

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Marie Filipovská**

**Komplikace léčby pacientů s duální diagnózou – závislost a afektivní poruchy. Kasuistická studie.**

Treatment complications in patients with dual diagnoses – substance dependence and affective disorders. Case study.

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc.

Praha, 2015

---

## **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, 27.4.2015

Marie Filipovská

---

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

FILIPOVSKÁ, Marie. *Komplikace léčby u pacientů s duální diagnózou – závislost a afektivní poruchy. Kasuistická studie.* [Treatment complications in patients with dual diagnoses – substance dependence and affective disorders. Case study]. Praha, 2015. 47 s., 5 příl. Bakalářská Práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2015. Vedoucí závěrečné práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc.

---

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce panu docentu MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za jeho profesionální vedení, cenné rady a především za ochotu a věnovaný čas. Mé poděkování patří také celému týmu substitučního centra, kde jsem měla možnost výzkum této práce absolvovat a zejména paní magistře Amálii Pavlovské, která mi při práci byla vždy nápomocná. Dále bych ráda vyjádřila poděkování svému příteli Tomáši Zimmerovi za jeho neutuchající psychickou podporu v partnerském životě i při studiu. A v neposlední řadě patří velký dík mým rodičům za jejich vstřícnost a zajištění kvalitních podmínek pro studium.

---

## ABSTRAKT

Bakalářská kasuistická studie s názvem "*Komplikace léčby pacientů s duální diagnózou – závislost a afektivní poruchy*" poukazuje na problematiku léčby klientů s duální diagnózou. Hlavním cílem práce je nalézt a zmapovat možné faktory, které komplikují léčbu pacientů s duální diagnózou a přispět tak k odborné diskuzi na toto téma. Rešerší odborné literatury a sumarizováním dat od pacientů, kteří poskytli dané informace, vyšla najevo některá zjištění související s komplikovaností léčebného procesu u pacientů s duální poruchou. Výzkum byl z metodologického hlediska uskutečněn na základě částečně řízených rozhovorů, standardizovaných dotazníků, pozorování klientů a komparace subjektů kazuistiky, jimiž byly příběhy klientů. Výsledky výzkumu byly interpretovány jako nejčastěji se opakující vzorce názorů a zkušeností, které pacienti vnímají jako možné léčebné komplikace ve vztahu s jejich duální diagnózou. Významným poznatkem ve výzkumu této práce je skutečnost, že všichni zúčastnění klienti vnímali během svých léčeb alespoň jednu léčebnou komplikaci. Tento i další poznatky mohou být využity v odborné práci s klienty trpící duální poruchou a k diskuzi nad problematikou psychiatrických komorbidit.

### *Klíčová slova*

duální diagnóza – závislost – komplikace léčby – afektivní poruchy – kasuistická studie – substituční léčba – buprenorfin

---

## ABSTRACT

This bachelor case study is named "*Treatment complications in patients with dual diagnoses – substance dependence and affective disorders*". It refers to the issue of treating clients with dual diagnoses. The main aim of the work is to find and map the possible factors that complicate the treatment of patients with dual diagnoses and contribute to the discussion on this topic. The methodology within this work consists of literature research and collected data from patients who have provided their personal information; which helped to emphasize some of the findings associated with the complexities of a treatment processes for patients with dual disorders. From the methodological standpoint, the research was carried out on the basis of partially structured interviews, standardized questionnaires, observation and comparison of client's stories. The result of the research was interpreted as the most recurrent formulas views and experience that patients perceive as a possible medical complications in the relation to their dual diagnoses. An important element in the research of this thesis is the fact that all participants perceived at least one medical complication during their treatment. This and other fundings can be used in professional work with clients suffering from dual disorders, as well as to the discussion over the issue of psychiatric co-morbidity.

### *Keywords*

Dual diagnosis – addiction – complication of treatment – affective disorders – case study – substitution treatment – buprenorphine

---

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<i>ADHD</i>	angl. attention deficit hyperactivity disorder, hyperkinetická porucha
<i>ASI</i>	angl. addiction severity index, stupně závažnosti závislosti
<i>AUDIT</i>	angl. alcohol use disorders identification test, dotazník na zjišťování problémů s alkoholem
<i>BAP</i>	bipolárně afektivní porucha
<i>CMRS</i>	angl. circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment, okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost (výzkumná metoda)
<i>CNS</i>	centrální nervová soustava
<i>DAST</i>	angl. drug abuse screening test, screeningový test zneužívání drog
<i>DSM</i>	angl. diagnostic and statistical manual of mental disorders, Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
<i>EMCDDA</i>	European monitoring centre for drug and drug addiction, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
<i>FTND</i>	angl. Fagerstöm test of nicotine dependence, Fagerstömův test závislosti na nikotinu
<i>HIV</i>	angl. human immunodeficiency virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
<i>I.V.</i>	intravenózní, nitrožilní, zejm. aplikace
<i>MKN</i>	mezinárodní klasifikace nemocí
<i>MPSV</i>	Ministerstvo práce a sociálních věcí
<i>NS</i>	nervová soustava
<i>PNS</i>	periferní nervová soustava
<i>SPP</i>	status praesens psychicus
<i>SPS</i>	status praesens somaticus
<i>TK</i>	terapeutická komunita
<i>VHC</i>	virová hepatitida typu "C"
<i>WHO</i>	angl. World health organization, Světová zdravotnická organizace

---

# OBSAH

Prohlášení.....	II
Identifikační záznam.....	III
Poděkování.....	IV
Abstrakt.....	V
Abstract.....	VI
Seznam použitých zkratk .....	VII
Obsah .....	VIII
<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>2</b>
2.1. Duální diagnóza.....	2
2.2. Afektivní poruchy.....	8
2.3. Závislost na opiátech .....	11
2.4. Substituční léčba buprenorfinem.....	12
2.5. Afektivní a úzkostné poruchy u klientů v substituční léčbě buprenorfinem .....	14
<b>3. VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>16</b>
3.1. Výzkumné cíle a otázky .....	16
3.2. Etické náležitosti .....	17
3.3. Předmět kasuistické studie .....	17
3.4. Použité metody .....	17
3.4.1. Metody použité k získání dat .....	17
3.4.2. Metody analýzy dat.....	17
3.4.3. Interpretace dat.....	18
3.5. Podrobná charakteristika subjektu kasuistiky - Klient 1 .....	18
3.5.1. Vstupní údaje .....	18
3.5.2. Osobní anamnéza .....	18
3.5.3. Sociální anamnéza .....	19
3.5.4. Rodinná anamnéza .....	20
3.5.5. Drogová anamnéza.....	22
3.5.6. Obtíže spojené s užíváním návykové látky.....	24
3.5.7. Historie léčby/léčeb .....	24
3.5.8. Psychiatrická komorbidita afektivní a závislostní poruchy a její komplikace.....	24
3.5.9. Situace výchozího bodu .....	25



---

3.5.10. Další vývoj .....	26
3.5.11. Závěr, shrnutí .....	26
3.6. Klient 2 .....	26
3.6.1. Vstupní údaje .....	26
3.6.2. Osobní anamnéza .....	26
3.6.3. Sociální anamnéza .....	27
3.6.4. Rodinná anamnéza .....	28
3.6.5. Drogová anamnéza.....	29
3.6.6. Obtíže spojené s užíváním návykové látky.....	31
3.6.7. Historie léčby/léčeb .....	32
3.6.8. Psychiatrická komorbidita afektivní a závislostní poruchy a její komplikace.....	32
3.6.9. Situace výchozího bodu .....	32
3.6.10. Další vývoj .....	33
3.6.11. Závěr, shrnutí .....	33
3.7. Klient 3 .....	34
3.7.1. Vstupní údaje .....	34
3.7.2. Osobní anamnéza .....	34
3.7.3. Sociální anamnéza .....	35
3.7.4. Rodinná anamnéza .....	36
3.7.5. Drogová anamnéza.....	36
3.7.6. Obtíže spojené s užíváním návykové látky.....	38
3.7.7. Historie léčby/léčeb .....	38
3.7.8. Psychiatrická komorbidita afektivní a závislostní poruchy a její komplikace.....	39
3.7.9. Situace výchozího bodu .....	39
3.7.10. Další vývoj .....	40
3.7.11. Závěr, shrnutí .....	40
3.8. Porovnání subjektů kasuistiky.....	40
<b>4. DISKUZE A ZÁVĚR .....</b>	<b>44</b>
Použitá literatura .....	45
Příloha A: Dotazník AUDIT	
Příloha B: Dotazník DAST	
Příloha C: Dotazník CMRS	
Příloha D: Dotazník FTND	
Příloha E: Informované souhlasy klientů (pouze v tištěné verzi)	

## 1. ÚVOD

Téma závěrečné bakalářské práce " *Komplikace léčby pacientů s duální diagnózou – závislost a afektivní poruchy*", které je zpracováno kasuistickou formou, jsem zvolila zejména z důvodu osobních interakcí s klienty trpícími duální diagnózou. Tyto komorbidity jsou často samy o sobě komplikací u pacientů, kteří podstoupili či podstupují léčbu závislosti.

Cílem práce je poukázat na problematiku komplikací v léčbě u pacientů s afektivní a závislostní poruchou, kteří se nachází v substituční léčbě buprenorfinem. Tato problematika je v současné době probíraným tématem nejen v adiktologických službách, proto je žádoucí se tímto jevem hlouběji zabývat.

