapeutické komunity. Kratochvíl (in Kalina, 2008) terapeutickou komunitu charakterizuje jako specifickou formu skupinové

---

1 V léčbě závislosti na odd. duálních diagnóz při Psychiatrické nemocnici X (kde byl proveden výzkum této práce) je základní léčba koncipována na 8 týdnů s možností prodloužení na 12 týdnů. Přesto se zde, i přes vědomí dalších komponent splňující kritéria střednědobé léčby, přistupuje také jako k střednědobé léčbě ústavní. Obecně je ale dle Dvořáčka (in Kalina 2003) k léčbě kratší než tři měsíce přistupováno jako k léčbě krátkodobé nebo jako k prodloužené detoxifikaci.

psychoterapie. V rámci organizace psychiatrické nemocnice je zde podporována všestranná komunikace, na rozhodování jejího chodu se podílí nejen personál, ale i pacienti. Kromě toho se zde klade důraz na neformální a otevřenou atmosféru, sdílení ve společenství a neméně důležitou symboliku a rituály jež dávají procesu údravy sebezpřesahující smysl (Kalina, 2008).

Cíle střednědobé ústavní léčby u nás vychází z apolinářského modelu a směřují k abstinenci (myšleno jako ke komponentu směřujícímu k celkové údravě a k subjektivně vnímané lepší kvalitě života). Typickými zástupci těchto cílů jsou stabilizace obtíží vznikající sekundárně v rámci závislosti, budování náhledu na závislé chování a postupné řešení následků vyplývajících z tohoto chování. Dalšími, řekněme úkoly, jsou přebudovávání motivace (zejména pak její zvnitřnění), stejně tak zvnitřnění abstinčních norem a denní struktury. Zásadní práce je také naučit se identifikovat své spouštěče či vysoce rizikové situace pro efektivní prevenci relapsu. S identifikací spouštěčů jistě souvisí i získat schopnost nestavět se k libým či nelibým prožitkům nutkavým způsobem s čím souvisí i zlepšení v oblasti sebehodnocení a celkového prožívání (Dvořáček in Kalina et al., 2003).

### **Komplikace v střednědobé léčbě**

Příčiny, které mohou léčbu zkomplikovat, jsou velmi pestré. Mezi nejčtenější patří předčasný „drop out“, porušení tzv. kardinálních pravidel oddělení (verbální či fyzická agrese, navázání sexuálního vztahu apod.) nebo relaps v průběhu hospitalizace. Relabující pacienti (zejména na propustkách) jsou poměrně častou komplikací v léčbě. Zařízení ve většině případů k závislostní problematice přistupuje jako chronickému recidivujícímu onemocnění, a tak se leckdy ocitá na rozcestí rozhodnutí – na jedné straně akceptace relapsu, na straně druhé pak zachování bezpečného prostředí pro léčebné společenství. Předčasné ukončení léčby (tzv. „drop out“) je buď na straně pacienta zpravidla negativním reversem, nebo na straně zařízení z disciplinárních důvodů. Na střednědobou ústavní léčbu je dobré nahlížet jako na prostředí, kde se nastartuje změna pro dlouhodobou terapeutickou práci. Zásadním bodem je tedy naplánování následné péče s pacientem ještě před návratem do původního prostředí, již během léčby (Dvořáček in Kalina, 2003).

Některé studie se zabývají rozdílností mužů a žen v rámci typu potenciální závislosti a případného relapsu. Ženy ovlivňuje v tomto ohledu menstruační cyklus, závislost se většinou vyvíjí rychleji a má více toxický efekt. Ženy nejčastěji relabují na základě negativních emocionálních zkušeností, může spíše po zkušenostech pozitivních. Prokazuje se, že zvýšeně aktivní a citliví k rozvoji závislosti jsou nezralí jedinci. Průběh onemocnění je tak dramatičtější, stejně jako fyzické i psychické důsledky. Jak již bylo zmíněno, závislost má charakter obsedantně kompulzivního chování, přičemž nutkavost nemusí být vždy spojena s

pocity libosti. U této nutkavé aktivity hraje velkou roli serotonin, v mechanismech odměny zase dopamin (Kudrle in Kalina, 2003).

## **2.3 Duální diagnóza**

Dle WHO (2010) je duální diagnóza definovaná jako souběžný výskyt poruchy vyplývající z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy.

V adiktologii i psychiatrii je pojem duální diagnóza používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a další psychiatrické poruchy. U adiktivně disponovaných osobností předpokládáme společný faktor k náchylnosti k užívání návykových látek, který se pak etiologicky podílí i na všech dalších následcích spojených s užíváním návykových látek (Kalina, Minařík, 2015).

### **2.3.1 Etiologie**

U duálních diagnóz je dle Kaliny (et al., 2015) možno v rámci etiologie poukázat na tři skupiny. Nelze s jistotou tvrdit, která z dále zmíněných skupin bude nejfrekventovanější, často se přirozeně překrývají či spolu interagují.

Zprvé je to model samoléčení, tedy používání návykových látek za účelem úlevy u preexistující psychické poruchy. Postupně dochází pochopitelně díky tomuto vzorci chování k rozvoji syndromu závislosti. Maršálek (2008) uvádí, že to mohou být obtíže plynoucí z negativních příznaků onemocnění nebo nežádoucí účinky psychofarmakoterapie.

Druhou skupinou je Kaliny (et al., 2015) rozvinutí psychické poruchy na základě intenzivního a dlouhodobého užívání návykových látek. Faktory bývají neurobiologické (neuroadaptace na návykovou látku, stejně tak její neurotoxicita). Dalšími, neméně důležitými faktory, jsou pak genetická predispozice či faktory psychologické a sociální. Maršálek (2008) doplňuje o fakt, že prostřednictvím zneužívání se pak chronicky aktivují mezolimbické dopaminergní dráhy čímž se u zvláště citlivých jedinců může rozvinout schizofrenní onemocnění. K tomuto názoru ze najít podporu epidemiologických studií z Švédska, Holandska, Nového Zélandu či Izraele.

Třetí skupina možné etiologie je charakterizovaná tak, že duševní onemocnění či závislost jsou zapříčiněni nějakou základní psychopatologií (raná traumatizace, stres, porucha osobnosti a další potenciální rizikové faktory) (Kalina et al., 2015). Maršálek (2008) a Volkow (2010) třetí mechanismus charakterizují ve smyslu, že schizofrenie jakožto primární příznak svým působením snižuje funkci zejména prefrontální oblasti, temporální kůry, hipokampu a ncl. accumbens. Naruší-li se tento okruh, může dojít ke zvýšené potřebě užít návykovou látku.

### **2.3.2 Diagnostika duální diagnózy**

Zneužívání návykových látek v kombinaci s psychiatrickou komorbiditou rozhodně nejsou zanedbatelným a okrajovým tématem.

Jistě nelze k souvislostem návykového chování a duševnímu onemocnění přistupovat takto zjednodušeně a schematicky, je zde ale samozřejmě určitá interakce a vzájemné ovlivňování se (Nešpor in Kalina et al., 2003).

Diagnostika s sebou nese mnoho komplikací, kupříkladu závislost na návykových látkách (akutní intoxikace, odvykací stav, případně toxická psychóza) mohou nabývat klinického obrazu praktické jakékoliv duševní nemoci. K správnému načasování k diagnostice se tedy doporučuje alespoň měsíc abstinence k vyloučení kupříkladu toxické psychózy nebo deprese vyvolané zejména odvykacím stavem. (Nešpor, tamtéž).

### **2.3.3 Schizofrenní onemocnění a závislost na návykových látkách**

Výskyt návykového chování je dle Nešpora (in Kalina et al., 2003) u řady psychiatrických diagnóz vyšší než v běžné populaci. Obecně se dá hovořit o tom, že většina duševních obtíží zvyšují riziko návykového chování, případně znesnadnění prevence i léčby. Torrens (et al., 2017) zmiňuje zvýšené riziko relapsu, hospitalizace i úmrtnosti. Foitová (2001) zmiňuje, že s přítomností komorbidity vzrůstá riziko návykového chování, dle ní dokonce až 50 % osob s diagnózou schizofrenie vykazuje známky závislosti. S tímto samozřejmě souvisí i psychosociální obtíže např. bezdomovectví, relaps jednoho či druhého onemocnění či somatické komplikace plynoucí zejména z užívání návykových látek. Maršálek (2008) tvrdí, že zneužívání návykových látek u těchto pacientů kolísá mezi 40 – 70 % (u nikotinu 58 – 90 %). Při hodnocení prvních epizod schizofrenie se dvakrát více objevovalo zneužívání návykových látek (23 % nealkoholové drogy, 12 % alkohol) ve skupině osob s psychózou než ve zdravé kontrolní skupině (12 % nealkoholové drogy, 7 % alkohol). Z 88 % v oblasti

nealkoholových drog tvořil kanabis. V retrospektivních studiích bylo zjištěno, že zneužívání návykových látek podstatně urychluje nástup schizofrenního onemocnění, tím tedy i k častějším hospitalizacím a následným relapsům.

Návykové chování se může objevit až po propuknutí duševního onemocnění. Hovoříme tedy zejména o depresivní poruše, posttraumatické stresové poruše, poruch osobnosti nebo poruch příjmu potravy. Duševní nemoc se ale může manifestovat i naopak u osob už návykové látky zneužívající. I sem se dá jistě zařadit právě posttraumatická stresová porucha, postkontuzní syndromy (často v intoxikaci) nebo propuknutí schizofrenního onemocnění u osoby dlouhodobě zneužívající konopí (Nešpor in Kalina et al., 2003). Komorbidita mezi schizofrenií a poruchami užívání návykových látek je běžná, s mírou mezi 30 % a 66 %. Zneužívané látky, které se běžně vyskytují u psychotických pacientů, jsou kromě tabáku také alkohol a konopí a v poslední době kokain. Vztah mezi schizofrenií a užíváním konopí mezi mladými lidmi byl oblastí zvláštního zájmu, vzhledem k vysoké prevalenci konzumace konopí mezi mladými lidmi v EU (Torrens et al., 2017).

V roce 2002 také vznikla první diagnostická studie o četnosti duálních diagnóz, kde byla zjištěna druhá diagnóza z okruhu psychických poruch u 226 pacientů, tj. u 7,1 % z celkového počtu 3 164 osob hospitalizovaných na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách s problematikou zneužívání nelegálních návykových látek v roce 2001. 10,9 % osob naplňovalo kritérium schizofrenního onemocnění (Mravčík et al., 2003).

V roce 2006 byla provedena sekundární analýza údajů ÚZIS, kde bylo zjištěno, že pouze u 6,1 % z celkového počtu hospitalizovaných (15 118) byla zjištěna psychiatrická komorbidita. Tento podíl je ve srovnání s ostatními zeměmi velmi malý, což je pravděpodobně následkem malé pozornosti vůči této problematice u nás (Kalina, 2008).

Dle amerického národního průzkumu komorbidity (NCS), přibližně polovina (51,4 %) respondentů s celoživotní poruchou užívání alkoholu nebo drog také splňovala kritéria pro alespoň jednu celoživotní duševní poruchu, zatímco 50,9 % respondentů s celoživotní duševní poruchou mělo v anamnéze abúzus alkoholu nebo drog (Kessler, 2004).

V roce 2007 byly zveřejněny výsledky desetileté prospektivní studie, která zkoumala suicidalitu u schizofrenních pacientů (n = 3470). Byly zjištěny čtyři hlavní prediktory sebevraždy, tedy mužské pohlaví, anamnestické zjištění suicidálního pokusu, kratší trvání nemoci a konečně abúzus drog (Maršálek, tamtéž).

Léčba této kombinace poruch je často spojena s vysokou nonadherencí, přidruženou somatickou komorbiditou i možnou rizikovou farmakodynamickou a farmakokinetickou interakcí. Udává se, že nonadherence je až osmkrát vyšší než u pacientů bez závislosti. Je to dáno častým, zejména v akutní fázi, vysazováním medikace. Somatické komplikace jsou pak patrné u více než 30% pacientů. Příkladem možno uvést obtíže kardiovaskulární, zažívacího traktu či centrálního i periferního nervstva (Češková et al., 2017).

Dle Maršálka (2008) mohou negativní příznaky schizofrenie může alkohol přechodně zmírňovat což je zase naopak nebezpečné k vzniku závislosti. Stimulancia a kanabis zhoršují průběh psychózy, přechodně mohou vyvolat pozitivní příznaky i bez akutní psychózy. Co se týče spolupráce v léčbě schizofrenních pacientů, zneužívání drog jí značně zhoršuje. Uvádí se až osmkrát nižší míra spolupráce při farmakoterapii a zneužívání alkoholu, při studiích první epizody, zhoršovala odpověď po použití antipsychotik. V rámci potenciálních obtíží z oblasti farmakoterapie, dle předběžných výsledků antipsychotika 1. generace abúzus spíše posilují a rozhodně nezlepšují. Antipsychotika 2. generace zřejmě snižují craving a redukuje užívání návykových látek (čímž nelze potvrdit, že by nasazení těchto antipsychotik mělo být součástí v léčbě tzv. čistých závislostí).

## **2.4 Léčba duálních poruch**

Klienti s duální diagnózou mají těžší průběh nemoci v oblasti zdravotní i sociální, z čehož vyplývá více komplikací v léčbě a tím pádem horší léčebné výsledky než u klientů pouze s jednou poruchou. Pro tyto klienty je těžší se do léčby zapojit, setrvat v ní a profitovat z ní. Samozřejmě tím zvyšují i větší nároky a zátěž na personál, který musí být chopen pracovat se závislostní i psychiatrickou poruchou.

Léčba duálních diagnóz nejčastěji odpovídá pojetí léčby s dvojitým ohniskem, tedy jedno ohnisko je v oblasti závislostních poruch, druhé v dalších diagnostických okruzích. Jako nevyhovující se jeví sukcesivní model léčby, kdy se nejprve léčí „naléhavější“ závislostní problém, aby byl klient schopen adekvátně navázat na psychoterapii a farmakologii. Jako problematický se ukazuje fakt, že klient není právě pro obtíže plynoucí z psychiatrické diagnózy často schopen z čistě adiktologické léčby profitovat, zapojit se do léčebného programu a zvyšuje se tím riziko předčasného odchodu (Kalina, Minařík, 2015).

Dalším kamenem úrazu dle Nešpora (in Kalina et al., 2003) je pak často nedostatečná komunikace mezi zařízeními, a to zejména v oblasti farmakoterapie a psychoterapeutické práce.

V rámci paralelního modelu léčby se sice obě ohniska problémů léčí současně, každá ale v jiném specializovaném zařízení. Často tedy není přítomen společný koncepční rámec a břemeno pak dopadá na samotného klienta. Východiskem z problému se ukazuje, že je vytvoření dobré sítě klíčových pracovníků, ve smyslu case managementu (Kalina, Minařík, 2015).

Za nejvíce efektivní se pokládá model léčby integrovaný, kdy se léčí oba problémy na jednom místě s jedním terapeutickým týmem. Tento typ zvyšuje udržení klienta v léčbě, je ekonomičtější a klient zde může navázat jednoznačnější vztahy. Jako optimální prostředí pro léčbu těchto komplikovaných poruch se jeví model terapeutické komunity. Struktura, řád a skupinové procesy mají veliký potenciál pro úzdravu a ukazuje se, že není ani nezbytné pro tuto klientelu změkčovat pravidla a aplikovat výrazně specifické přístupy (Kalina, Minařík, 2015).

#### **2.4.1 Integrovaná léčba duálních poruch zaměřená na zotavení**

Ve vyspělých zemích je koncept úzdravy nejvíce užívaný v terapeutické práci s duševně nemocnými.

Nejprve je nutné si vymezit termín zotavení, tak jak mu rozumíme v léčbě duálních diagnóz. Tento pojem se vyvíjel mnoho let, v oblasti léčby duševního onemocnění panovala spíše skepse stran úplného zotavení, dnes se zotavení považuje za možné. Úzdrava vychází z anglického „recovery“, někdy se lze také setkat s překladem „zotavení“.

V případě duševního zdraví není zotavení chápáno jako vyléčení (stejně jako u primární péče) nebo jako nepřítomnost symptomů (jako u závislosti) (Fox, 2011).

Lidem s duševním onemocněním často nestačí dobře indikovaná farmakologická a psychoterapeutická intervence k tomu, aby mohli žít spokojený život bez projevů duševního onemocnění. Tyto projevy mohou být v prostředí psychiatrické nemocnice dobře kompenzovány, v přirozeném prostředí mohou pacienti začít selhávat. Je tedy v rámci tohoto působení pomáhat poskytovat podmínky pro stabilní život (Šupa in Vybíral, Roubal, 2010).

U léčby závislosti se často za zotavení považuje abstinence, což samozřejmě ale neznamená vyléčení. V tomto smyslu se závislý člověk nikdy nezotaví, rozumějme tím ale cestu, tedy každodenní cestu vyhýbání se recidivě. I v oblasti duševních onemocnění může člověk dál žít život plný snů, činností, s kvalitními vztahy i ambiciózními cíli (Fox, 2011).

Mezi procesem zotavení u duševního onemocnění a závislosti jsou podobnosti. Závislý člověk je zodpovědný za zneužívání návykových látek, duševně nemocný člověk pak za své symptomy. Koncept potenciálu pro úzdravu byl patrný již na poli německé existenciální a antropologické medicíny v minulém století. Zřetel byl brán na potenciál člověka, který ne-může realizovat svůj lidský potenciál právě kvůli nemoci. V psychoterapeutické literatuře se ve 20. letech objevují zmínky přístupu ke člověku jako k „bytosti na cestě“. Po celoživotním směřování k cíli cesty pak stojí člověk, který co nejlépe uskutečnil svůj potenciál být sám sebou, stejně tak ve společenství s druhými. Tím je mířeno k jisté životní zralosti, kterou Freud vydělil do několika oblastí. Jedná se o zralé a nezávislé vztahy, výkonnost bez potřeby nutkavého chování, spokojenost se sebou, socializace a altruismus (Kalina in Maxová (ed.), 2015).

V léčbě duševního zdraví vnímám jako užitečné zmínit terapeutický přístup Khantziana (in Kalina, 2015), který se se svými spolupracovníky zaměřoval na posílení Já kompetencí. Poukazuje na obdobné rysy závislých osob v oblasti osobnostních rysů, mezilidských vztahů a spouštěčů. Kompetence Já je dle něj důležité zvýšit v pojetí sebe sama, tedy nalézt lepší sebeporozumění, sebepřijetí a sebezvládnutí. Posílit je dále třeba zdravé vztahy a nalézt vhodné strategie k eliminaci rizikových spouštěčů podporující závislý způsob života.

