

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Vilma Táborská

## **Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu**

*Případové studie klientů programu case managementu Adiktologické ambulance SANANIM – uživatelů metamfetaminu se závažnou psychiatrickou komorbiditou*

## **Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence**

*Case studies of clients from a case management program of SANANIM addictology ambulance – methamphetamine users with severe psychiatric comorbidity*

### **Diplomová práce**

Vedoucí práce: PaedDr. Martina Richterová Těmínová

Praha 2017

**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 17. 7. 2017

Bc. Vilma Táborská

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce PaedDr. Martině Richterové Těmínové za inspirativní pohledy na práci s klienty, stejně tak kolegům z Adiktologické ambulance SANANIM za odborné konzultace a podporu při dokončení studia.

**Identifikační záznam:**

TÁBORSKÁ, Vilma. *Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. [Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence]*. Praha. 2017. 65 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce PaedDr. Martina Richterová Těmínová

## **Abstrakt**

Cílem diplomové práce je popsat pomocí případových studií spolupráci s klienty/uživateli metamfetaminu se závažnou psychiatrickou poruchou ze schizofrenního okruhu za použití metody case managementu.

Teoretická část shrnuje dosavadní poznatky o negativních důsledcích užívání metamfetaminu se zacílením na závažnou psychiatrickou komorbiditu ze schizofrenního okruhu. Obsahuje rešerši výzkumných studií (českých a zahraničních), informace o konkrétních komorbidních diagnózách a popis práce metodou case managementu včetně její konkrétní aplikace v rámci Adiktologické ambulance (AA) SANANIM.

Praktická část obsahuje tři případové studie strukturované do šesti oddílů: (1) Inicie vstupů do programu, (2) Místo prvního kontaktu a setting, (3) Vstupní zhodnocení a indikace, (4) Navazování vztahu a vývoj spolupráce, (5) Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami, (6) Výsledky spolupráce zaměřené na změny ve vztahu k: komorbidnímu onemocnění, závažnosti a frekvenci užívání primární drogy a dalších návykových látek, sociální situaci a vztahovému uzdravování.

Klienty AA SANANIM jsem vybrala metodou záměrného účelového výběru na základě stanovených kritérií: (1) sedmiměsíční doby spolupráce s minimálním počtem 28 osobních kontaktů (zhruba odpovídá frekvenci jedenkrát týdně), (2) se závislostní problematikou diagnostikovatelnou jako škodlivé užívání, nebo závislost na metamfetaminu a (3) s přítomností závažné psychiatrické komorbidity – psychotického onemocnění z okruhu schizofrenií.

Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi malý soubor klientů, nelze výsledky zobecňovat. Lze v nich však nalézt doporučení pro praxi s cílovou skupinou a inspiraci pro další zkoumání oblasti, neboť se jedná o poměrně mladou a teprve se rozvíjející oblast adiktologických služeb.

## **Klíčová slova**

duální diagnóza – psychiatrická komorbidita – schizofrenie – metamfetamin – case management

## **Abstract**

The aim of this diploma thesis is to describe cooperation with clients / users of methamphetamine with a severe psychiatric disorder from the schizophrenic spectrum using case management methods.

The theoretical part summarizes current knowledge of the negative consequences of using methamphetamine, focussing on serious psychiatric comorbidity from the schizophrenic spectrum. It includes research of current studies (both Czech and foreign), information on specific comorbid diagnoses and a description of the case management method, including its specific application within the SANANIM addictology ambulance.

The practical part contains three case studies structured into six sections: (1) Initiation of the program entry, (2) The first contact and setting, (3) Entrance evaluation and indication, (4) Establishing a relationship and developing cooperation, (5) Cooperation with other experts and stakeholders (6) The results of cooperation focussed on changes in relation to: comorbid illness, severity and frequency of use of a primary drug and other addictive substances, social situation and relational healing.

I chose AA SANANIM clients by a deliberate targeting method based on the following criteria: (1) 7-month co-operation with a minimum of 28 personal contacts (roughly equivalent to once a week), (2) dependency issues diagnosed as harmful use or methamphetamine dependence; (3) with the presence of severe psychiatric comorbidity – a psychotic illness from the schizophrenia spectrum.

Since it is a very small set of clients, the results cannot be generalized. However, recommendations can be found for practice with a target group and inspiration for further exploration of the topic as it is a relatively young and growing area of addictological services.

## **Keywords**

dual diagnosis – psychiatric comorbidity – schizophrenia – methamphetamine – case management

## Obsah

1	Úvod.....	5
	TEORETICKÁ ČÁST .....	7
2	Pojmy a teoretická východiska .....	7
2.1	Psychiatrická komorbidita, „duální diagnóza“ .....	7
2.2	Užívání metamfetaminu ČR a ve světě .....	8
2.3	Negativní psychické následky užívání metamfetaminu .....	9
3	Studie zaměřené na výskyt psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu .	10
3.1	Informace o výskytu dalšího duševního onemocnění u uživatelů metamfetaminu z dosavadního zahraničního výzkumu .....	10
3.1.1	Studie zaměřené všeobecně na přítomnost psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu .....	11
3.1.2	Studie zaměřené na psychotické poruchy u uživatelů metamfetaminu .....	12
3.1.3	Studie zaměřené na neurokognitivní poškození vlivem užívání metamfetaminu .....	13
3.2	Výzkumná činnost v oblasti závažné psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu v českých podmínkách.....	14
4	Nejčastější psychiatrická komorbidita, diagnózy a popis symptomů .....	16
4.1	Schizofrenie .....	17
4.1.1	F20.0 Paranoidní schizofrenie.....	19
4.1.2	F20.1 Hebefrenní schizofrenie .....	19
4.2	Schizoafektivní poruchy .....	20
4.2.1	F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ.....	20
4.3	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek .	20

4.3.1	F15.5 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancí včetně kofeinu. Psychotická porucha.....	20
4.3.2	Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem.....	21
4.4	Poruchy osobnosti.....	22
5	Práce s klientem metodou case managementu .....	23
5.1	Zásady práce metodou case managementu .....	24
5.2	Vztah jako základní nástroj přístupu .....	24
5.3	Role case managera .....	25
5.4	Modely case managementu využívané při práci s klienty ohroženými závislostí na návykových látkách.....	26
5.4.1	Brokerský model .....	27
5.4.2	Asertivní komunitní léčba .....	27
5.4.3	Intenzivní case management .....	27
5.4.4	Klinický / rehabilitační model .....	27
5.4.5	Efektivita case managementu.....	28
5.5	Psychoterapie a case management .....	29
6	Recovery .....	29
7	Program Case managementu v Adiktologické ambulanci SANANIM .....	31
7.1	Cílová skupina programu case managementu.....	32
7.2	Model case managementu.....	33
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	36
8	Cíl práce .....	36
9	Dílčí cíle .....	36
10	Typ výzkumu, metody.....	36
11	Výběr klientů.....	37

12	Metoda sběru dat .....	38
13	Etické aspekty .....	38
14	Případová studie č. 1.....	39
14.1	Iniciace vstupu do programu; zprostředkování kontaktu mezi klientem a programem CM .....	39
14.2	Místo prvního kontaktu, okolnosti, setting .....	39
14.3	Vstupní zhodnocení a indikace .....	40
14.4	Navazování vztahu a vývoj kontaktu .....	40
14.5	Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami.....	43
14.6	Výsledky spolupráce, změny ve sledovaných oblastech .....	44
14.6.1	Změny ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace).....	44
14.6.2	Závažnost a frekvence užívání metamfetaminu a dalších návykových látek	45
14.6.3	Změny v sociální situaci (finanční příjem, bydlení, zaměstnání) .....	45
14.6.4	Změny ve smyslu vztahového uzdravování .....	46
15	Případová studie č. 2.....	46
15.1	Iniciace vstupu do programu; zprostředkování kontaktu mezi klientem a programem CM .....	46
15.2	Místo prvního kontaktu, okolnosti, setting .....	47
15.3	Vstupní zhodnocení a indikace .....	47
15.4	Navazování vztahu a vývoj kontaktu .....	47
15.5	Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami.....	50
15.6	Výsledky spolupráce, změny ve sledovaných oblastech .....	50
15.6.1	Změny ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace).....	51

15.6.2	Závažnost a frekvence užívání metamfetaminu a dalších návykových látek	51
15.6.3	Změny v sociální situaci (finanční příjem, bydlení, zaměstnání)	52
15.6.4	Změny ve smyslu vztahového uzdravování	53
16	Případová studie č. 3	53
16.1	Iniciace vstupu do programu; zprostředkování kontaktu mezi klientem a programem CM	53
16.2	Místo prvního kontaktu, okolnosti, setting	54
16.3	Vstupní zhodnocení a indikace	54
16.4	Navazování vztahu a vývoj kontaktu	55
16.5	Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami	57
16.6	Výsledky spolupráce, změny ve sledovaných oblastech	57
16.6.1	Změny ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace)	57
16.6.2	Závažnost a frekvence užívání metamfetaminu a dalších návykových látek	58
16.6.3	Změny v sociální situaci (finanční příjem, bydlení, zaměstnání)	58
16.6.4	Změny ve smyslu vztahového uzdravování	59
17	DISKUSE	59
18	SHRNUTÍ, ZÁVĚR	63

## 1 Úvod

Výběr tématu diplomové práce se odvíjí od mé vlastní zkušenosti s rolí case managera v Adiktologické ambulanci (AA) SANANIM. Během zdejšího pracovního působení jsem vstoupila do intenzivního kontaktu a hlubokého vztahu s klienty (uživatelé metamfetaminu) se závažným duševním onemocněním, které svou závažností dalece převažovalo závislostní problematiku. Jednalo se často o osoby spadající přesně na pomezí systému péče o uživatele drog a služeb pro psychicky nemocné. V „drogových“ službách tito klienti neprosperovali a organizace pracující s psychiatrickými pacienty je pro nepřehlédnutelný závislostní problém odmítaly přijímat.

Ve světě je podle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) 33,9 milionů uživatelů amfetaminových drog, mezi kterými převažují uživatelé metamfetaminu (UNODC, 2015). V Evropě je konzumace této látky typická pro Českou republiku a Slovensko. V roce 2015 činily podle Mravčíka et al. (2016) odhady problémového užívání pervitinu v ČR 34 200 osob. V ostatních evropských zemích není jeho užívání tak dominantní, přesto je podle Mounteney, Groshkova, Thanki, Cunningham and Rychert (2014) metamfetamin i se svou nízkou prevalencí schopen napáchat významné škody. Stoupající počty uživatelů zvyšují zájem o studium této oblasti v Evropě i ve světě.

Z přehledových studií EMCDDA (2013), Salo et al. (2011), Scott et al. (2007) vychází, že 35–72 % uživatelů metamfetaminu trpí dalšími duševními onemocněními, mezi kterými převládají úzkostné a depresivní stavy, psychotické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy a přidružené nelátkové závislosti. Další zahraniční studie Akindipe, Wilson and Stein (2014) odhaduje prevalenci duševního onemocnění přidruženého k užívání metamfetaminu na 70 %.

V českých podmínkách se aktuálně věnuje problematice komorbidit substudie Orlíkové a Csémyho v Centru pro epidemiologický a klinický výzkum závislostí. Zaměření výzkumu se týká souvislostí mezi užíváním drogy a rozvojem psychického onemocnění (Orlíková a Csémy, 2015).

Kalina a Minařík (2015) vysvětlují vysokou frekvenci komorbidních psychiatrických poruch u uživatelů alkoholových i nealkoholových psychoaktivních látek tím, že samotné duševní onemocnění představuje rizikový faktor pro vznik závislosti a naopak užívání návykových

látek může provokovat vznik a rozvoj duševní poruchy. Podle Všetický (2014) může konzumace metamfetaminu podpořit vznik i dosud skrytého duševního onemocnění. Co se týká přidružených psychotických onemocnění, jejich prevalence je podle Hosáka, Maixnerové a Valešové (2009) jedenáctkrát vyšší v subpopulaci uživatelů metamfetaminu než v obecné populaci.

Kalina (2015) navrhuje jako nejvhodnější formu péče o osoby s duální diagnózou integrovanou léčbu (neodděluje závislostní a psychiatrickou problematiku) v terapeutické komunitě.

Existuje však skupina klientů, která pro složitost přidruženého duševního onemocnění (převážně z okruhu F20–29) anebo přítomnost jiných komplikujících faktorů pobyt v terapeutické komunitě není schopná zvládnout. Pro tuto cílovou skupinu je vhodnější spolupráce v rámci case managementu, kde je pracovník schopen vyjít klientovi mnohem víc „naproti“ a doprovázet ho procesem uzdravy. Podobně jako v psychoterapii je jedním z nejvýznamnějších účinných faktorů léčby vztah, na jehož základě vzniká prostor pro pomoc s řešením praktických problémů i pro další osobnostní růst klienta. Úplná uzdrava (ve smyslu návratu ke stavu před nemocí) klientů se závažným duševním onemocněním není často možná, pro zlepšení kvality života je proto vhodné využití principu recovery, který se zaměřuje na posilování zdravých stránek klienta a pomáhá mu v nalezení, případně obnově jeho přirozených zdrojů.

Cílem diplomové práce je popsat pomocí případových studií spolupráci metodou case managementu s klienty se závažnou duální diagnózou kombinující poruchy způsobené užíváním metamfetaminu s psychotickým onemocněním ze schizofrenního okruhu.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 2 Pojmy a teoretická východiska

#### 2.1 Psychiatrická komorbidita, „duální diagnóza“

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje psychiatrickou komorbiditu u uživatelů návykových látek (označovanou též pojmem „duální diagnóza“) jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním návykové látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (EMCDDA, 2013, s. 2).

V evropských zemích proběhla řada studií věnujících se problematice duálních diagnóz, které se však liší použitou metodikou výzkumu, zaměřením na konkrétní typ duševních poruch i výběrem zkoumané populace. Výsledky jsou proto značně odlišné a prevalence psychiatrické komorbidity se v nich pohybuje od 5 do 84 procent (EMCDDA, 2013).

Kalina a Minařík (2015) vysvětlují vysokou frekvenci komorbidních psychiatrických poruch u uživatelů alkoholových i nealkoholových psychoaktivních látek tím, že samotné duševní onemocnění představuje rizikový faktor pro vznik závislosti, a naopak užívání návykových látek může vznik a rozvoj duševní poruchy provokovat.

Co se týká klinické práce s osobami s duální diagnózou, plně ji vystihuje definice Miovské, Miovského a Kaliny (2008, s. 75): „Psychiatrická komorbidita patří mezi velmi náročná adiktologická témata kvůli značným požadavkům na zkušenost a znalosti psychiatrické a psychologické diagnostiky. Zanedbaná diagnostika např. v podobě chybně diagnostikovaného či vůbec nediodagnostikovaného onemocnění či poruchy, které se přidávají k základní diagnóze závislosti, může rapidně snížit efekt celého léčebného procesu.“

To potvrzuje i výzkum provedený Kalinou a Váchou (2013) v terapeutických komunitách Karlov a Němčice SANANIM, z něhož vyplývá, že diagnostické zanedbání psychopatologických komplikací závislostní poruchy může vést k neadekvátnímu nastavení léčebného plánu s negativními důsledky pro klienta.

Stanovení přesné diagnózy, jak uvádí Nešpor (2003), však není otázkou jednoho vyšetření, protože mnohé stavy jsou si podobné a může dojít k jejich záměně. Zásadní roli hraje

i délka abstinence. Nedostatečný odstup od konce užívání drog (příp. nepřiznané relapsy) mohou diagnostiku značně ovlivnit (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

Kalina a Minařík (2015) jmenují zásady úspěšného provedení diagnostiky:

- kontrolované podmínky pro vyšetření – minimální prokázaná abstinence v délce trvání čtyř až šesti týdnů (často není dostačující)
- dostupná anamnestická data o klientovi i jeho rodině, ideálně doplněná o informace od pacientových blízkých
- přítomnost dokumentace z předchozích hospitalizací, ambulantní péče apod.; nezbytná dobrá spolupráce mezi odbornými službami
- psychologická diagnostika (vyšetření osobnosti a výkonových schopností)
- toxikologické, biochemické a další vyšetření zaměřené na celkový somatický stav
- spolupráce klienta a ochota (schopnost) otevřeně hovořit o souvislostech vzniku a vývoji užívání návykových látek

V praxi většinou není možné všechny výše zmíněné zásady z různých důvodů dodržet. Je ale vhodné na ně minimálně nezapomínat a snažit se chybějící články (vyšetření, dokumentace apod.) postupně doplňovat a vytvářet si tak ucelenější a pravdivější obraz klientovy situace.

## **2.2 Užívání metamfetaminu ČR a ve světě**

V České republice je ve srovnání s ostatními evropskými státy užívání metamfetaminu na velmi vysoké úrovni (EMCDDA, 2009).

Významný nárůst problémového užívání (převážně injekční formou) byl zaznamenán v letech 2007 až 2013, kdy se odhadovaný počet problémových uživatelů zvýšil ze zhruba 20 000 na více než 34 000 (EMCDDA, 2015b; Mravčík et al., 2014).

Poslední data uvedená ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog vydané v roce 2016 hovoří o 34 200 problémových uživatelích metamfetaminu. Odhadovaný počet problémových uživatelů opioidů je oproti tomu zhruba třetinový (12 700 osob) (Mravčík et al., 2016).

Ve světě je podle odhadů WHO 33,9 milionů uživatelů amfetaminových drog (převažuje užívání metamfetaminu) (UNODC, 2015).

V Evropě je naopak více rozšířeno užívání amfetaminu (EMCDDA, 2015b; Mounteney et al., 2014). Podle EMCDDA (2015b) užilo amfetaminové drogy v posledním roce odhadem 1,3 milionu osob ve věku 15 až 34 let. Celoživotní prevalence je cca 12 milionů osob.

Problémové užívání amfetaminu je typické pro severoevropské země. Naopak dlouhodobé problémy s metamfetaminem převládají kromě ČR na Slovensku. Podle Mounteney et al. (2014) je metamfetamin i přes svou nízkou prevalenci v evropských zemích drogou schopnou napáchat významné škody.

### **2.3 Negativní psychické následky užívání metamfetaminu**

Metamfetamin je psychomotorický stimulans ovlivňující biologickou, psychickou i behaviorální úroveň. Patří mezi drogy amfetaminového typu. Akutní intoxikace i pravidelné užívání má mnoho negativních dopadů na lidské zdraví. Vzhledem k tématu diplomové práce se zde zaměřím výhradně na negativní psychické následky jeho užívání, mezi které patří zejména psychózy, depresivní a úzkostné poruchy, sebevražedné a násilné chování, viz např. Darke, Kaye, McKetin and Duflou (2008).

Psychiatrické a psychologické potíže souvisí jak s akutním účinkem, tak s vysazením látky i s opakovaným (dlouhodobým) užíváním (Darke et al., 2008).

Vedle výše zmíněných poruch dochází u dlouhodobých uživatelů k poškození kognitivních funkcí způsobených neurotoxicitou metamfetaminu (Hosák et al., 2011; Scott et al., 2007).