Práce se skládá ze dvou částí – teoretické a výzkumné. V teoretické části je čtenář seznámen s tématy, která blíže popisují zkoumané jevy. Nalezne zde pojetí duální diagnózy, její etiologii, prevalenci, diagnostiku, léčbu a možné léčebné komplikace afektivních a závislostních poruch. Dále je představena závislost na opiátech a substituční léčba buprenorfinem.

Praktická část je složena ze tří kasuistických prací, které popisují anamnézu klienta, jeho subjektivní vnímání léčebných komplikací včetně soupisu historie léčby či léčeb, další vývoj a návrh intervencí. Stěžejní částí je komparace subjektů výzkumu, která přináší poznatky o vnímaných léčebných komplikací u vybraných klientů. Součástí praktické části jsou dotazníková šetření, související s mapováním závislostní situace klienta, která jsou přiložena v příloze tištěné formy bakalářské práce.

## 2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1. Duální diagnóza

#### Definice

V odborné literatuře není pojem duální diagnóza jasně vymezen a různí autoři se liší v jeho definování. Často se setkáváme i s pojmem psychiatrická komorbidita či komorbidita.

Jeřábek (2008) definuje duální diagnózu jako "souběh syndromu závislosti spojený s další duševní poruchou." EMCDDA (2004) komorbiditu (též někdy nazývanou jako duální diagnózu) definuje dle WHO jako souběžný výskyt poruch spojených se zneužíváním psychoaktivní látky a dalších duševních poruch u téhož jedince.

Evans a Sullivan (2001) uvádějí pojem duální diagnóza v kontextu koexistence dvou psychických onemocnění, z nichž jednou je látková či nelátková závislostní porucha a druhou je jakákoli jiná psychická porucha (afektivní porucha, porucha osobnosti, psychotická porucha aj.) u jedné osoby.

Vymezením pojmu psychiatrické komorbidity se zabývají i jiní autoři, kteří upozorňují na nejednotnost definice tohoto termínu. Miovská, Miovský a Kalina (2008) uvádí psychiatrickou komorbiditu jako "výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince". Dále se zmiňuje o tzv. polymorfním užívání, kterým může být pojem psychiatrická komorbidita vykládán. Polymorfním užíváním rozumíme stav, kdy jedinec trpí souběžným výskytem dvou diagnostikovaných psychických poruch spojených s užíváním drog, tj. má diagnostikovaných více poruch ze skupiny F.10 až F.18 dle MKN- 10.

Autoři Williams a Cohen /2000/, in Miovská, Miovský a Kalina (2008) popisují oba termíny zároveň a přispívají tak k zřejmě nejvýstižnější definici tohoto onemocnění. Termín komorbidita používají ve smyslu obecného pojmu, který vymezuje kooperaci symptomů nebo poruch. Termín duální diagnóza slouží k označení užšího vztahu mezi těmito podmínkami, které zřejmě zahrnují příčinu nebo důsledek. Autoři preferují používání termínu komorbidita, do kterého zahrnují i termín duální diagnóza.

#### Etiologie

Určování etiologie komorbidity není zcela jednoduché a vyvolává značné diskuze, zejména v jakém příčinném vztahu se nachází duševní onemocnění a poruchy vyvolané užíváním návykových látek. Stávající výzkumy poukazují na vzájemnou interakci těchto dvou onemocnění (EMCDDA, 2004).

Nešpor (2003) ve svém článku uvádí, jak lze vnímat vztah duševní poruchy a návykové nemoci:

- Duševní porucha → návyková choroba

Závislost na návykové látce či jiná návyková choroba se objevila u klienta, který již předtím trpěl jinou duševní poruchou. U řady duševních poruch se vyskytují návykové choroby častěji, jako např. u depresivních poruch, poruch osobnosti (častěji u mužů) nebo poruch příjmu potravy (častěji u žen).

- Návyková choroba → duševní choroba

"V tomto případě se duševní nemoc manifestovala už u jedince, který návykové látky zneužíval nebo byl na nich závislý." Můžeme o tomto jevu hovořit např. u posttraumatické stresové poruchy, – ta ale v tomto případě vznikla až po rozvoji návykové choroby – dále u deprese či schizofrenie, která propukla poté, co klient dlouhodobě zneužíval konopné drogy (Nešpor, 2003).

Třetí možností vzniku a kauzálního vztahu mezi závislostní a duševní poruchou doplňuje například EMCDDA (2004):

- Závislostní porucha ↔ duševní porucha

Obě poruchy se v tomto případě vyskytují společně a vycházejí ze společného základu. Tento případ můžeme sledovat například v poruchách osobnosti, v posttraumatických stresových poruchách nebo při hyperkinetických poruchách (angl. ADHD).

Výsledky z výzkumů naznačují, že poruchy osobnosti či jiné duševní poruchy se obvykle objevují dříve než poruchy způsobené užíváním návykových látek a tím pádem zvyšují náchylnost k závislosti a jejím poruchám (EMCDDA, 2004). Užívání drog může některé duševní poruchy zhoršit. Zejména pokud si představíme např. depresivní poruchu, kde depresivní stavy doprovází užívání návykových látek a symptomy obou chorob se mohou vyskytovat zároveň (Mcintosh & Ritson, 2001).

V hledání příčin a následků je důležité zmínit termín "self – medikace" a "self – medikační hypotéza". Klienti se v tomto případě sebemedikují užíváním návykových látek, aby zmírnili symptomy svého duševního onemocnění – zejména depresivní poruchy (Mcintosh & Ritson, 2001). Na tuto hypotézu poukazují i jiní autoři, kteří "na užívání drog nahlíží jakožto na součást či symptom duševní poruchy nebo poruchy osobnosti a pokus pacienta sám si naordinovat léčbu. Úlevný účinek těchto látek při úzkostných stavech často podněcuje vznik závislostí" (EMCDDA, 2004).

K rozdělení duálních diagnóz do čtyř kategorií přispívá Krausz /1996/ in EMCDDA (2004), který je dělí takto:

- "primární diagnóza duševního onemocnění s následnou (duální) diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví;
- primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucím k duševnímu onemocnění;

- souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy;
- duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí z traumatického zážitku, například z posttraumatického stresu."

### Prevalence

Prevalenčními odhady psychických poruch a užíváním drog se zabývá mnoho studií, které ukazují značné rozlišnosti ve výsledcích s ohledem na typ užívané drogy, závažnost psychické poruchy a kritéria, která si sami autoři nastaví. Prevalenční odhady závisí zejména na populaci, která byla zkoumána (vězni, bezdomovci, klienti psychiatrických léčebných zařízení, terapeutických komunit, obecná populace aj.), v jakém časovém rámci byla populace zkoumána a dalších kritériích (Miovská, Miovský and Kalina, 2008)

Regier et al. /1990/ in Miovská et al. (2008) ve své studii poukazuje na 22,3 % procent celoživotně psychiatricky nemocných jedinců, kteří uvedli užívání alkoholu anebo závislost na něm a 14,7 % pacientů, kteří uvádí užívání a závislost na dalších drogách. Dle tohoto průzkumu má 38 % dotazovaných ještě další psychiatrické onemocnění. Studie Kesslera et al. /1996/ in Miovská et al. (2008) upozorňuje na fakt, že celoživotní prevalence psychiatrické komorbidity mezi uživateli drog je 51 %. Odhady prevalence v Evropě se dle EMCDDA (2004) pohybují mezi 30 – 50 %, kdy pacienti trpí současným psychiatrickým onemocněním a užíváním návykové látky, zejm. alkoholu, sedativ a konopných látek.

Nejčastější psychické poruchy u drogově závislých jsou shrnuty v Tab. 1 (Tims et al., /1997/ in Miovská et al. 2008). Afektivní poruchy jsou zvýrazněny z důvodu zaměření tématu práce.

**Tab. 1** Nejčastější psychické poruchy u drogově závislých (Zdroj: Tims et al., /1997/ in Miovská et al. 2008)

<b>Diagnostická skupina</b>	<b>Četnost* (% klientů)</b>
<i>Organické mozkové syndromy</i>	3
<i>Schizofrenní poruchy</i>	3
<i>Obsedantně kompulzivní poruchy</i>	6
<i>Gambling</i>	6
<i>Zneužívání léků</i>	13
<i>Anorexie a bulimie</i>	15
<i>Fobie</i>	28
<b><i>Afektivní poruchy (zejm. deprese různého stupně)</i></b>	<b>29</b>
<i>Generalizovaná úzkost</i>	34
<i>Zneužívání alkoholu</i>	39
<i>Psychosexuální dysfunkce</i>	40
<i>Poruchy osobnosti</i>	44

\* Poruchy se mohou kumulovat, proto je součet vyšší než 100 %

## Diagnostika

Diagnostika komorbidity je často obtížná a nejednoznačná. Ztěžuje ji podobnost některých stavů, která vede k jejich záměně, překryvu symptomů či skrývání nebo zkreslování symptomů ze strany pacienta (Miovská et al., 2008).

Dle Nešpora (2003) je stanovení diagnózy na základě jediného vyšetření obtížné ba zcela nemožné, jelikož např. odvykací stav či toxická psychóza mohou napodobovat prakticky jakékoli duševní onemocnění. Aby se minimalizovalo riziko záměny diagnóz, doporučuje autor např. u deprese měsíční abstinenci před určením diagnózy. Autor dále upozorňuje na genderové rozdíly v populaci. Poukazuje na fakt, že ženy se více stydí za své zneužívání návykových látek a mnohdy prezentují pouze duševní onemocnění (Nešpor, 2003). Setkáváme se zde i s problémem stigmatizace, který diagnostiku znesnadňuje, zejména proto, že pro některé klienty je přijatelnější jiná psychiatrická diagnóza než diagnóza závislosti (Miovská et al., 2008).