Kalina (2015) dále popisuje komponenty úzdravy a podporu vlastního potenciálu následovně. Za prospěšné na cestě k úzdruvě je pěstování zdravých vztahů, které již nejsou na podkladě nedůvěry či traumatizace nezralé nebo funkcionální. S tím samozřejmě souvisí vlastní sebepojetí, které je pak východiskem k jednání s druhými. Žádoucí je také změna scénáře na zabývání se sám sebou, zvýšení kapacity pro zodpovědnost a tedy snížení obranných mechanismů proti bolesti. Zde je tedy v terapii úzdravy kladen důraz na porozumění sobě, prevenci selhávání díky zlepšení vlastního řízení v náročných životních situacích. Dalším komponentem úzdravy je porozumění jazyku a řádu společenství, ve kterém se člověk nachází bez nutného vnímání se jako vyloučeného. V terapii je k této změně pak otevřen prostor ve skupinové terapii a v sounáležitosti komunity. U osob s duševním onemocněním je někdy možno setkat s diskontinuitou vlastního příběhu, útržkovitým prožíváním. V terapii může dojít k narativní proměně, tedy rekonstrukci

vlastního životního příběhu. Vyústěním úzdravy by měla být také rozhodně zvýšená odolnost vůči stresu a frustraci.

Základním smyslem integrované léčby duálních poruch je dle příručky Psychiatrického výzkumného centra v Dartmouthu dosáhnout následujících cílů úzdravy:

- klient by měl žít nezávisle v místě, které lze nazvat domovem;
- získat vzdělání pro osobní rozvoj nebo pro postup v zaměstnání;
- mít práci, tedy příjem, který klientovi přináší pocit užitečnosti a uznání,
- měl by mít smysluplné vztahy;
- vyhýbat se zkušenostem ničící ducha, tedy hospitalizaci, uvěznění, bezdomovectví či užívání návykových látek (Fox, 2011).

Ve spojených státech je každoročně záznam o 5,6 milionu dospělých, u nichž se vyskytuje duševní onemocnění i závislost. Dále se ví, že až 50% těch, kteří navštíví nějaké zařízení zabývající se léčbou duševního onemocnění nebo závislosti touto diagnózou trpí. Z jejich Národní statistiky lze usoudit, že polovině se nedostává žádné péče. Zhruba třetina projde buď léčbou závislosti nebo duševní nemoci, pouze asi u 10% dojde k léčbě integrované.

Je přitom prokázáno, že integrovaná léčba zlepšuje výsledky léčby závislosti, v oblasti nezávislého bydlení, interpersonálních vztahů, zaměstnání a celkové míry životní spokojenosti.

První nespornou výhodou integrované léčby je její efektivita. Pro klienta či pacienta je jistě efektivnější vytvoří-li si vztah s jedním pracovníkem nebo terapeutickým týmem, existuje pak větší pravděpodobnost, že se mu dostane péče v oblasti obou poruch. Druhou výhodou je zodpovědnost. Nese-li jí jeden pracovník či tým, tíha povinnosti navrhnout ideální postup, tak aby jednotně a uceleně řešil duální problematiku, padá právě na ně. Za třetí výhodu se považuje zvyšování vstřícnosti. Holistickým přístupem, čili nahlížením na fakt, že závislost i duševní problematika jsou vzájemně se ovlivňující se fenomény, se zvyšuje pravděpodobnost, že klient najde v léčbě větší porozumění (Fox, 2011).

Psychosociální (nebo také psychiatrická) rehabilitace je přístupem, který stojí na určitých filozofických základech, hodnotách a metodách. Většinou kromě farmakoterapie a psychoterapie k pomoci lidí s duševním onemocněním, využívá intervencí směřujících k jejich

podpoře ve spokojenosti a úspěšnosti v prostředí, které si vybrali k životu. Základními intervencemi jsou tedy rozvoj dovedností klienta a rozvíjení jeho zdrojů podpory z blízkého okolí (Šupa in Vybíral, 2010).

### **2.4.2 Psychodynamická psychoterapie**

Tento psychoterapeutický přístup je spíše zastřešujícím pojmem, pod kterým lze nacházet terapie s různou délkou trvání, a které pacientovi mohou nabídnout podporu a prostor hovořit o všem o čem potřebuje, a které zároveň mohou nabídnout následnou interpretaci.

Teoretický základ je možno spatřit v teorii psychoanalýzy, konkrétně v jejím pojetí mysli a osobnosti, duševního vývoje i pojetím terapeutického vztahu. Již za života Freuda se vedly diskuse o možnostech kratších analýz. Důvodem bylo jistě úmorné čekání na dlouholetou psychoanalýzu, i zdravotní pojišťovny na jejich zkracování začaly vyvíjet tlak. Inspirace vzešla od Donalda Winnicota, který zaváděl ve své praxi pediatra terapeutické konzultace (leckdy se jednalo o jednorázové sezení). Roubal a Holub (in Vybíral, Roubal, 2010) zmiňují Kossovou charakteristiku krátké psychodynamické psychoterapie, jako omezenou co se délky trvání týče, s méně stanovenými cíli, s fokusem na určitou obtíž a s kladením důrazu na aktivitu terapeuta a rychlou intervenci. V dynamické psychoterapii se předpokládá, že pacientův symptom má svůj vědomý i nevědomý význam s kořeny v dětské zkušenosti s ranými vztahy s pečujícími osobami. Pacient se pak společně s terapeutem snaží o nalezení porozumění příčině svého nevědomého prožívání.

K hlavním technikám psychodynamické psychoterapie patří dle Ablona a Jonese (in Vybíral, Roubal, 2010) důraz na pacientovy strategie sebeochrany, interpretování jeho (často úzkostlivě střežených) nevědomých přání, prožitků či myšlenek. Dále je žádoucí k těmto prožitkům obracet pozornost, a to i k těm, které sám pacient považuje za nepříjemné.

Terapeut by měl propojovat prožívání a vnímání pacienta s totožnými prožitky z minulosti. V průběhu sezení by měl terapeut dále reformulovat chování pacienta a pomoci identifikovat opakující se témata právě v jeho chování a zkušenostech.

### **Psychodynamická psychoterapie a schizofrenie**

Ohledně aplikace psychodynamické psychoterapie a schizofrenie i jiných psychotických poruch povětšinou panovala skepse. Navzdory tomu, o jejich přednostech

publikovali u nás např. Pěč s Probstovou (in Vybíral, Roubal, 2010). Praško, Horáček, Škrdlantová (tamtéž) podotýkají, že je třeba při její indikaci s těmito pacienty klást důraz na jistou míru opatrnosti. Při akutním psychotickém stavu doporučují spíše psychoterapii podpůrného zaměření, psychosociální pomoc a rehabilitaci. Roth a Fonagy (tamtéž), na základě metaanalýzy z let 2001 a 2002, interpretují výsledky u desítek pacientů, u kterých většinou psychodynamická psychoterapie nezaznamenala po optimalizování medikace další přínos. Gottdiener (tamtéž) zastává názor, že psychodynamický přístup v psychoterapii přeci jen přináší lepší výsledky než pouze nastavení medikace a standardní péče bez využití psychoterapie.

### **Krátká psychodynamická psychoterapie**

Vzhledem k omezené délce terapeutického působení na pacienta v osmitýdenní režimové adiktologicky orientované léčbě je jistě zapotřebí zřeknout se ambicí dlouhodobého zapojení do jeho života.

Dle Kaliny (2013) je užitečné vnímat v tomto ohledu potenciál nastartování změny v krátkém časovém úseku, který, v případě tohoto výzkumu, střednědobá ústavní léčba závislosti je.

Kalina (tamtéž) dále uvádí, že 90% pacientů, kteří mají kontraktovanou dlouhodobou léčbu nebo jí nemají časově ohraničenou, do desátého sezení léčbu opouštějí. 50 % ale již po osmém sezení udává zlepšení. Nakonec pacient, který absolvuje krátkodobou psychoterapii si počíná lépe než 80 % neléčených kontrolních subjektů. Krátká psychodynamická psychoterapie je dnes chápána jako efektivní modifikace psychoanalytické nebo psychodynamické psychoterapie. Tento způsob k přístupu k pacientovi si klade několik cílů, je ale pochopitelné, že ne vždy na celý jejich výčet pacient dosáhne.

### **Cíle krátkodobé psychodynamické psychoterapie**

- redukce úzkosti a napětí
- snížení či vymizení příznaků
- vhléd do vnitřních obtíží a vyvolávajících situací
- pochopení pro lepší řešení a snaha o ně
- zvýšení frustrační tolerance
- lepší zvládání těžkostí, které přináší vnější svět
- určitá změna v nazírání na život

- schopnost sebezpozorování
- určitá míra vnitřní jistoty, která dovoluje terapii ukončit (Kalina, 2013).

## **Charakteristika**

Zásadním bodem z hlediska charakteristiky tohoto přístupu je, jak sám název napovídá, její krátkodobost. Jedná se nejčastěji o dvacet až třicet sezení. Ohniskem, rychle odhadnutým, by měly být hlavní pacientovy obtíže, ze strany terapeuta je třeba být v tomto aktivní a mít ohraničené zaměření a z toho vyplývající cíle. Terapeutický kontrakt, spíše pracovního rázu, by měl cíle i ohnisko pravidelně reflektovat, s čímž souvisí i přiměřené reflektování blížícího se konce spolupráce. Je dobré v indikovaném případě terapii psychoterapii propojit i s farmakoterapií pro snížení neadekvátní úzkosti či napětí bránící profitování z terapie. Nakonec je třeba zmínit, že sám psychoterapeut by měl být optimistický ve smyslu, měl by věřit, že krátká dynamická psychoterapie funguje (Levenson, 2016).

## **Účinnost**

Dle metaanalytické studie Andersona a Lamberta z roku 1995 (in Levenson, 2016) je patrné, že krátká psychodynamická psychoterapie má srovnatelné výsledky s ostatními typy psychoterapeutických, případně ještě farmakologických vlivů. Toto psychoterapeutické působení pak při randomizovaném zkoumání dlouhodobé a krátkodobé účinnosti léčby vykazovalo, že skupina s léčbou krátkodobou si udržela pozitivní změny i po sledování po třech letech. V další studii Piper a kol. (in Levenson, 2016) provedli analýzu nákladů a výnosů a dospěli k závěru, že krátká dynamická psychoterapie je samozřejmě méně nákladná finančně, i co se týče času a úsilí věnovanému pacientovi.

## **Komplexní léčba na oddělení X**

Oddělení X při Psychiatrické nemocnici Y je pro pacienty se závislostí na návykových látkách, alkoholu nebo gamblingu, kteří zároveň trpí ještě další psychiatrickou poruchou (onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární porucha, poruchy osobnosti atd.). Jedná se o oddělení režimové, koedukované s kapacitou 30 lůžek. Základní délka léčby je zde koncipována na 8 týdnů, při objektivních důvodech (nestabilní psychický stav, čekání na navazující překlady do jiné rezidenční služby), s možností prodloužení.

Léčba je rozdělena do dvou fází. První fáze trvá 14 dní, cílem je základní stabilizace, optimalizace medikace a celková adaptace na novém oddělení. Úkolem pro pacienta v této fázi je plnit základní požadavky režimového oddělení ve smyslu aplikované behaviorální terapie, tedy bodovacího systému. Jedná se o modifikaci původního Skálova bodovacího systému, který na rozdíl od klasické token ekonomy obsahuje nejen odměny, ale i tresty. Pacienti si hlídají, aby za bodovací týden nezískali tři tzv. trestné čárky, které znamenají sestup do nižší fáze (v případě první fáze prodloužení o další týden). Vzhledem k vědomí neefektivnosti léčby založené pouze na sankcích je zde pro pacienta tvůrčí prostor si čárku umazat nějakou kompenzací pro celou komunitu. Pro snadnější adaptaci je pacient brzy po přijetí seznámen se svým terapeutickým garantem, který vše potřebné vysvětlí a při ruce je mu také jeho tzv. patron (pacient druhé fáze), který by mu měl být také průvodcem v začátcích. Dalším úkolem pro první fázi je sepsání stěžejního elaborátu, tedy životopisu.

Vrcholnou částí je na konci dvoutýdenního období projít přestupovým rituálem do druhé fáze. Pacient před komunitou a terapeutickým týmem shrne první fázi, posílí plány do fáze druhé a na konci si vylosuje jednu otázku z léčebného řádu (např.: V jaký čas se podávají ranní léky) a jednu adiktologickou (např.: Co je to krizový plán a jak by mohl v mém případě vypadat). Komunita s terapeutickým týmem pak hlasují o jeho „přípravenosti“ na postup do další fáze léčby. Vstupem do druhé fáze pacienti získávají větší svobodu ve smyslu rozvolnění režimu (mohou na rozdíl od první fáze po programu sami na propustku a získávají také mobilní telefon nejen na omezenou dobu). Následuje zapečetění rituálu u komunitního stromu (společné dílo pacientů v rohu komunitní místnosti). Nováčky v komunitě ke stromu doprovodí jejich patron a společně pak připevní pacientovu vizitku se jménem do kmene stromu. Postoupivší do druhé fáze pak svou vizitku přemísťují výše, tedy do koruny komunitního stromu.

Praxe ukázala, že někdy je pro komfort pacienta, obzvláště v počátcích léčby, kdy je z nejrůznějších důvodů pro pacienta vzhledem k psychickému stavu nemožné plnit požadavky režimu (a zároveň je pravděpodobné, že po stabilizaci by mohli z léčby dále profitovat), dobré vyčlenit tzv. nultou fázi. V této fázi není pacient sankciován, tým je v tomto ohledu benevolentnější. Pacient v této fázi nemá nárok na propustky mimo areál nemocnice, absolvuje jen program v budově oddělení (z těch povinných to pak pro něj bývá pouze jeden místo obvyklých dvou denně).

Každý pacient má nárok mít kromě skupinových terapeutických programů i každý den sezení s terapeutem, adiktologem či psychiatrem. Skupinová psychoterapie je pak stěžejním bodem terapeutického programu na oddělení. Skupiny jsou zjevně tematicky diferencované,

není ale problém, aby na každou z nich pacient přinesl cokoli co zrovna potřebuje. Rozdílnost skupin spočívá leckdy i v jejím vedení a ve výběru pacientů. Tzv. „Alko“ a „Toxo“ skupiny vede většinou adiktolog, „skupiny pro pacienty se zkušeností s úzkostí/depresí“ nebo „skupiny pro pacienty se zkušeností s psychózou“ vede většinou psychiatr nebo klinický psycholog. Tzv. „garantské skupiny“ nebo taky „modrá a zelená skupina<sup>2</sup>“ jsou pod vedením kohokoliv (samozřejmě psychoterapeuticky vzdělaným). Klinický psycholog ještě vede skupinovou hypnoterapii (zde je kontraindikován pacient s floridní psychotickou symptomatikou) a cvičení čchi kung. Střídají se také tzv. „gender skupiny“ nebo také „ženská a mužská skupina“, vždy vedena terapeutem příslušného pohlaví. Kromě zmíněných povinných programů si pak pacienti vždy na ranní komunitě volí některý z volnočasových programů, příkladem centrální dílny (papírenská, šperkařská, sklářská atp.), zahradnictví, farma, nordic walking či posilovna.

Terapeutický tým na oddělení je multidisciplinární a je tvořen kromě sester dvěma psychiatry, psychologem, dvěma adiktology a dvěma psychoterapeuty z čehož jeden je exuser.

### 2.1.1 Stigmatizace a destigmatizace

Ačkoliv se duševní onemocnění dostávají do popředí veřejného zájmu, stále jsou lidé trpící touto diagnózou na okraji společnosti. Je celkem pochopitelně vnímán rozdíl mezi tímto onemocněním proti klasickým onemocněním somatického typu. Média často ukazují prstem na osoby s duševním onemocněním jakožto viníky kriminálních deliktů bez jakékoliv souvislosti (Koubová, 2015).

Stigmatem již staří Řekové označovali určité tělesné znaky, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného. Tyto znaky se postiženému stigmatem obvykle vpalovaly či vyřezávaly. Z tohoto raného přístupu i z těch dnešních, snad méně drastických, lze stigma chápat jako nějaký rys člověka, který je okolím vnímán jako nežádoucí. Toto frustrující odmítání společností může mít samozřejmě fatální důsledky. Značkováním (cejchováním) rozumějme proces stigmatizace. Gofmann (2003) stigma vydělil na tělesné, charakterní vady (kam spadají právě i duševní poruchy) a kmenová stigmata.

Komplexní model stigmatizace obsahující čtyři komponenty předložil Thornicroft (in Ocisková, Praško, 2015). Patří sem tedy značkování (labelling) – počáteční znaky odlišnosti, stereotypie – přidává se odlišné chování, separace – rozdělení na „my“ a „oni“, ztráta pozice a diskriminace – zneuctění a nakonec i odmítnutí stigmatizované osoby.

---

<sup>2</sup> Komunita třiceti pacientů je rozdělena na dvě půlky spíše z důvodů praktických. Poloviny si rozdělují dvě sloužící lékařky na oddělení, pro přehlednost a aby se každému dostalo patřičné péče. Je ale zajímavé, že přesto členové modré či zelené barvy s rdě označují patřičnou barvou a leckdy mezi sebou i soutěží.

Hovoříme-li o zdroji stigmatu z pozice stigmatizovaného, jedná se nejčastěji skutečně o nemoc/odlišnost. Ta se samozřejmě musí navenek nějak projevat, tedy často vzhledem nebo projevem myšlenek, tedy chováním a náhledem na svět stigmatizovaného. Pohybujeme-li se na poli psychiatrie, své nezastupitelné místo zde mají také psychofarmaka, jejichž akutní účinek samozřejmě jedince odlišuje takzvaně od normy (Mudrová, 2008).

Dle Ociskové a Praška (2015) je stigmatizace velmi důležitý faktor v posuzování kvality života jedince. Je to myšleno tak, že pokud se jedinec obává stigmatu kupříkladu z hospitalizace v psychiatrické nemocnici, diagnostika a léčba se odsouvá, což logicky může průběh onemocnění prohloubit. Stigmatizace osob s duševní poruchou je přiřizována stereotypy a předsudky vycházejících z médií a podpořena neznalostí společnosti. Tyto osoby jsou vykreslovány jako nebezpeční a morálně slabí. Goffmanovo pojetí stigmatizovaného, jako „méně než člověka“, se velmi hodilo k ideologickým účelům.

Kromě společenské izolace přináší stigma duševní nemoci mnohé další dopady. Kupříkladu v rámci dopadu na individuální úrovni se odhaduje, že zhruba 27% Evropanů v průběhu roku prodělá duševní onemocnění. Jako dopad sociální se uvádí celková obrovská zátěž pro veškeré spektrum systému a bohužel i zmíněná stigmatizace, diskriminace a nedodržování lidských práv. Nepřehlédnutelné jsou i dopady ekonomické. Náklady na péči o duševně nemocné vychází zhruba na 3–4% HDP (Zelená kniha, Komise evropských společenství, 2005) a také je to samozřejmě velmi častý důvod odchodu do invalidního důchodu. Evidentní je i fakt, že pokud se zvýší kvalita o duševně nemocné, sníží se doba hospitalizace, což je výhodné nejen ekonomicky ale i destigmatizačně (Šupa, 2006).