Podle Všetický (2014) může konzumace metamfetaminu podpořit vznik i dosud skrytého duševního onemocnění. Velká část uživatelů metamfetaminu trpěla již manifestovanými duševními poruchami, které předcházely první konzumaci drogy, jak se objevuje i ve studiích Salo et al. (2011) nebo Zweben et al. (2004).

Zahraniční výzkumné studie uvádějí, že prevalence duševního onemocnění přidruženého k užívání metamfetaminu se pohybuje kolem 70 % (Akindipe et al., 2014; EMCDDA, 2013). Mezi časté komorbidity patří ADHD (Kalina, Rubášová, Miovský, Čablová, & Šťastná, 2014) a nelátkové závislosti (např. patologické hráčství) (Salo et al., 2011).

Orlíková a Csémy (2016) ve svém článku publikovaném v časopise Adiktologie uvádí, že psychiatrická komorbidita je důležitým tématem léčby závislých na metamfetaminu, neboť jejich velká část trpí dalšími psychiatrickými poruchami, které předcházely užívání drog, nebo jím byly vyvolané (nejčastěji se objevují deprese a úzkostné stavy, psychotické poruchy, poruchy osobnosti a ADHD, méně často pak poruchy příjmu potravy). Toto potvrzuje i studie Salo et al. (2011), podle nichž je duševní onemocnění jedním z ústředních témat léčby závislosti na stimulantech, ke kterému by se mělo přihlížet při stanovení léčebného režimu.

V klinické praxi, jak se ukáže i v případových studiích ve výzkumné části textu, je velmi těžké odlišit, zda užívání metamfetaminu nasedlo na již vzniklé duševní onemocnění, nebo psychická choroba propukla až na podkladě konzumace stimulantů. Jak uvádí Kalina a Minařík (2015), není často možné určit jednoznačně kauzální souvislost, které symptomy a stavy předcházely užívání, které byly jeho důsledkem a které se mohou na rozvoji psychiatrické komorbidity podílet. Existuje hypotéza, že závislost a další duševní onemocnění jsou pouze dvě tváře jednoho problému.

### **3 Studie zaměřené na výskyt psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu**

#### **3.1 Informace o výskytu dalšího duševního onemocnění u uživatelů metamfetaminu z dosavadního zahraničního výzkumu**

V následujících kapitolách uvádím výběr zahraničních studií zkoumajících souběh užívání metamfetaminu a dalšího duševního onemocnění. Do kapitoly 3.1.1 jsem zařadila studie se všeobecným zaměřením, do kapitoly 3.1.2 výzkumy zacílené na přidružená psychotická onemocnění a v kapitole 3.1.3 studie zkoumající neurokognitivní poškození vzniklá vlivem užívání metamfetaminu.

### **3.1.1 Studie zaměřené všeobecně na přítomnost psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu**

V současnosti přestává být užívání metamfetaminu českou doménou a rozmáhá se i v jiných zemích Evropy, což zvyšuje zájem o výzkum této problematiky (Mounteney et al., 2014).

Z přehledových studií EMCDDA (2015a), Salo et al. (2011) a Scott et al. (2007) vychází, že 35–72 % uživatelů metamfetaminu trpí dalším duševním onemocněním. Převládají úzkostné a depresivní stavy, psychotické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy a přidružené nelátkové závislosti.

Studie Akindipe et al. (2014) zjišťovala výskyt psychiatrických komorbidit u souboru 100 pacientů závislých na metamfetaminu z Jihoafrické republiky. Zjištěné psychické potíže byly ze čtvrtiny vyvolané přímo užíváním drog. Celková prevalence psychiatrických komorbidit byla 36 %. Z toho 16 % tvořily poruchy nálady, především deprese. Čtyři procenta účastníků výzkumu trpělo depresivní poruchou vyvolanou užíváním metamfetaminu. Ve 13 % byly zjištěny psychotické poruchy (každá čtvrtá se dala označit za přechodnou psychotickou poruchu vzniklou konzumací metamfetaminu). Úzkostné stavy byly zastoupeny v nejmenší míře (v 7 %) a ve všech případech byly považovány za primární.

Salo et al. (2013) zjistili častější rozvoj psychotického stavu u uživatelů metamfetaminu s předchozí zkušeností s psychiatrickou péčí. Došli k závěru, že přítomnost ADHD predikuje snadnější rozvoj toxické psychózy.

Salo et al. (2011) zkoumali psychiatrickou komorbiditu u osob závislých na metamfetaminu na souboru 189 klientů s celoživotní prevalencí duševního onemocnění. Nejvíce zastoupené byly poruchy nálady (převládala depresivní porucha) ve 32,3 %. Původní onemocnění se vyskytovalo u více než 20 % klientů, deprese vyvolaná metamfetaminem byla detekována u zhruba 10 % osob. Dále psychotická porucha s 28,6 %, ovšem pouze v necelých pěti procentech se jednalo o primární onemocnění, drtivá většina psychotických potíží byla přímo způsobena užíváním stimulantů. Jen o několik procentních bodů nižší zastoupení (24,3 %) měly úzkostné poruchy, které, oproti psychózám, byly téměř ve všech případech (20,6 %) primární. Úzkostné stavy vyvolané

metamfetaminem tvořily jen necelá čtyři procenta. Výrazně menší záchyt zaznamenaly poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti (oboje necelá tři procenta).

Studii případů a kontrol s dospívajícími uživateli metamfetaminu provedli Yen and Chong (2006). Výzkumný soubor tvořili tchajwanští adolescenti podstupující povinné léčení na základě zadržení za užívání metamfetaminu. Téměř polovina z nich trpěla dalším duševním onemocněním, v kontrolním vzorku byl záchyt něco málo přes dvacet procent. Největší rozdíl byl zaznamenán ve výskytu poruch chování (přes dvacet procent oproti jednomu procentu), poruch přizpůsobení (devět procent oproti 1,3 %) a prevalenci ADHD (6,5 % oproti necelému jednomu procentu). Afektivní (dystymie) a úzkostné poruchy byly zastoupeny srovnatelně ve zkoumaném i kontrolním souboru.

Soubor 218 australských uživatelů metamfetaminu léčených v letech 1995 až 2003 zkoumali Dyer and Cruickshank (2005). U téměř poloviny klientů bylo v minulosti diagnostikováno duševní onemocnění. V největší míře byla zastoupena psychotická onemocnění a depresivní stavy (oboje ve 35 %). Sebevražedné myšlenky uvedlo 61 % osob a sebepoškození bylo zaznamenáno u 47 %. Zachycen byl i výskyt ADHD.

### **3.1.2 Studie zaměřené na psychotické poruchy u uživatelů metamfetaminu**

Studie Farnia et al. (2016) se zaměřila na výzkum metamfetaminem indukovaných psychotických onemocnění, neboť se, jak autoři uvádí, zvyšuje celosvětově výskyt užívání metamfetaminu, který se dotkl i Íránu. Přítomnost psychotických potíží komplikuje léčbu, proto byla prostřednictvím psychiatrického vyšetření zkoumána sociodemografická data 237 uživatelů metamfetaminu a zjišťovány možné prediktory vzniku toxické psychózy. Rozhovor s psychiatrem zahrnoval dotazy na sociodemografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav), rodinnou anamnézu a další informace týkající se onemocnění. Bezmála 80 % respondentů trpělo psychózou vyvolanou užíváním metamfetaminu. Jako rizikové faktory bylo detekováno mužské pohlaví (soubor ovšem nebyl genderově vyvážen, do studie bylo zapojeno 216 mužů a jen 21 žen), časnější začátek užívání drogy, nízké vzdělání, nezaměstnanost, svobodný stav. Vliv měla i rodinná anamnéza a přítomnost dalších duševních poruch.

Psychotická onemocnění u uživatelů metamfetaminu zkoumali Hides et al. (2015). Výzkumný soubor tvořilo 198 australských injekčních uživatelů metamfetaminu, kteří

využívají služeb nízkoprahového centra. Došli k závěru, že nadpoloviční většina uživatelů metamfetaminu trpí (39 %) psychotickým onemocněním. Ve většině zachycených případů (79 %) se jednalo o psychózu na podkladě užíváním metamfetaminu, ve 21 % o primární onemocnění. Závažnost příznaků byla v obou skupinách srovnatelná. Co se týká pravděpodobnosti rozvoje psychotického onemocnění, velkou roli hraje věk na počátku užívání stimulancií; čím mladší uživatelé, tím větší pravděpodobnost vzniku psychiatrické komorbidity.

Hsieh, Stein and Howells (2014) v neurobiologické studii zaměřené na psychotické stavy vyvolané užíváním metamfetaminu uvádí, že dlouhodobé užívání metamfetaminu obvykle vede k psychotickým stavům s příznaky podobnými schizofrenii. Metamfetaminem indukovaná psychóza může přetrvávat a časem se proměnit na diagnózu schizofrenie. Dále zmiňuje, že prevalence psychotických stavů vyvolaných metamfetaminem je právě proto komplikovaně detekovatelná kvůli výše uvedené diagnostické nejasnosti a špatné odlišitelnosti.

Chen et al. (2003) se zaměřili na výzkum premorbidních charakteristik uživatelů metamfetaminu. Zjišťovali pravděpodobnost vzniku psychotického onemocnění v souvislosti s abúzem stimulancií. Nejrizikovějšími faktory se ukázaly být nízký věk prvouživatelů a celkový objem zkonsumované látky v průběhu drogové kariéry (čím vyšší, tím větší pravděpodobnost rozvoje psychózy). Vliv na propuknutí psychotických potíží má i přítomnost dalších psychiatrických komorbidit, především depresivní symptomatiky, osobnostních poruch a důsledků nadužívání alkoholu. Přítomnost osobnostní poruchy, zejména schizoidní, zhoršuje průběh metamfetaminem indukované psychózy.

### **3.1.3 Studie zaměřené na neurokognitivní poškození vlivem užívání metamfetaminu**

Longitudinální studie, kterou publikovali Zhong et al. (2016) prozkoumávala kognitivní funkce abstinujících uživatelů metamfetaminu. Autoři vychází z předpokladu, že chronické užívání metamfetaminu je spojeno s kognitivním postižením a dalšími psychopatologickými příznaky. Výzkumný soubor tvořilo 54 bývalých uživatelů metamfetaminu a kontrolní skupinu 58 zdravých osob. Respondenti vyplňovali baterii testů zaměřených na kvalitu života a kognitivní funkce dvakrát po sobě v intervalu třech měsíců. Uživatelé metamfetaminu měli horší verbální a pracovní paměť, sociální a emoční

dovednosti a schopnost řešení problémů oproti kontrolní skupině. 83,3 % závislých na metamfetaminu vykazovalo před vstupem do studie příznaky psychických poruch.

Podle Scotta et al. (2007) vykazuje velká část dlouhodobých uživatelů metamfetaminu (40 %) neurokognitivní poškození střední až vysoké závažnosti. Vliv na vznik a míru poškození má premorbidní přítomnost ADHD, depresivní symptomatika, abúzus jiných návykových látek a přítomnost dalšího duševního onemocnění. Kognitivní zlepšení na základě abstinenci léčby není výzkumem doloženo.

### **3.2 Výzkumná činnost v oblasti závažné psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu v českých podmínkách**

Podle Gabrhelíka et al. (2010) a Zábranského (2007) chybí v ČR navzdory dlouhé historii užívání metamfetaminu a velkým zkušenostem s léčbou závislosti dostatek informací o vedení léčby a efektivitě konkrétních intervencí.

V českých podmínkách dosud nebyla provedena studie zaměřená na výskyt dalších duševních onemocnění u uživatelů metamfetaminu. Aktuálně probíhá substudie Orlíkové a Csémyho (2015) v Centru pro epidemiologický a klinický výzkum závislostí v rámci Národního ústavu duševního zdraví zaměřená na substituční léčbu a na výskyt psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu. Zaměření výzkumu by se mělo týkat souvislostí užívání drogy a psychického onemocnění (především na potíže, které předcházely konzumaci drog, dále ty, které souvisí s jejich užíváním, případně jimi přímo vyvolané). Bude zkoumat psychický stav klientů při vstupu do léčby, v jejím průběhu a po dlouhodobé abstinenci.

Problematikou duálních diagnóz se zabývaly i dvě diplomové práce obhájené v rámci magisterského studia oboru Adiktologie v posledních dvou letech. Pokorná (2016) se věnovala tématu léčby duálních diagnóz v komunitní/sociální psychiatrii pomocí integrativního léčebného přístupu. Popisuje systém psychiatrické péče v České republice se zřetelem na probíhající transformaci institucionální léčby do komunitní/sociální psychiatrie. V teoretické části se věnuje strukturovanému popisu různých modelů case managementu a principům recovery. Aplikaci zmíněných metod práce s klientem ilustruje na třech případových studiích.

Diplomová práce Vyskočilové (2016) se zaměřuje na specifika klientů s duální diagnózou v procesu léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Věnuje se fenoménu sebededikace a pozdní abstinenční psychopatologie. Popisuje možnosti léčebných přístupů u klientů s duální diagnózou a zaměřuje se na teorii sebededikace symptomů duševního onemocnění pomocí návykových látek. Výzkumný soubor tvoří všichni aktuálně se léčící klienti dvou terapeutických komunit pro drogově závislé v červenci 2015. Autorka zjistila, že 79 % klientů trpělo vedle závislosti dalším duševním onemocněním. Primární drogou zmíněných osob byl nejčastěji pervitin, ať už samostatně, nebo v kombinaci s jinými látkami. Nejčastějšími psychiatrickými komorbiditami byly poruchy osobnosti, depresivní poruchy a psychózy. Studie naznačuje souvislost mezi užíváním pervitinu a THC a poruchami osobnosti a psychotickými poruchami.

Všetička (2014) zveřejnil v časopise *Československá psychiatrie* práci zaměřenou na souvislosti mezi užíváním metamfetaminu a marihuany a toxickými psychózami a schizofrenií. Autor vycházel ze zvýšené incidence a prevalence endogenních psychóz (dg. F20–F29) a současného nárůstu užívání nelegálních drog v české populaci v letech 1994–2011. Rozpoznání, zda se jedná o toxickou psychózu (přímo vyvolanou konzumací stimulantů a konopných látek), nebo endogenní psychózu ze schizofrenního okruhu, je velmi obtížné, jak již zmínili citovaní autoři výše, např. Kalina a Minařík (2015) nebo Miovská, Miovský a Kalina (2008), kteří vycházejí z Nešpora (2003).

Výběrový soubor tvořilo 510 pacientů, kteří byli v roce 2011 hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici Brno s diagnózami z F20–F29. Byla zjišťována celoživotní prevalence užívání pervitinu a konopných drog. Ve srovnání s obecnou populací byla detekována vyšší míra zkušeností s užíváním metamfetaminu u pacientů s endogenním psychotickým onemocněním (Všetička, 2014).

Zkušenost hospitalizovaných pacientů s užíváním metamfetaminu byla 3–9krát častější než u obecné populace. Výrazně dominovala v prevalenci užívání metamfetaminu podskupina pacientů se schizofrenií (Všetička, 2014).

Kalina a Vácha (2013) provedli v roce 2011 šetření u klientů terapeutických komunit Němčice a Karlov SANANIM. V obou zařízeních bylo v uvedeném období 92 klientů v psychiatrické péči (cca polovina byla indikována pro pravidelný kontakt s lékařem).

Pervitin byl primární drogou dvou třetin klientů, opioidy jedné třetiny. Zhruba třetina klientů užívala kombinace látek. U 35 klientů byly diagnostikovány poruchy osobnosti s výraznými emočními, vztahovými a behaviorálními komplikacemi. 23 klientů trpělo depresivní nebo úzkostnou poruchou (s častým souběhem s poruchou osobnosti) a 15 klientů naplňovalo diagnostická kritéria psychotické poruchy (ve 12 případech se jednalo o důsledek konzumace pervitinu – paranoidní psychózu). Co se týká předepisované medikace, celkem užívalo psychofarmaka 50 osob; nejčastěji SSRI a SNRI antidepresiva, netlumící antipsychotika a trankvilizéry.

Autoři popisují zvláštní podskupinu 12 klientů, u nichž došlo k propuknutí duševního onemocnění až v průběhu léčby, tedy k rozvoji tzv. postabstinenční psychopatologie (vedle depresivních a úzkostných projevů se objevilo také paranoidní prožívání a sebepoškozování). Kalina a Vácha (2013) vyslovují hypotézu, že se pravděpodobně jednalo o abstinenci vyvolanou latentní duševní poruchou, před nástupem do léčby sebemedikovanou návykovými látkami. Přítomnost duální diagnózy byla více zastoupena u klientů předčasně opouštějících léčbu v terapeutické komunitě.

Prevalence psychotických stavů je podle Hosáka et al. (2009) jedenáctkrát vyšší v subpopulaci uživatelů metamfetaminu než v obecné populaci.

Vzhledem k zacílení výzkumné části diplomové práce na uživatele metamfetaminu se závažnou psychiatrickou komorbiditou se zde zabývám pouze pracemi zkoumajícími problematiku všeobecně a dále zacílenou na psychotické stavy a neurokognitivní poškození. Nevěnuji se výzkumné činnosti zaměřené na ADHD, depresivní a úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy, které patří též k častým a významným psychickým onemocněním doprovázejícím užívání stimulantů.

#### **4 Nejčastější psychiatrická komorbidita, diagnózy a popis symptomů**

V diplomové práci se zaměřuji na závažné duševní poruchy – psychotická onemocnění ze schizofrenního okruhu, závažné poruchy osobnosti s psychotickými dekompenzacemi a poškození kognitivních funkcí na podkladě dlouhodobého užívání metamfetaminu a neléčených psychotických epizod – tedy na potíže, kterými nejčastěji trpí klienti doporučení spolupracujícími zařízeními do programu case managementu. Ať už

z důvodu propadávání standardním léčebným systémem nebo pro opakované hospitalizace na psychiatrických odděleních, které nevedou k žádoucímu výsledku.

V následující části textu se věnuji popisu psychiatrických komorbidit ve vztahu k níže uvedeným případovým studiím.

## **4.1 Schizofrenie**

Schizofrenie podle Libigera (2002) narušuje u pacienta schopnosti srozumitelného jednání a chování vzhledem k okolnostem. Dochází ke změnám v osobnostní struktuře, ve vztahu k lidem i ke skutečnosti. Ovlivňuje člověka ve sféře myšlení, vnímání i chování, čímž významně snižuje kvalitu života. Její projevy jsou mnohotvárné, u každého jedince může mít dost odlišný průběh i reakce na farmakoterapii.

Schizofrenické poruchy jsou podle MKN10 (ÚZIS, 2012) obecně charakterizovány deformacemi myšlení a vnímání. V afektivní oblasti se projevuje v extrémech – nepřiměřenosti nebo otupělosti. Časem může dojít k rozvoji kognitivního defektu.