EMCDDA (2004) se též kloní k názoru obtížného stanovování komorbiditních diagnóz. Uvádí, že závislost a její často destruktivní chování mohou být faktory, které určují klinický obraz pacienta a zastírají symptomy duševní choroby. Též zmiňují podobnost a následnou možnou záměnu drogových intoxikací či abstinčních syndromů za psychiatrické poruchy všeho druhu.

Ke zlepšení diagnostiky komorbidity přispěl zejména index zvaný Stupně závažnosti závislosti (Addiction Severity Index, ASI), který je dnes využívaným nástrojem právě pro diagnostiku duševních poruch a poruch souvisejících s užíváním návykových látek (EMCDDA, 2004).

Miovská et al. (2008) zmiňují několik základních požadavků či zásad, které lze použít pro úspěšné provedení diagnostiky a následného realistického léčebného plánu:

- "kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta);
- sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta (může pomoci v získání diagnostiky validních informací o životě pacienta, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace, na jeho problémy atd.);
- kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek (kontrola doby abstinence, časový přehled od poslední intoxikace, možnost opakovat vyšetření s časovým odstupem aj.);
- detailní znalost anamnestických údajů a to jak z perspektivy individuální, tak rodinné anamnézy a průběhů onemocnění/poruchy;
- seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta nebo s výpisy z ní (údaje případně ověřujeme s kolegy);

- zajištění standardního toxikologického, biochemického a jiného vyšetření včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta;
- spolupráce a ochota pacienta, bez které není možné údaje přesně zjistit a mít jejich přesný popis (okolnosti vzniku, průběhu apod.)."

### Léčba a její komplikace

Většina odborné literatury se shoduje na komplikovanosti a obtížnosti léčby pacientů s duální diagnózou. V této části se budeme postupně zabývat léčbou duálních diagnóz, jejich komplikacemi a jednotlivými typy a modely léčby.

Dle Kaliny (2008) je tradiční léčba nastavena zejména pro klienty, kteří trpí závislostí na drogách a nikoli dalšími přítomnými psychickými obtížemi. Avšak značná část pacientů jsou jedinci se závislostí a jinými psychickými obtížemi (fobie, deprese, úzkosti, poruchy osobnosti, psychosexuální poruchy). Proto by byla pro tyto klienty vhodná i jiná léčba, než standardní program např. v terapeutická komunita (TK), nabízí.

Nešpor (2003) tuto teorii podporuje svým tvrzením o nutnosti léčby jak návykové poruchy, tak poruchy duševní. Autor doporučuje několik typů péče, která by pro klienta trpícího duální diagnózou mohla být efektivní:

- léčba **následná**, kdy léčíme nejprve problém návykové poruchy, jelikož její problematika může být často naléhavější a později v jiném zařízení léčíme poruchu duševní;
- léčba **souběžná**, která léčí obě poruchy souběžně, ale každou v jiném specializovaném zařízení;
- léčba **integrovaná**, kdy jsou oba problémy řešeny jedním terapeutickým týmem zároveň;

Obdobné varianty či modely léčby navrhuje jak Kalina (2003), tak EMCCDA (2004).

Co se týká léčebných komplikací či léčebných nevýhod u duálních diagnóz, Kalina (2003) poukazuje na všeobecně těžší průběh léčby klientů trpících duální diagnózou, která přináší značné meze a problémy:

- přídatná porucha často komplikuje klientovo zapojení do léčby, snižuje schopnost mít z léčby prospěch či v ní vůbec setrvat;
- personál léčebných zařízení není často vybaven znalostmi a dovednostmi nutnými ke zvládnutí této problematiky;
- pokud klient bere drogy a zároveň se léčí v psychiatricko-psychotherapeutické službě, mohou drogy zastírat a zkreslovat klinický obraz, většina psychofarmak je také kontraindikována při současném užívání drog;
- přídatná porucha a její komplikace mohou být spouštěčem relapsu;

- toto onemocnění zatěžuje nejen klienta samotného, ale přináší i rizika ostatním klientům v léčebném programu;
- duální diagnóza představuje možný zdroj interpersonálních konfliktů či motivačních krizí.

Integrovaná léčba je jednou ze zmiňovaných modelů léčby, na kterou poukazují autoři Nešpor (2003), Kalina (2003) i EMCDDA (2004). Nešpor (2003) tuto možnost doporučuje jako nejlepší, ale upozorňuje na fakt, že v systému léčebné péče v ČR zatím nepůsobí dostatečně integrované pracoviště, ačkoli mnoho psychiatrických zařízení zohledňuje ve své léčbě i pacienty trpící duální diagnózou.

Kalina (2003) zmiňuje tento typ léčby vhodný pro udržení v léčbě přinášející klientům větší prospěch. Považuje ho také za ekonomičtější. Dodává, že klienti jsou s touto léčbou spokojeni hlavně z důvodu nenásilného propojení obou léčeb, než je tomu např. u "léčby s dvojím ohniskem".<sup>1</sup>

Ke zhodnocení integrované léčby přispěla i studie zabývající se spokojeností klientů s integrovanou léčbou duálních diagnóz. Výsledkem této studie bylo zjištění, že léčba duálních poruch v rámci integrovaného modelu přinesla klientům s touto poruchou větší spokojenost než léčba standardní. Nicméně dodávají, že spokojenost klientů může být ovlivněna mnoha faktory a studie byla omezená kvůli malému vzorku zkoumaných osob (Schulte, Meier and Stirling, 2011).

K podobnému názoru dospěla i autorka Fox (2011), která pokládá integrovanou léčbu jako " – jediný postup, který se u lidí se současným výskytem návykové a duševní nemoci v praxi ukázal jako účinný". Tvrdí, že spojením intervencí v oblasti duševního zdraví a závislostí do jednoho modelu přináší do léčby **efektivitu** (zejména z hlediska vztahu s jedním terapeutickým týmem či terapeutem), **zjednodušuje zodpovědnost**, kterou nese pouze jeden pracovník/tým a **zvyšuje vsřícnost** (terapeutický tým/pracovník nahlíží na klienta holisticky a bere v úvahu duální poruchu jako navzájem se ovlivňující poruchy).

Kalina a Minařík (2013) zohledňují potřeby pacientů, na které velmi dobře reaguje léčba s *dvojím ohniskem*. Jedná se o spojení specifických obsahů oblastí závislostních poruch a oblastí v jiných diagnostikovaných okruzích. Toto pojetí je opodstatněné zejména u psychofarmakologických intervencí, ale nalezneme ho i u psychosociálních intervencí. Používá se spíše u léčby, která jelikož je značně specifická jak "v ohnisku závislostních poruch (disulfiram, acamprostate, substituční preparáty), tak v ohnisku poruch duševního zdraví (antidepresiva, antipsychotika, malé trankvilizéry)". Jistou výjimku tvoří některá antidepresiva či stabilizátory nálady jako např. bupropion. Nicméně je vhodné dodat, že pro klienty s psychiatrickou diagnózou, kteří mají i závislostní poruchu je vhodné do léčby zařadit i jiné léčebné intervence, např. motivační rozhovory, pobídkovou terapii či prevenci relapsu.

---

<sup>1</sup> Např. dle Nešpora (2003) je princip léčby s "dvojím ohniskem" používán v léčbě integrované. Základem je zaměření se na léčbu obou psychiatrických poruch - jak na závislostní, tak na druhou duševní poruchu.



**Léčebná zařízení (organizace) pomáhající osobám s duální diagnózou**

Pro osoby trpící duální diagnózou existuje několik možností na odbornou pomoc. Toto téma je blíže popsáno v kapitole 3.8: Porovnání subjektů kazuistiky (str. 41).

**2.2. Afektivní poruchy**

Afektivní poruchy (též poruchy nálad) jsou dle Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize MKN-10 (2014) zařazeny do poruch duševních a poruch chování a nesou označení F30-F39. U těchto onemocnění je "základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii." Tyto změny nálad obvykle mění celkovou aktivitu jedince a jsou doprovázeny i sekundárními symptomy. Většina afektivních poruch má tendenci k recidivám a její začátek je často vyvolán stresovou situací či událostí (Mezinárodní klasifikace nemocí [MKN], 2014).

Afektivní poruchy jsou třetí nejčastější duševní poruchou a z hlediska celoživotní prevalence postihuje téměř jednu třetinu populace. Jednoroční prevalence těchto onemocnění se v Evropě pohybuje v rozmezí 3-10 %. U afektivních onemocnění se setkáváme se dvěma syndromy – s depresivním syndromem (častější případ) a manickým. V tomto ohledu hovoříme o depresivní či manické epizodě nebo fázi (Raboch, 2006).

***Mezi afektivní poruchy řadíme dle MKN (2014) následující:***

- F30 - Manická fáze;
- F31 - Bipolární afektivní porucha;
- F32 - Depresivní fáze;
- F33 - Periodická depresivní porucha;
- F34 - Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady);
- F38 - Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady);
- F39 - Neurčená afektivní porucha (porucha nálady).