Dalším důsledkem stigmatizace duševně nemocných je nízká zaměstnanost těchto osob. Kromě systému důchodového zabezpečení je na vině i stigmatizace ze strany potenciačního zaměstnavatele. V neposlední řadě je důležitým důsledkem i takzvaná skrytá psychická nemocnost. Stigma léčby na psychiatrii je obrovskou bariérou v léčbě samotného onemocnění (Pěč, 2017).

Uvedu nyní příklad průzkumu agentury DEMA (in Viktorinová, 2016) z roku 2004, která zkoumala názor na schizofrenní onemocnění. Výsledky byly hodně ovlivněny právě stereotypizací na základě generačně předávaných představ. Jedinec trpící tímto onemocněním je dle nich agresivní a celkově nebezpečný. Souvisí s tím samozřejmě opět faktická neznalost této diagnózy, občané mají informace zkreslené či útržkovité. Prokázalo se také, že pokud je někdo v kontaktu s někým s touto diagnózou, má obecně k lidem s tímto onemocněním mnohem pozitivnější vztah. Co je snad pozitivní je, že více než 70% respondentů by mělo o informace z této oblasti zájem a k tématu schizofrenie by měli i konkrétní dotazy.

Faktem je, že pokud dojde k nějakému kriminálnímu deliktu, téměř nikdy se neopomene probrat pachatelovo duševní zdraví a případně za to ukazovat prstem. Mediální zkratky působí tak, že prokáže-li se u pachatele psychiatrická diagnóza, společnost následně uvažuje o jeho nepřičetnosti (nemoc mu narušila ovládací schopnosti). Ředitel psychiatrické nemocnice Bohnice namítá, že valná většina pachatelů by tímto forenzně psychologickým posudkem neprošla. Velkým (např. teroristickým) činům předchází pečlivá příprava, což by nepřičetní pachatelé zvládli jen těžko. Média nabízející i zjednodušená řešení v rámci léčby. Realita je taková, že terapie je zpravidla efektivní po mnoha letech, leckdy je celoživotní. Nezřídka je silné stigma duševně nemocných ovlivněno i samotnými politiky. Vyplývá z toho malé vůle přispívat na psychiatrickou péči, a což může i „slabý hlas“ ze strany stigmatizovaných ve srovnání například s etnickými minoritami či fyzicky handicapovanými (Koubová 2015).

Pro zajímavost uvedu srovnání vnímání duševně nemocných u nás a v Británii na základě výzkumu NÚDZ z roku 2013. 56% dotázaných Britů nemá dle studie problém žít s někým s diagnózou duševního onemocnění, zatímco v České republice je to méně než 15%. (tamtéž)

Další výzkum, který proběhl v českých a slovenských médiích v roce 2012 bylo zjištěno, že 31,2 % ze zkoumaných 375 článků zmiňujících psychiatrická onemocnění je spojuje s agresivním chováním (Janoušková et al., 2016).

Na první pohled by se zdálo, že v prostředí, kde jedinec přijme svou identitu duševně nemocného, nastane přirozeně destigmatizační proces. Přestože zde pracují odborníci s patřičnými znalostmi o onemocnění, dle Chromého (in Mudrová, 2008) mají právě zdravotníci k psychiatrickým pacientům velký odstup. Stigmatizace na poli psychiatrie logicky vyúsťuje v neposkytování či oddalování adekvátní péče. Důsledkem toho je výše zmíněná izolace nemocného, diskriminace, oslabení pocty vlastní hodnoty a celkem přirozeně to i oslabuje spolupráci s nemocným.

Vedle stigmatizace existuje i neméně důležitá vnitřní rovina sebestigmatizace na straně nemocného. Toto osobní nastavení souvisí s tím, jak se jedinec cítí ve stigmatizované skupině. Objevují se zde pocity viny, studu a celková ztráta sebedůvěry. To samozřejmě zhoršuje proces uzdravy i primární žádost o pomoc či léčbu. V České republice se dá míra sebestigmatizace měřit škálou a Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) z roku 2003. Škála je složena z 29 položek a 5 subškál, tedy odcizení, souhlas se stereotypy, vnímaná diskriminace, stažení se ze společnosti a odolnost vůči stigmatu. Z jednotlivých škál se následně vypočítá skóre, který indukuje vyšší či nižší míru sebestigmatizace (Janoušková a kol., 2016).

Není tomu dlouho, co na území České republiky začala vznikat nejrůznější uskupení a iniciativy, jejichž cílem je snížit důsledky stigmatizace. Spadají sem mnohé přednášky diskuse, reklamní kampaně, posílení uživatelských hnutí a organizací, terénní a krizové týmy a zavádění nejrůznějších legislativních opatření podporujících duševně nemocné. Příkladem z těchto aktivit mohou být „Týdny pro duševní zdraví“ (koncerty, happeningy, výstavy uživatelů), Projekt „Změna“ (plakáty s duševně nemocným v prostorech metra a autobusů, výstavy a poradenství), festival „Mezi ploty“ (koncerty pro veřejnost v areálu psychiatrické nemocnice), dále je třeba zmínit důležité zapojení uživatelů do takzvaných tréninkových kaváren (Green Doors, o.s.; Práh o.s.; Lomikámen, o.s.; ESET-HELP o.s., Fokus Vysočina, o.s., Sananim, z.ú.). Dobré je taky destigmatizačně působit na studenty a žáky prostřednictvím všeobecné i selektivní primární prevence na školách (Pěč, 2017).

## **2.1.2 Možnosti pomoci nad rámec střednědobé léčby ústavní**

### **Adiktologický multidisciplinární tým (AMT)**

Služby v AMT dle profesí jsou psychiatrické, služby adiktologické, služby psychologické, sociální služby a poradenství poskytované sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách (sociální služby typu kontaktní práce a poradenství a podpora sociální inkluze, podpora v oblasti sociálně-právní, podpora kontaktu s institucemi i přirozenými zdroji). Dle typu pak denní služby (provozuje ambulantní léčebnou a preventivní péči individuální, ambulantní léčebnou a preventivní péči skupinovou či ve formě denních center/stacionářů), terénní služby a zmíněná úzká spolupráce s dalšími službami (se zdravotnickými profesionály v místní komunitě, s pedagogicko-psychologickými a sociálními službami a institucemi v této síti, tj. primárně pedagogicko-psychologické poradny, školy, OSPOD a sociálními pracovníky místních organizací v komunitě, pracovníky sociálních služeb určených různým cílovým skupinám - nízkoprahové kluby, domovy pro seniory, práce s bezdomovci atd.).

V rámci multidisciplinárního týmu v AMT s klienty pracují formou vedení individuálního plánu garanti. Garantem je v případě běžné ambulantní péče zpravidla pracovník, který převážně sám poskytuje službu. AMT se kloní k asertivnímu komunitnímu přístupu case managementu (klienti jsou sdílení celým týmem a role case managera jako průvodce a poskytovatele péče ustupuje do pozadí) v kombinaci s přístupy intenzivního case managementu (klienti jsou v individuálním kontaktu zejména se svým case managerem) Mezi činnosti case managementu u AMT se řadí angažování klienta do služby, posouzení a posuzování klienta, kontraktování služby, vytváření individuálního plánu péče založeného na respektu ke klientovým významným cílům, ustavení cílů, implementace plánu, monitorování průběhu, vyhodnocování, propojování ke zdrojům, zastupování zájmů klienta a ukončování

péče (Metodika podpory nových služeb v oblasti péče poskytované adiktologickým multidisciplinárním týmem, 2020)

### **Centrum duševního zdraví**

Veškeré služby CDZ jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. Multidisciplinární tým poskytuje v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče minimálně následující služby: služby terénního týmu, služby denní péče, služby krizové, služby psychiatrické, služby klinického psychologa, služby psychoterapeutické a podpora svépomocných činností.

V CDZ je zapotřebí, aby měl každý klient svého klíčového pracovníka. Role klíčového pracovníka je jednak v přímé péči o klienta/pacienta, jednak v koordinaci naplňování individuálního plánu uzdravy (recovery plan) klienta/pacienta. Klíčový pracovník zapojuje další členy týmu podle aktuální situace (potřeb) klienta/pacienta a podle jejich speciálních znalostí a dovedností. Přístup FACT board (vyvinutý v Holandsku v rámci FACT týmů) je založen na dvouúrovňovém přístupu k práci s klienty/pacienty týmu. Se stabilizovanými klienty/pacienty pracuje jen jeho klíčový pracovník. O klienta/pacienta se stará celý tým jen v případě, pokud je klient/pacient v krizi, či z jiného důvodu potřebuje intenzivnější zapojení více osob. Celý tým by měl být průběžně informován o vývoji toho kterého klienta/pacienta. Kdokoliv z týmu by měl být kdykoliv připraven se zapojit do práce i s klientem/pacientem, u kterého není klíčovým pracovníkem (Základní principy péče poskytované v CDZ: Principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz, n.d.).

### **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

#### **2.5 Cíl výzkumu**

Cílem je zjistit, jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich údravy.

#### **2.6 Výzkumné otázky**

##### **2.6.1 Hlavní výzkumná otázka**

- Jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich údravy?

##### **2.6.2 Dílčí otázky**

- Jaký mají uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu vzhled na své obtíže, kvůli kterým se dostali do léčby?
- Jak se změnila míra těchto obtíží před koncem léčby?
- Jaké aspekty údravy považují tito pacienti za důležité?

#### **2.7 Typ kvalitativního výzkumu**

Jedná se o aplikaci fenomenologického přístupu na klinické - případové úrovni, v kombinaci s přístupem hermeneutickým (interpretačním) a idiografickým (přístup zaměřený na konkrétního člověka). Kvalitativní studie tedy vychází z případové úrovně práce s daty.

#### **2.8 Jednotka zkoumání, jednotka zjišťování a výběr respondentů**

Jednotkou zkoumání je zde hodnocení a prožívání procesu údravy schizofrenních pacientů, jednotkou zjišťování jsou zde pacienti z Psychiatrické nemocnice X trpící duální diagnózou, konkrétně tedy syndrom závislosti a porucha schizofrenního okruhu.

Výběr respondentů je zde zaměřen na zkoumaný problém, ne na šíři a reprezentativitu jako je tomu u kvantitativního výzkumu (Švaříček, Šedřová, 2007).

## **2.9 Stanovení výzkumného souboru**

### **2.9.1 Základní a výběrový soubor**

Základní soubor tvoří pacienti s kombinací syndromu závislosti a onemocněním schizofrenního okruhu hospitalizovaní na lůžkových psychiatrických odděleních v ČR. O tomto základním souboru bohužel není možné zjistit ani jeho rozsah, ani jeho podíl na celkovém počtu hospitalizovaných závislých, protože ÚZIS údaje o tomto souběhu diagnóz neudává. Zjištění dle Mravčík et al. (2003), které je zmíněno výše, je opřeno o vlastní šetření nebo o sekundární analýzu údajů ÚZIS. Problém je již v primárních datech, tj. ve statistikách lůžkových psychiatrických zařízení, kde se druhá diagnóza vyplňuje nespolehlivě, pokud vůbec (in Kalina, 2008).

Pro účely své diplomové práce jsem stanovila výběrový soubor, kteří tvoří pacienti s kombinací syndromu závislosti a onemocněním schizofrenního okruhu z oddělení Y v Psychiatrické nemocnici X. Oddělení je otevřené, režimové s kapacitou 30 lůžek. V roce 2019 byl na oddělení dle nemocničního systému Hippo nejčtenější hlavní diagnózou na oddělení duálních diagnóz syndrom závislosti (49 %) a onemocnění schizofrenního okruhu (33 %). Nejčtenější vedlejší diagnózou pak opět syndrom závislosti (64 %), onemocnění schizofrenního okruhu bylo zastoupeno pouze 4 % z hospitalizovaných pacientů. Rozdělení diagnóz na hlavní a vedlejší je spíše pracovní klinické zhodnocení psychiatry v souvislosti s aktuální závažností daného onemocnění a případnými limity v profitování z režimové léčby. Pacient se schizofrenním onemocněním zde tedy není, na rozdíl od klasických AT oddělení, kontraindikován základní diagnózou k léčbě, je ale vyžadováno aby akutní příznaky nebránily k zapojení se do terapeutického programu (halucinace, bludná produkce, suicidální ideace nebo tendence, agresivita, neklid).

### **Výzkumný soubor**

Jako metoda výběru souboru byla zvolena metoda nepravděpodobnostní, tedy prostý, záměrný (účelový) výběr. Tato metoda je charakteristická vyhledáváním respondentů na základě konkrétních kritérií. Kritériem je tedy předem určená vlastnost nebo stav (Miovský, 2006).

Kritériem výběru pro tento výzkum byla přítomnost psychiatrické komorbidity, v tomto případě tedy syndromu závislosti s výskytem jakékoli poruchy schizofrenního okruhu po vykonané diferenciální diagnostice. Pokud nebylo psychologické vyšetření vykonáno již dříve, probíhá pak na oddělení klinickým psychologem. Pro tuto diagnostiku využívá testové metody WAIS III (vyšetření kognice), ROR, TAT (pro sociální kognici), Rayovu figuru, případně verbální paměťový test.

Metoda záměrného výběru byla také zvolena z důvodu opatrnosti. Chtěla jsem si být jista, že jsou pacienti skutečně stabilní zejména vzhledem k schizofrennímu onemocnění. Pečlivě tedy konzultovala zařazení do výzkumu nejen se samotnými pacienty, ale i s vedoucí lékařkou oddělení. Byl brán zřetel na možné riziko zhoršení psychického stavu pacienta, i přes jeho souhlas s účastí ve výzkumu (např. pacient s paranoidní schizofrenií může hůře snášet nahrávání rozhovoru na diktafon apod.). Do výběru byli také zařazeni pacienti se kterými se už nějakou dobu znám v rámci terapeutické práce na oddělení. I přes vyšší pravděpodobnost zkreslení dat právě navázaným terapeutickým vztahem s vybranými pacienty, preferovala jsem komfortní atmosféru ke sdílení.

Z výběrového souboru tedy bylo záměrně vybráno a osloveno šest pacientů. Všichni vybraní byli stabilizovaní, tedy po prodělané detoxifikaci a po odeznění akutních příznaků duševního onemocnění. Jednalo se o pět mužů a jednu ženu, které jsem oslovila po zhodnocení výše zmíněných kritérií a kteří byli ochotni k zařazení do výzkumu. Pacientka si nakonec účast ve výzkumu rozmyslela, s dalším pacientem po vzájemné dohodě nedošlo ke sběru dat prostřednictvím interview vzhledem k velmi křehké stabilitě jeho psychického stavu. Respondenti pocházejí z Prahy z různých socioekonomických prostředí. Věkové rozpětí respondentů je 32-39 let.

## **2.10 Metody sběru dat**

Zdroje dat pro případovou studii jsou v tomto případě lékařské dokumentace pacientů (anamnestická data, zápisy ze skupinových i individuálních terapií) a polostrukturované interview.

### **2.10.1 Metoda polostrukturovaného interview**

Co se týče polostrukturovaného rozhovoru (interview), jedná se o nejpoužívanější typ rozhovoru, na rozdíl ale od nestrukturovaného vyžaduje náročnější přípravu. Přípravou

rozumějme vytvoření jakéhosi schématu, okruhu otázek, na které se je třeba zeptat. Za efektivní se také považuje použití následných inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi ze stran účastníka výzkumu (Miovský, 2006).

S každým respondentem bylo provedeno polostrukturované interview trvající zhruba 60 minut. Samotnému dotazování předchází schůzka, kde proběhla edukace o účelu výzkumu, metodách jeho provedení a informovaném souhlasu.

Výhodou polostrukturovaného interview je určitá volnost, tedy i přes jasnou strukturu otázek, které musí být zodpovězeny, je možno změnit pořadí otázek, případně se přirozeně doptat na konkretizace k odpovědi.

Základní okruh otázek byl inspirován výše zmíněnými cíli krátké psychodynamické terapie autorkou ještě doplněné o doptání se na subjektivní vnímání dalších aspektů úzdravy respondentů (Příloha č. 1). Význam bude přikládán také ke standardizovanému místu, kde bude rozhovor vždy probíhat, tedy u autorky v terapeutické pracovně.

### **2.10.2 Textové dokumenty jako zdroje kvalitativních dat**

Dalšími zdroji dat pro případovou studii jsou v tomto případě lékařské dokumentace pacientů (anamnestická data, zápisy ze skupinových i individuálních terapií). Textové dokumenty jako zdroje kvalitativních dat jsou specifické, jelikož data jsou již vytvořena nezávisle na výzkumné činnosti, je třeba je ale shromáždit k následné analýze.

### 2.10.3 Socio-demografický profil respondentů, klinická forma schizofrenního onemocnění a předmět závislosti

Tab. č. 1 - Socio-demografický profil respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Bydliště	Vzdělání	Zdroj příjmů	Klinická forma schizofrenního onemocnění <sup>3</sup>	Předmět závislosti
1.	muž	32	Praha	ZŠ	ID 3.st. - nepracuje	F20.0 - paranoidní schizofrenie	Závislost na více látkách
2.	muž	38	Praha	SŠ s maturitou	ID 3.st. - občasné brigády	F20.0 - paranoidní schizofrenie	Závislost na více látkách
3.	muž	32	Praha	SOU s výučním listem	ID 2.st. - občasné brigády	F20.0 - paranoidní schizofrenie	Závislost na více látkách
4.	muž	39	Praha	SOU s výučním listem	ID 3.st. - nepracuje	F20.0 - paranoidní schizofrenie	Závislost na více látkách

Zdroj: vlastní

<sup>3</sup> dle závěru psychologického vyšetření

## 2.11 Analýza získaných dat

Data získaná v rámci případové studie je třeba analyzovat pro následnou interpretaci a vyvození závěrů.

Prvním bodem je fixace dat získaná z rozhovoru pomocí audiozáznamu a jejich následné převedení netextové podoby do textové metodou transkripce (Miovský, 2006).

Data budou dále analyzována za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tato metoda pomáhá efektivně zkoumat žitou zkušenost, to znamená jednotlivé události, procesy – fenomény. Cílem je formulace témat, která zachycují esenci, jež je předmětem výzkumu.

Analýzu dat rozdělím do několika fází:

- Opakovaný poslech audionahrávek, opakovaná četba přepisů rozhovorů
- Počáteční poznámky a komentáře
- Rozvíjení vznikajících témat – formulace tzv. rodících se témat, čili přetavení počátečních poznámek, které zachytí esenciální kvalitu respondentovy zkušenosti
- Hledání souvislostí napříč tématy – po formulaci témat přichází na řadu hledání vzájemných propojeností a vztahů, sdružování témat do tematických trsů
- Analýza dalšího případu (pacienta) – opakování fází 1 – 4
- Hledání vzorců napříč tématy – propojení jednotlivých případů, tabulkové znázornění vztahů mezi tématy (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

## 2.12 Etické aspekty výzkumu

Z etického hlediska byl pro pacienty podílejících se na výzkumu opatřen informovaný souhlas a informací pro respondenta (Příloha č. 2, Příloha č. 3), abych potvrdila, že do výzkumu vstupují zcela dobrovolně. V něm se, v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb. Seznámí s informací o výzkumu, jeho účelem a o zacházení s osobními údaji. Data o nich budou anonymizována a kdykoliv mají právo z výzkumu odstoupit. Stejně tak název konkrétní Psychiatrické nemocnice a oddělení ve kterém výzkum proběhl je pro účely anonymity označen X, resp. Y.