Mezi nejdůležitější psychopatologické projevy a diagnostická vodítka trvající minimálně šest měsíců patří:

- ozvučování myšlenek
- vkládání nebo odnímání myšlenek
- vysílání myšlenek
- bludné vnímání a bludy ovládání
- pasivita nebo ovlivňování – vše, co se děje, způsobuje někdo zvenku
- sluchové halucinace – rozmlouvají nebo komentují chování nemocného
- poruchy myšlení
- negativní příznaky (např. anhedonie a abulie) (Libiger, 2002; ÚZIS, 2012)

Častý chronický průběh onemocnění narušuje pracovní i společenské uplatnění člověka. Obvykle pociťuje odcizení, nejistoty a napětí, čímž se nemocnému deformuje pohled na skutečnost. Žije v jakési dezorganizaci a útlumu duševních funkcí (Libiger, 2002).

Podle Libigera (2002) průběh onemocnění ovlivňuje osobnostní struktura, adaptabilita, ale i sociální okolí a intenzita stimulace. Jak uvádí např. Hides (2015) nebo Všeticka (2014), užíváním stimulancí lze onemocnění vyvolat, nebo zhoršit dosavadní průběh.

Libiger (2002) popisuje, že onemocnění se nemusí progresivně zhoršovat, naopak lze vývoj nasměrovat do fáze zlepšení nebo alespoň stabilizace. Nejlepší prognózu mají osoby léčené v prvních pěti letech propuknutí onemocnění, přičemž typicky začíná onemocnění v době dospívání a rané dospělosti. V ČR je za vrchol výskytu označován věk mezi 20. a 24. rokem života, ve světě, se zahrnutím i pozdních forem schizofrenie, je uváděn průměr 26 až 27 let. Období vývoje nemoci popsané autorem jsou:

- premorbidní dispozice (cca od narození do 15 let) – drobné, mnohdy velmi nenápadné projevy zahrnující poruchy pozornosti, výkonu a stažení v sociální oblasti
- prodromální příznaky (cca od 15 do 20 let) – navazují plynule na předchozí období a kryjí se s běžnými potížemi dospívání; např. depresivní a úzkostné prožitky, stažení, nemluvnost, emoční stažení a ztráta bezprostřednosti, tedy výše zmíněné negativní příznaky onemocnění
- první psychotická epizoda (mezi 20. a 24. rokem) – zahrnuje celé spektrum pozitivních i negativních příznaků; myšlení přeskakuje v nelogické návaznosti, rozbíhavosti až k naprostému rozvolnění, emoce jsou nepřiléhavé situaci, postižena je i oblast motoriky. Narušení oblasti myšlení, vnímání i chování významně zasahuje do pracovního a sociálního uplatnění klienta
- aktivní choroba s relapsy (cca 24 až 40 let) – u 78–85 % se nepodaří léčebně podchytit první ataku onemocnění a přejdou do dalšího stádia aktivního onemocnění, kdy se v různých časových intervalech a různé intenzitě střídají období remisí a relapsů
- reziduum (nad 40 let) zahrnuje především negativní příznaky, psychotické projevy bývají oslabené

V programu case managementu se nejčastěji setkáváme s klienty ve fázi aktivního onemocnění, kdy je klíčové sledování výkyvů, včasné zachycení krizí a předcházení relapsům, které vedou k opakovaným hospitalizacím. Klienti – uživatelé metamfetaminu –

si i jednorázovou konzumací drogy dokáží narušit křehkost stabilizace a vyvolat výše uvedené pozitivní projevy onemocnění (nejčastěji bludné a dezintegrované myšlení, pocity pronásledování a sluchové halucinace). Pracujeme i s klienty (jednomu z nich se věnuji v případové studii ve výzkumné části textu), u nichž i přes farmakoterapii podávanou depotní formou, tedy s jistotou, že klient farmaka skutečně užívá, přetrvávají pozitivní příznaky choroby – roztříštění myšlenek, neudržení logiky vyprávění a přeskokování k jiným tématům, zahrnování bludné produkce do rozhovoru („cestou k vám jsem potkal tři mafiány se zbraněmi“), někdy i zřetelně přítomné sluchové halucinace (klient si pro sebe povídá, s někým paralelně komunikuje). Pro pracovníka je obtížné zachytit fragment tématu, na kterém se s klientem může potkat.

Stává se, že ve změní sdělení nezapadajících do běžně vnímaného logického rámce objevíme oblast zájmu, na které, pokud ji nepřehlédneme, můžeme postavit setkání se s klientem.

Na rozpor ve schopnostech nemocného upozorňuje Libiger (2002). Klient může selhávat v jednoduchých oblastech, a naopak projevit funkčnost v mnohem složitějších (např. obsluha PC nebo cizí jazyky). Lze tak vystopovat silné stránky klienta, podpořit je a opřít se o ně při hledání stabilních míst.

#### **4.1.1 F20.0 Paranoidní schizofrenie**

Pro paranoidní formu schizofrenie jsou typické vztahovačné (perzekuční, ovlivňovací, ovládací) bludy zasahující do všech oblastí života nemocného. Bludy bývají předcházeny nebo doprovázeny halucinacemi, nejčastěji sluchovými, kdy nemocný slyší komentující, hodnotící nebo imperativní hlasy. Sluchové halucinace se mohou kombinovat se zrakovými, taktilními, viscerálními apod. (Libiger, 2002; ÚZIS, 2012).

#### **4.1.2 F20.1 Hebefrenní schizofrenie**

Oproti předchozí formě bludy a halucinace v klinickém obraze nepřevládají, ale objevit se v omezené míře mohou, dominují afektivní změny (nálada je nepřiměřená a plochá), nepředvídatelné a neodpovědné chování. Nemocný regreduje k nezralým formám chování s adolescentními a pubertálními rysy. Myšlení je výrazně porušené a dezorganizované. Nemocný se sociálně izoluje, může přikročit k agresivnímu chování

jakožto prostředku k zvládnání rozporu mezi vlastním prožíváním a emocemi ostatních. Typické je bezúčelné jednání. Rychlý rozvoj negativních symptomů (abulie a oploštění afektů) zhoršují výhled na uzdravení. Diagnóza hebefrenie by se měla vyslovovat pouze v dospívání a u mladých dospělých (Libiger, 2002; ÚZIS, 2012).

## **4.2 Schizoafektivní poruchy**

Jsou epizodické poruchy, kde se vyskytuje vedle sebe afektivní i schizofrenní symptomatologie. Není možné je odlišit a diagnostikovat samostatně schizofrenii nebo mánií. Lze takto označit stavy, kde afektivní symptomy nasedají na předchozí schizofrenní onemocnění. Radostnou náladu může doplňovat rozpínavé chování se zvýšeným sebevědomím a podrážděností. Nemocný trpí nekritičností a velikášskými, někdy i paranoidními bludy. Myšlení bývá nesouvislé a nelogické. V chování se objevuje přehrávání, karikování a ambivalence. Autoři uvádí, že schizoafektivní porucha má příznivější prognózu než u schizofrenie, zřejmě vlivem zachovalé schopnosti intenzivního emočního prožívání (Libiger, 2002; ÚZIS, 2012).

### **4.2.1 F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ**

Zahrnuje jak schizofrenní, tak manické symptomy vedle sebe, takže nelze nemocného zařadit ani k diagnóze schizofrenie ani mánie (Libiger, 2002; ÚZIS, 2012).

## **4.3 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek**

V podkapitole F10–19 MKN 10 se nacházejí diagnostická kritéria širokého spektra nemocí s různou závažností obtíží a v různých klinických formách, která se přímo váží k užívání psychoaktivních látek. Dále se budu věnovat specifické komplikaci navázané na užívání stimulantů, a to psychotické poruše.

### **4.3.1 F15.5 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů včetně kofeinu. Psychotická porucha**

Syndromy mají podle Jeřábka (2015) psychotickou hloubku. Připomínají schizofrenii s bludnou a halucinatorní povahou, mohou být depresivní, manické i kombinované. Diagnostika psychotické poruchy přímo související s užíváním stimulantů se odvíjí od

správného časového zařazení prvních příznaků a respektování její dynamiky. Propuká náhle v průběhu užívání, nebo do dvou týdnů po jeho ukončení. Obtíže trvají minimálně dva dny a maximálně půl roku (za předpokladu dodržené abstinence).

Etiologie onemocnění je různorodá, mnohdy obtížně vystopovatelná. Jak uvádí studie výše, např. Hsieh (2014), příznaky jsou často rovnocenné projevům psychotického onemocnění.

Charakteristické znaky poruchy podle MKN 10:

- halucinace (typicky sluchové, ale mohou postihovat i jiné smysly)
- bludy (obvykle paranoia a pocity pronásledování)
- psychomotorické poruchy (excitace, nebo naopak stažení)
- abnormální afekty (celé spektrum emocí od pocitů extáze po intenzivní strach) (ÚZIS, 2012)

#### **4.3.2 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem**

Oblast reziduálních stavů zahrnuje podle Jeřábka (2015) různorodou skupinu onemocnění, mezi která patří např. psychotické reminiscence (tzv. flashbacky) a různé formy kognitivního poškození vyvolaného působením psychoaktivních látek.

Vzhledem k tématu diplomové práce zde zmíním psychotickou poruchu s pozdním začátkem vyvolanou psychoaktivní látkou. Pro její diagnostiku je třeba, aby příznaky zmíněné v kapitole 4.3.1 přetrvávaly přes vymezené období šesti měsíců.

S diagnózou reziduální psychotické poruchy odchází značná část klientů programu case managementu z hospitalizace. U části z nich se v průběhu dlouhodobé spolupráce ukáže, že trpí primárním psychotickým onemocněním, případně se jedná o dekompenzace osobnostní poruchy (více v kapitole 4.4). Dopátrat se, zda klient skutečně trpí psychózou indukovanou užíváním stimulantů, nebo se jedná o primární onemocnění ze schizofrenního okruhu, je mnohdy nemožné, neboť, jak zde již bylo opakovaně zmíněno, se příznaky onemocnění značně překrývají. Klíčový je pečlivý sběr anamnestických dat a ochota klienta hovořit otevřeně o abúzu návykových látek. Již jednou započatou psychotickou epizodu může snadno znovu vyvolat i jednorázové užití stimulantů, naopak dodržováním abstinence mohou psychotické symptomy zcela vymizet.

#### 4.4 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnostní struktury predisponují k rozvoji dalších duševních poruch a onemocnění, jejichž vývoj a léčbu značně komplikují, proto mi přijde vhodné je zde alespoň krátce zmínit. Prevalence, jak uvádí Balon, Kosová a Praško (2002), je nejasná, podle odhadů jimi trpí zhruba polovina psychiatrických pacientů. Přítomnost poruchy zasahuje do oblasti motivace a schopnosti adaptace na okolí. Závažné poruchy osobnostní struktury komplikují všechny oblasti života. Ztěžují pracovní uplatnění, narušují partnerské vztahy i všeobecné fungování ve společnosti – zvládání jejích zvyklostí a norem obvyklých pro danou kulturu. Lidé např. s hraniční poruchou osobnosti, kterou trpí značná část uživatelů návykových látek, jsou častěji svobodní, nezaměstnaní, s nižším dosaženým vzděláním a mají predispozice k zneužívání návykových látek. Dekompenzace osobnostní poruchy může i lehce kopírovat psychotické symptomy, které ovšem nedosahují až takových hloubek.

Lze považovat za příznivé, že během posledních 20–30 let došlo k rychlému rozvoji farmakoterapie i pohledu na léčitelnost osobnostních poruch. Pacienti již nejsou striktně považováni za farmakorezistentní a v kombinaci s psychoterapií, režimovými opatřeními a dalšími léčebnými metodami může dojít ke zlepšení (Balon, Kosová, & Praško, 2002).

Čistá porucha osobnosti se obtížně diagnostikuje, neboť se jednotlivé znaky často překrývají. Ještě obtížnější je diagnostika koexistující poruchy osobnosti k psychotickému onemocnění. Pokud došlo k zachycení rysů osobnostní poruchy před rozvojem psychózy, bývá takové onemocnění označováno za premorbidní poruchu osobnosti. Např. premorbidní schizoidní porucha osobnosti, na kterou nasedla paranoidní schizofrenie. K diagnostice osobnostních poruch používají Balon, Kosová a Praško (2002) rozlišení DSM IV, která dělí poruchy osobnosti do tzv. trsů:

- Trs A – paranoidní, schizoidní a schizotypová
- Trs B – histrionská, narcistická, antisociální a emočně nestabilní (hraniční)
- Trs C – závislá, obsedantně kompulzivní a vyhýbavá

MKN 10 považuje za diagnostické ukazatele poruch osobnosti přítomnost „hluboce uložených neměnných vzorců chování, ukazujících neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací“ (ÚZIS, 2012).

## 5 Práce s klientem metodou case managementu

Kalina a Minařík (2015) navrhují jako nejvhodnější formu péče o osoby s duální diagnózou integrovanou léčbu (neoddělující závislostní a psychiatrickou problematiku) v terapeutické komunitě.

Existuje však skupina klientů, která pro složitost přidruženého duševního onemocnění (převážně z okruhu F20–29) anebo přítomnost jiných komplikujících faktorů pobyt v terapeutické komunitě není schopná zvládnout. Osoby, které nejsou (prozatím) schopné ani pravidelně docházet do léčebného zařízení, na nástup do terapeutické komunity ani nedosáhnou. Navíc dynamická skupinová terapie – klíčová forma léčby ve standardní terapeutické komunitě pro drogově závislé – je pro určitý okruh klientů kontraindikovaná (např. pro závažné duševní onemocnění, kdy klient není schopen udržet pozornost – manické nastavení, nebo schizofrenik s trvalými psychotickými příznaky, který nedrží logickou linii myšlenek apod.). Pro tuto cílovou skupinu je vhodnější spolupráce v rámci case managementu, kde je pracovník schopen vyjít klientovi mnohem víc „naproti“ a doprovázet ho procesem uzdravy.

Case management je podle Libry (2015) definován jako „postup práce s náročnými klienty, pro který je typický proaktivní vztah case manažera ke klientovi“ (s. 638). Jak uvádí Stuchlík (2001), case manažer může vyhledat a kontaktovat i klienty, kteří by z různých důvodů služby sami nenavštívili.

Case manažer je při dlouhodobém kontaktu s klientem svědkem remisí onemocnění i relapsů (platí jak pro znovuužití drogy, tak pro návrat psychotické ataky), a může tak lépe zachytit blížící se krizi (Stuchlík, 2001).

Aplikace metody case managementu na cílovou skupinu osob ohrožených závislostí na návykových látkách je vhodná k zachycení komplikované populace, která se k pomoci dostává obtížně, nebo vůbec. Cílem práce je zajištění dlouhodobého provázení službami, řízení a koordinace případové práce a zlepšování spolupráce zainteresovaných odborníků a institucí. Dalším cílem je pomoci klientům přijmout léčbu přidružených psychických i somatických zdravotních problémů a posílení motivace k vlastní úzdравě – snižování dopadů užívání návykových látek, v ideálním případě směřování k abstinenci a jejímu udržení.

Ve většině případů neosloví case managera potenciální klient, ale zaměstnanec spolupracující instituce (lékař, sociální pracovník, veřejný opatrovník a další).

## **5.1 Zásady práce metodou case managementu**

- zaměření se na zdravé stránky klienta
- dobrá spolupráce je postavena na vztahu klienta a case managera
- při volbě intervencí vycházet z klientova rozhodnutí (pokud je to možné)
- asertivní přístup (kontaktovat aktivně klienta, mít přehled o jeho situaci)
- víra ve změnu k lepšímu i u závažných duševních onemocnění
- zapojení přirozeného prostředí klienta a komunity do procesu zotavení (Stuchlík, 2001)

Víru ve změnu a zlepšení klientovy situace lze považovat za klíčovou při práci s osobami se závažnou psychiatrickou komorbiditou. Kvůli onemocnění, ve kterém se cyklicky střídají období zlepšení a propadů, není vždy lehké vydržet mnohdy frustrující absenci hmatatelných výsledků. Jednou z mála opor je proto víra v sice zdlouhavý a kostrbatý, přesto úzdravný proces. Podpořit změnu lze právě asertivním přístupem především v obdobích krizí a relapsů onemocnění (závislostního i přidruženého duševního), kdy se klient vyhýbá kontaktu. Volba míry asertivity a vyrovnávání se s odmítavým postojem klienta patří z mého pohledu k energeticky nejnáročnějším oblastem kontaktu. Úskalí při volbě intervencí přinášejí i situace, kdy musí pracovník přestoupit do „mocenské“ role a zasáhnout do dalšího vývoje situace proti vůli klienta – nejčastěji v případech dekompenzace psychického stavu vyžadujícího nedobrovolnou hospitalizaci.

Dalším bodům, zejména zásadnímu postavení vztahu mezi case managerem a klientem a přístupu zaměřenému na posilování zdravých stránek klienta se více věnuji v kapitolách 5.2 a 6.

## **5.2 Vztah jako základní nástroj přístupu**

Stejně jako při poskytování psychoterapie a poradenství závisí úspěšná spolupráce case managera s klientem na vzájemném vztahu. V psychoterapii zprostředkovává vztah podle

obecných definic pocit bezpečí, přijetí, ohraničení apod. a je v něm prostor pro reflexi přenosových a protipřenosových jevů (Kalina, 2013). Case manager by měl být oproti tomu pro klienta co nejvíce čitelný a dávat minimální prostor pro interpretaci toho, co se mezi ním a klientem děje. Projektivní fenomény nelze samozřejmě beze zbytku eliminovat, přesto by měl pracovník usilovat o to, aby do vzájemné spolupráce vstupovaly co nejméně. Minimálně by k nim měl být velmi citlivý a vlastní nepozorností (nevšímavostí) je dále nerozvíjet.

Metoda case managementu je postavena na intenzivním vztahu s klientem, různé zdroje hovoří o minimální frekvenci šesti kontaktů do měsíce (Libra, 2015), ideálně uskutečněných v přirozeném prostředí klienta. Kombinuje výhody do určité míry neformálního vztahu pracovníka s klientem s pravomocemi case managera vyjednávat napříč službami – koordinační role a zodpovědnost za vedení případu (Libra, 2015).

Neformální a co nejvíce rovnocenné nastavení vztahu společně se snahou o co největší čitelnost kladou velké nároky na pracovníka v rovině zodpovědnosti za udržování hranic. Blízkost a neformálnost neznamena rozvolněnost, bezcílnost a porušování etických pravidel.

### **5.3 Role case managera**

Case manager podle (Stuchlík, 2001) vykonává v různých typech služeb odlišné role. Nejčastěji:

- vyhledává, kontaktuje klienty a zapojuje je do služby
- plní roli terapeuta či poradce
- hájí zájmy klienta
- zprostředkovává klientovi služby, které poskytuje někdo jiný
- nakupuje pro klienta služby

V podmínkách Adiktologické ambulance SANANIM obvykle plníme především první tři jmenované role v různé intenzitě podle individuálních potřeb klienta. Systém péče o osoby ohrožené závislostí je v ČR financován prostřednictvím vícezdrojových dotací jednotlivým zařízením. Aktuálně není pozice case managerů v tomto systému taková, aby mohli reálně nakupovat služby pro své klienty. Přesto se snažíme pro klienty vybírat

nejvhodnější návazné služby včetně domýšlení důsledků v rámci celkového kontextu klientovi situace. Toto lze v rozšířeném slova smyslu vnímat též jako „nákup služby“.