**Manická fáze**

Manickou fází či epizodu je nutné vnímat pouze jako ojedinělou epizodu. Pokud se u pacienta vyskytnou manické či hypomanické fáze s jinými afektivními fázemi (depresivními, smíšenými) je tato porucha kódována jako bipolární afektivní porucha (MKN, 2014). Manická epizoda představuje zrcadlový obraz deprese, kdy nálada jedince bývá nadnesená, euforická, expanzivní až iritovaná. Sebevědomí je zvýšeno, myšlení je zrychleno, objevují se pocity mimořádných schopností a síly. V tělesné oblasti se objevuje snížená potřeba spánku či zvýšená životní energie. Psychomotorika je často urychlena (Raboch, 2006).

### **Bipolární afektivní porucha (BAP)**

Bipolární afektivní porucha (pod starším názvem se v literatuře objevuje jako maniodepresivní porucha) se vyznačuje střídáním manických a depresivních epizod, respektive stavem remise. Často může být přítomna tzv. epizoda smíšená, která se vyznačuje rychlým střídáním manických, hypomanických a depresivních nálad (Látalová, 2010).

Celoživotní prevalence BAP se pohybuje okolo 1 %, ženy a muži jsou postiženi rovnoměrně. Začátek onemocnění můžeme vysledovat typicky v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti (Raboch, 2006).

### **Depresivní fáze**

Pro depresivní epizodu jsou charakteristické poruchy nálady (smutná nálada, anhedonie, ztráta zájmů, nižší motivovanost, anxiety, apatie), poruchy myšlení a vnímání (ztráta sebevědomí, pocity viny, beznaděje, touha zemřít, suicidiální myšlenky či pokusy), poruchy psychomotoriky (stupor, agitace, hyperaktivita). Zmíněné suicidiální myšlenky o ukončení života jsou přítomné u dvou třetin depresivních jedinců (Raboch, 2006).

Výše popsané symptomy mohou probíhat v lehké, střední či těžké formě. U některých pacientů můžeme nalézt sníženou chuť k jídlu, únavu po minimální námaze či zhoršení spánku. Mohou se objevovat i somatické komplikace jako je ztráta pocitu uspokojení. Nemocný se budí o několik hodin dříve před obvyklou hodinou a depresi pociťuje nejvíce po ránu (MKN, 2014).

### **Periodická depresivní porucha**

Tato porucha je charakterizována opakovanými fázemi deprese, aniž by byly v anamnéze samostatné fáze mánie. Mohou se však objevovat krátké a lehké manické či hypomanické ataky, nejčastěji se objevující po depresivní fázi. Těžší formy periodické depresivní poruchy se vyznačují melancholií, vitální depresí a endogenní depresí (MKN, 2014). Její celoživotní prevalence se odhaduje na 4 – 19 % a postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Odhadem polovina postižených má během svého života pouze jednu epizodu, ve 20 % případů se u nemocných jedinců vyskytuje opakování epizod a ve 30 % případů obtíže chronifikují (Raboch, 2006).

### **Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Perzistentní afektivní poruchy bývají popisovány jako kolísající poruchy nálad, které nemají dostatečně těžký průběh, aby mohly být klasifikovány jako hypomanické či lehce depresivní fáze. Zpravidla trvají několik let a vyskytují se během dospělého života pacienta. Mezi tyto poruchy řadíme například cyklotymii či dystymii (MKN, 2014).

**Jiné afektivní poruchy (poruchy nálad)**

"Jakákoli jiná porucha nálady, která neopravňuje k zařazení do F30-F34, protože není dostatečné tíže nebo trvání" (MKN, 2014).

**Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)**

"Afektivní psychóza NS" (MKN, 2014).

**Komorbidity afektivních poruch**

O komorbidity afektivních poruch můžeme hovořit v několika rovinách a aspektech. V této práci nás ovšem zajímá zejména komorbidity afektivních poruch a závislostní porucha. Nejčastěji se v této souvislosti v literatuře udává závislostní porucha spojená s depresivní poruchou či bipolárně afektivní poruchou.

Pokud se jedná o vztah deprese a závislostní poruchy, autoři se shodují, že tyto dvě poruchy se prolínají a není zcela jasné, která porucha je primární a zda vyvolá poruchu sekundární nebo jinak řečeno – přidruženou. Primární depresivní porucha vyvolávající v jedinci nepříjemné pocity a nálady může být sebemedikována alkoholem a naopak, nadměrné užívání alkoholu může rozvíjet a podmiňovat stavy úzkosti a deprese. Ovšem důležité je klást pacientovi otázku, kdy byl poprvé atakován depresivním stavem. Tato otázka nám může pomoci identifikovat příčinnou souvislost mezi chorobami (Zwolinski, 2010).

Některé studie poukázaly na fakt, že u jedince trpícího depresivními epizodami je možné předpokládat těžší průběh samotné léčby, pravděpodobnější ukončení léčby či zvýšené riziko relapsu (Mckay, 2005).

Vinař (2007) ve svém článku *Drogy a depresivní porucha* popisuje výskyt depresivní a závislostní poruchy takto: "Častost komorbidity depresivní poruchy a závislosti na drogách je nejčastěji způsobena tím, že oba tyto stavy souvisejí s dalšími stejnými nebo podobnými etiologickými faktory biologickými, např. genetickými, anebo sociálně psychologickými." Avšak dodává, že je nutné brát tento názor s výhradou, jak je nesnadné prokázat kauzální vztah mezi drogovou závislostí a depresivní poruchou, bez ohledu na směr kauzality.

U dospělých pacientů trpící BAP velká část vykazuje znaky komorbidity. U 60 % pacientů se vyskytuje jiné psychiatrické onemocnění, nejčastěji to bývá abúzus psychoaktivních látek či poruchy osobnosti. I u tohoto problému narážíme na otázku kauzality mezi oběma psychickými onemocněními. Dle Látalové (2010) mají pacienti s bipolárně afektivní poruchou větší sklony ke zneužívání návykových látek v porovnání se zdravou populací. Toto tvrzení platí pro pacienty většiny zemí světa. Nejčastěji zneužívaná látka se mění s kulturními zvyklostmi, pro české pacienty s BAP platí zvýšená pravděpodobnost zneužívání alkoholu. Komorbidity BAP a zneužívání návykových látek je častější u pacientů, kterým bipolárně afektivní porucha propukla v mladém věku (Látalová, 2010).

### 2.3. Závislost na opiátech

Závislost na opiátech je spolu se závislostí na těkavých látkách považována za nejnebezpečnější a společensky nejškodlivější závislost, a to zejména ze dvou důvodů:

- vysoký závislostní potenciál (zejm. somatického typu);
- výrazné utlumení uživatele, kdy hrozí relativně snadné předávkování (drogy-info, 2015).

Ke dvěma základním opiátům respektive opioidům patří heroin a metadon. Heroin, chemicky diacetylmorfin byl původně považován za účinný lék při léčbě závislosti na morfinu s nulovým potenciálem vzniku závislosti. Vlastní účinek drogy je způsoben morfinem, který působí po odštěpení acetylové skupiny z heroinu. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium. Poločas eliminace heroinu se zpravidla pohybuje od 3 do 20 minut, poločas eliminace jeho prvního metabolitu je zhruba 2-3 hodiny. Právě relativně krátkým poločasem rozpadu se heroin odlišuje od metadonu (Minařík, 2003).

Metadon patří mezi syntetické opioidy a chemicky není odvozen od morfinu. Jeho nástup účinku je pomalejší než je tomu i heroinu, má tedy nižší závislostní potenciál. Poločas eliminace je zhruba 25 hodin, což umožňuje uživateli přijímat dávky méně často, než je tomu u heroinu. Aplikuje se ústy, což taktéž přispívá k minimalizaci rizik plynoucích z užívání, v zahraničí je ale známá i aplikace intravenózní (Minařík, 2003).

#### Projevy opiátové/opioidové závislosti

V této práci se jeví jako důležité popsat zejména projevy závislosti na opiátech a možnosti léčby. Minařík (2003) nabízí tyto projevy při užívání opiátů a při opiátové závislosti:

- při **intoxikaci** je uživatel zklidněn a pociťuje příjemnou euforii, která podléhá toleranci. Opioidy mohou také vyvolat tzv. dysforii, která bývá spojena s nevolností, zvracením či neschopností se soustředit;
- příznaky **akutní intoxikace** bývají nevolnost, hučení v uších, svědění, pocit tepla, hlavním projevem také bývá počáteční mióza přecházející v konečném stádiu do mydriázy, povrchní a mělké dýchání a hyperreflexie;
- při **chronickém abúzu** je nejvíce zasažena oblast charakterových vlastností, dochází k etické degradaci individua. Intelekt při chronickém abúzu nebývá postižen. Závislý jedinec je v tomto stádiu depresivní, ztrácí libido a vůli a pravidelně se u něj objevují hypnagogické pseudohalucinace. Často také zaznamenává únavu, nespavost a podrážděnost střídající apatii. Nesprávnou životosprávou může docházet ke kachexii, je zde také zvýšené riziko přenosu infekčních onemocnění, zejména při sdílení injekčního náčiní;
- hlavní symptomy **odvykacího stavu** jsou zrcadlové k hlavním účinkům opiátů. Zejména se jedná o projevy trávicího traktu (bolesti břicha, průjemy) či se objevuje

neklid, nespavost, pocení, pokles krevního tlaku, nechutenství, třesy, dehydratace. Není vyloučen kolaps a úmrtí jedince.