Miovský (2006) hovoří kromě ochrany účastníků výzkumu ještě o dalších dvou etických rovinách. Vzhledem ke kontinuální terapeutické práci s účastníky výzkumu samotnou autorkou, nepředpokládá se větší poškození autorky, tedy výzkumníka. V poslední rovině je myšleno na vliv výzkumníka na výzkumné pole. Zjevně protektivní faktor v předchozí rovině (tedy předchozí terapeutická práce s účastníky výzkumu) může být v poslední rovině limitující. Výzkumník bude muset brát zřetel na možné zkreslování dat a dbát na nestrannost (neočekávání pozitivního výsledku) při interpretaci.

## **4 VÝSLEDKY VÝZKUMU**

### **4.1 Pavel**

#### **Vstupní údaje a situace výchozího bodu**

Pavel je 32letý muž, v Psychiatrické nemocnici X se objevuje opakovaně, vždy z psychiatrické indikace. V současné době vykonává soudně nařízenou léčbu ústavní za trestný čin výtržnictví (napadení nějakých žen). K poslednímu přijetí byl přivezen policií po útěku z akutního oddělení během probíhající série ECT z vitální indikace (pro farmakorezistenci). O psychotických prožitcích mluvit odmítá (při jejich intenzivnější exploraci psychiatrem vyhýbavý, odchází a odmítá komunikovat). Již po prvním ECT se stav projasňuje, lépe udrží oční kontakt a snáze i hovoří o psychotických prožitcích (ty většinou ve formě imperativních halucinací s agresivními obsahy). S Petrem se setkávám na Y (v rámci výkonu ochranného léčení někdy příslušné oddělení vyše stabilizovaného pacienta s adiktologickou problematikou k bazálně motivačnímu pobytu). V projevu není příliš sdílný, je nevýpravný, myšlení je obsahově chudé. Po čase se stávám jeho terapeutickým garantem a i přes jeho uzavřenost spolu budujeme dobrý terapeutický vztah.

#### **Anamnestická data v příběhu Pavla**

S matkou (48 let) není Pavel v kontaktu minimálně 10 let, s otcem (50 let) se dle jeho slov viděl napsledy před několika lety. Nelze s jistotou říci na kolik je tato informace validní, postupem rozhovoru otce označuje jako již zemřelého. Údajně má z otcovy strany tři nevlastní sourozence, ani s nimi se nevidá. Pavel je velmi nemluvný, odpovídá pouze heslovitě. O rodině se zjevně moc bavit nechce, ani v lékařské dokumentaci nejsou žádné

informace. Pavel nikdy nijak závažně nestonal. V rámci adiktologické problematiky Pavel udává kouření THC zhruba obden, metamfetamin prý pravidelně nemívá (pouze sniffing). Zmiňuje i četné experimenty s LSD a psilocybinem. Alkohol prý užívá minimálně. Kouří zhruba 20 cigaret za den.

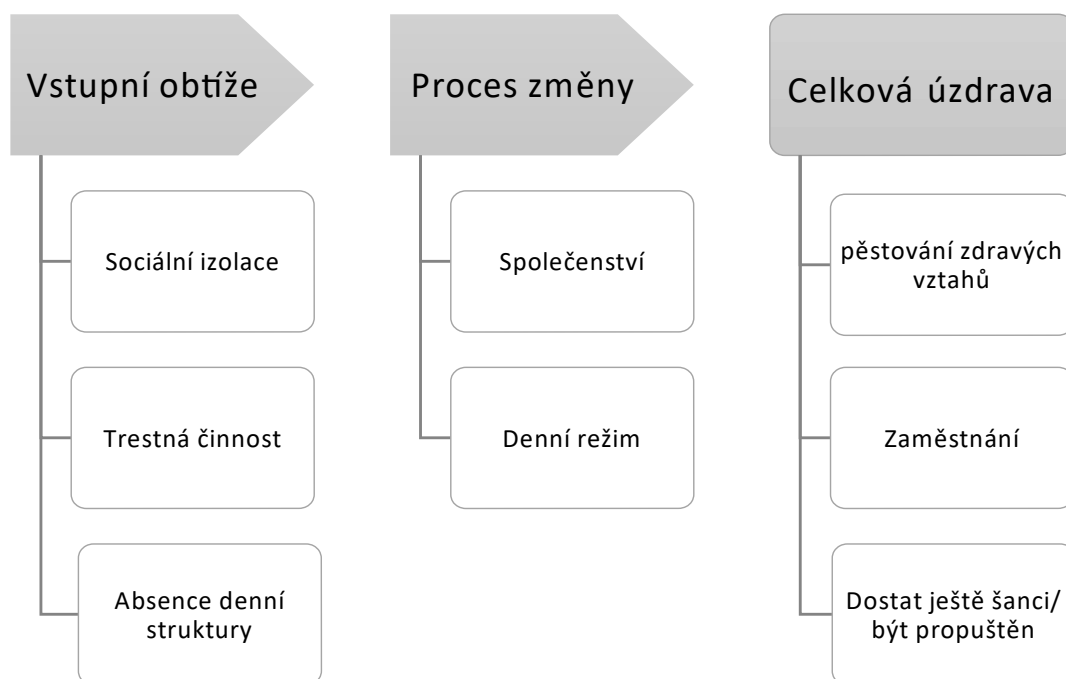
Psychiatricky je v rámci základního onemocnění sledován již od adolescence, aktuálně je zde hospitalizován po páté. Farmakologicky - Leponex 100 mg, Leponex 25mg, Haloperidol-Richter 2mg/ml. Obvykle žije sám nebo po kamarádech. Vzdělání má základní, udává, že je bez příjmů, hlášen na ÚP. Pobírá ID 2. stupně. Trestná činnost tvoří významnou část Petrova života. Udává, že ve VTOS byl pětkrát (krádeže, výtržnictví, ublížení na zdraví), v současné době již déle než dva roky v ochranné léčbě.

### **Průběh rozhovoru**

Pavla jsem oslovila ke konci adiktologické léčby u nás na oddělení. Jeho léčba zatím ale nekončí, vrací se na oddělení ochranného léčení. Rozhovoru se nebránil, jak jsem ale zmínila výše jeho málomluvnost, odpověděl jen heslovitě: „jo, klidně.“ Průběh rozhovoru s Pavlem byl ze všech účastníků nejrychlejší, sám se spontánně nikdy příliš nerozpovídal. Odpovídal jen na skutečně dle něj nejnutnější, občas jsem musela průběh rozhovoru více direktivně vést, případně ověřovat, že otázce rozumí. Na konci jsem ale velmi ocenila jeho transparentnost a spolupráci na mém výzkumu. Pavel s náznakem humoru odvětil, že je rád, že se mohl díky tomu neúčastnit nějakého povinného programu.

## Výsledky IPA rozhovoru s pacientem Pavlem

Obr. č. 1 – Přehled nadřazených a z nich vynořených témat u pacienta Pavla



Zdroj: vlastní

### Vstupní obtíže

Na otázku, zda ví, jaké jsou příčiny jeho aktuálních obtíží odpovídá:

*„No..protože jsem kradl a neovládal jsem se moc dobře. Byl jsem takovej neschopnej, nechodil jsem do práce. Konkrétně... No dělal jsem...ublížení na zdraví jsem spáchal a krádež. Už nechci do vězení. Jsem tam byl pětkrát a už nechci.“*

Pavla pak více směřuji k subjektivnímu prožívání aktuálních obtíží.

*„Já se cejtim docela už dobře tady, ale do té doby asi moc ne. Našel sem si nějaký kamarády, dřív jsem jich neměl moc, takže to se jakoby zlepšilo. To je asi tak všechno.“*

### Proces změny

S Pavlem se bavíme o tom, co by mělo být v budoucnu jinak, aby obtížím zvládl předejít.

*„Teď jako mi to pomáhá ta léčba, abych se rozhodnul co chci. Myslím, že ta práce mi pomůže, že už jako nebudu krást.“*

Opět Pavla více centruji k jeho emocím, k tomu jak v jejich kontrole vnímá změnu.

*„Nevadí mi nic nějak. Na těch drogách mi něco jako vadilo třeba hodně. Byl jsem takovej podrážděnej. Já se do ničeho jako moc nehrnu. Kdybych nastoupil do práce by mi fakt pomohlo a našel si nějaký bydlení. Ten kolektiv mi pomohl – pacienti, sestry... Taky je rozdíl, že třeba už tolik neodpočívám. Dřív jsem víc odpočíval, měl jsem náladu na všechno možný, pod těma drogama. Byl jsem takovej roztěkaněj.“*

Pavel je hospitalizovaný již dlouhou dobu, hovoříme tedy o tom, jak si dovede představit potenciální blížící se konec léčby.

*„Těším se na to a doufám, že to dobře dopadne. Že půjdu co nejdířv. Ted' jsem měl jít na pohovor na chráněný bydlení. Cítím se připraven na to jít ven. Půjdu pracovat, tam kde byl táta než umřel.“* (Pavel poprvé zmiňuje nějakou konkretizaci z rodinného prostředí, o smrti otce zatím nikoho neinformoval.)

### **Celková úzdrava**

Pavla nechávám spontánně odpovědět na otázku, co podle něj ještě kromě zmíněných postupů v léčbě dle něj zahrnuje celková úzdrava.

*„Jako abych měl nějakou šanci to ještě zkusit. Ne tu bejt třeba čtyři roky jako tu jsou některý..zas tak moc jsem toho neudělal. Tu šanci by mi měl dát ten soud. Přál bych si bejt propuštěnej, najít si tu práci. Mít kolem sebe nějaký blízky lidi.“*

## **4.2 Adam**

### **Vstupní údaje a situace výchozího bodu**

Adam je 38letý muž, aktuálně potřetí v Psychiatrické nemocnici X. Přichází v doprovodu rodiny, dle matky došlo ke zhoršení stavu. V noci nespál, ležel na zemi a tvrdil, že ho někdo v noci přepadl. Nesmyslně nakupuje, přes internet si objednává věci, zmatené myslí i jedná. Začal být i údajně slovně agresivní. Vyráběl si sekyru, nakoupil nůž v Armyshopu. Adam sám byl při vstupu psychotický, tenzní, v myšlení byly patrné asociační skoky, zárazy, paranoidita zejména vůči partnerovi matky, suspektně přítomny poruchy vnímání včetně intrapsychických halucinací. Další dny byla spolupráce pouze formální, byl nevyřečný a emočně plochý. Na medikaci pak zlepšena somnie. Myšlení u Adama je simplexní, již po několika dnech ovšem bez spontánní psychotické produkce. Na abusus THC, alkoholu a pervitinu bez náhledu, proklamuje další užívání. Pro práci na bazální motivaci k abstinenci přeložen na oddělení Y, kde si Adama přebírá do terapeutické garance. V

prvních dnech se jeví klidný, po několika dnech výrazné zhoršení spolupráce. V projevu byl zmatený, nutná dopomoc i v základních činnostech na oddělní. Jedenkrát přítomna parasomnie, kterou vzbudil obavy u spolupacientů z pokoje vzhledem k neadekvátnosti chování. Zůstává výrazně rozvolněný projev. V dalších dnech pozvolna zlepšování stavu, v projevu přiléhavější, sice ještě odpovědi místy mimo relaci, ale na oddělení se jeví jako udržitelný. V týmu mnohokrát proběhla debata o tom, zda bude takový pacient z režimové léčby vůbec profitovat, že „je přeci typický pacient oddělení následné péče“. Dali jsme Adamovi ale šanci. Ten byl za možnost psychoterapeutické práce vděčný, snažil se plnit ne úplně lehké režimové nároky a byl ochoten brát si k srdci alespoň harm reduction zásady při pravděpodobném pokračování v užívání návykových látek.

### **Anamnestická data v příběhu Adama**

V rámci zdravotní anamnézy udává jen běžná dětská onemocnění, před 10 lety operace křečových žil. Zjištěna byla steatóza jater a vyšší cholesterol. Aktuálně potřeť hospitalizován zde, vždy s diagnózou paranoidní schizofrenie, nyní první pokus o AT léčbu. Pravidelně dochází do stacionáře Ondřejov, kde má i ambulantního psychiatra. Farmakologická anamnéza - Quetiapin 200mg, Trittico 150mg, Tisercin 25mg, Rivotril 2mg, Warfarin 5mg, Detralex 500mg, Xeplion (1 amp. á 4 týdny). Matka Adama (56 let) je zdráva až prý na nějaké opakující se gynekologické problémy. Otec (62 let) je také aktuálně zdravý, prý se léčí „se žílama“ dlouholetě a je po prodělané embolii. Bratr (31 let) je také zdravý, vůbec se ale nestýkají. Co se psychiatrické heredity týče sestra dědy měla údajně schizofrenii, matka matky také. Žije s matkou a jejím partnerem v Teplicích. Vyučen v oboru kuchař, číšník – nikdy se oboru nevěnoval. Pobírá invalidní důchod z psychiatrické indikace (od roku 2002). Občas má prý nějaké brigády v oblasti úklidu. Drogová kariéra je u Adama, jak by on sám řekl „taková pestrá“. Kouří zhruba 20 cigaret za den. U alkoholu udává „flašku rumu když jsem sám“, tedy cca 1krát za týden. THC aktuálně prý každý den (mimo hospitalizaci), pervitin cca 1krát za 3měsíce – pouze sniffing, opium – „občas sezónně kouřím“, jiné drogy neguje včetně experimentů. Gambling spontánně nezmiňuje až na vyzvání přiznává „občas Sazku“, dluhy a exekuce ale neguje. Rodiče jsou prý asi 18 let rozvedeni, vídá se jen s matkou a babičkou.

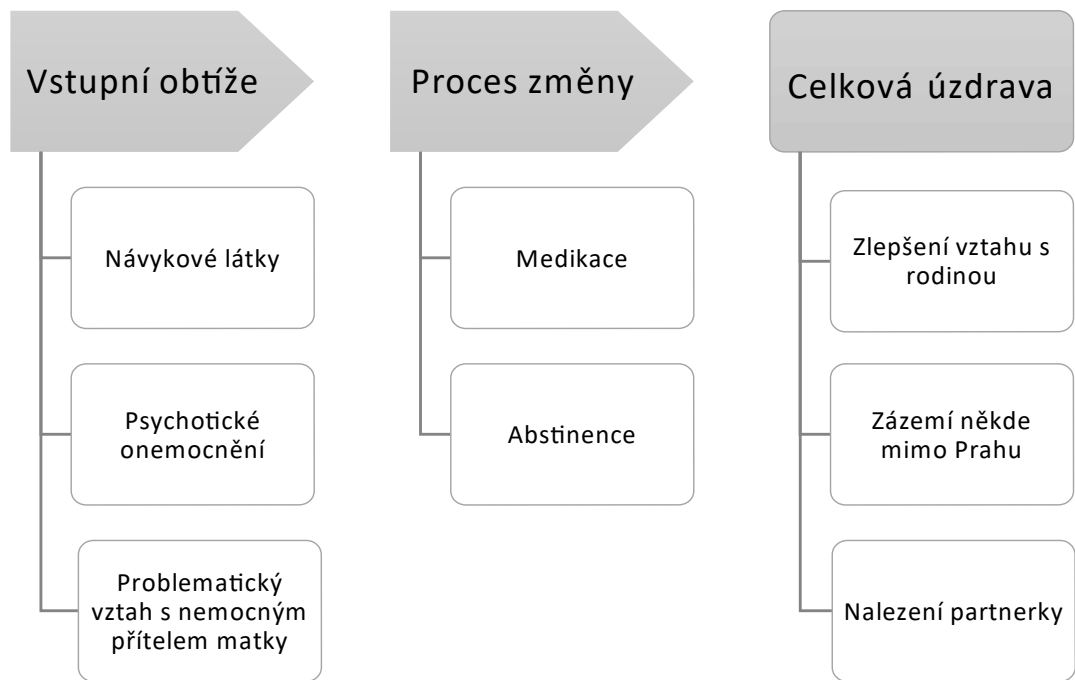
### **Průběh rozhovoru**

Adam byl velmi ochotný k participaci na výzkumu. Byl rád, že si popovídáme. Rozhovor trval nejdéle ze všech pacientů. Adama jsem musela velmi často vracet k původní

otázce, byl sice velmi sdílný, za to ale dost zabíhavý. Konec léčby se Adamovi blíží a tak jsme se rozhodli, že rozhovor bude vlastně i takovým shrnutím léčby a posouzením možné změny.

### Výsledky IPA rozhovoru s pacientem Adamem

Obr. č. 2 – Přehled nadřazených a z nich vynořených témat u pacienta Adama



Zdroj:vlastní

### Vstupní obtíže

Na otázku vstupních obtíží Adam odpovídá spontánně, kriticky k celé situaci. Vnímá jako klíčové užívání návykových látek, krach partnerského vztahu a emocionální přetlak doma. Bydlel s matkou a jejím partnerem Honzou, který byl v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Bylo tedy nutné postarat se o něj a pomáhat mu v základních potřebách. Vlivem všech těchto spouštěčů u Adama došlo k rozvolnění myšlení až k úplné psychotické dekompenzaci.

*„Už jsem tu 5 měsíců. Nebylo mi dobře, přehnal jsem to. Vypěstoval jsem si kytku marihuany, kterou jsem posléze sklídl a usušil. A ve svém volném čase jsem za barákem kouřil jointy. Nebo když jsem šel třeba na procházku nebo jsem chodil do lesa, relaxoval, abych prostě přišel na jiný myšlenky. No a pak jsem byl v Praze, tam se semnou rozešla přítelkyně, tak jsem si k tomu dal ještě nějaký pivo nebo rum a to už mi ta hlava jako moc nepobírala no, ještě jsem chodil do práce. Začal jsem si stavět přehradu, vyrábět sekyrku.*

*Viděl jsem nějaký historický film a začal jsem si vyrábět, plus jsem si koupil celtnu a nůž a že půjdu stanovat do lesa, pak toho na mě bylo příliš. Z kamene jsem si vyrobil tomahawk, abych se kdyžtak ubránil. A to už byly varovné znaky, že už jako blbnu. No, v baráku byla matrace prostě a já si lehnul na matraci a máma tam v noci byla na mě se podívat a zjistila, že ležím na matraci, tak mi zavolala záchranku, ty mě odvezli do Teplic jakoby na nějaký oddělení, tam se mě zeptali na pár věcí, vůbec nic jako neřešili a pustili mě domů, já jsem za chvíli jsem přijel zpátky. Máma viděla, že už je to se mnou blbý, že mám divný řeči, že už jsem mimo jakoby. Tak zavolala strejdovi a ten mě odvezl sem na urgentní příjem a tam jsem začal něco povídat a nenechali mě ani podepsat dobrovolný vstup.“*

### **Proces změny**

Vzhledem k zabíhavosti Adama shrnujeme vyvolávající obtíže a jejich potenciální změnu.