Případové vedení podle SAMSHA (2012), které cituje Libra (2015), je spojeno s kontinuálním posuzováním důležitých oblastí v životě klienta včetně blízkého okolí, rodiny a možných zdrojů, na které lze klienta napojit. Kontakt s klientem není přerušen ani během období hospitalizace nebo využívání jiných služeb (v případě adiktologických klientů např. během léčby v denním stacionáři, doléčovacím centru apod.) Zaměřuje se na:

- zdravotní stav z bio – psycho – sociálního pohledu
- osobní a rodinné vztahy
- vzdělání a pracovní dovednosti
- finanční příjem
- bydlení
- volnočasové aktivity
- plány a životní cíle

Zhodnocení fungování ve výše zmíněných oblastech nelze provádět jen v prostředí ambulance, je nezbytné vidět klienta jednat v reálných situacích (s matkou, partnerem, u lékaře, na úřadech, u soudu apod.). Omezit setkávání jen na pobyt v konzultovně by dojem z klienta zkreslovalo, dovolovalo nahlédnout na situace jen prostřednictvím jeho popisu, přičemž reálný stav by mohl být diametrálně odlišný. Dlouhou dobu by pak zůstávaly ukryty oblasti, ve kterých klient opakovaně selhává a jejich vědomým či nevědomým maskováním se nedostává k pomoci.

#### **5.4 Modely case managementu využívané při práci s klienty ohroženými závislostí na návykových látkách**

Libra (2015) vychází z doporučených postupů SAMSHA (2012) a definuje základní modely case managementu využívaného v adiktologických službách.

#### **5.4.1 Brokerský model**

Slouží pro krátkodobý kontakt, k identifikaci klientových potřeb a nalezení k nim odpovídajících zdrojů. Může sloužit jako tzv. centrální příjem pro konkrétní cílovou skupinu (Libra, 2015).

Lze připodobnit k modelu zprostředkování, který podle kolektivu autorů Vanderplasschen, Wolf, Rapp and Broekaert (2007) významně zvyšuje pravděpodobnost nástupu klientů do léčby.

#### **5.4.2 Asertivní komunitní léčba**

Oproti předchozímu modelu je úkolem asertivní komunitní léčby dlouhodobý pravidelný kontakt s menším množstvím klientů na pracovníka. Většina služeb je poskytována z vlastních zdrojů týmu. Mezi klíčové činnosti v rámci modelu asertivní komunitní léčby patří:

- asertivní oslovování a podpora klienta v jeho přirozeném prostředí
- pomoc s řešením každodenních praktických problémů
- asertivní obhajování klientových práv
- pomoc se vstupem do léčebné péče, přičemž abstinence nemusí být vždy cílem (Libra, 2015)

#### **5.4.3 Intenzivní case management**

Vznikl na podporu osob se závažným, chronickým duševním onemocněním jakožto pomoc v období přechodu z hospitalizace do samostatného bydlení. Mezi hlavní principy intenzivního case managementu patří:

- důraz na silné stránky klienta a jeho vlastní přínos ke zlepšení situace
- asertivní přímá kontrola
- pomoc s bydlením a zaměstnáním
- obhajoba zájmů klienta (Libra, 2015)

#### **5.4.4 Klinický / rehabilitační model**

Propojuje léčebnou oblast a „propojování ke zdrojům“. Jedná se zjednodušeně o kombinaci psychoterapie a case managementu. Case manager může úzce spolupracovat s psychoterapeutem, nebo vykonávat obě činnosti (Libra, 2015).

Vanderplasschen et al. (2007) označuje klinický case management za nákladově efektivní službu pro klienty využívající často akutní péči.

#### **5.4.5 Efektivita case managementu**

Různým modelům case managementu se věnuje systematický přehledový článek Vanderplasschen et al. (2007), ve kterém na základě 48 recenzovaných článků z období 1993 až 2003 porovnával účinnost intervencí u různých cílových skupin včetně osob závislých a ohrožených závislostí a klientů s duálními diagnózami. Dochází k závěru, že efektivita case managementu není dokázána jednoznačně, nicméně pozitivní dopady ve formě zlepšení kvality života, snížení užívání návykových látek a využívání komunitní podpůrné péče namísto hospitalizací se prokázat podařilo. Uživatelům návykových látek se z dlouhodobého hlediska zlepšila také situace v oblasti bydlení a nalezení zaměstnání. Autoři zmiňují německou studii Olivy et al. (2001), ze které vychází, že použití metod intenzivního case managementu u dlouhodobých uživatelů drog s mnohočetnými komorbiditami napomohlo udržet tyto klienty v péči a pomohlo zlepšit nebo alespoň stabilizovat celkovou situaci většiny z nich. Pozitivní výsledky souvisely s delším setrváním v programu case managementu. Studie potvrdila i spokojenost klientů s poskytovanými intervencemi.

Belgická studie na stejné cílové skupině zjistila, že intenzivní case management významně přispívá ke snižování a stabilizaci v užívání návykových látek. Dále se snížila u klientů kriminalita a zlepšila situace v oblasti zaměstnání a rodinných vztahů. Aplikace case managementu na klienty s duálními diagnózami vedla ke zlepšení v psychosociálním fungování, snížení užívání alkoholu a drog a v důsledku toho i ke snížení nákladů na akutní služby (Vanderplasschen et al., 2007).

Vanderplasschen et al. (2007) upozorňují na významné rozdíly mezi jednotlivými metodami. Účinky intenzivního case managementu/asertivní komunitní léčby ve srovnání s jinými intervencemi vedly k nižší recidivě onemocnění, snížení užívání alkoholu a drog, zlepšení a stabilitě v bydlení a celkovému zvýšení kvality života. Zvýšil se počet nástupů do léčby i doba setrvání v ní, což snížilo využívání akutní péče (hospitalizace) a s tím spojené náklady. Intenzivní case management se jeví jako nejúčinnější model u mimořádně problematických uživatelů návykových látek, mezi které patří i osoby s duální diagnózou.

V další studii Redko, Rapp, Elms, Snyder and Carlson (2007) zdůrazňují důležitost pracovní aliance mezi klientem a case managerem, která je pro dosažení výsledku (zlepšení kvality klientova života) nezbytná (podobně jako v psychoterapii). Case manager, který má důvěru klienta, může následně efektivně působit na klientovy silné stránky, posilovat jeho sebevědomí, sebeúctu a samostatnost.

## **5.5 Psychoterapie a case management**

Aplikace psychoterapeutických postupů vyžaduje odpovídající kvalifikaci case managera, tedy absolvovaný psychoterapeutický výcvik. Nicméně pracovník, čitelný pro klienta v roli case managera, kdy je mu mnohem více nablízku než ve standardním terapeutickém vztahu, již psychoterapii v pravém slova smyslu vykonávat nemůže. Vzdělání mu ovšem může velmi pomoci k lepšímu pochopení vztahové dynamiky a vnitřního světa klienta a v neposlední řadě i k porozumění vlastnímu prožívání. Intenzivní kontakt s klientem se závažnou duální diagnózou je často velmi náročný. Vydržet s klientem „nablízko“ ve chvílích jeho zmatku a psychotického „přeblikávání“ myšlenek stojí pracovníka spousty energie. Psychoterapeutický výcvik mu poskytuje dobrou oporu pro to, aby se spolu s klientem neztratil kdesi v nekonečnu, ale v situaci se zorientoval a mohl poskytnout klientovi bezpečné zakotvení v realitě.

Společným účinným faktorem case managementu a psychoterapie je vztah. Na bázi bezpečného vztahu vzniká prostor pro pomoc s řešením praktických problémů klienta, tak pro jeho další osobnostní růst.

## **6 Recovery**

Důležitou součástí práce metodou case managementu, zdůrazněnou např. v modelu intenzivního case managementu podle SAMSHA (2012), cituje Libra (2015), je zaměření se na silné, zdravé stránky klienta a jejich podpora a posilování. Myšlenkový proud přinášející alternativní pohled na duševní zdraví (oproti dosavadnímu zaměření se na redukci a vymizení symptomů závažných duševních onemocnění, jako jsou schizofrenie, schizoafektivní porucha a bipolární afektivní porucha) je zahrnut pod pojmem recovery (zotavení).

Jacob (2015) ve svém článku zaměřeném na doplňkový přístup k psychiatrické péči vychází z prací dalších autorů (Davidson, 2005; Bonney & Stickley, 2008; Ramon, Healy & Renouf, 2007) a definuje recovery jako holistický pohled na duševní onemocnění, kdy je centrem pozornosti člověk, nikoliv pouze symptomy onemocnění. Návrat k premorbidnímu fungování může být pro velkou část nemocných nedosažitelný, proto se recovery přístup věnuje zvyšování odolnosti a kontroly nad onemocněním, ne vyléčení ve smyslu absolutního vymizení symptomů. Uzdravení z tohoto pohledu nemá lineární průběh, je spíše cestou než cílem. Pozitivní vývoj procesu uzdravy ovlivňuje optimismus, odhodlání, očekávání a postoje okolí – tedy víra, že je člověk s duševním onemocněním schopen sám za sebe rozhodovat a žít smysluplný život. To se týká především rodinných příslušníků a pečujících profesionálů. Autor zdůrazňuje, že zaměření na pouhé přežití ke kvalitnímu životu nestačí. Smyslem recovery je proto podpora nemocných, aby si stanovovali nové cíle a pokračovali dál ve svém životě včetně provozování činností a rozvíjení osobních vztahů, které dávají jejich existenci náplň význam.

Důraz na posílení schopností pacienta a podporu jeho samostatnosti kladou i Liberman and Kopelowicz (2002). Uživatel péče by neměl být podle autorů jen pasivním příjemcem podpory, ale aktivním „hráčem“, který se za co nejméně nátlakové podpory odborníků postupně zapojuje do běžné společnosti. Nemocný by měl být co nejvíce zapojen do plánování léčebných intervencí i volnočasových aktivit a získávat tak postupně nezávislost.

Kališová, Raboch, Nawka, Černý a Killaspy (2011) publikovali článek v časopise Československá psychiatrie, ve kterém se věnují problematice dlouhodobě psychiatricky nemocných (nejčastěji se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou) vyžadujících každodenní péči. Upozorňují na vysokou zranitelnost a potenciální porušování práv pacientů z důvodu jejich snížené sociální adaptability způsobené onemocněním. V článku autoři prezentují informace o mezinárodním projektu (zúčastnilo se deset evropských zemí), jehož cílem bylo vytvoření nástroje k hodnocení kvality péče o osoby s dlouhodobě probíhajícím duševním onemocněním umístěné v psychiatrických zařízeních. Výsledkem je dotazník QuIRC (Quality Indicator for Rehabilitative Care), v rámci něhož jsou hodnoceny oblasti poskytované péče:

- Prostředí zařízení z praktického / provozního hlediska

- Terapeutické prostředí se zaměřením na personál, jeho vzdělání a supervizi
- Léčebné intervence včetně používání omezovacích prostředků
- Sebepéče a autonomie – míra samostatnosti uživatelů služby
- Sociální začlenění mimo zařízení
- Lidská práva (mlčenlivost, stížnostní systém, právní pomoc apod.)
- Praxe vedoucí k úzdavě – zahrnutí uživatelů služby do plánování péče, propojení zařízení s místní komunitou apod.

Koncept péče vedoucí k úzdavě ("recovery based practice") byl hlavním vodítkem k vyspecifikování hodnocených oblastí. Jak bylo již zmíněno výše, v pojetí péče ve smyslu recovery nejde jen o vymizení příznaků onemocnění, ale o snahu zapojit nemocného do běžné společnosti. To zahrnuje posílení jeho samostatnosti a zlepšení kvality života.

Poznatky uvedené výše potvrzují výsledky studie zkoumající zkušenost s recovery přístupem u schizofreniků, kterou publikovali (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). Autoři definovali čtyři klíčové oblasti procesu úzdavy:

- Hledání a zachovávání si naděje
- Znovuvybudování pozitivní identity
- Budování smysluplného života
- Přebírání odpovědnosti a kontroly

## **7 Program Case managementu v Adiktologické ambulanci SANANIM**

Zavedení programu case managementu v organizaci SANANIM, jak je uvedeno v operačním manuálu služby (SANANIM, 2016), iniciovali pracovníci Kontaktního centra v první polovině roku 2012. Impulzem bylo zhodnocení dlouholeté zkušenosti se skupinou klientů, kteří neprosperovali ve stávajícím systému služeb a zavedené spektrum intervencí nevedlo ke zlepšení jejich situace. Trend zvyšování podílu klientů se špatnou prognózou na celkovém množství uživatelů služeb kontaktního centra nešel přehlédnout.

Z průzkumu mezi klienty Kontaktního centra vyplynulo, že v průměru užívají drogy cca 10 let, přičemž pouhá polovina z dotazovaných se někdy v životě pokusila o abstinenci léčbu. Na základě získaných výsledků podpořených mnohaletými zkušenostmi s prací

s cílovou skupinou vycházelo, že se u značné části klientů nedaří pomocí stávajících intervencí nastartovat a vhodně podpořit změnu, která by vedla k úzdavě. Pokusy se opakovaně nedařily, klienti z kontaktu s pracovníky i ze systému péče vypadávali a kontinuita započaté práce se ztrácela. Docházelo k oboustranné bezradnosti hraničící s rezignací. Nápad se zavedením nové metody práce – case managementu – nasedl na potřebu zavedení pravidelného, doprovázejícího a koordinujícího prvku v léčebném systému. Prostřednictvím asertivnějšího přístupu a vyšších počátečních investic ze strany pracovníků nabídnout klientům stabilizující a provázející vztah, který zajistí koordinovanou péči pro ty uživatele, kteří dlouhodobě neprosperují v komplexním, ale členitém léčebném kontinuu (SANANIM, 2016).

Program case managementu se v dubnu 2014 po dvouletém fungování v rámci Kontaktního centra stal součástí nově vzniklé Adiktologické ambulance (AA) SANANIM, která realizuje v současné době dva programy. Vedle case managementu i strukturovanou ambulantní léčbu. Je registrovaným zdravotnickým zařízením a držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služeb ambulantní léčby vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (SANANIM, 2016, 2017).

## **7.1 Cílová skupina programu case managementu**

Mimo obecné vymezení klientů spadajících do cílové skupiny AA (osoby ohrožené závislostí na alkoholových i nealkoholových drogách starší 15 let, alespoň v minimálním rozsahu otevřené změně v dosavadním životě a nastavené pro spolupráci s odbornou službou, usilující o abstinenci, nebo kontrolované užívání) specifikuje program case managementu svou cílovou skupinu, jak je uvedeno na webových stránkách (SANANIM, 2017), na klienty

- se souběhem sociálních a zdravotních problémů (dlouhodobých i akutních) a s užíváním návykových látek
- s duální diagnózou
- dlouhodobě neprofitující ze standardního léčebného systému
- s potřebou využívat více služeb zároveň, kdy je vhodná pomoc s koordinací péče

Kontraindikací pro přijetí do programu mohou být důvody bránící vztahovému uzdravování (například výrazně snížený intelekt, disociální porucha osobnosti či extrémní formy manipulativního chování).

Sekundární cílovou skupinou AA jsou rodiče, partneři a další blízké osoby uživatelů návykových látek. Zmapování rodinného systému a zapojení blízkých do spolupráce je obzvláště u klientů v programu case managementu důležitým prvkem pro pochopení kontextu situace, ve které se nachází. Je nezbytnou součástí nastartování a udržení změny a zdárného průběhu léčby. Práce s rodinou je v rámci AA pouze doplňková, v centru zájmu je stále případová práce s klientem (uživatelem drog). Specifické poradenské a terapeutické služby pro rodinné příslušníky a blízké poskytuje Poradna pro rodiče SANANIM, se kterou AA úzce spolupracuje (SANANIM, 2016, 2017).

## **7.2 Model case managementu**

Case management realizovaný AA SANANIM se asi nejvíce blíží kombinaci klinického modelu s prvky intenzivního case managementu a asertivní komunitní léčby podle definice SAMSHA (2012), který uvádí Libra (2015). Těžiště spolupráce s klientem spočívá ve vytvoření blízkého a bezpečného vztahu. Fázi navazování klienta a budování pracovní aliance věnujeme hodně času i energie. Vzhledem k náročnosti cílové skupiny s různorodými potížemi přidruženými k závislostní problematice nelze fungovat podle jednotné šablony. Prostředí důvěry může vznikat v délce týdnů, ale i mnoha měsíců. Někdy se nepodaří obavy klienta postavené na symptomech onemocnění i předchozích špatných zkušenostech s léčebnými službami (především nedobrovolnou hospitalizací) zcela prolomit.

Jak bylo již uvedeno výše, case manager by měl být pro klienta co nejvíce čitelný, přicházet k němu jako konkrétní člověk, sám za sebe (Stuchlík, 2001). V průběhu spolupráce se nepohybujeme jen v časově jasně ohraničeném rámci v prostředí konzultovny, ale strávíme s klientem i mnoho hodin vkuse, ať už doprovodem a následným obhajováním jeho zájmů v jiné instituci, nebo při socioterapeutických aktivitách, případně u něj doma na partnerském / rodinném poradenství. Klienta v různých rolích (pacienta, partnera, syna, dlužníka, matku pod dohledem OSPODu apod.) nevidíme jen my, ale i on zažívá v nejrůznějších situacích nás. Abychom byli klientovi

k užitku, místo podpory nevytvářejí zmatek a sami se v situacích neztrácejí, musíme fungovat autenticky s ohledem na zachování hranic profesionálního vztahu.

Všichni členové současného týmu mají absolvovaný psychoterapeutický výcvik, což umožňuje vidět klienta v širším kontextu včetně rodinného. Do terapeutického nahlížení na člověka patří i schopnost zhodnocení jeho aktuálního duševního stavu, vnímání souvislostí jeho aktuální existence a vlivů, které si s sebou nese z minulosti. Na rozdíl od psychoterapeutického kontaktu při práci metodou case managementu ovšem hluboká témata s klientem dále nezpracováváme. Můžeme je označit, pojmenovat a doporučit k bližšímu prozkoumání v rámci standardní psychoterapie. Z klinického modelu dle SAMSHA (2012) citovaného Librou (2015) se přikláníme k variantě, kdy case manager sám psychoterapii nedělá, ale úzce s klientovým psychoterapeutem spolupracuje. Může se jednat jak o externího psychoterapeuta z jiného léčebného zařízení (konkrétní příklad spolupráce v případové studii č. 1, v kapitole 14), nebo jiného člena týmu AA, který s klientem nepřichází do kontaktu v rámci case managementu.

Z intenzivního case managementu aplikujeme důraz na silné stránky klienta a jeho vlastní přínos ke zlepšení situace (více v kapitole č. 6 o principu recovery).