Dle zdroje Drogy-info (2015) lze účinky opiátů rozdělit do pěti kategorií a to:

- opiátové účinky na centrální nervový systém (CNS) – jako např. pocity euforie, analgetické účinky, pocity ospalosti, pocity nevolnosti a zvracení, útlum dýchacího reflexu, potlačení kašlacího reflexu či křeče;
- opiátové účinky na periferní nervový systém (PNS) – pocity sucha v ústech, nosu a očích, obstipace, zvýšení napětí svěračů, nevolnost, mióza;
- opiátové účinky na histaminový efekt – cizorodé látky dostanuvší se do těla uživatele vyvolají systémovou odezvu, tj. vyvolají zánětlivou reakci, což má za následek zčervenání kůže, pocení, pocity horka a svědění;
- opiátové účinky na nenarozený plod či novorozence – u novorozence matky-uživatelky může nastat abstinenci syndrom z odnětí drogy a to až u 42 – 95 % narozených dětí, další negativní dopady na novorozence jsou zejména syndrom náhlého úmrtí kojence, kojenecká mortalita či žloutenka;
- jiné opiátové účinky, u nichž se nepodařilo přesně zjistit mechanismus působení (drogy-info, 2015).

### **Léčba opiátové/opioidové závislosti**

Léčba závislosti na opioidech a opiátech je řazena k nejtěžší a nejúpornější léčbě závislosti vůbec. Léčbu je nutné rozdělit na léčbu vedoucí k abstinenci a léčbu substituční. Pokud hovoříme o léčbě substituční, která je považována za léčebnou metodu, dělíme tuto léčbu na substituci metadonem či buprenorfinem, které vedou ke stabilizaci klienta. Substituční léčba může být řešením přechodným nebo dlouhodobým až trvalým. Při léčbě může být použit naltrexon, který podporuje abstinenci a snižuje craving neboli "bažení" po droze (Minařík, 2003).

## **2.4. Substituční léčba buprenorfinem**

Buprenorfin, jako účinná látka mnoha analgetických léků, je v České republice od roku 2001 používán též jako substituční látka (Popov, 2007). V minulosti se jako substituční lék využíval metadon, jehož použití je i v současné době, ale na významu získaly léky obsahující jako účinnou látku buprenorfin (např. léky Subutex, Subuxone, pod firemními názvy) (Procházka, 2007).

Dle Procházky (2007) je buprenorfin polosyntetický opiát, jehož hlavní strukturu tvoří morfin, který má na dusíku připojenou cyklopropylmethyllovou skupinu. Řadíme ho mezi analgetika, přibližně 30krát silnější než morfin, jehož účinky jsou stejné jako např. morfin či metadon. Jak autor dále uvádí, jeho použití je též známo pro substituci heroinové závislosti.

Účinky buprenorfinu ve vysokých dávkách antagonisticky ruší či oslabují agonistický účinek opioidních agonistů (heroinu, kodeinu, morfinu). Při podání do těla je buprenorfin rychle absorbován, analgetický účinek trvá okolo 6-8 hodin. Bečka (2007) udává biologický poločas rozpadu buprenorfinu okolo 20 hodin s tím, že účinek trvá déle, takže je dostačující podávání substitučního léku 1x za 2 dny (což se však v praxi většinou moc nevyužívá).

### **Substituční léčba buprenorfinem**

Substituční léčba je standardní léčebnou metodou závislosti na opiátech spadající do přístupu tzv. harm reduction, minimalizace zdravotních a sociálních rizik pro pacienta. Tato terapie je udržovací a oddaluje trvalou a důslednou abstinenci od návykových látek. Jedná se o medicínskou metodu podávání látky, která má obdobný či identický účinek jako původní návyková látka. Podává se jinou, než nitrožilní aplikací, což také přispívá k filosofii harm reduction. Substituční látka má též tu výhodu, že v těle působí déle než normálně užívaná droga, přispívá tedy k oddálení abstinčních symptomů a snižuje četnost užívání návykové látky (Molnárová, Bartoňová, Večeřová-Procházková, & Kobližková, 2008).

V České republice existují dvě látky využívané pro substituční terapii na opiátech – metadon a buprenorfin. Terapie spojená s buprenorfinem se doporučuje pacientům, jejichž denní dávka opioidů nepřesahuje ekvivalent dávky 60 mg metadonu a podobně jako u metadonu těm osobám, které trpí závislostí na opiátech v kombinaci s jinou závislostí, např. na pervitinu (Molnárová et al., 2008). Dle Bečky (2007) se substituce buprenorfinem obvykle nehodí pro uživatele, kteří užívají vyšší dávky heroinu (okolo 1 g denně), jelikož má oproti metadonu nižší účinnost. Autor dále dodává, že substituční léčba je žádoucí zejména tehdy, je-li dlouhodobá a časově neomezená, což je ukázalo jako velmi důležitý faktor efektivity léčby. Časovou neomezeností se myslí zejména to, že potenciální ukončení terapie je ponecháno na rozhodnutí pacienta. Co ovšem nelze u substituční léčby opomenout je přínos psychoterapie, která by měla být nedílnou součástí každé léčby (Bečka, 2007).

### **Zneužívání buprenorfinu**

Výše zmiňovaní autoři se shodují na faktu, který ukazuje na četné zneužívání buprenorfinu mezi uživateli drog. Se zavedením substitučních léků a předepisováním lékaři se bohužel pronikavě zvýšila i jeho dostupnost na černém trhu. "Téměř polovina z celkového množství legálně do ČR dovezené substituční látky s obsahem buprenorfinu (Subutex) končí na černém trhu" (Nešpor & Csémy, 2006).

V současné době Popov (2013) uvádí, že z celkového počtu více než 40 000 problémových uživatelů ČR tvoří jednu čtvrtinu uživatelé opioidů a zhruba polovina z těchto uživatelů zneužívá buprenorfin. Velká část těchto uživatelů substituční lék aplikuje nitrožilně jako svou preferovanou drogu anebo ho zneužívá ve chvíli, kdy trpí nedostatkem jiné primární drogy, což nejčastěji bývá heroin (Popov, 2013).

Někteří autoři se zabývají také tématem možnosti zmírnění zneužívání buprenorfinu ve světě či v ČR. Nešpor a Csémy (2006) navrhuji např. edukaci praktických lékařů, kteří s buprenorfinem pracují, dále kombinaci léčby a psychoterapie či možné nahrazení přípravku Subutex lékem Subuxone.

Poslední zmiňovaný návrh podporují i jiní autoři. Vedle preparátu Subutex existuje na českém trhu od roku 2001 také lék Subuxone, který kromě účinné látky buprenorfinu obsahuje i opiátového antagonistu látku naloxone. Je-li lék užit "správně", tedy sublingválně, naloxone není účinný. V případě nitrožilní aplikace naloxone vyvolá odvykací stav, který uživatele zpravidla odrazuje od dalšího intravenózního užití léku (Bečka, 2007). "Nověji se zavádějí také přípravky, které svým výrobním provedením (film) ještě více redukuje riziko zneužívání", dodává k tomuto tématu Popov (2013).

Tento autor dále uvádí i jiná možná řešení omezení zneužívání buprenorfinu v ČR – zmiňuje represivní přístupy, které stíhají nelegální distribuci či podávání preparátu Subuxone, které však není "samospásné" a plně nevyloučí zneužívání buprenorfinu. Poslední uváděnou možností je zaměření na lékárníky, kteří se ve své roli podílejí na kontrole při výdeji léků a substitučních preparátů (Popov, 2013).

## **2.5. Afektivní a úzkostné poruchy u klientů v substituční léčbě buprenorfinem**

Při svém výzkumu jsem se setkala se třemi respondenty, jejichž životní příběhy se staly subjekty této kasuistické studie. Těmto klientům byly diagnostikovány poruchy afektivního a úzkostného spektra, jedné klientce se projevila porucha stresová – reakce na stres. Onemocnění (vyjma závislostních), která se promítla do života klientů, jsou popsána níže.

### **Periodická (rekurentní) depresivní porucha**

Periodická depresivní porucha nesoucí označení F.33 (dle klasifikace MKN-10) je definována jako "porucha s opakujícími se depresivními epizodami, kdy se v minulosti vyskytla alespoň jedna mírná, středně těžká nebo těžká depresivní epizoda trvající minimálně 2 týdny a oddělená od současné epizody obdobím remise" (Raboch & Laňková, 2008).

Dle diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch, 5. revize (DSM-V) je tato porucha popsána pod označením 296.31. Tento manuál popisuje poruchu jako tzv. velkou depresivní poruchu, která se periodicky opakuje s tím, že mezi depresivními epizodami jsou minimálně dva po sobě jdoucí měsíce remise (Black & Grant, n. d.).

### **Středně těžká depresivní porucha**

Dle klasifikace MKN-10 (2014) je středně těžká depresivní porucha (F32.1) jednou z forem depresivních epizod, která pacientovi značně ztěžuje výkon běžné denní práce a každodenních činností (Raboch & Laňková, 2008).

Klasifikace DSM-V toto onemocnění klasifikuje pod označením 296.22 jako velkou depresivní poruchu s ojedinělou mírnou atakou (Black & Grant, n. d.).

### **Generalizovaná úzkostná porucha**

Toto onemocnění nese dle MKN-10 (2014) označení F41.1. Praško & Laňková (2006) tuto poruchu definují jako nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami, týkající se často běžných každodenních starostí, obav o zdraví svoje i rodiny, obav o finanční záležitosti, selhání v práci (...). Tyto myšlenky vedou k úzkostnosti, únavě a nepříjemným pocitům. Ze somatických příznaků se objevují např. nevolnost, pocení, závratě aj. Tento stav je proměnlivý a trvá až léta.