*„Ten alkohol a ta marijánka, nesmím si jí pěstovat na zahrádce.“*

Hovoříme společně dále na téma změny. Zajímá mě, jestli se dle Adama intenzita obtíží mění v čase a co případně pomáhá a čemu by se měl v budoucnu vyvarovat.

*„To už se nestane, doufám, že další přítel co bude mít rakovinu už se o sebe postará sám. Ale mě může dostat i maličkost. Minule jsem to našel třeba na zemi...pervitin. Tak jsem to vyšňupal. Ale to byla náhoda. Pak jsem si dal pivečko, tři dny dojezd a skončil jsem v nemocnici. Ono asi stačí trošičku. Víím, že je to svinstvo, zažil jsem to zamlada, už se k tomu nechci vracet. To spíš tak na pohodičku si dát nějakou travičku. Když tu vidím ty osudy u těch mladejch, my jsme s naší partou zařídili, že se to rozšířilo do jižních čech a já už nejsem hipík. Ve 40 letech si dát radši kafičko nebo cigárko. Ty ostatní osudy mi pomohly. Taky ta práce, už nesmím dělat na vějškách s těma lékama. A taky v prachu, šlo mi to na plíce. A hlavně ty léky musím brát“.*

Konkrétněji se vyptávám na změnu ve schopnosti snášet zátěž a na dovednost monitoringu jeho emocí.

*„Tady je to teď zátěž velká. Ty různé roušky a tak. Takový problémy tu nebyly alespoň 50 let. Člověk si nemůže dát na lavičce pár cigárek nebo sušenku a teď to prostě všechno zakážou, to mě štve. Teď je to fakt zátěž, ta otrava. A nuda. Kdybych si nepsal deník, tak ani nevím kolikátýho je. Maminka pak ale říkala, že po léčbě budu chodit na procházky na chalupě a bude mi pomáhat. Teď když abstinuju, tak pak třeba budu moct přijet i za tátou. Ale musím si dát pozor na ty kámoše.“*

Více se tedy zaměřuji na Adamovu impulsivitu.

*„Nikdy jsme tady nikoho nepraštil, ale jednomu bych dal ránu. To soužití se všema pacientama fakt nejde. Ale teď už je to spíš ve srandě. Říkají mi třeba cvalíku a tak. Asi se teďka líp kontroluju. Dřív jsem byla agresivnější, měl jsem to víc na háku.“*

## Úzdrava

Rozhovor uzavíráme tím, jak se Adam cítí připraven na život venku s blízcím se koncem léčby a co všechno by podle něj ještě měla zahrnovat celková úzdrava.

*„Na konec léčby se normálně těším. Kdybych teď našel nějaký pytlíček, ta ho tam prostě nechám nebo ho vyhodím. Abych zas neskončil někde v nemocnici. Mám tátu co má velké barák, tam mám i kamarády, tak mě snad podrží. Táta mi dokonce poslal i cigára. Už si voláme častěji než jednou za půl roku. Pomáhá mi i s dluhem. Snažím se i sám moc neutrácet. Chtěl bych odejít kamkoliv mimo Prahu, mít nějaká zázemí. Někde kde nebudu znát ty kluby, už mi to tu leze na mozek. Klidně bych byl třeba rok na chalupě. Možná přítelkyně jestli se ke mně vrátí. Nebo si budu muset hledat partnerku, ale to až tak třeba za rok. Nic jiného už mě nenapadá.“*

## 4.3 Petr

### Vstupní údaje a situace výchozího bodu

Petr je 31letý muž, letitě léčen pro duální problematiku, tedy paranoidní schizofrenii a polymorfní abusus (dominující psychostimulancia). Nyní přichází v doprovodu švagrové bez parere, přiznává úzus drog, utratil velké množství peněz. Má hlasy, které mu to vyčítají, nedokáže vydržet v klidu, rodina se ho bojí, sám udává, že se jeho stav zhoršil.

Proklamuje náhledem a zájmem k režimové léčbě, osobnost postprocesuálně defektní a deprivovaná.

S Petrem jsem se setkala za dobu mého působení na oddělení Y již třikrát – poprvé klasická léčba v roce 2018, posléze absolventský pobyt po třech měsících po ukončení léčby a nyní téměř po dvou letech na léčbě recidivy. Vstupně byl floridně psychotický (doznívající intoxikace), nicméně s náhledem. Opakovaně spontánně ventiluje motivaci k abstinenci, je tenzní, leč hovorem odklonitelný. Bez agrese. Na oddělená slušný, po znovunastavení medikace stabilní, režim zvládá bez obtíží. Za celou dobu aktuální hospitalizace je bezproblémový, slušný a klidný, psychoticky neprodukuje, asuicidální, edukaci přístupný. Zpětně udává autoakuzace. V plánu je pokračování v léčbě v terapeutické komunitě.

## **Anamnestická data v příběhu Petra**

Petr udává, že byl při porodu přidušen (snad perinatální infekce), v inkubátoru nebyl. S ničím pak závažně nestonal, v roce 2001 udává tonsillektomii. Při minulém pobytu na našem oddělení si způsobil fracturu levé horní končetiny. Farmakologicky – Venlafaxin 75 mg, Zalasta 10 mg, Zypadhera 405 ( 1krát za měsíc).

Problematiku zneužívání návykových látek řešíme s Petrem dlouhodobě. Od 13ti let kouří 30 cigaret za den. Alkohol užil poprvé v 15 letech, pravidelně víkendově od 17 do 22 let, posléze asi 2- 3 piva denně, aktuálně prý nepije. THC kouří zhruba dvakrát týdně, poprvé ve 13 letech, pravidelně od 16 do 20 let. V posledních měsících ale denní usus - 3 jointy. Jako spouštěč uvádí stres v práci. Pervitin, poprvé ve 21 letech, od té doby pravidelně téměř denně, po léčbě zde pak abstinence půl roku. Anamnesticky dvakrát měsíčně i.v., před minulou hospitalizací navýšil na dvakrát týdně - na pervitinu gambling (dluhy nebyly). Toxické psychózy prožil opakovaně. Anamnesticky experimenty LSD, extáze, kokain.

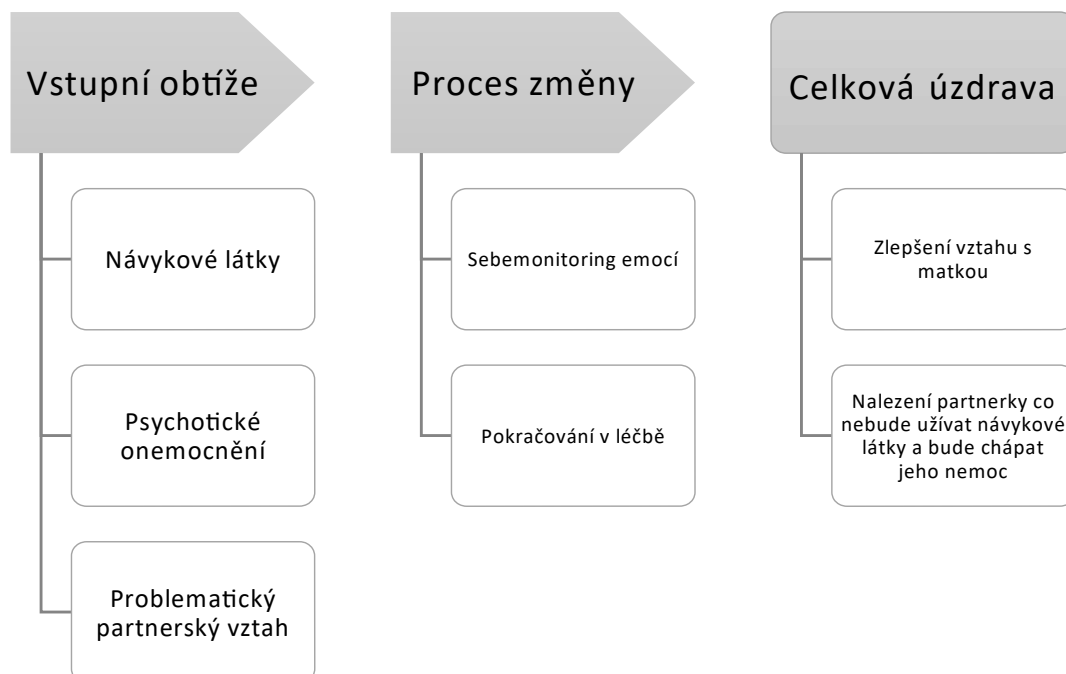
V rámci své závislosti se Petr léčí už od rané dospělosti, stejně tak se schizofrenií. Sám obě onemocnění chápe jako spojené nádoby a ví, že zrelabuje-li na návykových látkách a vysadí antipsychotickou medikaci, zákonitě se zhorší i co se týče psychotického prožívání.

## **Průběh rozhovoru**

S Petrem probíhal rozhovor s jistou lehkostí. Z jeho strany bylo patrné, že mi důvěřuje. Nějakou dobu už mě zná a ví, že jsem byla svědkem i jeho úspěchů po delší abstinenci i selhání po masivním relapsu. V hovoru byl tedy uvolněný až neformální, odpovídal věcně a necenzuroval.

## Výsledky IPA rozhovoru s pacientem Petrem

Obr. č. 3 – Přehled nadřazených a z nich vynořených témat u pacienta Petra



Zdroj: vlastní

### Vstupní obtíže

Důvodem k přijetí bylo ale to, že si jeho švagrová, která se o Petra dlouholetě stará a nechává ho u sebe a manžela (Petrův bratr) bydlet, všimla neadekvátnosti v jednání Petra při běžných situacích. Petra sám po přijetí uznal, že měla pravdu.

*„Při nástupu mi nebylo dobře, teď jsem se sem dostal jakoby s toxickou psychózou, rozjely se mi hlasy, byl jsem paranoidní, prostě mi nebylo celkově dobře. Vyhledal jsem pomoc, no rodina mě sem odvezla. Příznaky odezněly. Hlasy mi odezněly po třech dnech, hned jak mě přijali na akutní oddělení, tam mi vlastně dali prášky a za tři dny to ustoupilo, no. Kromě těch léků, pomohlo taky, že jsem byl v bezpečném prostředí, že jako se mnou někdo něco dělá. Že tam prostě byla nějaká ta pomoc, že jsem o tom mohl mluvit s odborníkama a že těma lékama se to spravilo. To už se podařilo hned na tom akutním oddělení, tam byl dobrej doktor, takže dobrý jako.“*

Otázky více směřuji ke konkretizacím. Chci ověřit, jaká má Petr aktuálně na své obtíže, respektive jejich příčinu, náhled.

*„No to bylo prostě způsobený téma drogama, že jo. Zase doma proběhly nějaký jako vztahy...že jsme se pohádali a tohleto žejo...no a mě prostě nenapdalo nic jinýho než šáhnout po těch drogách. A taky jsem po těch drogách sáhl, protože jsem prostě neměl naplněnej ten volnej čas. Od minulý recidivy, když jsem byl odsud propuštěnej, tak jsem to vydržel těch 14 dní, neuměl jsem vyplnit ten volnej čas, tak jsem začal hulit tu trávu, pak jsem poznal jednu tu holku u který jsem zjistil, že bere i perník, tak jsme spolu začli to a pak jsem dostal tu psychózu. Jsem se s ní stýkal denně, denně jsem za ní jezdil po práci a tohle. No a pak jednoho dne jsem měla volno, koupil jsem perník, chtěl jsem na ní zapůsobit. Mluvim prostě narovinu, jak to bylo. Čekal jsem od toho nějaký vztah, ale já si myslím, že tý holce šlo jenom o ty drogy.“*

### **Proces změny**

Jak již bylo zmíněno, Petra již nějakou dobu znám. Víím tedy, že v léčbě má vždy tendenci se velmi rychle projasnit, zapadnout do kolektivu a z léčby celkově dobře profitovat. Otázka je směřována ke konkrétnímu zamyšlení nad tím co v té léčbě pomáhá oproti tomu, jak to bylo venku.

*„Tak naplnit volnej čas pak tady pomáhá, umět si rozplánovat ten den. Je to takový složitý u mě, mě nic moc jako nebaví, já si to neumím jakoby vyhledat, jako sám. Nemám žádný jakoby čistý kamarády nebo jako známý který neberou. Zním jenom samý feťáky, dealery nebo tyhlety lidi žejo. Takže určitě se vyhýbat těmhletěm lidem. Ale nevím co by mě tak bavilo, začal jsem číst ted', čtu sci-fi nebo fantasy. Už to jde, dokonce si i pamatuju co čtu. No a doma máme nastavený nějaký pravidla, ohledně peněz nebo v kolik mám bejt doma..No prostě bych neměl v sobě dusit, když se mi něco nelíbí. Měl bych o tom mluvit. Pak to ve mně prská a hromadí se to. No s ty lidi musim odstříhnout, zrušit všechny ty sociální sítě a tyhlety věci.“*

Snažím se Petra nasměřovat na blízkou budoucnost, hovoříme o tom, jak se dají změny zde nastartované aplikovat mimo zdi nemocnice. Z Petra jsou cítit adekvátní obavy.

*„Přemejšlel jsem o tom, jako co bylo co bude...takže jak víc si na to dávat pozor no. Ted' si myslim, že bych to venku ještě nezvládl, ještě je moc brzo, říkám to narovinu tak jak to je no. Proto taky jdu do tý komunity ještě no. Pervitin s tím bojuju už 12 let no a trávu jsem měl v 15 poprvý, tak je to jako takový no. Jsem ten život jakoby zanedbával, jsem řešil jenom ty drogy, nic jinýho mě nezajímalo, je to tak no. Bylo mi to fuk. Kvůli drogám jsem přišel i o byt, kdysi když jsem začínal, o práci jsem přišel. Ted' je to jinak. Ted' mám podpory tý rodiny, což je pro mě motivace, že ta rodina o mě má zájem. Ale dělám to hlavně pro sebe už se toho chci zbavit, už s tím bojuju hrozně dlouho s tou závislostí a už mě to prostě nebaví. Už je to hrozný no. Už je načase skončit prostě.“*

Podpora rodiny Petra je skutečně silná, nyní to ale zase vracím trochu k něm samotnému a opět ověřuji co je to, co zde funguje a venku nikoliv. Zkoumám také, jak je na tom Petr v rámci vědomí si svých emocí. Víím totiž, že nakolik umí být Petr v kolektivu oblíbený, umí být i dost impulsivní.

*„Tady jako v chráněném prostředí to zvládám všechno. Tady kdyby mě někdo třeba naštvál, tak bych mu to normálně v klidu vysvětlil. Akorát venku je to těžký, tam se to ve mně prostě hromadí no. Nevím no, tady si to asi nemůžu jakoby dovolit, nebo jako přemejšlim co by pak následovalo. Už jsem to tady řešil i minule. Tady už jsem naštvanej byl, ale zvládl jsem to. Venku bych už vylítl. Musím na tom ještě nějak zapracovat, říkat věci rovnou, ne to v sobě hromadit.“*

## **Úzdrava**

Ohledně úzdravy Petr příliš nepřemýšlí a na moji otázku, co podle něj ještě celková úzdrava zahrnuje, odpovídá spontánně:

*„Zlepšit vztah se svojí matkou, která mě má prostě zaškatulkovanýho jako feťáka a myslí si, že se mnou prostě lepší to nebude, že budu furt stejnej. Tak jako aby ona pochopila, o čem ta závislost je a trošku i o tý schizofrenii něco věděla, ona to jakoby neřeší. Podpora tý rodiny no, ale ten brácha s tou švagrovou budou pořád..doufejme. A pak nějakaj ten partnerskej vztah s osobou co neužívá. To bych si jako přál hodně, abychom se podporovali, aby ona třeba věděla něco o mý nemoci o mých problémech, abych se mohl s někým o tom popovídat. O všechny partnerský vztahy, který jsem přišel, tak jsem přišel kvůli drogám.“*

## **4.4 Dan**

### **Vstupní údaje a situace výchozího bodu**

Dan je 36letý muž, polymorfní abuser návykových látek dlouholetě léčený s diagnózou nediferencovaná schizofrenie. Má za sebou více než 40 hospitalizací ve většině případů z psychiatrické indikace. Proběhlo i několik pokusů o AT léčbu včetně ochranné léčby ústavní. Aktuálně je v procesu soudní řízení ohledně opětovného nařízení ochranné léčby. Do léčby přichází sám při farmakononcompliance a abusu. V kontaktu je Dan familierní až hypomanický, spolupracující, v popředí již postpsychotický deficit u v.s. abnormálně strukturované osobnosti. Projev Dana je koherentní, determinující linii udrží, bez floridní psychotické symptomatiky, bez bludné produkce, tenze či anxiety. Paranoidní není, bez agrese ale zjevně iritabilní, motivace k abstinenci zatím sporná. Je omezený ve způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je matka.

## **Anamnestická data v příběhu Dana**

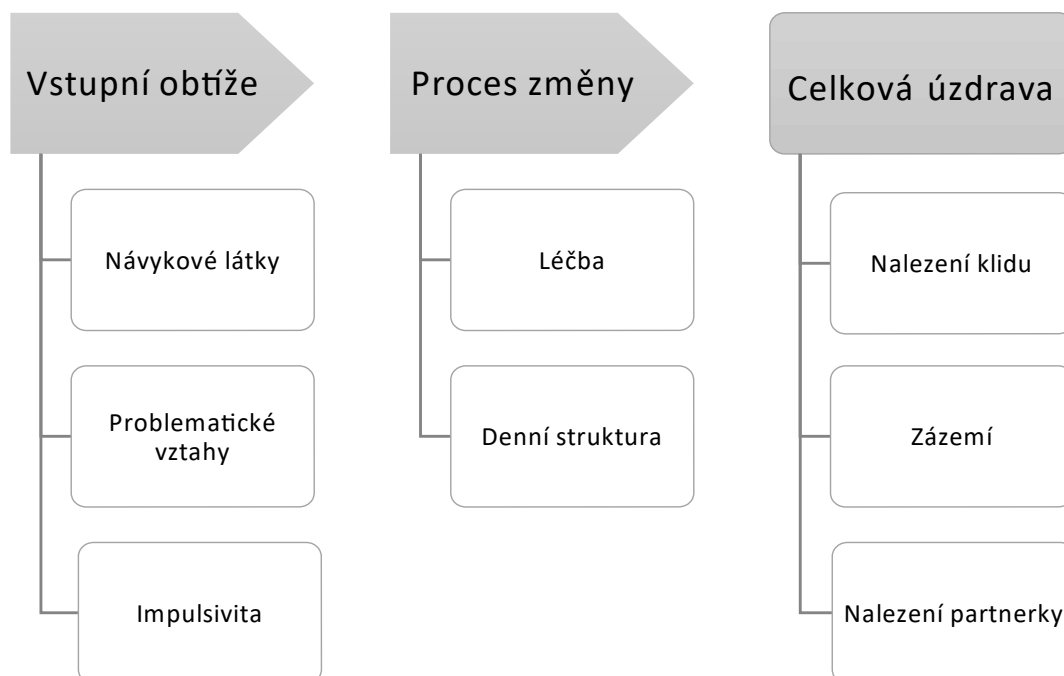
Dan prodělal běžná dětská onemocnění, je po druhém přeléčení hepatitidy typu C (dle Dana už nyní nemusí být dále dispenzarizovaný). Dále udává DNU, kterou neléčí, protože na diagnózu nevěří. Farmakologicky – depotní Fluanxol, Valproát 500mg, Olanzapin 10mg. Je dlouholetým polymorfním abuserem. Kouří 30 cigaret za den, z návykových látek prý „všechno co sežene“. Metamfetamin pravidelně (i.v.), stejně tak THC, anamnesticky také heroin a Subutex. Experimentálně prý vyzkoušel téměř všechno. Užívání alkoholu udává nepravidelně, v poslední době ale až 10 piv denně. Gambling a léky mimo předpis neguje. Rodinná anamnéza Dana poukazuje na nepříliš stabilní rodinné emocionální klima. Rodiče se rozvedli když bylo Danovi 6 let. Otec se zastřelil, pravděpodobně u něj dle Dana probíhalo psychotické onemocnění. Žil tedy s matkou, která se znovu vdala. S otčímem prý vycházel solidně, nyní nejsou od jeho 15 let v kontaktu. Matka je zdráva, pracuje v rodinné bezpečnostní agentuře. Dle Dana se nevidají ačkoliv mu dělá opatrovníci (Dan má částečně upravenou způsobilost k právním úkonům na nakládání s financemi). Má starší a mladší sestru, nevidají se, údajně ale žijí spořádané životy. Dan žije od 18 let sám, případně na ulici. Vyučil se kuchařem, ale v oboru nikdy nepracoval. Pobírá ID 3. stupně, sám může bez opatrovníka disponovat jeho polovinou.