Základní aktivity vycházejí ze struktury modelu asertivní komunitní léčby. Patří k nim především asertivní oslovování potenciálních klientů a snaha o jejich zapojení do služby. Práce s klientem v přirozeném prostředí, obhajování jeho práv a pomoc se vstupem do léčebné péče.

Nezbytnou náplní práce case managera je permanentní monitoring klienta a jeho aktivní vyhledávání (zvláště v obdobích, kdy se z kontaktu vytrácí). Je nezbytné udržovat si neustále reálný obraz toho, co se s klientem děje, jinak se začne rychle pohled na jeho situaci zkreslovat.

Cílem práce metodou case managementu není ani abstinence od návykových látek za každou cenu, ani úplná úzdava ve smyslu vymizení symptomů doprovodného duševního onemocnění. Výsledkem by měla být aktivizace klienta, udržení motivace ke změně a pomoc se zkvalitněním jeho života. Prostřednictvím posílení zdravých stránek by měl klient čím dál aktivněji přejímat zodpovědnost za vývoj a podílet se na plánování

intervencí. Case manager by mu měl pomoci s propojením k dalším zdrojům v komunitě, v dalších odborných službách apod.

Tým AA SANANIM tvoří v současnosti pět odborných pracovníků: vedoucí zařízení – psycholog / sociální pracovník, psychiatr, jednooborový psycholog, adiktoložka a sociální pracovnice. Program case management přímo realizují tři zaměstnanci na 1,5 úvazku s kapacitou celkem 15 klientů (SANANIM, 2017).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **8 Cíl práce**

Hlavním cílem je popsat pomocí případových studií spolupráci s klienty (uživateli metamfetaminu) se závažnou psychiatrickou komorbiditou v rámci programu case managementu AA SANANIM.

### **9 Dílčí cíle**

Konkrétně se v kazuistikách zaměřím na vývoj životní situace klientů v následujících oblastech:

- psychické obtíže a jejich léčba
- závažnost a frekvence užívání primární drogy
- sociální situace (finanční příjem, bydlení)
- vztahová úzdrava

Cílovou skupinou jsou klienti programu Case management Adiktologické ambulance SANANIM, se kterými jsem spolupracovala sedm měsíců s minimálním počtem 28 osobních kontaktů (zhruba odpovídá frekvenci jedenkrát týdně). V takovém případě lze již hovořit o dlouhodobém kontaktu, který může ovlivnit situaci klientů ve výše zmíněných oblastech. Předpokládám, že práce s klientem metodou case managementu bude mít pozitivní dopad na vývoj obtíží a dojde ke zlepšení, nebo alespoň stabilizaci ve sledovaných indikátorech.

### **10 Typ výzkumu, metody**

Případová studie (kazuistika) se jako specifická forma kvalitativního výzkumu věnuje detailnímu rozboru jednoho případu nebo několika málo případů, kdy se pokouší o zaznamenání jeho komplexnosti včetně popisu jednotlivých detailů a jejich vztahů (Hendl, 2008; Olecká a Ivanová, 2010).

Kazuistiky strukturuji do několika podkapitol; oblastí zájmu. Nejprve se zabývám samotným vstupem klienta do programu: Kdo ho inicioval? Kdo zprostředkoval kontakt

mezi klientem a programem case managementu? Dále se zaměřuji na samotné okolnosti vstupního kontaktu, místo, kde se uskutečnil, a setting. Často probíhá první kontakt v prostorách ne úplně vhodných pro navazování vztahu s klientem, což je nutné vnímat a snažit se o zajištění co největší míry bezpečí. Následující podkapitola se podrobněji věnuje vývoji vztahu mezi klientem a case managerem a samotnému průběhu spolupráce. Další bod zmiňuje spolupracující osoby (nejčastěji jiné zainteresované odborníky a rodinné příslušníky). V poslední části se pokouším zachytit výsledky spolupráce ve sledovaných oblastech, konkrétně jaké nastaly změny:

- ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace)?
- v závažnosti a frekvenci užívání primární drogy?
- v sociální situaci respondentů (finanční příjem, bydlení, zaměstnání)?
- ve smyslu vztahového uzdravování?

Vzhledem k tomu, že zde prezentuji již uskutečněnou spolupráci s klienty, využiji metody analýzy dokumentů, v rámci které je podle Miovského (2006) prováděna obsahová analýza již existujícího materiálu.

## **11 Výběr klientů**

Základní soubor tvoří všichni klienti spolupracující s programem Case management Adiktologické ambulance SANANIM. Do výběrového souboru jsou zařazeni tři klienti (dva muži a jedna žena) vybraní na základě záměrného účelového výběru, který definuje Patton (Miovský, 2006) podle nastavených kritérií:

1. Doba spolupráce: sedm měsíců spolupráce s minimálním počtem 28 osobních kontaktů (zhruba odpovídá frekvenci jedenkrát týdně)
2. Závislostní problematika: škodlivé užívání, nebo závislost na metamfetaminu v současnosti či minulosti
3. Přítomnost závažné psychiatrické komorbidity: psychotické onemocnění z okruhu schizofrenií

## 12 Metoda sběru dat

Data budou získávána z dokumentace klientů zahrnující:

- jejich anamnézy
- zápisy konzultací zachycujících průběh spolupráce klienta s case managerem
- zápisy z psychiatrických vyšetření včetně farmakoterapie
- záznamy z případových konferencí
- propouštěcí zprávy z hospitalizací
- další dokumentaci (posudky invalidity, znalecké posudky ohledně omezení svéprávnosti, rozsudky a další písemnosti vztahující se k případu klienta)

## 13 Etické aspekty

Případové studie jsou sepisovány s ohledem na dodržení etických norem (Miovský, 2006) Je brán ohled na soukromí klientů; jejich data jsou anonymizována; není uvedeno jméno klienta ani další údaje, které by mohly vést k jeho identifikaci. Účast ve výzkumu by je neměla jakkoliv poškodit či jim způsobit újmu. Všichni klienti, se kterými pracuji, podepsali při vstupu do péče souhlas se zpracováním osobních údajů a jsou plně informováni, jakým způsobem je o nich vedena dokumentace. S klienty vybranými pro případové studie jsem o záměru využití jejich záznamů a průběhu naší spolupráce pro účely diplomové práce hovořila a se zpracováním kazuistik souhlasili.

## **14 Případová studie č. 1**

První kazuistika se věnuje popisu klienta, který má přes svůj mladý věk (23 let v době prvního kontaktu) bohatou kriminální kariéru a zkušenost s psychiatrickou a psychologickou péčí od dětského věku.

Klienta předcházela pověst velmi problémového, potenciálně nebezpečného a náročného na kontakt. Vedle majetkové trestné činnosti opakovaně napadl náhodné kolemjdoucí muže, kterým způsobil závažnou zdravotní újmu. Na základě znaleckých posudků a stanovení diagnózy hebefrenní schizofrenie nebyl uvězněn, ale dostal nařízené ochranné léčení ústavní formou (OÚL).

### **14.1 Inicie vstupů do programu; zprostředkování kontaktu mezi klientem a programem CM**

První informace o klientovi přišly od jeho matky, která vyhledala pomoc u kolegů v poradně pro rodiče. Ti oslovili program case managementu s tím, že by bylo dobré kontaktovat klienta hospitalizovaného na pavilonu ochranných léčeb psychiatrické nemocnice, navázat s ním spolupráci a pokusit se ho provést vstupním procesem denního stacionáře.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o opakované ochranné léčení, bylo podmínkou ošetřujícího psychiatra, aby klient pokračoval po propuštění z hospitalizace v intenzivní léčbě závislosti v terapeutické komunitě nebo denním stacionáři.

### **14.2 Místo prvního kontaktu, okolnosti, setting**

Poprvé jsem se s klientem setkala na oddělení psychiatrické nemocnice, kde vykonával soudem nařízené OÚL. Klient reagoval na první kontakt s nadšením, byl potěšen, že si může se mnou povídat. Snažil se udělat dojem, zkoušel aktivně navazovat kontakt a zkoumal hranice. Lehce flirtoval, nabízel mi gumové medvídky, fyzicky se pohyboval na hraně osobní zóny. Způsob kontaktování asi nejlépe vystihuje termín hravý, významně nepřekračující běžná společenská pravidla.

Nalézt vhodné a bezpečné místo pro rozhovor na uzavřeném oddělení nebývá obecně snadné. V tomto případě jsme byli odesláni personálem do komunitní místnosti s velkým

počtem židlí v kruhu. Snažila jsem se alespoň upravit naše sezení tak, aby připomínalo běžné poradensko terapeutické v přiměřeném úhlu a blízkosti.

Klient nepůsobil dojmem, že by ho prostředí rušilo, hovořil od počátku uvolněně bez ohledu na to, kdo ho může potenciálně slyšet. Zdálo se, že to vůbec neřeší.

### **14.3 Vstupní zhodnocení a indikace**

Působí trochu „odbržděný“, jde hodně fyzicky nablízko, slovně "poštuchuje", nabízí bonbony. Inteligentní, energický, emoce v normě. Nejzaujatěji mluví o bývalé práci. Hovořil o tom, že „dělal něco kolem leteckých motorů, někoho tam štvál, přitom měl dobré výsledky včetně nějakých zlepšovacích návrhů“. Když ho se všemi ostatními brigádníky vyhodili, psychicky se prý zhoršil. Hovoří o tom, že „ochranku“ má podruhé, prvně kvůli napadení. Přerazil páteř chlapovi, co do něj strčil na ulici a komentoval, že je nevychovaný. Nepamatuje si to. Vzali ho na vazbu, pak ho posuzovali lékaři a dostal OÚL. Ve VTOS nikdy nebyl. Do léčby závislosti se mu moc nechce, ale bez jejího vyřízení ho z hospitalizace nepustí. Mluví otevřeně, k léčbě přistupuje pragmaticky.

Vyrazil bez objednání do denního stacionáře, kde se dozvěděl, že musí splnit vstupní podmínky a čekat v pořadníku. Je z toho zmatený. Bavíme se o tom, že mu můžu pomoci celý proces nástupu zkoordinovat. Je rád a souhlasí, že zjistím přesné informace a domluvím společnou schůzku.

Do procesu zhodnocování klienta mi kromě autentického dojmu vstupovaly i informace, které se ke mně dostaly před kontaktem. Uvědomuji si, že si podrobněji všímám jeho verbálního i nonverbálního projevu a s ohledem na kriminální delikty možná i více myslím na vlastní bezpečí. O tom, že vím, za co dostal OÚL mluvím otevřeně, do popisu podrobností ho nijak netlačím.

### **14.4 Navazování vztahu a vývoj kontaktu**

Na počátku kontaktu se hodně předvádí, mluví o kriminálních zkušenostech, říká, že by šel radši do vězení, než být dál na ochranných léčbách. Přináší nápad na založení escortservisu, zdůrazňuje potřebu dobře vypadat, mít peníze, umět sbalit holky. Tvoří kolem sebe clonu, obtížně se k němu v těchto chvílích dostává. Místy se nudím, ale nějak

vnímám, že je potřeba vydržet s ním i v tomto druhu kontaktu. Na pozadí strach ze selhání, potřeba být „silný chlap“, radši kriminálník než psychiatrický pacient.

Otevřeně hovoří o chutích na pervitin, má strach, kdyby to zmínil v léčebně, „sesadili“ by ho na uzavřené patro. Chce o tom mluvit se mnou, zdůrazňuje, že by rád byl v kontaktu i po nástupu do DST.

Mluvíme o agresivitě, spouští ho, když se někdo navází do jeho rodiny. Je hodně citlivý na matku, má k ní blízký vztah. Bratr (27 let) je farmaceutický laborant, prý je strašně šikovný, zkoumá mozkomíšní mok, jinak je úplně nepraktický, máma mu musí dávat návod i na vaření čaje. Jako dítě byl doma jednička, měl dobré známky, klient s ním soupeřil tak, že zlobil. Rád cvičí, uvažuje o bojovém sportu, ve stacionáři ho zaujala možnost trénovat kung fu. Chtěl by boxovací pytel. Doma mu ho zakázali, rušil v baráku lidi. Rodiče se rozvedli, když byl hodně malý. S otcem není vůbec v kontaktu, byl to údajně podvodník se spoustou dětí s různými ženami.

Během cca dvou měsíců spolupráce ubývá míst, kdy utíká z kontaktu pomocí „předvádění svalů“. Mám vyzorováno, že do této polohy propadá už jen v obdobích velkého stresu (např. před očekávanými soudními jednáními). Postupně mluví i o naštvanosti na mámu, že ho někam tlačí, nepodporuje ho, jak by si představoval. Myšleno tak že nerozumí, co je závislost a že chutě na drogy hned tak nezmizí. Zkoušel se jí ptát, co by se dělo, kdyby nedodělal stacionář, pak by ho máma prý vyhodila. Bere to jako ztrátu podpory, nevěří si, že to zvládne, zmiňuje málo otisků rukou absolventů na zdi (součást rituálu úspěšného dokončení léčby).

Ke mně se vztahuje jako k terapeutce, pravidelně si vyjasňujeme, jaká je role case managera. V tématech ho nijak nebrzdím, jen se snažím ohraničovat, co bude třeba zpracovávat během léčby, a co v rámci naší spolupráce. Impuls pro změnu prostředí nese nelibě, nechápe, proč bychom měli chodit někam na kafe, když můžeme být v konzultovně. Nakonec návštěvu chráněné kavárny hodnotí jako prima. Netuším, jestli za počáteční neochotou nechat se vidět v přirozeném prostředí a běžných situacích byla neochota se v nich ukázat, potřeba čistě terapeutického povídání nebo nepochopení, že i takto lze profesionálně pracovat s klientem. Dovedu si představit, že všechno dohromady. Dosavadní zkušenost s pomáhajícími profesionály byly víceméně nedobrovolné a jasně

ohraničené. Práce metodou case managementu nutila klienta, aby se pohyboval v úplně jiném terénu, než na který byl adaptovaný.

Po více než třech měsících spolupráce byl klient propuštěn z hospitalizace a nastoupil léčbu v denním stacionáři. Nastala tak další fáze vývoje našeho vztahu. Snažila jsem se klienta neopustit a zároveň mu ponechat dostatek prostoru, aby se navázal na kolegy a byl schopen přinášet důležitá témata především jim, nikoliv mně, jak byl doposud zvyklý. Otevřeně jsme o tom hovořili jak s klientem, tak s kolegy v denním stacionáři, uskutečnila se i společná setkání – případové konference. Domluvili jsme se na spolupráci, v rámci které zůstane klientovi case manager jako průvodce, k podpoře volnočasových aktivit a intervencí mimo program denního stacionáře (např. asistence u soudních jednání). Stacionář zajistí léčebnou a režimovou složku léčby prostřednictvím individuální a skupinové psychoterapie a dalších komunitních aktivit.

Přechod z hospitalizace (nastěhoval se zpátky k matce) do ambulantní, i když intenzivní, léčby, se ukázal hned od počátku velmi náročný. Od prvního víkendu bojoval s volným časem, chutěmi a následnými relapsy. Pobyt ve stacionáři musel být překontraktován. Kolegové péči velmi individualizovali, na dva týdny ho pro opakované porušení pravidel (nezvládnuté relapsy) vyloučili ze skupinového programu a vytvořili nový plán spolupráce. Na místo rozvolnění intervencí ze strany case managementu jsme se na případové konferenci domluvili, že strávím s klientem více času až do jeho opětovného nástupu do léčebného programu. V tomto období jsme realizovali socioterapeutické aktivity (společné návštěvy výstav) a podpůrné poradenství. V denním stacionáři využíval o víkendech krizový telefon a individuální poradenství mimo dny, kdy jsme se potkávali společně.

Opětovný nástup do léčby se již vydařil lépe včetně zvládnání víkendů (klienta hodně podpořila matka). Kontakt s klientem jsem zachovala ve frekvenci jedenkrát týdně, kdy se setkáváme po léčebném programu. Klient si aktivity a témata určuje prakticky výhradně sám, kontakt je uvolněný, nejlépe postihnutelný termínem „profesionální přátelství“ za dodržování hranic a etických norem. Myslím, že se podařilo navázat s klientem vztah, který je bezpečný, čitelný a srozumitelný. Mám dojem, že jsem se pro klienta ustálila v roli, kterou zastávám, nemá již potřebu mě dosazovat do terapeutické polohy, ani

zkoušet hranice mužsko ženského vztahu. Významný posun směrem k úzdravě vnímám i v rovnováze energie, kterou do vztahu oba přinášíme.

## **14.5 Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami**

Zde bych zmínila nejdůležitější oblasti intervencí ve smyslu koordinace případové práce a spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami:

- Nástup do denního stacionáře a spolupráce s kolegy v průběhu léčby klienta

Nástup klienta do intenzivního léčebného programu byl hlavním bodem kontraktu od počátku spolupráce. Role case managera spočívala v pomoci s domluvením vstupního pohovoru, účast na něm a další zprostředkovávání informací mezi kolegy a klientem. Postupně klient přebíral iniciativu a zdárně do léčby nastoupil. Další koordinace péče byla domlouvána v rámci případových konferencí za účasti klienta, které se týkaly vzájemné spolupráce obou programů, nastavení individuálního plánu léčby a plánování následné péče. Souběžně probíhalo vzájemné předávání informací (se souhlasem klienta) o vývoji léčby.

- Dobrá spolupráce s klientovou matkou

Důležitým faktorem podporujícím změnu byla od počátku dobrá spolupráce s matkou klienta. Kromě doplňování informací, které zasazovaly pohled na klienta do širšího kontextu (např. zacházení s financemi, dojem, kterým působí před relapsem, partnerské vztahy apod.), se sama aktivně věnovala práci na sobě v rámci individuální i skupinové terapie v poradně pro rodiče.

- Soudní jednání

V průběhu spolupráce jsem se s klientem účastnila dvou soudních jednání, z nichž první se týkalo přeměny ústavní léčby na ambulantní a druhé omezení svéprávnosti. V obou případech jsem zastávala podpůrnou roli a pomáhala klientovi v kontaktu s advokátem, primářkou následné péče psychiatrické nemocnice a soudním znalcem.

- Ambulantní psychiatr

Kontakt mezi mnou a ambulantním psychiatrem si klient prozatím nepřál, zastával v jeho očích represivní funkci a nedůvěřoval mu na základě minulých zkušeností. Kontakt týkající

se výkonu ochranné ambulantní léčby probíhal na formální a podle všeho korektní úrovni mezi lékařem a kolegy z denního stacionáře. V budoucnu by bylo vhodné se znovu o spolupráci mezi programem case managementu s psychiatrem (za souhlasu klienta) pokusit.

## **14.6 Výsledky spolupráce, změny ve sledovaných oblastech**

Hodnocené období spolupráce probíhalo od listopadu 2016 do května 2017. Uskutečnilo se celkem 34 kontaktů s klientem a 22 dalších doprovodných výkonů potřebných pro zajištění přímé práce (především koordinace péče s dalšími odborníky).