DSM-V této poruše přiřazuje označení 300.02. Tito pacienti trpí nadměrným strachem, který jim znehodnocuje žít plnohodnotný život. Povahu tohoto strachu si neuvědomují, trpí častou a perzistentní úzkostí, která má vliv na jejich každodenní život. Tento vzorec se opakuje více dnů po sobě nejméně půl roku a klienti popisují tři až šest fyzických či somatických symptomů např. vyčerpanost, svalová tenze, popudlivost, poruchy spánku aj. (Black & Grant, n.d.).

### **Posttraumatická stresová porucha**

Tato porucha nese dle MKN-10 (2014) označení F43.1 a je charakteristická "vyhýbáním se situacím či předmětům připomínající trauma". Pacienti trpící touto poruchou také občasně prožívají tzv. flashbacky a noční můry, které patří mezi typické příznaky (Praško & Laňková, 2006).

V DSM-V bychom tuto poruchu našli pod označením 309.81. Diagnostika se shoduje s manuálem MKN-10 a klade důraz zejména na některé symptomy tohoto onemocnění. Typickými symptomy mohou být např. rušivé až dotěrné myšlenky na prožité trauma, přetrvávající zneklidňující sny, které se týkají prožitého traumatu či přetrvávající vyhýbání se podnětům, které asociují traumatickou událost (Black & Grant, n.d.).



### 3. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce je rozdělena na několik dílčích částí, které popisují cíle a výzkumné otázky, etické náležitosti, věnují se také metodologii sběru, zpracování, analýzy a interpretaci získaných dat. Hlavním cílem je představit tři účastníky kasuistické studie, kteří splnili podmínky pro tuto kasuistickou práci – nacházeli se v substituční léčbě buprenorfinem a trpěli duální diagnózou. Blíže specifikovaný výběr se týkal klientů, kteří se nacházeli v substituční léčbě buprenorfinem a jejich duální diagnóza sestávala ze závislostní a afektivní poruchy. Jedna klientka tuto upřesňující podmínku splnila pouze z části – nebyla jí diagnostikována afektivní, nýbrž úzkostná porucha, ale stavy deprese v minulosti mnohokrát pociťovala.

Tito respondenti podstoupili částečně řízený rozhovor, zúčastnili se dotazníkových šetření (viz níže), byli podrobeni pozorování a s jejich svolením bylo nahlédnuto do zdravotnické dokumentace.

Životní příběhy klientů, již se staly předměty kasuistické studie, byly následně porovnány, zejména z hledisek absolvovaných léčeb a léčebných komplikací. V získaných poznatcích byly vyhledány určité opakující se vzorce léčebných komplikací, které jsou patrné v Tab. 2 v podkapitole 3.8. Porovnání subjektů kasuistiky.

#### 3.1. Výzkumné cíle a otázky

Cílem této práce je prozkoumat problematiku duálních diagnóz a popsat možné léčebné komplikace u pacientů s duální diagnózou. Ve výzkumné části jsem se zaměřila na klienty, kteří se nacházejí v substituční léčbě buprenorfinem a zároveň trpí afektivní poruchou.

Mým hlavním cílem je nalézt a popsat faktory, které mohou pacientům s duální diagnózou<sup>2</sup> komplikovat předpoklad úspěšné léčby.

*Výzkumné otázky jsou formulovány takto:*

- Jaké faktory komplikují zkoumaným pacientům s duální diagnózou předpoklad úspěšné léčby?
- O jaké léčebné komplikace či typy komplikací se nejčastěji jedná v případě těchto pacientů?
- Jaké léčebné komplikace tito pacienti pociťují ve vztahu s jejich duální diagnózou?

Práce si klade za cíl obohatit veřejné i odborné diskuze s tematikou duálních diagnóz a psychiatrických komorbidit za přispění názorů a postojů osob, kteří trpí duální diagnózou. Stěžejní zůstává skutečnost, kdy je mou snahou především zjistit a následně popsat, jak tito klienti vnímají své onemocnění a zda jim komplikuje jejich léčbu.

---

<sup>2</sup> Jedná se o pacienty s afektivní a závislostní poruchou v ambulantní substituční léčbě buprenorfinem.

## 3.2. Etické náležitosti

Respondenti, z jejichž výpovědí jsou složeny kasuistické studie, byli předem informováni o všech aspektech, které s výpovědí souvisí. Tyto osoby byly upozorněny na cíl a účel práce, použité vědecké metody, etické náležitosti a v neposlední řadě na možnost odmítnutí spolupráce. Svůj souhlas se zpracováním kasuistické studie pro účely této bakalářské práce vyjádřili ve formě podpisu informovaného souhlasu.

Veškeré citlivé údaje, které by mohly jakkoli identifikovat či poškodit klienta, jsou z preventivních důvodů změněny, a to včetně jmen respondentů, kteří jsou buď označováni smyšlenými jmény či pojmy "klient", "pacient". Dále nejsou uvedena ani jména léčebných zařízení ani osob, které se na léčbě klienta podílely nebo v ní jinak figurovaly. Příložená dotazníková šetření jsou též zveřejněna se souhlasem klientů.

## 3.3. Předmět kasuistické studie

Předmětem kasuistické studie jsou příběhy klientů, kteří úzce spolupracují se substitučním centrem léčby závislosti a trpí výše popsanou duální diagnózou. Jejich příběhy jsou srovnávány zejména v aspektech léčby a léčebných komplikací.

## 3.4. Použité metody

Pro zpracování této bakalářské práce byly použity standardizované výzkumné metody jak k získání dat, tak k jejich analýze.

### 3.4.1. Metody použité k získání dat

Z kvalitativních metod byly použity následující: částečně řízený rozhovor se standardizovanými otázkami, zpracování na základě anamnestického vyšetření (anamnestického listu), opakované pozorování respondenta, které sestávalo ze status preasens psychicus (SPP) a somaticus (SPS).<sup>3</sup>

Dále byly použity standardizované dotazníky DAST, AUDIT, CMRS, dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous, Fagerstömův test závislosti na nikotinu (FTND) a orientační dotazník užívání marihuany a hašiše.

### 3.4.2. Metody analýzy dat

Pro analýzu dat bylo nutné fixovat kvalitativní data ve formě audiozáznamu, který byl pořízen se souhlasem klienta a po zpracování řádně zlikvidován. Dále jsou data zpracována metodou zachycení vzorců, kdy v jednotlivých údajích byla vyhledána opakující se témata či vzorce

---

<sup>3</sup> SPP popisuje klientův psychický stav při rozhovoru, sleduje např. řeč, vědomí, orientaci klienta na čas a prostor; SPS určuje klientovy základní somatické parametry a tomto výzkumu je zprostředkovan nahlédnutím do zdravotní dokumentace klienta (Orel, 2012).

chování (Miovský, 2006). V této práci je na vzorec chování nahlíženo z hlediska osobních pocitů klientů a témat, která mohou vypovídat o dané situaci.

Limitem této metody je skutečnost, že komparace mezi klienty je co do počtu velmi omezená a výsledky tedy nelze dostatečně zobecnit. Dále je omezena a ovlivněna autorovou subjektivní interpretací dat.

### **3.4.3. Interpretace dat**

Při interpretaci dat byly zohledněny názory klientů a jejich pocity. V jejich výpovědích byly vyhledávány určité opakující se vzorce, které by mohly vypovídat o léčebných komplikacích klientů. Hlavním cílem výzkumu bylo vysledovat, zda a jaké léčebné komplikace pociťovali pacienti během své léčby (léčeb) ve vztahu s jejich duální diagnózou.

Hlavní vzorce léčebných komplikací jsou pro zjednodušení představeny v Tab. 2. – v podkapitole 3.8 Porovnání subjektů kasuistiky.

## **3.5. Podrobná charakteristika subjektu kasuistiky - Klient 1**

### **3.5.1. Vstupní údaje**

Klientka Eva, 36 let, narozena v Praze. Momentálně se nachází v substituční léčbě buprenorfinem a je v péči psychiatra. Vdaná, žije s manželem a dcerou (5 let) v Praze.

Klientce byla diagnostikována generalizovaná úzkostná porucha a z tohoto důvodu nedopovídá zadání výzkumu na výběr pacientů s afektivní poruchou. Život klientky je ovšem doprovázen depresivními epizodami, které jí ale nikdy nebyly diagnostikovány jako afektivní porucha. I přes tuto skutečnost je tato klientka zařazena do výběru respondentů, zejména kvůli často popisovaným depresivním epizodám.

### **3.5.2. Osobní anamnéza**

#### **Zdravotní anamnéza**

Porod klientky Evy proběhl v pořádku, jedním dechem však dodává, že byla nechtěné dítě. Matka se během jejího těhotenství pomocí "babských rad" snažila, aby Eva nepřišla na svět. Klientka se o tomto snažení dozvěděla v pozdějším věku od tety, která jí to pověděla. Klientky se toto zjištění dotklo a dodnes z toho má "špatný pocit".

Ve 4 letech byla Eva na operaci s kýlou, hospitalizaci nesnášela dobře. Cítila se špatně bez matky, na pokoji byla s jinou pacientkou, která ji šikanovala. Jiné zdravotní obtíže v dětství neguje, vzpomíná na zánět středního ucha a v této souvislosti zmiňuje svou dceru, která na toto onemocnění často trpí.