## **Průběh rozhovoru**

Dan je rád středem pozornosti, s participací ve výzkumu tedy souhlasil velmi rád. Sám řekl, že by se o něm mohl natočit i film. Průběh rozhovoru byl příjemný, Dan je velmi sdílný. Hovořil otevřeně, na konci jsem velmi ocenila jeho transparentnost.

## Výsledky IPA rozhovoru s pacientem Danem

Obr. č. 4 – Přehled nadřazených a z nich vynořených témat u pacienta Dana



Zdroj: vlastní

### Vstupní obtíže

Rozhovor s Danem začínáme tím, že se ho přímo ptám na jím vnímané obtíže, které ho přivedly do léčby.

*„Tam je to jakoby těžký rozlišit, člověk se jakoby dostává do takový fáze, že to nevnímá, že má obtíže. Ono je to těžký, asi spíš okolí noto pozná. Já to nemám tak hozený, jakobych nevěděl, že v tý nemoci jsem....Jako šlo o závislosti..s nemocí, no dělo se spoustu věcí to je opravdu těžký to rozlišit no. Prostě drogy, vztahy...Prostě otvíraly se to..hmmm..Totální vyčerpání, debakl..Spíš šlo o ten vztah no, tam to byly boje...pak jsme byly na ulici...Teď jsem bral alkohol a ten pervitin, občas marihuanu.“*

Dan sám své obtíže považuje za spojené nádoby. Do souvislosti dává užívání návykových látek, problematické partnerské vztahy a absenci základních opěrných bodů pro život jako je stabilní zázemí, podpora rodiny nebo zaměstnání.

*„No já si myslím, že jsem si jako slušně vybudoval takovej neřád. Jako neřád v životě, prostě nějakou motivaci nebo prostě se mi to ztenčilo. Prostě chaos. Normální člověk co chodí do práce, je zdravěj v uvozovkách, tak mě dělá hroznej problém se prosadit nebo chodit do práce. Já to neznám, protože jsem už od 17 let léčeněj, beru důchod a nikdy jsem neměl žádněj řád. Mám jenom základní vzdělání, nemám rodinu, nemám nic vybudovanýho, nemám zázemí. Zklamání? To je těžký, já jsem měl těch zklamání tolik...Ale tou léčbou se to lepší, ale po krůčkách, nemůžu mít žádný velký cíle, nebo se zas otočím a tu energii dávám do tý závislosti.“*

Návykové látky hrají v životě Dana zásadní roli. Zpočátku je využíval experimentálně, k revoltě nebo vlastní identifikaci. Skončil ale, jak on sám trefně označuje, jako tulák na cestě životem, v posledních letech ve velmi debaklových stavech.

*„No jak jsem byl v tom drogovým kolotoči...já jsem byl prostě takovej tulák a neměl jsem prostě nic stálýho...nic dlouhodobýho..nic jsem nedokončil, nedotáhl. Už na ZŠ to byly problémy, moc jsem se nezačleňoval, styděl se, červenal se a pak to byly takový jako rebélie. Ale docela dost dlouho jsem byl šťastnej tulák, měl jsem svobodu, ale za tu se pak hodně těžce platí. Dřív aspoň ty lidi víc stáli při sobě. Na tý ulici jde často už o život. Tam bylo prioritní se nějak dostat k jídlu, drogy jako tam byly taky, ale už ne v takovém měřítku. Tam člověk řeší jiný věci. Už před pár lety jsem si říkal, že ulice nikdy víc. Pak jsem léčbu zanedbal a skončil jsem tam znovu. Asi třikrát jsem se léčil z HCV. Já jsem nikdy nebyl..ani ty drogy mě nikdy neovlivnily v nějakěj hynenismus...ale byl jsem zmanipulovatelnej.“*

Při snaze o nastartování nějaké změny mu proces trochu komplikuje jeho impulsivní povaha. Již před lety by trestán za poškozování cizí věci, následovala psychiatrická ochranná léčba ústavní, údajně za krádeže. Zmiňuje i svého otce, kterého neměl šanci moc poznat. Údajně měl také schizofrenní onemocnění.

*„Potřeboval jsem 5 Kč na telefon, vytáhl jsem z popelnice takové dva malé nožičky a jednoho pána požádal o pětikorunu. A oni z toho udělali elpaso, přitom jsem měl z těch nožičků z kontejneru radost. I soudce se tomu smál. Nebo se taky často nechám zmanipulovat ke kravinám, proto mě omezili ve svéprávnosti. Dříve jsem se třeba nechal přesvědčit od kamaráda abych ukradl autorádio a oni mě chytli. Já byl dřív agresivní, že jsem se třeba předávkoval a pak něco rozbil...nebo zkolaboval a skončil na metabolickým. Jel jsem všechno ve velkým. Teď ty emoce...jako bych šel zase od nuly. Osobně se mi to začíná dávat do souvislostí. Ale není to ještě dokonalý. Ale ještě mě čeká ta komunita. Ale já jsem spíš takovej laxní...jestli jsem tohle řešil těma drogama....nevím. Možná to mám po otci. Otec spáchal sebevraždu...Spíš po něm ale budu mít...on taky nic nedotáhnul do konce...nebral léky, myslím, že měl taky schizofrenii.“*

## Proces změny

Hovoříme s Danem o tom, co napomáhá tomu, že se cítí lépe. A co by bylo třeba, by byla stabilita ideálně trvalá.

*„No tak zamezit určitejm vztahům. No změnit konkrétně bydliště. Města změnit, kompletně to zázemí. Takže přes tu komunitu. To bude dlouhá léčba, vůbec se divím, že jsem tady vydržel tak dlouho, to je můj rekord.“*

Je pravdou, že Dan má za sebou skutečně mnoho hospitalizací, nicméně v žádné nesetřval žádný delší čas. Psychoterapeutickou léčbu tedy nikdy nedokončil. Léčebna pro něj byla vždy záchranou stanicí než místem, kde se dá nastartovat proces úzdravy.

*„Vždycky mi ty léčby pomohly...ve smyslu – přežil jsem. A taky jsem se zase naučil nějakýmu tomu řádu. Jinak jako na té ulici, já jsem nikdy nikoho nepoškozoval...jako spíš jsem škodil sobě. Já jsem byl schopnej jít do takovejch extrémů, že...ne že bych si ublížil, to se mi stalo jednou..ale to bylo jenom takový, že jsem si prostě píchnul nůž do ruky, jenom tak zlehka, na to nemám, že by se jako zabil. Ale likvidoval jsem se drogama, jo jako jít do extrému – nespát, furt prostě někde lítat...a tak no. Ničit se prostě tímhle tím způsobem.“*

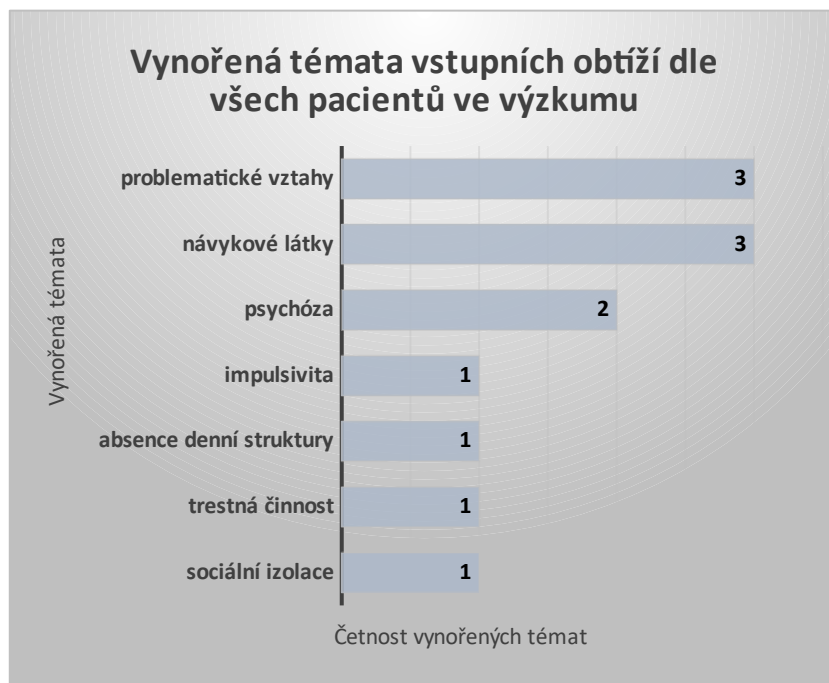
## Úzdrava

To co Dan sám uvádí jako stěžejní k tomu, aby vstupní obtíže eliminoval a bylo mu v životě dobře uvádí celkem bez rozmyslu a spontánně.

*„S penězma já neumím vůbec hospodařit. Snad mi v komunitě poběží čekačka na chráněný bydlení. Nebo ten Fokus jak má více těch služeb. Si zatím třeba nedovedu představit, že bych si nakupoval a tak. Už o nich vim dlouho...ale dřív jak jsem byl mimo, tak jsem si myslel, že jsou ty pracovnice na mě nasazený... Ale celková úzdrava, to je strašně těžká otázka. Asi nějaký zázemí..to všechno časem...třeba rodinu...i když jsem žil takovej odtažitej, tak tu společnost asi potřebuju..asi nejsem takovej samotář. A už mít ve všem prostě klid...takovou pohodu. Postupem let už jsme takovej...že se uklidňuju.“*

## 4.5 Hledání souvislostí napříč tématy u všech pacientů

Graf č. 1 – Vynořená témata vstupních obtíží dle všech pacientů ve výzkumu



Zdroj: vlastní

Jak je zjevné z prvního grafu, nejvíce udávanými vstupními, nebo také aktuálními, obtížemi byly **problematické vztahy a návykové látky**. Nyní blíže k vynořenému tématu problematických vztahů. Dan tyto témata přímo dává do souvislosti, o svém životě hovoří jako o kolotoči. O kolotoči, který postrádá jakýkoliv řád a který je poháněn návykovými látkami a partnerskými vztahy, kde je hlavním pojítkem také užívání právě návykových látek:

*„Jako šlo o závislosti...s nemocí, no dělo se spoustu věcí to je opravdu těžký to rozlišit no. Prostě drogy, vztahy...Prostě otvíraly se to...hmmm...Totální vyčerpání, debakl..-Spíš šlo o ten vztah no, tam to byly boje...pak jsme byly na ulici...Ted' jsem bral alkohol a ten pervitin, občas marihuanu.“*

Petra trápí výčitky, že byl do léčby opět doprovázen bratrem a švagrovou, které zklamaly. Nechávací ho u sebe bydlet, v podstatě se o něj starají, a jakmile se vzdálili, tak Petr zrelaboval. Sám uvádí, že hlavním spouštěčem bylo zapůsobení na slečnu, že dokáže drogu promptně opatřit:

*„Od minulý recidivy, když jsem byl odsud propuštěnej, tak jsem to vydržel těch 14 dní, neuměl jsem vyplnit ten volnej čas, tak jsem začal hulit tu trávu, pak jsem poznal jednu tu holku u který jsem zjistil, že bere i perník, tak jsme spolu začli to a pak jsem dostal tu psychózu. Jsem se s ní stýkal denně, denně jsem za ní jezdil po práci a tohle. No a pak jednoho dne jsem měla volno, koupil jsem perník, chtěl jsem na ní zapůsobit“.*

Také zmiňuje problematický vztah s matkou: *„...která mě má prostě zaškatulkovaného jako feťáka a myslí si, že se mnou prostě lepší to nebude, že budu furt stejnej“.*

I Adama k nástupu do léčby pomohla matka. Ta je sice k Adamovi velmi protektivní, přesto Adam ví, že jí opět přidělal starosti:

*Máma viděla, že už je to se mnou blbý, že mám divný řeči, že už jsem mimo jakoby. Tak zavolala strejdovi a ten mě odvezl sem na urgentní příjem a tam jsem začal něco povídal a nenechali mě ani podepsat dobrovolný vstup“.*

O své partnerce hovoří ve smyslu, že vlastně neví, zda jí ještě má. Adam se v rámci vstupních obtíží zhoršil v rámci základního onemocnění po zvýšené zátěži a užití marihuany a alkoholu.

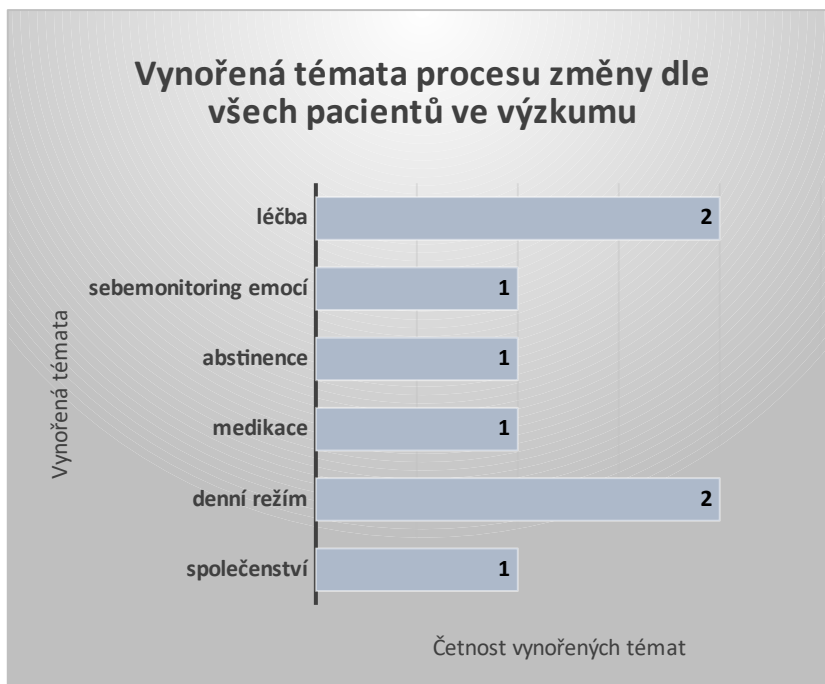
Dalším vynořeným tématem v oblasti vstupních obtíží je Petrem a Adamem zmíněná **psychóza**. Petr svojí psychotickou dekompenzaci nazývá jako *„toxická psychóza“*. Ve své výpovědi nejde příliš do konkretizací, zmiňuje že byl paranoidní a měl tzv. hlasy. Oproti tomu Adam jde do konkretizací přímo. Hovoří o tom, jak stavěl přehradu, vyráběl si dle předlohy historického filmu zbraň aby se případně ubránil. Sám to s úsměvem nahlíží, že *„to už byly varovný znaky, že začíná blbnout“*.

Dan ještě jako zásadní vynořené téma zmiňuje svojí **impulsivitu**. Dan vždy rád dle něj rebeloval a cítil se díky tomu co nejvíce svobodný. Dnes to reflektuje již jako velmi zmáhající a nic moc nepřinášející. Po vlivem návykových látek je část agresivní a mívá potyčky se zákonem:

*„Já byl dřív agresivní, že jsem se třeba předávkoval a pak něco rozbil...nebo zkolaboval a skončil na metabolickým. Jel jsem všechno ve velkým. Ted' ty emoce...jako bych šel zase od nuly“.*

Poslední vynořená témata jsou nejméně frekventovaná, jelikož je udával pouze Pavel. Hovoří o sobě, *„že byl neschopnej, nechodil do práce“*, byl **bez jasné denní struktury**. To, čemu se pak věnoval byla **trestná činnost** nejrůznějšího druhu, která je také hlavním důvodem Pavlova současného ochranného léčení. Naznačuje také **samotářský život** mimo instituce, jako je psychiatrická nemocnice nebo věznice, neměl prý nikdy moc kamarádů.

Graf č. 2 – Vynořená témata procesu změny dle všech ve výzkumu



Zdroj: vlastní

Druhý graf se zaměřuje na subjektivní vnímání pacientů aspektů procesu změny vzhledem k udávaným vstupním obtížím. Nejvíce označovaná byla **léčba** a **denní režim**.

Léčba může být široce zamýšleným tématem. Dan hovoří o léčbě ve smyslu zařízení psychiatrické nemocnice. Sám má za sebou více než 40 hospitalizací a o hospitalizaci v nemocnici hovoří jako o „záchranné stanici“. Petr se také k nemocnici vztahuje jako k „chráněnému prostředí, kde to všechno zvládá“. Útěchou pro Dana i Petra je také vidina času v léčbě, její kontinuita, pokračovat chtějí ještě v terapeutické komunitě.