### **14.6.1 Změny ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace)**

Klient je od sedmi let věku v psychiatrické a psychologické péči (zdrojem informací je znalecký posudek a propouštěcí lékařské zprávy), původně pro neurotické obtíže a lehké mozkové dysfunkce – specifické poruchy učení, ke kterým se postupem doby přidaly problémy s chováním a agresivitou. Ve dvaceti letech věku mu byla diagnostikována hebefrenní schizofrenie, která nasedla na premorbidní poruchu osobnosti (pravděpodobně smíšenou, ale s ohledem na nízký věk klienta a neuzavřený osobnostní vývoj nelze považovat za definitivní). O rok později se dopustil závažného trestného činu ublížení na zdraví a byl vzat na vazbu. Po prozkoumání duševního stavu mu bylo nařízeno ochranné léčení ústavní formou. V rezidenční péči strávil téměř tři roky (se započítáním hospitalizací během vazebního stíhání). Propuštěn byl jedenkrát do ochranné ambulantní léčby, kterou po několika týdnech porušil a byl znovu hospitalizován. V posledních třech měsících před propuštěním zahájil spolupráci s programem case managementu AA SANANIM.

Klient se od počátku spolupráce tématu duševního onemocnění vyhýbal, prakticky popíral, že by jím skutečně trpěl. Identita „feťáka“ a „grázla“ mu byla mnohem bližší, nechtěl se řadit k psychicky nemocným. Dochází znovu k ambulantnímu psychiatrovi, kde vykonává ochranné léčení a užívá medikaci (fluaxol) depotní formou. Nebylo proto nutné v této oblasti intervenovat a zbytečně téma otevírat. Přišlo mi účinnější respektovat

klientovu volbu témat a zaměřit se na jeho silné stránky a posilování sebeúcty a sebevědomí.

Po nástupu do denního stacionáře začal klient postupně hovořit o potížích s agresivitou. Ukázalo se, že má náhled na své dekompenzace uzavřený, „něco se mu přepne“, nepamatuje si, co se přihodilo. Velmi pravděpodobně své onemocnění vědomě nezatajuje, ale skutečně o nástupu symptomů neví. V bezpečném prostředí si vyzkoušel několik situací, které popisoval tak, že „najednou zčernaly stěny a viděl rudě“. Důležité informace z této oblasti dodala klientova matka, která popisovala rychlou změnu ve výrazu tváře svého syna, který s nepřítomným pohledem kamsi najednou odcházel, a ona tušila, že „bude zase průšvih“.

Proces zmapování symptomů bude trvat ještě delší dobu, s klientem bude třeba pracovat kontinuálně v rámci následné péče. Již teď je ovšem vidět výrazná změna oproti vstupnímu stavu.

#### **14.6.2 Závažnost a frekvence užívání metamfetaminu a dalších návykových látek**

Klient vstupoval do programu case managementu s diagnózou syndromu polymorfní závislosti na metamfetaminu a kanabinoidech ve fázi abstinence. Od počátku spolupráce hovořil otevřeně o chutích na drogy a problémech s jejich regulací. Po propuštění z hospitalizace opakovaně zrelaboval na metamfetaminu (užíval neinjekční formou). K relapsu došlo vždy o víkend, kdy nezvládal vyplnit volný čas. Ve všech případech se do druhého dne ozval mně i terapeutům v denním stacionáři a snažil se situaci řešit. Významná byla ztráta kontroly a nenahlédnuté vystavování se rizikovým situacím.

Aktuálně po sedmi měsících spolupráce chutě zcela nevymizely, avšak frekvence se zmenšila a poslední dva měsíce se daří klientovi zcela abstinovat. Nicméně obavy z budoucnosti stále existují a klient si zcela nevěří, že po skončení celodenního programu stacionáře abstinenci zvládne udržet. V plánu je zajištění doléčování a další práce na nakládání s volným časem. Klíčové bude nalezení smysluplného zaměstnání.

#### **14.6.3 Změny v sociální situaci (finanční příjem, bydlení, zaměstnání)**

Finanční příjem má klient od počátku stabilní, je uznán invalidním ve třetím stupni a pobírá důchod, o víkendech si přivydělává na stálé brigádě. Bydlí u matky, která ho

zatím i finančně podporuje. Hledání zaměstnání bude v popředí v následujících týdnech, kdy klient končí léčbu v denním stacionáři.

Nakládání s finančními prostředky není klientovou silnou stránkou, v minulosti se opakovaně zadlužil a matka se pokoušela situaci řešit podáním návrhu na omezení svéprávnosti.

#### **14.6.4 Změny ve smyslu vztahového uzdravování**

V kapitole 14.4 jsem podrobně popsala vztahový vývoj mezi mnou a klientem. Úzdravný proces ve vztahové oblasti se odráží i v klientově životě. Klient si odnáší z primární rodiny relativně bezpečný, i když hodně blízký (až se závislostními rysy) vztah s matkou. Naopak pocit odmítnutí a zapuzení ze strany otce. Absence důležité mužské postavy dominuje, kriminální delikty byly směřovány výhradně proti mužům. Naopak v partnerských vztazích se dostával často až do role toho, kdo se úplně rozdá a ztratí.

Navázání důvěrného pracovního společenství se ženou pro něj nebylo nijak obtížné.

## **15 Případová studie č. 2**

Pro druhou kazuistiku jsem si vybrala klienta (36 let) s dg. paranoidní schizofrenie a syndromem závislosti na metamfetaminu. Jedná se o chronického pacienta již sedmadvacetkrát hospitalizovaného v psychiatrické nemocnici.

### **15.1 Iniciace vstupu do programu; zprostředkování kontaktu mezi klientem a programem CM**

Program case managementu kontaktoval telefonicky vedoucí lékař oddělení následné péče s informací, že má na oddělení již poněkolkáté pacienta, uživatele metamfetaminu s komorbidní dg. paranoidní schizofrenie. Má dojem, že dosavadní postupy práce s klientem vedly jen k jeho dočasné stabilizaci, která umožňovala propuštění do ambulantní péče, a po krátké době opětovnému návratu na oddělení. Napadlo ho, že by tentokrát zkusil vymyslet něco jiného. Program case managementu určený pro osoby s duševním onemocněním klienta kvůli jeho výrazné závislostní složce odmítl a předal kontakt na AA SANANIM.

## **15.2 Místo prvního kontaktu, okolnosti, setting**

Poprvé jsem se s klientem potkala na oddělení následné péče. Byl rád, že za ním někdo přišel, choval se rozverně, ukazoval mě spolupacientům. Působil vzhledem k chování mnohem mladším dojmem. Sedli jsme si na chodbě u schodů na křesla pro návštěvy, často někdo procházel kolem, ale klient nevypadal, že by ho to rušilo. Obtížně se s ním domlouvám, kromě nelogického přeskokování v tématech má ve velmi špatném stavu zuby (většina chybí), špatně artikuluje. Opakovaně se doptávám, nerozumím, neslyším. Po zhruba dvaceti minutách přecházíme do kanceláře lékaře a pokračujeme v domlouvání spolupráce společně s ním.

## **15.3 Vstupní zhodnocení a indikace**

Posuzování vhodnosti přijetí klienta do programu case managementu probíhalo na dvou společných schůzkách s klientem a ošetřujícím lékařem. Ujasňovali jsme si, co AA SANANIM nabízí, co můžeme klientovi nabídnout. Zájem o navázání pacienta do programu měl jednoznačně lékař, klient vůbec netušil, kdo jsem a k čemu bych mu mohla být dobrá. Zájem ho ovšem těšil a o povídání stál. Pamatoval si nedávné odmítnutí ze strany organizace pomáhající psychotikům a opakovaně se ujišťoval, že ho přijmu.

Psychotické onemocnění je hodně zřetelné, klient často odbíhá k paralelní realitě, na kterou nemá vytvořený náhled. Živě popisuje příhody s „mafii“ a sledováním, hovoří o tom, jaká měli mafiáni auta a zbraně.

Nebyla jsem si jistá, zda je klient pro náš case management indikován, avšak po konzultaci s kolegy jsme se rozhodli spolupráci vyzkoušet. V plánu bylo pomalé navazování vztahu bez nároku na hmatatelné výsledky a kontaktování klientovy matky, se kterou žije mimo doby hospitalizace.

## **15.4 Navazování vztahu a vývoj kontaktu**

Počátek kontaktu je velmi poznamenán hospitalismem klienta. Staví se do podřízené role, působí dojmem zlobivého dítěte. Tuto polohu střídá s flirtováním a pokusy o mužsko ženský kontakt. V myšlení přeskakuje, což se projevuje nesouvislou mluvou a nelogickými přeskoky v tématech. Často odbíhá k mafiánským příběhům, není jasné, zda něco z toho

opravdu na ulici zažil, nebo vše vyčetl někde ve zprávách (pravděpodobnější verze). Bojí se prý jet kamkoliv mimo Prahu. Baví ho fitness. Vypráví, že hodně posiloval na pervitinu, pak se s někým popral. Násilnou činnost, za kterou by byl souzen, za sebou ovšem nemá. Tvořím si hypotézu, že jde pouze o jeho představy, chce působit jako „silný chlap“.

Opakovaně se doptává, jestli ho přijmeme. Má v nabízených službách zmatek a nese si zkušenost s odmítnutím ze strany jiného programu. Přijetí klienta, ve smyslu toho, že není tak hrozný, aby ho odmítaly i odborné služby, se mi jeví jako zásadní.

Schůzka v ambulanci vychází na druhý pokus po cca měsíčním kontaktu. Prvně nedojel, cestou zrelaboval na metamfetaminu. Domluva s ošetřujícím lékařem je taková, že když zvládne sám dorazit do AA, bude s ním jednat o brzké dimisi.

Velmi mě překvapila proměna dojmu, jakým klient působí mimo léčebné oddělení. Psychotické příznaky ve smyslu chaotických přeskoků sice úplně nevymizely, přesto se projevuje tak nějak dospěleji a lépe si dovedu představit, že bude propuštěn do ambulantní péče.

Již zmíněná podřízená role – „nevím, co chci, řeknu, co asi chce slyšet“ – střídaná s nadšením, že spolupracuje se ženou, provází většinu kontaktů. Vzhledem ke klientově zdravotnímu stavu (trvale přítomným bludným projekcím a dalším projevům psychózy) považuji za klíčovou práci na vzájemném vztahu – vytvářením bezpečí a důvěry – a detekování oblastí, ve kterých by mohl nalézt vlastní posílení a zdroje úzdravy.

Kontakt poznamenávají četné relapsy, které klienta naprosto dezintegrují a dostávají na hranu opětovné (nedobrovolné) hospitalizace.

Je hodně navázaný na matku, se kterou bydlí. Hovoří o chráněném bydlení, což není vzhledem k současné neschopnosti abstinovat příliš reálné. Soužití vypadá jako u matky s dospívajícím středoškolákem, dynamika hádek a odpouštění, téma úklidu pokoje a apelování na osamostatnění, kterého klient ovšem není objektivně zatím schopen.

S otcem je v pravidelném kontaktu, i když jsou rodiče rozvedeni od jeho cca sedmi let. Vychází spolu všichni dobře, matka o expartnerovi hovoří bez výrazných emocí. S ničím závažným se rodiče (oba šedesátiletí) neléčí, stejně tak o rok starší bratr. Na psychiatrii byl hospitalizován pro perzekuční bludy podle informací v propouštěcí zprávě klientův děda.

Potkáváme se u klienta doma (někdy společně s jeho matkou) a chodíme se procházet po okolí, nebo u nás v ambulanci. Na užívání drog nemá náhled, ví, že by neměl brát, ale když se naskytne příležitost, nezvládne odolat. O drogových zkušenostech mluví s fascinací, když si uvědomí, co pod vlivem řekl nebo udělal, propadá do výčitek a omluv. S nadšením dokáže hovořit i o sportu, v minulosti hrál závodně softbal, baví ho posilovna. Podle všeho má v okolí bydliště i „zdravé“ kontakty – sportovce – kteří se s ním baví, když je strýzlivý. Snažím se ho motivovat pro setkávání se s těmito lidmi namísto kamarádů / uživatelů drog. Klient je v tomto ambivalentní, baví ho obě skupiny, v obou má kus své identity.

Vývoj kontaktu neplyne tak jasně a relativně lineárně jako v předchozí kazuistice. Opakovaně se točíme v kruhu, na spousty schůzek klient nedorazil (zapomněl, čekal na mě v jiný čas apod.). Nemá k dispozici telefon (hned by ho prodal), takže veškerá domluva se uskutečňuje přes matku. Opakovaně ho naháním, aby nezmizel z dosahu. V době dekompenzací se s ním dá pouze „být“, připomínat se a monitorovat situaci. V stabilizovanějších chvílích se snažím zjistit co nejvíce o tom, co ho baví a kam by chtěl alespoň orientačně směřovat.

Velmi citlivým místem jsou pro klienta vztahy se ženami. Dekompenzace psychického stavu se točí často kolem odmítnutí potenciální partnerkou. Naposledy si do pocitu spiknutí zařadil všechny ženy včetně své matky a mě. Během telefonického hovoru mě radostně pozdravil, věděl, kdo jsem, a ve zlomku sekundy začal nadávat na všechny ženy, pak křičel na matku a zahodil telefon. Na událost měl částečný náhled, při dalším kontaktu se mi omlouval a propadal do pocitů zavinění.

Po sedmi měsících spolupráce je klient opět nedobrovolně hospitalizován (byl agresivní, matka musela volat RZS), kontakt tedy probíhá opět v areálu psychiatrické nemocnice. Oproti zahájení spolupráce je výhodou rychlé přeložení klienta z akutního příjmu na volnější oddělení, které může s doprovodem opouštět.

Považuji za úspěch, že klient vydržel bez hospitalizace téměř pět měsíců, neboť v posledních sedmi letech strávil většinu času v rezidenční péči. Vztah se s ním podle všeho také podařilo navázat. Již na oddělení akutního příjmu informoval, jak jsem se dozvěděla od personálu, že za ním dorazím a že se těší.

## 15.5 Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami

- Ošetřující lékař z psychiatrické nemocnice

Důležitou osobou, bez které bychom se s klientem vůbec nesetkali, byl ošetřující lékař, který aktivně oslovil několik programů case managementu, účastnil se počátečních schůzek s klientem a podílel na domluvě spolupráce.

- Navazování kontaktu a spolupráce s klientovou matkou

Na počátku působila klientova matka skepticky a trochu rezignovaně, posledních cca třináct let je zvyklá na synovy opakované hospitalizace doprovázené nejrůznějšími radami odborníků. Na domluvenou schůzku v poradně pro rodiče dorazila jednou, o intenzivnější spolupráci neměla zájem. Nicméně role zprostředkovatelky kontaktu mezi mnou a klientem se ujala bez potíží a postupně začala více komunikovat. O společné schůzky nejprve nejevila velký zájem, odvolávala se na pracovní vytížení, po opakovaných nabídkách svolila a začali jsme se potkávat společně s klientem u nich doma.

Čím dál více přispívá k doplňování ucelenějšího pohledu na klienta. Po letech soužití má zmapované jeho dekompenzace a zachycené momenty, kdy už volá záchrannou službu. Působí v tom klidným a jistým dojmem, je srozumitelná i v potřebě udržet si odstup a věnovat se svým pracovním a zájmovým činnostem.

- Ambulantní psychiatrička

Stejně jako v předchozím případě se jedná o osobu, ke které nemá klient vytvořený vztah a která zastává funkci někoho, kdo aplikuje depotní injekci a předepíše léky, případně nechá klienta hospitalizovat. Přesto zde vnímám také oblast, kterou jsem doposud zanedbala, a po propuštění klienta z hospitalizace by bylo vhodné s lékařkou kontakt navázat.

## 15.6 Výsledky spolupráce, změny ve sledovaných oblastech

Hodnocené období spolupráce probíhalo od prosince 2016 do června 2017. Uskutečnilo se celkem 28 kontaktů s klientem a 15 dalších doprovodných výkonů potřebných pro zajištění přímé práce (především kontakt s matkou a koordinace péče s dalšími odborníky).

### **15.6.1 Změny ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace)**

Psychiatrickou péči mám zmapovanou od roku 2004, kdy byl poprvé ve svých 24 letech věku hospitalizován (dg. paranoidní schizofrenie). V následujících šesti letech býval v rezidenční péči jednou ročně. Od roku 2010 se frekvence hospitalizací zvýšila na cca třikrát ročně. Vedle paranoidní schizofrenie je pravděpodobné (podle ošetřujícího lékaře i na základě mého pozorování) organické poškození a snížené IQ. Užívá haloperidol depotní formou jednou za dva týdny, vedle toho tablety olanzapinu a valproátu.

V ambulantní péči se daří pohlídat pouze aplikaci depotního haloperidolu. Co se týká užívání tablet, často si na ně klient nevzpomene, nebo je záměrně přestane užívat. Naopak po „jízdě“ na stimulantech si dá najednou několik tablet valproátu a dva dny spí. Ví, že by měl léky brát pravidelně, ale tloustne po nich a je zpomalený, což se mu nelíbí. Proto pak užívá pervitin, má dojem, že to tak dělají i jiní sportovci (např. boxeři). Nadužití tablet, aby se vyspal, se směje. Matka se snaží léky připomínat, avšak zřejmě ne dost důsledně. Pokud klient odmítá, odsekne jí, nadává, dál na něj netlačí.

Když je zamedikovaný, dá se s ním docela dobře hovořit, řeč je plynulejší, s minimem bludné produkce. V takovýchto chvílích se snažím z kontaktu vytěžit co nejvíce, věnovat klientovi hodně času a vymyslet nějakou aktivitu (např. vycházku po okolí bydliště a poznání prostředí, kde se běžně pohybuje). Na příští schůzce, pokud se nám podaří se vůbec potkat, jsem obvykle opět zahlcená mafiánskými a drogovými historkami.

Vzhledem k věku klienta, délce trvání psychotických obtíží a pravděpodobnému kognitivnímu poškození způsobenému vlivem kombinace duševního onemocnění a užívání metamfetaminu není výhled na nějaké zásadní zlepšení dobrý. Přesto lze velmi pomalými kroky dosahovat dílčích úspěchů, které by mohly v budoucnu vést ke zkvalitnění klientova života.

### **15.6.2 Závažnost a frekvence užívání metamfetaminu a dalších návykových látek**

Vedle paranoidní schizofrenie trpí klient syndromem závislosti na metamfetaminu (užívá převážně neinjekční formou). Příležitostně užívá buprenorfin. Plné abstinence nedosahoval ani v průběhu hospitalizace, byl schopen si obstarat pervitin při první

vycházce z oddělení. Užívá drogy nekontrolovaně, s minimálním náhledem na škodlivost svého počínání. Frekvenci lze zmapovat obtížně, podle všeho si aplikuje pervitin vždy, když má k tomu příležitost (přes kamaráda). Odhadem minimálně jednou týdně. Vedle metamfetaminu občas užije tabletu buprenorfinu. Líbí se mu prostředí substitučních léčeb, opakovaně hovoří o tom, že by chtěl také substituční preparáty, jaké užívá kamarád. K lékaři, který poskytuje i substituci, dochází kvůli jaternímu vyšetření (během hospitalizace mu vyšel reaktivní test na HCV). Mluví o tom, že si s ním kromě léčby žloutenky vyjednává i substituci (není ovšem jasné, zda myslí opiátovou, či experimentální metylfenidátovou, pravděpodobně ani klient sám neví, hlavně když bude mít něco od lékaře).