Evino těhotenství proběhlo v pořádku, dcera se narodila v roce 2009, zdravá, v termínu. Po narození dcera trpěla abstinenčním syndromem. Paroxetin byl Evě během těhotenství vysazen, buprenorfin snížen na 2 mg/denně. Eva popisuje obtíže spojené

s těhotenstvím, nauzea a zvracení do 7. měsíce, po porodu se klientce objevila lupénka na ruku a zhoršil se jí psychický stav. V prvních dnech po porodu byla Eva v nemocnici s dcerou sama, manžel musel být v práci a její matka se starala o nemocného otce. Prvních pár dní Eva kojila, avšak záhy začala užívat Mirzaten, který její psychický stav zhoršoval, a kojit přestala.

Test na VHC a HIV byl proveden v r. 2009, když se klientce narodila dcera. Oba výsledky byly negativní, mírně zvýšená byla pouze hladina jaterních hodnot.

Ze současných zdravotních potíží zmiňuje zánět dásně, který je v akutní fázi. Momentálně užívá předepsaná antibiotika.

### **Psychiatrická anamnéza**

Klientka je v kontaktu s psychiatrem kvůli své generalizované úzkostné poruše. První kontakt s psychiatrií okolo 25. věku života, nasazena antidepresiva Neurole a Paroxetin.

Suicidiální pokus ve 28 letech, následovala krátká hospitalizace a poté nástup do ústavní léčby závislosti v Praze. Sebevražedný pokus hodnotí spíše jako demonstrativní, jednalo se o podřezání žil.

### **3.5.3. Sociální anamnéza**

#### **Vzdělání**

Eva nastoupila na základní školu dříve, než ostatní děti. Znamky i chování měla velmi dobré. Již v této době měla na sebe vysoké nároky, hodně se v tomto ohledu hlídala a byla na sebe přísná. Mezi dětmi se Eva necítila dobře, pociťovala strach a napětí, snažila se ostatním spíše vyhýbat.

Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Studovala na všeobecném gymnáziu a poté započala vysokoškolské studium ekonomického směru, které v 5. ročníku ukončila. Důvodem ukončení byl zhoršený psychický a fyzický stav, "už to dál vše nevládala". Eva sebe popisuje jako pilnou a zodpovědnou žákyni. Chtěla mít vždy dobré známky, byla na sebe přísná a za každou chybu se kárala. Znamky odpovídaly její snaze, i na gymnáziu měla výborný prospěch.

#### **Záliby**

Klientka má ráda zpěv, na gymnáziu chodila na hodiny sólového zpěvu. Vždy ji zajímaly cizí jazyky, jak sama říká, má na ně "talent po dědovi". Ráda si cizí jazyky mezi sebou porovnává, zajímá se o obory jako sociologie či antropologie a mrzí ji, že nenastoupila na vysokou školu humanitního směru.

### **Pracovní anamnéza**

Eva pracovala již při studiu vysoké školy, "nabírala zkušenosti". Její práce byla hlavně administrativního charakteru, pracovala takto asi 4 roky. Než se jí narodila dcera, pracovala chvíli v menším městě za Prahou, kam za práci dojížděla. Po porodu dcery byla pod tlakem manžela, který chtěl, aby začala brzy pracovat. Po krátkých neúspěších nastoupila na vedoucí pozici v potravinářském průmyslu. Zde na ní byl kladen velký tlak a měla pocit zodpovědnosti. Měsíc a půl strávila pracovně ve Vídni, kde pro ni bylo náročné zvládat práci a užívání léků včetně buprenorfinu – neustále byla pod dohledem. – "(...) všechny léky jsem si zamykala na pokoji, aby na to nikdo nepřišel (...)" S rodinou se vídala málo, pracovala velkou část dne a to ji donutilo práci ukončit.

Momentálně pracuje s manželem v jeho firmě, kde vypomáhá s administrativou. Hodnotí to jako zajímavou práci, kde se hodně přiučí. Do budoucna by si chtěla udělat živnostenský list, a pokud manžel dostane nabídku práce v zahraničí, hodlají se i s dcerou přestěhovat. Vnímají to jako možnost lepší budoucnosti pro dceru.

### **Finanční situace**

Její současný příjem je stabilní, na nedostatek peněz si nestěžuje. Ani v minulosti neměla problém s příjmem, vždy si na vše dokázala vydělat sama. Je ráda, že se nikdy nemusela "snížit" na práci v sex byznysi. Dluhy neguje.

### **Bydlení**

Momentálně Eva bydlí s manželem a dcerou ve velkém bytě. Spolu s nimi mají svoji část bytu i rodiče Evy. Do bytu se Eva s rodinou nastěhovala po smrti svého bratra. Klientka krátce před narozením dcery bydlela s manželem v bytě v menším městě. Nyní Eva cítí doma houstnoucí atmosféru, hlavně kvůli mamince, která jí "mluví" do výchovy dcery. Rodiče se budou tento rok v létě stěhovat do domku, což Eva vnímá jako pozitivum.

### **Právní anamnéza**

Klientka se dle svých slov snažila vždy vyhnout právním problémům a mít vše "v pořádku". Neguje porušení zákona, nařízenou soudní léčbu či problémy se "sociálkou".

### **Důležité osoby v životě klienta**

Za důležité osoby v životě považuje svou matku a tetu, kterou vnímá jako "pohodou a hodnou paní se zastydlou pubertou, se kterou je sranda". S příbuznými z otcovy strany se stýká pouze z povinnosti na rodinných sešlostech.

### **3.5.4. Rodinná anamnéza**

- Matka - 60 let, povoláním zdravotní sestra, nyní pracuje v pojišťovně, zdravotní stav v pořádku.

- Otec - 64 let, soukromý podnikatel ve stavebninách, nyní zdravotní stav v pořádku, prodělal infarkt myokardu.
- Bratr - o tři roky mladší než Eva, zemřel ve 27 letech, rekreační uživatel heroinu, byl zaměstnán jako zástupce šéfkuchaře.
- Teta - sestra matky, povoláním zdravotní sestra, nyní pracuje na gerontopsychiatrii, žádné zdravotní komplikace.
- Babička z matčiny strany - zemřela na rakovinu prsu.

Drogové ani psychiatrické zatížení z rodiny není známo, klientka po tomto cíleně pátrala. Obává se, že ona bude předávat dál své "drogami zatížené" geny.

### **Charakteristika rodinného prostředí**

Eva se narodila jako nechtěné dítě do úplné rodiny. Dětství popisuje jako klidné, avšak vždycky se vnímala jako úzkostnější typ osobnosti, velice jí záleželo na tom, jaké má výsledky ve škole. Cítila se dle svých slov jako "odkladač" a dítě na "druhé koleji", jelikož se rodiče výrazně více věnovali bratrovi, jakmile se narodil. Klientka vzpomíná na jednu událost, kterou se svému bratrovi pomstila za to, že na sebe poutá většinu rodičovské pozornosti. I později, kdy už oba sourozenci chodili do školy, vnímala, jak se rodiče více věnují bratrovi. Cítila se ostrčeně. Vztah s otcem měla Eva rozporuplný. Popisuje ho jako člověka s "nízkou emoční inteligencí", kdy každou konverzaci končil hanlivými slovy proti ní či bratrovi. Nepřímo mu klade za vinu smrt bratra.

Ve školním prostředí mezi dětmi se Eva taktéž cítila ostrčeně, kolektiv ji nečinil šťastnou. Jakmile cítila, že u paní učitelky není oblíbená, okusovala si nehty. Někdy jí to trápilo natolik, že nemohla usnout. Jednu dobu popisuje jako náročnější, jelikož se doma rodiče hádali a ona pociťovala napětí.

Na gymnáziu byla často středem pozornosti kluků, jelikož se vnímala jako atraktivní. Evě se toto chování nezamlouvalo, její úzkosti to stupňovalo. Kamarádství zažila až v partě, kde užívala návykové látky. Hovoří o jedné dobré kamarádce, kterou ale zpětně vnímá jako kamarádku spojenou s drogami, "se kterou jsem akorát sháněla drogy". Tato kamarádka se do drog "pohroužila úplně" a přestaly se stýkat.

Svého bratra Eva popisuje jako kluka s "malou dušičkou uvnitř" a navenek "siláka". V dospívání se moc nestýkali, často nebyl doma, ozval se rodině pouze občasně. Zemřel na oboustranný zápal plic v době, kdy užíval i. v. heroin. Eva zpočátku jeho smrt nevnímala, později se jí tyto pocity vrátily a vyčítala si, že jeho smrt dostatečně neprožívala.

Klientka také poukazuje na vztah se svým manželem, kdy manžela popisuje jako hodného člověka, který si s ní "hodně užil". Má velice blízko k dceři, o kterou má strach, aby "nedopadla jako ona". Zmiňuje i tetu, matčinu sestru, ke které měla vždy blízko.