O denním režimu, který Danovi poskytuje léčba, hovoří jako profitu vzhledem k jeho vstupním obtížím: „Jo jako jít do extrému – nespát, furt prostě někde lítat...a tak no. Ničit se prostě tímhle způsobem“. Stejně tak Pavel ve vstupním obtížích zmiňoval absenci struktury. O procesu změny hovoří ve smyslu:

*„Taky je rozdíl, že už tolik neodpočívám. Dřív jsem víc odpočíval, měl jsem náladu na všechno možný pod téma drogama“.*

Dalším vynořeným tématem, označeným Petrem, je **sebemonitoring emocí**:

*„Tady jako v chráněném prostředí to zvládám všechno. Tady kdyby mě někdo třeba našel, tak bych mu to normálně v klidu vysvětlil. Akorát venku je to těžký, tam se to ve mně prostě hromadí no. Nevím no, tady si to asi nemůžu jakoby dovolit, nebo jako přemějšlim co by pak následovalo. Už jsem to tady řešil i minule. Tady už jsem naštvanej byl, ale zvládl jsem to. Venku bych už vylítl.“*

Adam zmiňuje jako protektivní faktory v procesu změny **abstinenci** a **optimalizaci medikace**. Porušení abstinence byl u Adama jeden z hlavních spouštěčů celkové dekompenzace. Sám v rámci procesu změny říká:

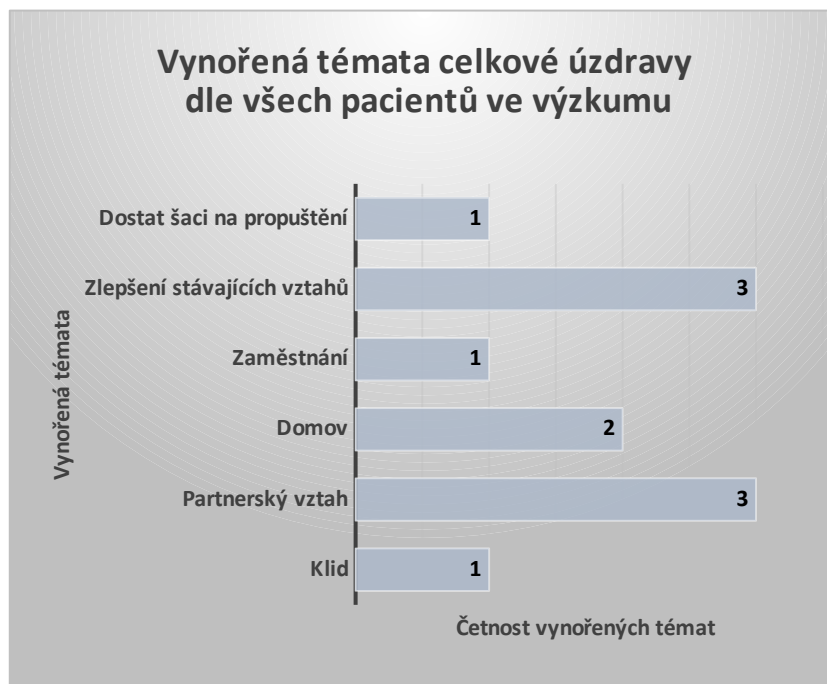
*„Ted' když abstinuju, tak pak třeba budu moct přijet i za tátou. Ale musím si dát pozor na ty kámoše“. Posléze abstinenci konkretizuje: „Ten alkohol a ta marijánka, nesmím si jí pěstovat na zahrádce“. O chvíli později trochu nepřiléhavě ale rozporuje: „Minule jsem to našel třeba na zemi...pervitin. Tak jsem to vyšňupal. Ale to byla náhoda. Pak jsem si dal pivečko, tři dny dojezd a skončil jsem v nemocnici. Ono asi stačí trošičku. Víím, že je to svinstvo, zažil jsem to zamlada, už se k tomu nechci vracet. To spíš tak na pohodičku si dát nějakou travičku“.*

Optimalizace antipsychotické medikace je u Adama skutečně vstupní branou ke změně, sám jednoznačně tvrdí: *„A hlavně ty léky musím brát“.*

Pavel ještě zmiňuje aspekt, kterým je **společenství**. V rámci vstupních obtíží připomínal samotářský život, nyní v rámci změny říká: *„Ten kolektiv mi pomohl – pacienti, sestry...“.* Srovnává s životem mimo nemocnici:

*„Našel sem si nějaký kamarády, dřív jsem jich neměl moc, takže to se jakoby zlepšilo. To je asi tak všechno“.*

Graf. č. 3 – Vynořená témata celkové úzdravy dle všech pacientů ve výzkumu



Zdroj: vlastní

Poslední graf znázorňuje z hlediska zaměření výzkumu vynořená témata nejzásadnější, tedy subjektivní vnímání aspektů úzdravy.

Největší měrou bylo zastoupené vynořené téma **zlepšení stávajících vztahů**. Pavel navazuje na vstupní samotářství i zlepšení v rámci socializace v léčbě. K pohledu do budoucna v rámci úzdravy dodává, že by chtěl: „Mít kolem sebe nějaký blízký lidi“. Adam si pochvaluje zlepšení vztahu s otcem. Předvídá, že pokud bude vést spořádaný život, vezme ho definitivně na milost :

*„Mám tátu co má velkej barák, tam mám i kamarády, tak mě snad podrží. Táta mi dokonce poslal i cigára. Už si voláme častěji než jednou za půl roku“.*

Petr také navazuje na vstupní obtíže, kdy opětovně zklamal své nejbližší. V rámci úzdravy by bylo jeho přáním:

*„Zlepšit vztah se svojí matkou, která mě má prostě zaškatulkovanýho jako feťáka a myslí si, že se mnou prostě lepší to nebude, že budu furt stejnej. Tak jako aby ona pochopila, o čem ta závislost je a trošku i o tý schizofrenii něco věděla, ona to jakoby neřeší. Podpora tý rodiny no, ale ten brácha s tou švagrovou budou pořád“.*

Stejné zastoupení mělo téma stabilního **partnerského vztahu**. Adam má do budoucna dvě predikce:

*„Možná přítelkyně jestli se ke mně vrátí. Nebo si budu muset hledat partnerku, ale to až tak třeba za rok“.*

O přání partnerského vztahu hovoří i Petr:

*„A pak nějaký ten partnerskej vztah s osobou co neužívá. To bych si jako přál hodně, abychom se podporovali, aby ona třeba věděla něco o mý nemoci o mých problémech, abych se mohl s někým o tom popovídat. O všechny partnerský vztahy, který jsem přišel, tak jsem přišel kvůli drogám“.*

Dan potřebu vztahovosti rozšiřuje na přání mít svoji vlastní rodinu: *„třeba rodinu...i když jsem byl takovej odtažitej, tak tu společnost asi potřebuju.. asi nejsem takovej samotář“.*

Dalším vynořeným tématem zde bylo **nalezení domova**. Adam již zmiňoval možnost bydlení ve velkém domě u otce (v současné době bydlel v bytě u matky a jejího přítele). Sám by ale rád opustil město a odešel někam na vesnici, možná na chalupu:

*„ Chtěl bych odejít kamkoliv mimo Prahu, mít nějaké zázemí. Někde kde nebudu znát ty kluby, už mi to tu leze na mozek. Klidně bych byl třeba rok na chalupě.“*

*I Dan vzhledem k jeho, z velké části bezdomoveckému, stylu života by stál o nějaké zázemí, což spontánně označuje ve své odpovědi:*

*„...celková úzdrava, to je strašně těžká otázka. Asi nějaký zázemí. .to všechno časem...“*

Posledními vynořenými tématy jsou nalezení **zaměstnání, celkového klidu a získání šance na nový život**.

Pavel se k zaměstnání hodně vztahuje, zmiňuje jej již při stesku po denní struktuře. Nejprve by ale musel dostat šanci u soudu, což by bylo jeho velkým přáním:

*„Jako abych měl nějakou šanci to ještě zkusit. Ne tu bejt třeba čtyři roky jako tu jsou některý..zas tak moc jsem toho neudělal. Tu šanci by mi měl dát ten soud. Přál bych si bejt propuštěnej, najít si tu práci.“*

Dan vzhledem ke svým vstupním obtížím zmiňuje přání o nalezení vnitřního klidu:

*„A už mít ve všem prostě klid...takovou pohodu. Postupem let už jsme takovej...že se uklidňuju.“*

## 5 DISKUSE A ZÁVĚRY

V této kapitole bude cílem podrobit výsledky výzkumu kritickému zhodnocení. Hlavní výzkumná otázka si klade za cíl zjistit, jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich údravy. Tato otázka může být široce interpretována, zaměřím se tedy na její dílčí otázky, které se jednotlivě na základ výsledků budu snažit zodpovědět. Hlavní výzkumná otázka bude shrnuta na samém závěru.

### **Jaký mají uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu vzhled na své obtíže, kvůli kterým se dostali do léčby?**

Výsledky se zaměřují na konkretizaci aktuálních/vstupních obtíží. Otázka v rozhovoru měla podobu :

*„Jaké jsou hlavní obtíže/příznaky obtíží, kvůli kterým jste léčbu vyhledal? Jsou příznaky stále stejné, vyšší, nižší? Podle čeho tak usuzujete?“*

Nikdo z respondentů neměl absolutně problém na tuto otázku odpovědět, odezva nebyla nikdy dlouhá ani mimo relaci. Indikací k vstupu na oddělení duálních diagnóz je syndrom závislosti či problémové užívání návykových látek a k tomu nějaké duševní onemocnění.

Třikrát zazněla odpověď, že hlavní obtíží byly návykové látky a problematické vztahy. Dvakrát bylo odpovězeno, že psychóza a jedenkrát impulsivita, absence denní struktury, trestná činnost a sociální izolace.

Dan, Petr i Adam se shodují v tom, že hlavní obtíží byly návykové látky. To se jistě nedá rozporovat, u všech se zhoršila kvalita života zejména po zintenzivnění užívání návykových látek. Všichni to také dávají do přímé souvislosti s problematickými vztahy. Dan i Petr se ocitli v partnerském vztahu, jehož součástí bylo i užívání drog. Petr chtěl na potenciální partnerku zapůsobit a Dan zase nedovedl ze „zajetému kolotoče“ vystoupit. Adam zmiňuje svojí matku, na kterou je velmi navázaný a které, relapsem pro zpestření života, opět přidělal mnoho starostí. To, že všichni tři zmínění dávají užívání návykových látek do souvislosti s nezdravými vztahy je, myslím si, velmi zajímavé. Je pro mě pozitivním zjištěním, že na tuto problematiku nahlíží a to šířeji, než stereotypní „užívám drogy proto jsem nyní na adiktologickém léčení“. Myslím ale, že by stálo za větší explorační, zda opravdu, konkrétně Dan a Petr, nahlíží kriticky na své závislé rysy osobnosti, které se zákonitě promítají i do mezilidských vztahů. Mohlo by se také snadno zaměnit za pasivní postoj „nojo, zase v tom byla ženská“, místo přijetí odpovědnosti, jako se to jeví u Adama a jeho péči o starostlivou matku.

Vrátím-li se ale k indikacím k přijetí na oddělení, je třeba zmínit, že jako následující obtíž označili Petr a Adam psychózou. Opět se jedná o aspekt, který ani u jednoho z nich nelze rozporovat. Adam i Petr zásadně psychoticky zdekompenzovali, čímž upozornil své blízké, kteří jim pomohli dostat se do léčby. Oba zmínění žije se svojí nemocí již dlouho a nemají problém o ní mluvit. Dan psychózu jako vstupní obtíž nezmínil, nutno ale dodat, že právě on před vstupem do léčby psychoticky nezdekompenzoval. Ani on nemá v běžném hovoru, ani při terapeutických sezeních o schizofrenii mluvit. Místo psychózy zmínil jako svou následující vstupní obtíž impulsivitu. Zde by se dalo říci, že se jedná o dobrou sebereflexi. Na druhou stranu je ale dobré dodat, že Dana téma impulsivity provází již mnoho léčeb i mnoho spoluprací s orgány činnými v trestním řízení.

Pavel, jakožto čtvrtý respondent nezmínil jakožto vstup do léčby ani obtíže spojené s užíváním návykových látek ani plynoucí ze schizofrenního onemocnění. O návykových látkách Pavel nehovoří téměř vůbec, i na terapeutických programech toto téma považuje za uzavřené. Stejně tak ani nehovoří o schizofrenním onemocnění. Jako své vstupní potíže Pavel označil absenci denní struktury, trestnou činnost a sociální izolaci. Je pravdou, že Pavlovi skutečně v životě mimo hospitalizace nebo výkon trestu odnětí svobody jakýkoliv řád či struktura chybí. Není se vlastně čemu divit, že promptně označil páčání trestné činnosti. Pavel současné době vykonává ochranné léčení ústavní z psychiatrické indikace. V nemocnici je již déle než dva roky, adiktologickou léčbu absolvuje, aby „získal body k dobru“ při rozhodování o případném propuštění a také z důvodu bazální motivace. Je vidno, že je Pavel v léčbě spíše pasivní a samotářský. Zajímavé tedy je, že jako další obtíž označil sociální izolaci. Společenský kontakt příliš nevyhledává, přesto to ukazuje na fakt, že je pro něj vědomí komunity prospěšné.

### **Jak se změnila míra těchto obtíží před koncem léčby?**

Další úsek výzkumu, a tedy i směřování rozhovoru se centruje na proces změny respondentů. Otázky tohoto úseku byly:

- *„Co je potřeba k tomu, aby „to co Vás dostalo“ minule (před nástupem do léčby) Vás nedostalo znovu?“*
- *„Jakou vnímáte změnu ve vlastní schopnosti snášet zátěž nebo nějaké zklamání?“*
- *„Máte pocit, že jste nyní díky léčbě více připraven venku čelit těžkostem, které vnější svět může přinášet? Co je to, co Vám pomohlo se více „zocelit“?“*
- *„Jak se změnil Váš pohled na Váš život?“*
- *„Máte pocit, že nyní zvládáte pozorovat/monitorovat své emoce? Pokud ano, uveďte prosím na příkladu.“*

Největší zastoupení měla v tomto případě léčba a denní režim. V menší míře se pak objevovaly odpovědi jako sebemonitoring emocí, abstinence, medikace a společenství.

Jak již bylo naznačeno ve výsledcích, interpretace léčby může mít opět široké pojetí. Dan se vztahuje instituci, tedy k psychiatrické nemocnici. Označuje jí za záchranou stanici a chráněné prostředí. Z pozice terapeuta jsem ráda, že se Dan v léčbě cítí bezpečně, vzhledem ale k jeho mnohočetným hospitalizacím, mám upřímné obavy, aby v léčebně „nezapustil kořeny“. Vráťm – li se k jeho vstupním obtížím, je patrné, že má tendenci opět navazovat vztah. Tvrdila bych si říci, že pokud se Danovi podaří navázat zdravý a smysluplný vztah s blízkou osobou, riziko hospitalismu se sníží. O tom ale více až v úseku celkové údravy. Petr, se stejně jako Dan vztahuje spíše k instituci, konkrétně k chráněnému místu, kde všechno zvládá. Další podobností je pak fakt, že oba chtějí pokračovat v léčbě v terapeutické komunitě pro klienty s duální problematikou.

Denní režim, jako aspekt procesu změny označili Dan a Pavel. Při hovoření o vstupních obtížích Dan metaforicky popisoval kolotoč ve kterém se před léčbou nacházel. Vnímám tedy pozitivně, že subjektivně vnímá, pro někoho leckdy pruděrní, denní režim jako to, co pomáhá. Pavel vnímá užitečně to, že zde není tolik laxní, nemá tendenci tolik odpočívat, což jak kriticky hodnotí, ho akorát spouštělo k chutím obstarat si drogu. Zastavím-li se ještě u Pavla, dalším aspektem procesu změny je dle něj společenství. Opět mě to vrací k jeho vstupním obtížím, kde označil sociální izolaci. Popisuje, že si zde našel nějaké kamarády (což bylo příjemné slyšet, zvenčí to tak vzhledem k jeho samotářství příliš nevypadá) a i běžný denní „small talk“ se sestřičkami mu dělá dobře.

Petr dále hovoří o sebemonitoringu emocí. Nyní se poprvé dostáváme k účinnosti psychoterapie. Na individuálních i skupinových sezeních je pacient v ideálním případě soustavně v kontaktu nejen se svými emocemi, a i v systematické prevenci relapsu se právě jejich sebemonitoring využívá k primární identifikaci potenciálního spouštěče. Pacienti zde v léčbě jsou povinni zaznamenávat každý den své pocity do deníku. Je dobré slyšet, toto považuje Petr za účinný faktor v léčbě, zmiňuje i konkrétně svou práci s impulsivitou. Tu sice ve vstupních obtížích nezmínil, ale je zjevné že souvisí s jeho nutkavostí k užívání návykových látek, zejména je-li nablízku žena, na kterou by rád udělal dojem.

Na rozdíl od Petra, Dan impulsivitu jako vstupní obtíž uvedl, ale zde se k ní již nevztahuje. Přesto, že je ale dle něj i dle psychiatrické dokumentace veden s nálepkou „potíživý“, v léčbě, nebo jak on označuje v „záchrané stanici“ nikdy žádný konflikt, který by nebyl terapeuticky nosný, neřešil.

Adam dále ještě uvádí medikaci a abstinenci. Je až s podivem, že v procesu změny a ke zmírnění obtíží oba dva komponenty uvedl jen jeden z respondentů. Upřímně řečeno, bez

zejména dobře nastavené medikace by ani jeden z účastníků zdaleka tak dobře neprosperoval. Ruku v ruce s porušením abstinence jde také často vynechání denní (případně depotní) medikace, zejména té z řady antipsychotik. Adam, jako hlavní vstupní obtíž uvedl návykové látky i psychózu, a vnímám jako pozitivní, že si je vědom toho, co je třeba ke zmírnění obou obtíží.

### **Jaké aspekty úzdravy považují tito pacienti za důležité?**

Nyní se dostávám k samotnému zakončení výzkumu. Otázky směřující k celkové úzdravě byly:

- *„Jak Vy sám/sama nyní hodnotíte připravenost na blížící se konec léčby? Zkuste se zamyslet nad aspekty nejen „medicínskými“, ale i sociálními, ekonomickými.“*
- *„Co zbývajícího podle Vás ještě zahrnuje celkový proces úzdravy/ uzdravení?“*

Mezi nejvíce frekventované odpovědi směřované k tomu, co podle pacientů zahrnuje celková úzdrava patřily zdravé, stabilní a smysluplné vztahy. Dalšími uvedenými komponenty bylo stabilní bydlení, zaměstnání, nalezení klidu a získání šance žít spořádaný život mimo psychiatrickou nemocnici.

V teoretické části práce bylo zmíněno, že pěstování zdravých vztahů je na cestě k úzdravě prospěšné. Sdělení ale pokračovalo tím, že tyto vztahy by již neměly být stavěny na podkladech nedůvěry či traumatizace (aby pak byly opět nezralé nebo funkcionální). Ti co tento aspekt označili jsou jistě nositeli závislých rysů osobnosti, tedy zakládají i závislé partnerské vztahy, případně se jim z podobného principu ještě nepodařilo „vylétnout z hnízda“. Je pak k zamyšlení pro budoucí terapeutickou práci, zda bude v rámci celkové úzdravy možnost získání stabilního vztahu k sobě samému.