Po propuštění z rezidenční péče se domlouváme na společné návštěvě lékaře a vyjasnění situace.

Náhled na abúzus se snažím pomalu stavět na tématu opakovaných hospitalizací: „vezmeš pervitin – zhoršíš se psychicky – pojeděš na psychiatrii“, čemuž klient už zčásti rozumí a posouváme se do fáze, jak to udělat, aby tak často nerelaboval.

Malý posun vnímám v tom, že klient začíná hovořit o tom, co mu užívání drog přináší – snížení hmotnosti a zvýšení energie (konkrétně mírnění negativních účinků medikace).

### **15.6.3 Změny v sociální situaci (finanční příjem, bydlení, zaměstnání)**

Klientova sociální situace je od počátku relativně stabilní. Bydlí s matkou, pobírá invalidní důchod 3. stupně. V nejbližší době se uskuteční soudní jednání ohledně omezení svéprávnosti. V budoucnu by měl klient zájem o chráněné bydlení. Prvním krokem, kromě podání žádosti, je práce na redukci užívání drog, neboť jako aktivní uživatel nemá na přijetí šanci. Opakovaně hovoříme o možnostech přivýdělku k invalidnímu důchodu. Největší překážkou je stejně jako u bydlení nedodržování abstinence. Proběhla domluva s kolegou v kontaktním centru, kde by si klient mohl vyzkoušet v chráněném režimu bez tlaku na úplnou abstinenci pár hodin pracovat. Prozatím se setkání neuskutečnilo (klient nedorazil), pokusíme se o něj znovu po propuštění z hospitalizace.

#### **15.6.4 Změny ve smyslu vztahového uzdravování**

Největšího pokroku jsme dosáhli s klientem na poli budování vztahu. Ač je proces podle očekávání velmi pomalý, mám dojem, že jsme se dostali do fáze základní důvěry a pocitu bezpečí. Klient nemá potřebu tajit, že bere drogy, mluví dle svých sil otevřeně o chutích a důvodech, které ho k braní vedou. Pravděpodobně stavíme vztah na relativně dobré půdě připravené primární rodinou, kde klient zažívá i přes opakované excesy a potíže stále přijetí.

Slabiny vnímám v nedospělém vztahování, kdy jeho vývoj skončil někde odhadem v období začátku adolescence. Ač se mu podařilo dokončit výuční obor na kuchaře, pracoval pouze rok a propuknuté onemocnění neumožnilo separační proces. Opakované psychotické ataky a užívání drog ještě leccos pohoršily a místy klienta vnímám jako sotva školní dítě. Např. odvoz záchrannou službou za asistence policie popisuje jako dobrodružnou příhodu, mluví o zásahovce v kuklách a propadá záchvatům smíchu. Nevyzrálého vztahování se týká i zmíněná podřízená poloha, do které opakovaně propadá, střídání proseb (např. o peníze od matky), excesů a omluv.

### **16 Případová studie č. 3**

Ve třetí kazuistice se zaměřím na klientku (28 let v době prvního kontaktu) s dg. schizoafektivní poruchy (manický typ) a škodlivým užíváním metamfetaminu. Stejně jako v předchozím případě se jedná o člověka s opakovanými hospitalizacemi (několikrát do roka). Významnými komplikujícími faktory u této klientky jsou absence rodinného zázemí a nedůvěra v psychiatrickou péči.

#### **16.1 Iniclace vstupu do programu; zprostředkování kontaktu mezi klientem a programem CM**

Program case managementu kontaktovala veřejná opatrovnice s tím, že má v péči klientku – uživatelku metamfetaminu, která je několikrát do roka nedobrovolně hospitalizovaná pro dekompenzaci duševního onemocnění. Žije na ubytovně a veškerý volný čas tráví s bezdomovci v sídlištní lokalitě. Opatrovnice by ráda zkusila pro klientku jiný typ péče, neboť podle jejích slov není jinak prognóza klienty dobrá a v blízké budoucnosti hrozí její trvalé umístění v domově se zvláštním režimem.

## **16.2 Místo prvního kontaktu, okolnosti, setting**

První schůzku domluvila opatrovnice v prostorách úřadu. S klientkou se setkáváme na chodbě, sama mě oslovuje, že jsem určitě ze SANANIMu. Komentuje pochvalně moje oblečení a ukazuje mi kabelku, popisuje, že ji našla a pořídila si nové kozačky. Ptá se, jestli se s ní budu bavit o dluzích nebo o drogách. Reaguji, že drogám rozumím lépe, ale můžeme se zkusit bavit, o čem bude potřebovat. Oznamuje, že od propuštění z hospitalizace nic nebere. Přeskakuje na téma váhy, stěžuje si, že v léčbě ztloustla.

Schůzka se po chvíli přesouvá do kanceláře opatrovnice, kde hovoříme společně o možných tématech spolupráce. Následně ještě dostáváme možnost si popovídat samy v jiné místnosti.

Během prvního kontaktu vystřídáme troje prostory zapojí se do něho několik osob. Celá situace je přeskakující a zrychlená, přesně tak, jak působí klientka.

## **16.3 Vstupní zhodnocení a indikace**

Vstupní zhodnocení probíhalo na dvou schůzkách. Duševní onemocnění je patrné na první pohled. Klientka kombinuje ve svém vystupování fyzickou strnulost, kdy se na mě upřeně dívá a působí, že vydává hodně energie na sebekontrolu, s odbržděností v tématech. Úplně nedodrží společenský odstup, komentuje vzhled a oblečení, doptává se, kolik co stálo. Dominuje neschopnost vydržet na jednom místě. Jakmile dostáváme možnost si v klidu popovídat v oddělené místnosti, po pár minutách se chce jít projít ven. Venku chytá nejrůznější podněty, mění oblasti zájmu, z kontaktu utíká (duševně i fyzicky).

Ke mně se vztahuje přátelsky, kontakt je živý, snaží se být milá. Z druhé strany je patrná velká sebekontrola zvláště v tématech kolem braní drog. Asi nejlépe by se dal kontakt popsat jako nevyvážený, kdy jde dost nablízko, nebo se naopak odtáhne. Obě polohy jsou nápadné. Nálada excitovaná, témata velmi povrchní. V rovině prožívání působí lehce oploštěle. U jednoho tématu nevydrží dlouho, ale myšlenkové přeskoky nejsou tak výrazné a rozvolněné jako u předchozího klienta. Je možné se s ní potkat, zajímá se o módu, celebrity, snaží se orientovat ve společenském dění. Hodně řeší svou nadváhu, dává za vinu medikaci, chtěla by zhubnout, být atraktivní.

Patrný je kognitivní deficit, otázkou je, zda primární či v důsledku užívání drog (organické poškození?). Neudrží pozornost, obtížně vnímá logické souvislosti. Orientovaná časem a místem je.

O schůzky se mnou stojí, domlouváme se na frekvenci jedenkrát týdně. Cílem nejbližší spolupráce je navázání vztahu a pokus o udržení stabilizace psychického stavu (užívání medikace, pravidelné konzultace s psychiatrem – převedení do péče psychiatrické AA SANANIM). Dále zmapování její současné situace, především užívání drog a alkoholu, možností (silných stránek a zdrojů) a limitů.

#### **16.4 Navazování vztahu a vývoj kontaktu**

Na počátku spolupráce vnímám snahu o bezkonfliktnost pomocí povrchních témat, klientka se mi snaží ukázat z pěkných stránek – dbá na sebe, je milá, zdůrazňuje, jak chce abstinovat a fungovat – což považuji do jisté míry za zdravé.

Zkousím se s ní potkávat po několika schůzkách na úřadu v prostorách AA a v okolí (chráněná kavárna apod.). Kontaktovat klientku je obtížné, nevlastní mobilní telefon a na ubytovně se kromě nočních hodin vůbec nezdržuje. Domlouváme se přes opatrovnici. Klientka je relativně spolehlivá, na srazy je schopná dorazit.

Po zajištění psychiatrické péče v rámci AA realizujeme psychiatrická vyšetření za účasti lékařky i case managerky. Neztrácejí se tak důležité informace a zároveň si v kontaktu s náročnou klientkou můžeme navzájem pomoci. Po zhruba měsíci kontaktu přiznává užívání pervitinu, je jí na něm dobře a pomáhá jí hubnout. Hovoří o vysazení antipsychotik, cítí se po nich utlumená. Náhled na rizika s tím spojená nemá. O pervitinových jízdách s přítelem mluví jako o normálním trávení volného času.

Zkousím mapovat silné stránky a zdroje klientky, není to úplně jednoduché. Z nejbližších příbuzných nikoho nemá, oba rodiče spáchali sebevraždu (otec před jejím narozením, matka, když bylo klientce 13 let). Klientka žila po smrti matky u prarodičů, byla rozdělena s nevlastní (o cca pět let mladší) sestrou. S tou je snad občas v kontaktu.

Do popředí vstupuje onemocnění klientky posílené vysazováním léků a abúzem pervitinu. Klientka po dvou měsících vypadává z kontaktu, pokusy o kontakt přes opatrovnici ani zastížení na ubytovně nefungují. Uvažujeme o přerušení spolupráce.

Po měsíci přivádí opatrovnice osobně klientku, ta je ráda, že mě vidí, nicméně není v kondici – roztěkaná, podezřívavá, zkoumá prostor kolem sebe, nastražená. Hovoří o tom, že žádné potíže nemá a cítí se dobře. Společně s psychiatrickou docházíme k závěru, že je třeba posílit kontakt na dvakrát týdně (s oběma) a v případě nelepšení navrhnout hospitalizaci.

Během následujícího měsíce se s klientkou opět naháníme, někdy se jí podaří dorazit, pak opět ne, na ubytovně není k zastižení. Pak přichází v jiné termíny, zmatená. Když mám čas, věnuji se jí mimo objednání. Psychický stav se nadále horší za naprostého nereflektování klientkou a po pěti měsících spolupráce je nedobrovolně hospitalizována na akutním příjmu.

Vstupujeme do další fáze kontaktu, kdy je klientka spolehlivě k nalezení a zamedikovaná, je možné dodržet pravidelnost a pracovat na navazování vztahu. Klientka si ventiluje naštvání na opatrovnici, vůbec nerozumí, proč ji nechala hospitalizovat. Pokouším se s ní hovořit o tom, jak působila na mě a psychiatricku, o obavách, které jsme o ni měly. Zároveň se jí snažím bez velkých úspěchů popsat souvislost mezi vysazením léků, užíváním pervitinu a potřebou hospitalizace.

Po měsíci je klientka propuštěna do ambulantní péče. Na schůzky dochází, ale den ode dne se horší. Patrná je hypomanie, odbržděnost, neschopnost udržet pozornost. Stále vnímá křivdu od opatrovnice, i když přiznává, že tam tančila a zpívala si, což ale považuje za normální projev, když je veselá. Po dvou týdnech opět nutná nedobrovolná hospitalizace. Klientka mi při návštěvách poprvé přiznává, že má hlasy, prý jí pomáhají. Povídáme si o hudbě, chce ode mě pustit videoklip. Ráda by si časem pořídila rodinu, zatím by chtěla psa. Zkouším si s ní povídat o jiných možnostech bydlení, brání se, ubytovnu má ráda. Nechce ze sídliště, kde má kamarády.

Na dalších schůzkách stupňuje vztek na opatrovnici a hospitalizaci vůbec, mává přede mnou dopisem od soudu, kde je zdůvodněn nedobrovolný pobyt v psychiatrické nemocnici. Rozepsání diagnóz a důvodů ji naštvalo, nesouhlasí s nimi. Poprvé hovoří o matce, která trpěla schizofrenií a po propuštění z léčebny skočila pod vlak. Je smutná, když na ni myslí. Věří, že ji na psychiatrii zničili. Pokračuje v pozici revolty, hovoří o tom, že o vycházkách chodí s jinými pacienty pít alkohol. Úplně se ztrácí z kontaktu, pouze tam

s ní „jsem“ a poslouchám nadávání na okolí. Po propuštění se chystá zase nebrat léky a chce si požádat soud o vrácení svéprávnosti. Zdůrazňuje, že z matky udělali blázna a z ní se snaží taky. Zasekly jsme se v tématu léků a hospitalizací.

## **16.5 Spolupráce s dalšími odborníky a zainteresovanými osobami**

- Opatrovnice

Iniciovala kontakt klientky se službou. Další spolupráce se týkala prakticky výhradně předávání informací organizačního typu. Opatrovnice se drží role z oblasti sociální práce (jednání na úřadech, doprovody k lékařům apod.).

- Psychiatrička

Velkou výhodou byla spolupráce s interní psychiatrickou. Bylo možné realizovat společné konzultace a efektivně předávat informace o vývoji klientky.

- Lékaři v psychiatrické nemocnici

Slabinou spolupráce byla komunikace s lékaři v psychiatrické nemocnici. Ani v jednom případě se nepodařilo domluvit společnou schůzku, rozhovory probíhaly v rychlosti na chodbě.

## **16.6 Výsledky spolupráce, změny ve sledovaných oblastech**

Hodnocené období spolupráce probíhalo od února 2016 do srpna 2016. Uskutečnilo se celkem 28 kontaktů s klientem a 20 dalších doprovodných výkonů potřebných pro zajištění přímé práce (především kontakt s opatrovnicí a koordinace péče s dalšími odborníky).

### **16.6.1 Změny ve vztahu ke komorbidnímu duševnímu onemocnění (diagnóza a její vývoj, náhled na onemocnění, pravidelnost užívání medikace)**

Záznam o první hospitalizaci klientky je z roku 2011, od té doby jedenáctkrát hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici pro závislostní problematiku i přidružené duševní obtíže. V letošním roce stanovena dg. schizoafektivní porucha – manický typ. Léčena antipsychotiky (haloperidolem, klozapinem) a stabilizátory nálady (lithium). Pro

nedodržování léčby nastavena během druhé, v kazuistice zmíněné, hospitalizace depotní forma haloperidolu.

Informace o vývoji klientky a případných potížích v dětství a dospívání chybí. Rodinná historie je velmi zátěžová, oba rodiče spáchali sebevraždu. Nevlastní sestra je údajně zdráva. S užíváním metamfetaminu začala klientka podle svých slov cca v 16 letech. Rychle se zhoršila a nedokončila střední školu. Nikdy nepracovala.

Náhled na duševní onemocnění má klientka blokováno, příznaky se jí pravděpodobně líbí. Neguje úzkostné a depresivní stavy. Naopak se cítí veselá, radostná a léky ji tlumí. Nerozumí tomu, proč je musí brát. Přitahuje ji identita uživatelky drog, má mezi pouličními alkoholiky a uživateli drog spoustu kamarádů, naopak se necítí dobře mezi psychiatrickými pacienty.

#### **16.6.2 Závažnost a frekvence užívání metamfetaminu a dalších návykových látek**

Závažnost užívání návykových látek je u klientky vyjádřena dg. škodlivého užívání metamfetaminu (užívá převážně neinjekční formou). Má sklony i k nadužívání alkoholu. Kolem frekvence konzumace drog mlží, přiznává občas nějaké excesy v souvislosti s tanečními akcemi v klubu nebo večírky s kamarády. Užívá nekontrolovaně, odhadem minimálně jednou týdně (podle příležitosti). Náhled na škodlivost vzhledem ke svému duševnímu stavu sice verbalizuje, ale tuším pouze proto, že to chceme slyšet. Sama za sebe vnímá spíše výhody, co ji stimulanty přináší: živost, excitaci, hubnutí.

Náhled na nevhodnost konzumace pervitinu se snažím s dílčími úspěchy stejně jako u předchozího klienta stavět na tématu opakovaných hospitalizací: „vezmeš pervitin – zhoršíš se psychicky – pojedeš na psychiatrii“.

#### **16.6.3 Změny v sociální situaci (finanční příjem, bydlení, zaměstnání)**

Sociální situace klientky se nijak neproměnila. Je uznána invalidní ve třetím stupni, pobírá dávky pomoci v hmotné nouzi a bydlí na ubytovně. Sociální oblast prakticky výhradně zajišťuje opatrovnice, neboť klientka je výrazně omezena na svéprávnosti (mimo jiné na nakládání s většími částkami peněz a na výběr zdravotních a sociálních služeb). Snažila jsem se s oběma hovořit o variantě chráněného bydlení (ubytovna, kde klientka žije, není úplně vyhovující pro její další vývoj). Opatrovnice souhlasila, ale klientka prozatím odmítá

z ubytovny odejít. Výhledově, pokud se podaří zajistit alespoň bazální stabilizaci psychického stavu, je v plánu pomoci klientce hledat nějaké možnosti přivýdělku.

#### **16.6.4 Změny ve smyslu vztahového uzdravování**

Navazování prohlubování vztahu s klientkou je velmi náročnou disciplínou, protože není moc na čem stavět. Klientka je nedůvěřivá, pomáhající profese zaměřené na duševní zdraví nevnímá jako důvěryhodné (špatná zkušenost s opakovanou hospitalizací a vzpomínky na matku schizofreničku). Ač jsem měla poměrně rychle dojem, že mi klientka věří, brzy jsem poznala, že od „ráda tě vidím“ k opravdu bezpečnému pracovnímu prostředí vede hodně dlouhá cesta. Nějakých pokroků se mi podařilo dosáhnout během první hospitalizace, kdy si mě klientka měla možnost zapamatovat jako někoho, kdo za ní pravidelně přijde na oddělení, donese časopis, vezme ji na kávu apod. Dovolila si tam poprvé vyjádřit naštvanost a nesouhlas s tím, co se s ní v rámci služeb děje.

## **17 DISKUSE**

Cílem diplomové práce bylo popsat pomocí případových studií spolupráci s klienty/uživateli metamfetaminu se závažnou psychiatrickou poruchou ze schizofrenního okruhu za použití metody case managementu.

Zaměřila jsem se na čtyři oblasti: změny ve vztahu ke komorbidnímu onemocnění, změny v závažnosti a frekvenci užívání primární drogy a dalších návykových látek, změny v sociální situaci a změny ve vztahovém uzdravování. Zároveň jsem se pokusila zachytit vývoj klienta v průběhu naší spolupráce.

Když jsem o tématu diplomové práce začala přemýšlet, uvažovala jsem o možnosti porovnávání klientů v rámci jednotlivých indikátorů. V průběhu psaní a dalšího uvažování o klientech a spolupráci s nimi jsem došla k názoru, že soubor je natolik heterogenní a především malý, že by takové počínání nevedlo k žádoucímu výsledku. Rozhodla jsem se proto hodnotit výsledky v definovaných oblastech u každého klienta zvlášť a respektovat jedinečnost každého příběhu.

Adiktologická ambulance SANANIM realizuje program case managementu poměrně krátce, metody poskytování péče se neustále vyvíjí, stejně tak povědomí o službě mezi odbornou veřejností. V posledním roce začali přibývat komplikovanější klienti se

závažným duševním onemocněním na základě stále užších kontaktů s rezidenční psychiatrickou péčí. Navazování vztahu, vývoj a dynamika spolupráce byly natolik odlišné od předchozích zkušeností s klienty „pouze“ ohroženými závislostmi, či s lehčí psychiatrickou komorbiditou (např. úzkostnou či depresivní symptomatikou), že se mi téma zdálo vhodné k prozkoumání. Jak jsem již zmínila, časový úsek spolupráce jsem neměla k dispozici příliš dlouhý (dva ze tří uvedených klientů jsou v kontaktu teprve od prosince minulého roku). Nízký byl rovněž počet spolupracujících klientů v dlouhodobém kontaktu. V tomto bodě vnímám zásadní limit výzkumu, neboť s ohledem na velmi pomalé tempo vývoje by bylo zajímavější zhodnocení až např. po roce spolupráce.

Společným znakem ve všech případech bylo oslovení programu case managementu prostřednictvím pracovníka spolupracující instituce (konkrétně kolega z rodičovské poradny, lékař a veřejný opatrovník). Ani jeden z klientů neměl prakticky představu, kdo je case manager a k čemu by mu mohl být užitečný. Stejně tak se opakovaly nepříliš vhodné podmínky místa vstupního kontaktu (na chodbách, v průchozích místnostech). Všichni klienti byli vzhledem k závažnosti psychiatrické komorbidity uznáni invalidními ve třetím stupni a pobírají důchod.

Ani u jednoho bezprostředně nehrozila existenční krize – ztráta bydlení a život na ulici bez prostředků. V prvních dvou případech klienty materiálně i další podporou jistila rodina (především matky), u třetí klientky zastupovala pečovatelskou roli na velmi dobré úrovni opatrovnice.

U všech třech klientů se objevilo téma omezení svéprávnosti. U prvního skončilo jednání z důvodu nepřehlednutelného zlepšení duševního stavu odložením rozhodnutí a žádostí o nový posudek. U druhého klienta se na první posudek teprve čeká a třetí klientka je již omezená prakticky ve všech oblastech běžného fungování.

Od vstupního kontaktu po celý průběh spolupráce se s různou intenzitou objevovalo u všech klientů téma vlastní atraktivity a potřeby se cítit plnohodnotně v mužské/ženské roli. Byla pro ně atraktivnější role uživatele drog než psychiatrického pacienta, včetně výběru kamarádů a míst, kde se cítí dobře (raději kamarádi v kriminále, uživatelé drog či bezdomovci než spolupacienti). Téma považuji za zdravé a důležité pro zachování sebevědomí a výhledu na zlepšení kvality života, proto jsem ho v práci s klienty

neodmítala a nevyhýbala se mu, pouze ohraničovala v rámci zachování profesionálního kontaktu.

Společné oblasti, ve kterých vnímám nedostatky, jsou kontakty s externími lékaři. V rámci hospitalizací se již relativně daří ošetřující lékaře kontaktovat, neboť povědomí o programech case managementu se zvyšuje a někteří psychiatři case managera i sami oslovují. Nejslabším místem je z mého pohledu spolupráce s ambulantními psychiatry. Setkala jsem se s tím, že klient si oslovení lékaře přímo nepřeje (v 1. případové studii), protože vnímá jeho roli jako represivní. Do budoucna považuji za vhodné být v této oblasti více asertivní. Vedle kontaktů s externími lékaři se nedaří vždy dodržet doporučený počet šesti kontaktů do měsíce (Libra, 2015). Obzvláště v počátečních fázích, kdy jsou klienti hospitalizováni, není v časových možnostech case managera dojíždět více než jednou týdně do psychiatrické nemocnice. V situacích, kdy klient z kontaktu vypadává a nedaří se ho sehnat, se počet úspěšných pokusů, kdy se s klientem potkám, opět ředí. Proto jsem v indikátorech pro výběr klientů pro případové studie nastavila celkový počet 28 setkání, zhruba odpovídající jednomu kontaktu týdně.

Samotný vývoj případu, stejně tak jeho tempo a dynamika se již lišily. Co se týká komorbidního onemocnění, u prvního klienta se vzhledem k nízkému věku diagnostika stále vyvíjí. Výhodou byla dostupnost informací o vývoji nemoci od dětského věku, neboť klientova matka od počátku aktivně spolupracovala a data doplňovala. Během spolupráce jsem nezaznamenala žádné výrazné kolísání psychického stavu a existuje hypotéza, že za podmínky udržení abstinence a dodržování psychofarmakologické léčby by se stabilizace dala udržet. Náhled klienta na onemocnění lze považovat za částečný.

V druhém případě jsem disponovala pouze daty z hospitalizací a informacemi od ošetřujícího lékaře. Vztah s klientovou matkou se rozvíjel pomaleji a ke sběru informací z jeho dětství jsme ještě nepokročily. Diagnóza paranoidní schizofrenie se zdá být konečnou, pozitivní příznaky si klient zesiluje nedodržováním abstinence a vynecháváním medikace. Náhled na onemocnění je velmi malý. Pravděpodobně (vycházím z vlastního pozorování a lékařské dokumentace) lze hovořit o snížení intelektu na podkladě neurokognitivního poškození vlivem metamfetaminu a psychotického onemocnění.

Diagnostika třetí klientky se vyvíjela velmi dlouho. Ač byla od roku 2011 opakovaně hospitalizovaná (cca dvakrát ročně) pro závislostní problematiku, komorbidní diagnóza schizoafektivní poruchy – manického typu – byla stanovena až v loňském roce. Informace jsem získala z lékařských zpráv, od klientky a opatrovnice. S ohledem na úmrtí nejbližších rodinných příslušníků v klientčině dětském věku se mi bližší informace o vývoji onemocnění prozatím nepodařilo obstarat. Stejně jako v předchozím případě (vycházím též z lékařských zpráv a vlastní zkušenosti s klientkou) lze hovořit o snížení intelektu na podkladě neurokognitivního poškození vlivem metamfetaminu a psychotického onemocnění. Pozitivní příznaky onemocnění si i tato klientka „přiživuje“ nedodržováním abstinence a psychofarmakologické léčby.

Změny ve vztahu k užívání metamfetaminu a dalších návykových látek byly v prvním případě markantní. Motivace klienta byla zvyšována obavou z opětovné proměny ambulantní formy léčení na ústavní, zároveň i strachem z narušení vztahu s matkou a ztrátou jistot (bydlení, podpora lidská i materiální). Co mohu posoudit, tak všechny relapsy byly nahlédnuté a okamžitě (do jednoho dne) hlášené a zpracovávané. Klient otevřeně hovořil o chutích a strachu ze selhání. V posledních dvou měsících se mu dařilo zcela abstinovat.

Klient z druhé případové studie měl náhled na škodlivost užívání drog především s ohledem na své duševní onemocnění minimální. Místy ho sice verbalizoval, avšak nemyslím si, že by uvědomění dosahovalo větších hloubek. Po celou dobu kontaktu klient užíval metamfetamin (příležitostně i buprenorfin) zcela nekontrolovaně, ve frekvenci závislé na příležitosti/dostupnosti drog. Malý posun jsem vnímala v tom, že klient začal hovořit o tom, co mu užívání drog přináší – snížení hmotnosti a zvýšení energie (konkrétně mírnění negativních účinků medikace).

Třetí klientka se snažila od počátku kontaktu užívání metamfetaminu (a příležitostně alkoholu) tajit, případně bagatelizovat. Ostražitost a obava, že jí otevřenost přinese potíže, se v průběhu spolupráce spíše zvyšovaly. Souvislost lze vystopovat s nedobrovolnými hospitalizacemi, kdy si propojila přiznání užití pervitinu s voláním záchranné služby. Náhled na abúzus stejně jako předchozí klient verbalizuje, sama za sebe vnímá v užívání spíše výhody: živost, excitaci a hubnutí.

Změny ve smyslu vztahového uzdravování byly také nejvíce patrné u prvního klienta. Jistě k nim přispěla mimo kontakt s programem case managementu i psychoterapie v rámci denního stacionáře. Zažil si bezpečné prostředí, kde mohl otevřeně hovořit i o nepříjemných věcech a selháních. Prostor důvěry se snažil sám budovat otevřeností a motivací k životní změně. Postupně se učil vnímat hranice (svoje i druhého) a vyjadřovat svoje potřeby. Aktivně se podílel na plánování intervencí (socioterapeutických aktivitách apod.)

U druhého klienta byl vývoj znatelně pomalejší. Zaměřila jsem se na hledání zdrojů v jeho okolí (matka, „zdraví“ kamarádi) a snažila se budovat bezpečný vzájemný vztah pomocí aktivního vyhledávání klienta a „bytí s ním“. Vývoj vztahu ke mně i k okolí výrazně blokovaly pozitivní i negativní příznaky psychotického onemocnění. Ve chvílích, kdy klient ztrácel kontakt se sebou, ho mohl těžko udržet s okolím. Perzekuční bludné projekce zesílené užitím metamfetaminu situaci také nevylepšovaly.

Se třetí klientkou hodnotím oblast vztahové údravy jako nejkomplikovanější. S ohledem na traumatické zážitky a absenci rodinného prostředí nejde o nic neočekávatelného. Navázaný vztah a důvěra byly velmi křehké, prakticky po celou dobu hrozil rozpad a začínání od začátku. Hledání zdravých kontaktů mimo odborné služby se prozatím také nepovedlo. Stejně jako v předchozím případě vztahovou údravu významně komplikovaly projevy duševního onemocnění. Pro hodnocení vývoje klientky v této oblasti bude pravděpodobně třeba mnohem delší časový úsek spolupráce.

## **18 SHRNUÍ, ZÁVĚR**

V diplomové práci jsem se v teoretické části pokusila shrnout dosavadní poznatky o negativních důsledcích užívání metamfetaminu se zacílením na závažnou psychiatrickou komorbiditu ze schizofrenního okruhu. Zmínila jsem zahraniční výzkumné studie, které uvádějí prevalenci přidruženého duševního onemocnění k užívání metamfetaminu kolem 70 % (Akindipe et al., 2014; EMCDDA, 2013), zkušenost s užíváním metamfetaminu 3–9krát častější než u obecné populace (Salo et al., 2011) a výraznou dominanci v prevalenci užívání metamfetaminu v podskupině pacientů se schizofrenií (Všetička, 2014).

Dále jsem se věnovala popisu psychiatrických diagnóz ve vztahu k případovým studiím uvedeným v praktické části textu. Vedle okruhu schizofrenií jsem v kapitole o nejčastější psychiatrické komorbiditě zmínila i psychotickou poruchu vzniklou užíváním stimulantů a její reziduální formu, neboť podle Jeřábka (2015) mají její projevy psychotickou hloubku připomínající schizofrenii. U uživatelů metamfetaminu často velmi dlouho trvá, než se povede onemocnění správně diagnostikovat (Nešpor, 2003; Miovska, Miovska & Kalina, 2008). Zařadila jsem i kapitolu všeobecně zaměřenou na osobnostní poruchy, na které psychotické onemocnění často nasedá a které jeho léčbu značně komplikují (Balon et al., 2002).

Vzhledem k tomu, že se případové studie týkají klientů programů case managementu Adiktologické ambulance (AA) SANANIM, popsala jsem v dalších kapitolách case management jako metodu práce s klientem, jeho rozdělení na různé modely a konkrétní aplikaci v rámci AA. Důležitou součástí práce metodou case managementu je zaměření se na silné, zdravé stránky klienta a jejich podpora a posilování, proto jsem jednu kapitolu věnovala přístupu recovery.

Případovými studiemi v praktické části textu jsem se snažila zprostředkovat vzhledem do práce s klienty se závažnou psychiatrickou komorbiditou metodou case managementu. Detekovala jsem oblasti, které práci s klienty komplikují a limitují. Jedná se především o náhled na komorbidní onemocnění a souvislost mezi užíváním stimulantů (a jiných návykových látek) s dekompenzacemi psychického stavu a následnými nedobrovolnými hospitalizacemi.

Mezi posilující vlivy patří kromě pracovníkovy víry ve zlepšení jeho schopnost s klientem vydržet i ve chvílích, kdy se spolupráce zdánlivě nikam nehýbe, nebo naopak se stav klienta zhoršuje. Nezbytnou součástí úspěšné spolupráce je komunikace s klientovým důležitým okolím – s dalšími odborníky a rodinnými příslušníky.

Zásadní je i téma hranic ve vztahu case managera s klientem, které jsou nastaveny oproti psychoterapii nebo poradenství více „nablízko“, přesto v profesionální rovině.

Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi malý soubor klientů, nelze výsledky zobecňovat. Lze v nich však nalézt doporučení pro praxi s cílovou skupinou a inspiraci pro další zkoumání

oblasti, neboť se jedná o poměrně mladou a teprve se rozvíjející oblast adiktologických služeb.

## 19 Zdroje

- Akindipe, T., Wilson, D., & Stein, D. J. (2014). Psychiatric disorders in individuals with methamphetamine dependence: prevalence and risk factors. *Metab Brain Dis*, 29(2), 351-357. doi:10.1007/s11011-014-9496-5
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Balon, R., Kosová, J., & Prařko, J. (2002). Poruchy osobnosti. In C. Hoschl, J. Libiger, & J. řvestka (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev*, 27(3), 253-262. doi:10.1080/09595230801923702
- Dyer, K. R., & Cruickshank, C. C. (2005). Depression and other psychological health problems among methamphetamine dependent patients in treatment: Implications for assessment and treatment outcome. *Australian Psychologist*, 40(2), 96-108. doi:10.1080/00050060500094647
- EMCDDA. (2009). *Methamphetamine: a European Union perspective in the global context*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA. (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2015a). *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Lucemburk: řad pro publikace Evropske unie.
- EMCDDA. (2015b). *Evropská zprava o drogach 2015. Trendy a vyvoj* Lucemburk: řad pro publikace Evropske unie.
- Farnia, V., Shakeri, J., Tatari, F., Juibari, T. A., Bajoghli, H., Golshani, S., Brand, S. (2016). Demographic and mental history-related data predicted occurrence of psychosis in metamphetamine users. *Psychiatry Research*, 240, 431-434. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.053
- Gabrhelık, R., řřastna, L., Holcnerova, P., Miovsky, M., & Minařík, J. (2010). Aktualnı otazky lecby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 10(2), 92-100.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativnı vyzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portal.
- Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D. J., Young, R. M., Teesson, M., & Saunders, J. B. (2015). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry Res*, 226(1), 91-96. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.077
- Hosák, L., Hrnčiarová, J., Bařant, J., Tibenska, A., Maixnerová, R., & Valeřova, D. (2011). Výzkum závislosti na metamfetaminu na Psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Alkoholizmus a drogove závislosti*, 46(3), 129-142.

- Hosák, L., Maixnerová, R., & Valešová, D. (2009). Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 66-69.
- Hsieh, J. H., Stein, D. J., & Howells, F. M. (2014). The neurobiology of methamphetamine induced psychosis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 537. doi:10.3389/fnhum.2014.00537
- Chen, C. K., Lin, S. K., Sham, P. C., Ball, D., Loh, E. W., Hsiao, C. C., Murray, R. M. (2003). Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine*, 33(8), 1407-1414. doi:10.1017/s0033291703008353
- Jacob, K. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117-119. doi:10.4103/0253-7176.155605
- Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie* (K. Kalina Ed.). Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K., Rubášová, E., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2014). Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice. Pilotní studie. *Adiktologie*, 14(3), 228-246.
- Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé. Možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
- Kališová, L., Raboch, J., Nawka, A., Černý, M., & Killaspy, H. (2011). Hodnocení kvality péče o dlouhodobě psychiatricky nemocné osoby. Informace o mezinárodním projektu Evropské Unie DEMOBINC. *Česká a slovenská psychiatrie*, 107(1), 28-32.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 245-255. doi:10.1080/0954026021000016897
- Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In C. Hoschl, J. Libiger, & J. Švestka (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- Libra, J. (2015). Case management - prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

- Mounteney, J., Groshkova, T., Thanki, D., Cunningham, A., & Rychert, M. (2014). Mapování trendů o užívání, výrobě a distribuci metamfetaminu v Evropě. *Zaostřeno na drogy*, 3.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013* (V. Mravčík Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Olecká, I., & Ivanová, K. (2010). Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. Retrieved from <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/pdfwww/oleckacasestudyclanek.pdf>
- Orlíková, B., & Csémy, L. (2015). *Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu*. Paper presented at the AT konference (XXI. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 54. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP), Seč.
- Orlíková, B., & Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie*, 16(1), 26-35.
- Pokorná, T. (2016). *Léčba duálních diagnóz v komunitní/sociální psychiatrii*. Univerzita Karlova, Praha.
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M., & Carlson, R. G. (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250. doi:10.1080/02791072.2007.10400610
- Salo, R., Fassbender, C., Iosif, A., Ursu, S., Leamon, M. H., & Carter, C. (2013). Predictors of methamphetamine psychosis: History of ADHD-relevant childhood behaviors and drug exposure. *Psychiatry Research*, 210(2), 529-535.
- Salo, R., Flower, K., Kielstein, A., Leamon, M. H., Nordahl, T. E., & Galloway, G. P. (2011). Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Res*, 186(2-3), 356-361. doi:10.1016/j.psychres.2010.09.014
- SANANIM. (2016). *Operační manuál Adiktologické ambulance SANANIM*. Praha.
- SANANIM. (2017). Adiktologická ambulance (AA). Retrieved from <http://www.sananim.cz/adiktologicka-ambulance.html>
- Scott, J. C., Woods, S. P., Matt, G. E., Meyer, R. A., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., & Grant, I. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*, 17(3), 275-297. doi:10.1007/s11065-007-9031-0
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case managment*. Retrieved from <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>
- UNODC. (2015). *World drug report*. New York: United Nations.

- ÚZIS. (2012). Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Retrieved from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.
- Všetička, J. (2014). Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(2), 67-74.
- Vyskočilová, L. (2016). *Specifika klientů s duální diagnózou v procesu léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé: fenomén sebemedikace a pozdní abstinční psychopatologie*. Univerzita Karlova, Praha.
- Yen, C.-F., & Chong, M.-Y. (2006). Comorbid psychiatric disorders, sex, and methamphetamine use in adolescents: a case-control study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 215-220. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.006>
- Zábranský, T. (2007). Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37(1), 155-180. doi:10.1177/002204260703700108
- Zhong, N., Jiang, H., Du, J., Zhao, Y., Sun, H., Xu, D., Zhao, M. (2016). The cognitive impairments and psychological wellbeing of methamphetamine dependent patients compared with health controls. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 69, 31-37. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.04.005>
- Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi, M., Parent, D., & Iguchi, M. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *Am J Addict*, 13(2), 181-190. doi:10.1080/10550490490436055