Pavel není více než 10 let v kontaktu se svojí matkou, otec s největší pravděpodobností již nežije. V posledních letech je ve společnosti spoluodsouzených nebo spolupacientů. Ačkoliv se prostředí nemusí zdát k pěstování zdravých vztahů nikterak ideální, nutno uznat, že Pavel se vždy ve společnosti osob „co jsou na tom podobně“ velmi projasní. Někdy se pak u tzv. zapouštění kořenů v těchto institucích můžeme setkat s termíny prisonifikace nebo hospitalismus. Mě zaujalo označení prof. Komárka, a sice ekleziomorfní struktura<sup>4</sup>. Pavel tento druh specifického společenství mohl jistě zažít v rámci mnoha

---

4 Termín se užívá k označení struktur podobným strukturám církevním. Církevní v tomto kontextu neznamená pojetí teologické, nýbrž sociologické. Struktury svou činnost neustále očišťují od heretických směrů a součástí bývá i jejich pronásledování, diskreditace či likvidace. Představiteli může být třeba středověký klérus nebo komunistická strana zemí východního bloku. Zárodky těchto struktur lze spatřovat v mužských klubech nebo

hospitalizací či pobytech ve vězení. Vymanění se z těchto ryze mužských struktur může být obtížné, hypotézu partnerského vztahu zatím Pavel ani nezmiňuje.

Adam popisuje v rámci léčebného procesu, že ho otec pomalu „bere na milost“. Je dokonce dle něj možné, že ho k sobě vezme bydlet. Matka Adama při něm vždy stojí, v rámci jeho hospitalizací ho podporuje, nedá se ale jistě říci, že by vzhledem k Adamovým excesům byl vztahem ideálním. Adam by si přál nejen zlepšení vztahů v rámci své primární rodiny, ale prožívání vztahu partnerského. Petr sám sebe často popisuje jako „nezbedné dítě“. Do léčby se vždy dostane po nějakém, opět dle něj „zlobení“ za doprovodu svého bratra a jeho ženy. Na ty se velmi spoléhá. Ví, že u nich má stabilní zázemí, které ale není vzhledem k jeho chování do budoucna samozřejmostí. Po fyziologickém i morálním vystřízlivění má vždy velké výčitky, a to nejen k bratrovi se švagrovou, ale i k matce u které by rád opět získal důvěru. Nechtěl aby byl v jejích očích do konce života s nálepkou „feťáka“, nad kterým lze jen zlomit hůl.

Petr by si také přál nějaký stabilní partnerský vztah. Slovo stabilní je zde skutečně na místě, jelikož dosavadní vztahy byly spíše z drogového prostředí, které u Petra vedly k mnohočetným relapsům obou onemocnění. Chtěl by, aby potenciální přítelkyně měla pochopení k jeho křehké struktuře osobnosti a on by mohl být zcela transparentní v rámci svých onemocnění. Dan v rámci úzdravy také kladl důraz na prožití zdravého partnerského vztahu. Rád by časem založil i rodinu. Podobně ale jako u Petra, i Dan své partnerky hledal nejvíce v centru drogové scény nebo v léčbě.

Dalším, opakujícím se, aspektem úzdravy bylo dle pacientů získání stabilního bydlení. Bydlení je, myslím si, nezbytnou startovací fází k práci na dalších aspektech úzdravy. Adam žil dosud s matkou a jejím, dnes již zesnulým, partnerem. Má možnost, pokud se vztah s otcem bude vyvíjet slibně, možnost bydlet u něj v rodinném domě. On by nejraději odjel někam mimo ruch města na chalupu, kde by si užíval sám nebo s partnerkou samotářský život. Dan už je nyní rozhodnutý, že po dobu co bude v terapeutické komunitě, se bude posouvat kupředu na čekací listině na chráněné bydlení. Zadaří-li se, bude to jeho první zkušenost se solidním a zodpovědným přístupem k vlastnímu domovu.

Pavel jako druhé zásadní zmiňuje získání nějakého stabilního zaměstnání. Je pravdou, že pokud má možnost dostat se do léčebenských dílen, kde může něco manuálně tvořit, je ve svém živlu. Jen ho někdy přemůže, též typická pro dlouhodobé oddělení následné péče, nepřekonatelná lenost. Zmiňuje, že by mohl pracovat v dílně, kde pracoval jeho otec než zemřel.

---

feministických hnutí (Komárek, 2011).

Zastavím-li se ještě u Pavla a o jeho smýšlení o celkového úzdravě, jako poslední uvedl, že by si přál ještě dostat šanci k tomu být propuštěn z ochranného léčení a začít žít svobodný život. Pavel je v hospitalizován již více než dva roky a je pro něj odstrašující, že mnozí ze spolupacientů jsou tam minimálně čtyři roky. Oddělení duálních diagnóz je oddělením terapeutickým, čili je zde zásadou podporovat k dalšímu svobodnému a nezávislému stylu života. Oddělení, kde ale Pavel strávil většinu času je z principu represivní, kde není moc prostoru pro odměny oproti restrikcím.

Dan ještě svou úvahu o úzdravě doplňuje o nalezení vnitřního klidu. Sám svůj život popisuje jako velmi roztěkaný, skoro až archetypálně se jakožto polymorfní uživatel drog označuje za tuláka<sup>5</sup>. Je také kritický ke své impulsivitě, kterou dovede dobře reflektovat právě v bezpečném prostředí a střízlivý.

Nyní k cíli a hlavní výzkumné otázce. Cílem bylo zjistit, jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich úzdravy. Z mého subjektivního pohledu byl cíl naplněn. Záměrně užívám termínu „subjektivního“, jelikož výsledky jsou mou subjektivní interpretací na základě subjektivních sdělení respondentů.

Respondenti, tedy subjekty výzkumné části, byli ve finální fázi čtyři pacienti z X v Psychiatrické nemocnici Y. Původně bylo osloveno pacientů šest (pět mužů a jedna žena). Pacientka si účast ve výzkumu i přes počáteční souhlas spontánně rozmyslela což jsem samozřejmě respektovala. S dalším pacientem po vzájemné dohodě nedošlo ke sběru dat prostřednictvím interview vzhledem k velmi křehké stabilitě jeho psychického stavu. To jistě jednou z možností potenciálního zkreslení dat. Další rizika se kterými jsem se v procesu výzkumu setkala jsou přítomny zejména v úseku interpretace výsledků. Dávala jsem si pozor, abych ve vynořených tématech a jejich souvislostech neviděla co například nevědomě vidět potřebuji. Dávat si tedy „pozor na všechny nevědomé obsahy“ je ambiciózní strategie, nicméně uznávám, naivní.

Nedostatkem práce je, jak tomu ostatně bývá u případových studií, obtížná zobecnitelnost na širší vzorek a těžko lze technicky provádět kontroly spolehlivosti vzhledem k subjektivním interpretacím. Za důležité považuji připomenout další z možných limitů práce, a sice, že pacienty jako terapeut znám. Prostředí, které je bezpečné a otevřené ke sdílení jsem upřednostnila před co možná nejvyšším možným eliminováním rizika nestrannosti z mé strany nebo účelovým či neautentickým vyjádřením ze strany respondentů. I samotný výběr

---

<sup>5</sup> Zaujala mě citace o tulákovi v závěrečné práci Růžičkové (2015, s. 20): *“ Svoboda tuláka je svobodou osoby usilující o mystickou zkušenost s bytím, která je především komunitární, vždy totiž vyžaduje pomoc druhého. Hlavním rysem osoby tuláka je vyjadřovat silnou osobnost, která ovšem nabývá smyslu pouze v nitru pevně stmelené skupiny”*.

respondentů, jak bylo uvedeno výše byl proveden s velkou opatrností vzhledem ke křehkosti jejich psychického stavu. Předností výzkumu by mohl být unikátní vhled do prožívání specifické adiktologické klientely v reálném čase, který je může být podnětný pro další terapeutickou práci se schizofrenními pacienty v adiktologickém oboru.

Doporučením k dalšímu zkoumání je budoucí možné obsáhnutí většího výběrového souboru i v dalších léčebných institucích více výzkumníky. Co se týče pacientů v mém výzkumu, osobně by mě zajímalo, jak se jim daří na cestě k trvalé úzdavě, jaké překážky případně překonávají a zda by byli třeba ochotni participovat v možném „follow – up“ interview.

## 6 SEZNAM ZKRATEK

AMT: Adiktologický multidisciplinární tým

AT: alko-toxo

CDZ: Centrum duševního zdraví

Dg: diagnóza

ECT: Elektrokonvulzivní terapie

F10 – F19: kódy v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek)

F20 – F29: kódy v Mezinárodní klasifikaci nemocí chizofrenie, (Poruchy schizotypální a poruchy s bludy)

HCV: hepatitida typu C (z anglického hepatitis C virus)

I.V.: intravenózní

ID: invalidní důchod

IQ: inteligenční kvocient

LSD: Diethylamid kyseliny lysergové (z německého Lysergsäurediethylamid)

MKN – 10:

NCS: Národní průzkum komorbidity (z anglického National Comorbidity Survey)

NÚDZ: Národní ústav duševního zdraví

ROR: Rorschachův test

SOU: střední odborné učiliště

SŠ: střední škola

TAT: Tématicko apercepční test

THC: tetrahydrokanabinol (z anglického tetrahydrocannabinol)

TK: terapeutická komunita

ÚP: Úřad práce

ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky

VTOS: výkon trestu odnět svobody

WAIS III: Wechslerův test inteligence pro dospělé (z anglického Wechsler Adult Intelligence Scale)

WHO: Světová zdravotnická organizace (z anglického World Health Organization)

ZŠ: základní škola

## 7 POUŽITÉ ZDROJE LITERATURY

Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. Aeskulap (2. vyd.). Praha: Mladá fronta.

Bennet, M. (2017). Treatment of substance use disorders in schizophrenia. *American journal od drug and alcohol abuse*, 43(4), 377–390.

Co-morbidity: In EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway [online]. 2004 [cit. 2020-11-25]. ISSN 2315-1463. Dostupné z: [emcdda.europe.com](http://emcdda.europe.com)

Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Jessenius (3., rozš. vyd.). Praha: Maxdorf.

Dvořáček, J. (2003). Střednědobá léčba ústavní. in: Kalina, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborý přístup* (pp. 195 - 200). Praha: Úřad vlády ČR.

Foitová Z. (2011) *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

Fox, L. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch: (Integrated dual disorders treatment - IDDT) : aktualizovaná a rozšířená příručka : nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Goffman, E. (2003). *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Most (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství.

Janoušková et al.(2016). *Stigmatizace v České republice* [online]. [cit. 20.11.2020]. Dostupné z:[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR\\_zprava\\_NUDZ.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf).

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

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

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.

Kalina, K., Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. Kapitola 9, in: Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie* (pp. 211 – 231). Praha: Grada Publishing.

Kessler R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730–737. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>

Komárek, S. (2011). *Eseje o lidských duších a společnosti*. Praha: Argo.

Koncept "potenciálu pro uzdravu" v adiktologii. (2015). In *Úzdrava & drogy: Sborník odborné konference* (pp. 13 - 22). Praha: SANANIM.

Koubová, M. (2015). Stigmatizace duševně nemocných v Česku přetrvává. Podporují ji média i politici. *Zdravotnický deník*.

Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). In *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (2013 ed., pp. 9 - 43). Brno: Masarykova univerzita.

Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. in: Kalina, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (pp. 107 - 112). Praha: Úřad vlády ČR.

Levenson, H. *Krátká dynamická psychoterapie*. Praha: Portál.

Maršálek, M. (2008). Schizofrenie a drogové závislosti. *Solen*, 9(6), 269-272.

Metodika podpory nových služeb v oblasti péče poskytované adiktologickým multidisciplinárním týmem. In. Retrieved November 29, 2020, from

<https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-novych-sluzeb-v-oblasti-pece-poskytovane-adiktologickým-multidisciplinárním-týmem/>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mravčík, V. a kol. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002*. Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., et al., (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České Republiky.

Mudrová, H. (2008). *Stigmatizace klientů s duševním onemocněním nepsychiatrickými zdravotníky. Hradec Králové, 2008.* (Bakalářská práce). Hradec Králové.

Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. in: Kalina, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (pp. 233 - 237). Praha: Úřad vlády ČR.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing.

Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76–78.

Pěč, O. (2019). Destigmatizace. Praha: Česká psychiatrická společnost.. Retrieved November 29, 2020, from <https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>

Perlík, F. (c2011). *Základy farmakologie*. Základy (Galén) (2., přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Galén.

Preiss, M., & Přikrylová Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

*Psychiatrická péče 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

*Psychiatrická péče.* (2019). Praha: ÚZIS .

Raboch, J., & Zvolský, P. (c2001). *Psychiatrie.* Praha: Galén.

Roubal, J. (eds), Holub, D, (2010). Psychodynamická psychoterapie. Kapitola 5, in: Vybíral, Z. Roubal, J. (eds.), *Současná psychoterapie* (p.83).Praha: Portál.

Růžičková, K. (2015). *Obchodní centrum, utopie naší doby. Rozbor designu a uspořádání prostoru obchodního centra*(Diplomová práce). Praha.

Smolík, P. (1997). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika* (2. rev. vyd.). Praha: Maxdorf.

Sobotka, J. (2017). *Potřeby lidí s duálními diagnózami v terapeutické komunitě.* (Diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.

Šupa J. (2016). *Expertíza pro cílovou skupinu „ osoby s duševním onemocněním“.* Klecany.

Šupa, J., (2010). Využití psychoterapie v rámci psychosociální rehabilitace lidí se závažným duševním onemocněním. Kapitola 31, in: Vybíral, Z. Roubal, J. (eds.), *Současná psychoterapie* (pp.,475 - 493).Praha: Portál.

Švaříček, R., Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál.

Torrens, M. (2017). Dual diagnosis: a European perspective, 29(1), 3-5.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019.. Retrieved November 29, 2020, from <https://mkn10.uzis.cz>

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(3), 144 - 150.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál.

Viktorinová, M. (2016). Co je duševní zdraví? Praha: Psychoanalýza dnes.. Retrieved November 29, 2020, from <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/06/06/co-je-dusevni-zdravi/>

*Základní principy péče poskytované v CDZ: Principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz.* (n.d.). Praha.

*Zaostřeno na drogy.* (2007). (Vol. 5). Úřad vlády České republiky.

## **8 PŘÍLOHY**

**8.1 Příloha č. 1 - Schéma otázek polostrukturovaného interview vycházející z cílů krátké psychodynamické psychoterapie**

**8.2 Příloha č. 2 - Informace pro účastníka výzkumu**

**8.3 Příloha č. 3 - Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu**

**Příloha č. 1 - Schéma otázek polostrukturovaného interview vycházející z cílů krátké psychodynamické psychoterapie**

1. Redukce úzkosti a napětí  
*Při nástupu do léčby Vám nebylo příliš psychicky dobře, je to tak? Jak se změnilo Vaše prožívání úzkosti a napětí oproti nástupu do léčby?*
2. Snížení či vymizení příznaků  
*Jaké jsou hlavní obtíže/příznaky obtíží, kvůli kterým jste léčbu vyhledal? Jsou příznaky stále stejné, vyšší, nižší? Podle čeho tak usuzujete?*
3. Vhled do vnitřních obtíží a vyvolávajících situací  
*Vrátíme-li se k těmto obtížím, o co se konkrétně jednalo? Je Vám nyní více jasné, co tyto obtíže vyvolává?*
4. Pochopení pro lepší řešení a snaha o ně  
*Co je potřeba k tomu, aby „to co Vás dostalo“ minule (před nástupem do léčby) Vás nedostalo znovu?*
5. Zvýšení frustrační tolerance  
*Jakou vnímáte změnu ve vlastní schopnosti snášet zátěž nebo nějaké zklamání?*
6. Lepší zvládnání těžkostí, které přináší vnější svět  
*Máte pocit, že jste nyní díky léčbě více připraven venku čelit těžkostem, které vnější svět může přinášet? Co je to, co Vám pomohlo se více „zocelit“?*
7. Určitá změna v nazírání na život  
*Jak se změnil Váš pohled na Váš život?*
8. Schopnost sebepozorování  
*Máte pocit, že nyní zvládáte pozorovat/monitorovat své emoce? Pokud ano, uveďte prosím na příkladu.*
9. Určitá míra vnitřní jistoty, která dovoluje terapii ukončit  
*Jak Vy sám/sama nyní hodnotíte připravenost na blížící se konec léčby? Zkuste se zamyslet nad aspekty nejen „medicínskými“, ale i sociálními, ekonomickými).*
10. *Co zbývajícího podle Vás ještě zahrnuje celkový proces uzdravy/ uzdravení?*

## **Příloha č. 2– Informace pro účastníka výzkumu**

### **INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU**

**Název projektu: Kvalitativní analýza prožívání a hodnocení procesu úzdravy uživatelů návykových látek s poruchami schizofrenního okruhu**

**Hlavní řešitel:** Bc. Eliška Blažíčková

**Vedoucí diplomové práce:** doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti v diplomové práci. Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

#### **Co je cílem a očekávaným přínosem výzkumu?**

Cílem výzkumu je zjistit, jak uživatelé návykových látek s poruchou schizofrenního okruhu hodnotí a prožívají proces jejich úzdravy. Očekávaným přínosem pak - získání nových poznatků pro dobrou praxi, zkvalitnění individualizovaného přístupu k pacientovi v průběhu terapie zaměřené na úzdravu.

#### **Vaše zapojení do výzkumu**

Absolvování zhruba 90 minutového sezení, kde s Vámi řešitel provede polostrukturované interview. Základní struktura otázek je zaměřena na vzhled do Vašich současných obtíží, na vnímání změny prožívání v léčbě a další aspekty celkové úzdravy. Další zdroje dat k analýze a následné interpretaci bude lékařská dokumentace (anamnestická data, zápisy ze skupinových i individuálních terapií) a přímé pozorování.

#### **Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu**

Pokud se výzkumu zúčastníte, bude v něm vystupovat pouze pod anonymním kódem vyznačeném na Informovaném souhlasu ke studii. V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohl být identifikován, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje.

#### **Dobrovolná účast ve výzkumu a podmínky k odstoupení:**

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu.

**Další informace o studii můžete získat od Bc. Elišky Blažíčkové e-mailem ([Eblazick@gmail.com](mailto:Eblazick@gmail.com)) nebo telefonicky (732 551 987).**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

### **Příloha č. 3 – Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu**

#### **INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU**

**Název projektu: Kvalitativní analýza prožívání a hodnocení procesu uzdravy uživatelů návykových látek s poruchami schizofrenního okruhu**

**Hlavní řešitel:** Bc. Eliška Blažíčková

**Vedoucí diplomové práce:** doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

**Kód účastníka výzkumu:**

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu pro mou diplomovou práci k završení studia na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s:

účastí ve výzkumu

nahrávkou interview

poskytnutím těchto písemných dokumentů \_\_\_\_\_

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli budoucnu uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na řešitele studie, tedy na Bc. Elišku Blažíčkovou, případně e-mailem ([Eblazick@gmail.com](mailto:Eblazick@gmail.com)). Na řešitele studie mohou směřovat i veškeré mé stížnosti.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž 1 obdrží účastník výzkumu a jeden řešitel jako součást dokumentace.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis účastníka výzkumu

(případně možnost místo podpisu dělit souhlas jako součást audionahrávky interview)

Prohlášení tazatele

Já, Bc. Eliška Blažíčková, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis tazatele: \_\_\_\_\_