### 3.5.5. Drogová anamnéza

Drogová historie Evy začíná na gymnáziu. Od mala měla klientka strach z lidí, nesnesla jejich pohledy, byly jí krajně nepříjemné. Na gymnáziu se to vystupňovalo, cítila somatické projevy úzkostí - rudnutí v obličeji, slinění, bušení srdce. V 15 letech se dostala do situace, kdy jí kamarád nabídl marihuanu. Po vykouření se Eva cítila "totálně bez problémů", pociťovala úlevu, měla záchvatovitý smích. Postupně se dostala přes jiné návykové látky k pervitinu, ale ten jí "nic neříkal", měla pocity paranoie a "stíhy". V 17 letech před maturitou se poprvé dostala k heroinu. Nabídla jí ho parta kamarádů, na uklidnění. Ihned napoprvé si ho nechala aplikovat intravenózně, cítila rychlý nástup účinků a uvolnění, příjemný stav "všechno je mi jedno". Užívání heroinu trvalo necelý rok s frekvencí týden braní, týden abstinence. Při abstinenci cítila chuť, ale dokázala je potlačit a zkorigovat.

Klientka úspěšně odmaturovala, krátce na to ji postihl únavový syndrom. Zpětně to vnímá jako "záchrana". Nebyla schopná vylézt z postele, spala 18 hodin denně, měla naběhnuté uzliny. Doktoři jí zjistili v těle přítomný EB virus a konstatovali zřejmě přechozenou mononukleózu. Po vyléčení únavového syndromu Eva 9 či 10 let heroin ani marihuanu neužívala, jelikož se v minulosti marihuany "překouřila" a měla i pár nepříjemných zážitků. V tomto období se také seznámila s přítelem, začala užívat alkohol, ale toto užívání nevnímala jako problém. Vše dle jejích slov zvládala – chodit do práce i na vysokou školu. Večer se již těšila na láhev alkoholu, kterou nejprve popíjela v hospodě, později si láhev vína kupovala domu.

Ve 25 letech se rozešla s přítelem a tento rozchod nesla velmi těžko. Užívání alkoholu zintenzivnělo, zhoršil se také její psychický stav – pociťovala úzkosti, deprese, bušení srdce, leckdy byl její stav tak nesnesitelný, že nedokázala vyjít na ulici. Praktická lékařka jí poslala na vyšetření k psychiatrovi, kde jí byla nasazena antidepressiva (Neurol, Paroxetin). Užívání Paroxetinu jí "vytáhlo nahoru", Neurol na chvíli vysadila či ho užívala pouze, když cítila, že jí není úplně dobře. Dále však pila 1 láhev vína denně a necítila již takovou úzkost jako předtím, již mohla chodit do práce a mezi lidi.

Po nějaké době se seznámila s novým přítelem, který byl piják a Eva se ho v pití alkoholu snažila "dohánět". Studium vysoké školy její stav zhoršovalo, cítila, že to nezvládá, bolel ji žaludek. Dopisovala diplomovou práci a učila se na státní závěrečné zkoušky, avšak školu záhy ukončila.

Na jedné společenské akci okolo 27. roku života klientka spadla ze židle, praštila se do hlavy a byla následně převezena na záchytnou stanici, kde jí naměřili 3,5 promile alkoholu v krvi. Navzdory takovýmto hodnotám se Eva vnímala jako "při smyslech", tipuje, že v té době měla na alkohol již značnou toleranci. Po vystřízlivění se "spravuje" třemi lahvovanými pivy, které si koupí po opuštění záchytné stanice.

Po tomto incidentu se Eva rozhodne podstoupit léčbu závislosti na alkoholu, cítí, že to nemá pod "kontrolou", není schopná jednodenní abstinence. Nastupuje do ústavní pobytové

léčby, kde je 18, 19 dnů, dokud nepodepíše revers. Je jí podáván antabus. Režim v léčbě jí nevyhovuje, vnímá ho jako zbytečně přísný. Po léčbě se individuálně domlouvá s terapeutkou a chodí k ní na doléčování, i přes skutečnost, že neabsolvovala celou léčbu. Od té doby považuje svou závislost na alkoholu za "vyřešenou".

Ještě v tomtéž roce po absolvované léčbě alkoholové závislosti Eva náhodou potkala svého bratra ve městě. Ten u sebe měl heroin, který Evě nabídl - přijala ho a vykouřila s tím, že 10 let neužívala, tak "co by se mohlo stát". Od té chvíle užívala heroin půl roku, vždy ale tak, aby jí nebylo špatně, ale zároveň se necítila jako "zombie". Po půl roce užívání si uvědomila, že je na tom ještě hůře než před 10 lety a začala shánět léčbu. Z kapacitních důvodů jí v léčebně nepřijali, zkoušela se tedy uzdravit samoléčbou - kupovala si na černém trhu Subutex. Prvotně užívala intravenózně, než si uvědomila, že větší účinky má aplikace sublingvální. Při koupi Subutexu potkala známého a ten jí doporučil substituční léčbu. Na jeho popud nastupuje na substituční léčbu, v práci se seznamuje s budoucím manželem a její stav se stabilizuje.

Kolem 28. roku jí čím dál více přepadávají stavy úzkosti a zoufalství, má chuť se zbavit závislosti na buprenorfinu již definitivně. Páchá demonstrativní sebevraždu, kdy si podřeže žíly, nakrátko je hospitalizovaná a poté se dostává do ústavní léčby v Praze. Byla ihned přijata na lůžkové oddělení, detoxifikační jednotkou si neprošla, jelikož byla vyabstinovaná. V léčbě jí byl nasazen diazepam. Režim vnímala jako zbytečně přísný, jinak se cítila dobře, odpočinula si tam, vnímala také, že jsou na tom lidé daleko hůř, nežli ona. Po léčbě zjišťuje, že se necítí tak dobře, jak by se cítit chtěla.

Krátce po otěhotnění se s manželem přestěhovali do menšího města. Tento krok udělala proto, aby byla co nejdále velkoměstu, kde na ni "číhá nebezpečí" spojené s drogami. Avšak i zde v malém a neznámém městě je schopna si drogu obstarat. Na černém trhu si kupuje Subutex. Vadí jí, že není schopná udržet si abstinenci v těhotenství, proto dojíždí na ambulantní léčbu k psychiatrovi, kde jí doktor navrhuje, aby se pokusila vysadit nejprve antidepressiva a následně Subutex. Pokus o úplné vysazení Subutexu byl neúspěšný, necítila se dobře, zvracela, došlo ke snížení množství a to na 2 mg denně. Paroxetin během těhotenství neužívala.

Po smrti bratra se Eva stěhuje s manželem a dcerou zpět do velkoměsta, kde je jí psychiatrem doporučena substituční léčba. V kontaktu s psychiatrem a substitucí je do dnešních dnů. Její léčba není však propojena zcela, ale obě zařízení vědí, co se s Evou momentálně děje a jak se s ní pracuje.

Nyní klientka užívá denně Neurol 25 mg a 16 mg Subuxonu.

### **Zkušenosti s drogami**

Klientka má rozličné zkušenosti s různými drogami, kromě heroinu, marihuany, buprenorfinu a pervitinu užila i braun, kodein, kokain, 4krát LSD, jedenkrát psylocibin v usušených vykouřených houbičkách. Má také jednu zkušenost s inhalací terpentýnu. Užívá farmaka



(Neurol, Paroxetin, Mirzaten) na předpis od lékaře. Většinu drog užíla jednorázově během studia na gymnáziu. Z legálních látek zmiňuje alkohol a cigarety, kdy se hodnotí jako příležitostný kuřák do 10 vykouřených cigaret denně. Půl roku již nekouří.

### 3.5.6. Obtíže spojené s užíváním návykové látky

Klientka popisuje jak příjemné, tak nepříjemné stavy v kontextu užívání návykových látek. Z mládí si vzpomíná na stavy paranoie a "schízny" z užívání pervitinu, příjemné i nepříjemné stavy spojené s užíváním marihuany. Užívání návykových látek doprovází pocity deprese, úzkostí, nemožnost cokoli dělat, které však pociťuje i v obdobích abstinence. S depresivními stavy či stavy úzkostí Eva pojí tělesné obtíže - zejména bolesti žaludku či abnormální bušení srdce. Abstinenci pokusů zažila mnoho, většina z nich byla neúspěšná, první dny abstinence se daly zvládnout, ale posléze začaly přicházet negativní pocity, emoční rozladěnost.

Nebezpečí spojené s předávkováním Eva vzpomíná v souvislosti s alkoholovým incidentem a odvezením na záchytnou stanici. Jiné problémy s alkoholem (alkoholová "okénka", třes, amnézie) klientka neguje vč. somatických obtíží.

### 3.5.7. Historie léčby/léčeb

Klientka si prošla mnoha různými léčbami. První kontakt s psychiatrem ve 25 letech kvůli zhoršenému psychickému stavu, kde jí byla nasazena antidepresiva. Mezitím užívá heroin, který přestane užívat bez odborné pomoci (prožitím únavového syndromu). Abstinuje od heroínu, avšak užívá alkohol. Druhý kontakt je skrze záchytnou stanici, kde jí bylo naměřeno 3,5 promile alkoholu v krvi. Po tomto incidentu Eva nastupuje do ústavní pobytové léčby, kde setrvá pouhých 19 dní a podepisuje revers. Chodí na individuální doléčování. Od této léčby plně abstinuje od alkoholu.

Znovu započne užívat heroin, samoléčí se ilegálně sehnaným Subutexem. Dovídá se o substituční léčbě, do které nastupuje a setrvává v ní do dnešních dnů. Krátce je hospitalizovaná kvůli suicidiálnímu pokusu a nastupuje do ústavní léčby, kde léčbu dokončí. Ještě tentýž rok začne znovu užívat Subutex, který na popud psychiatra v ambulantní péči snižuje na únosné minimum z důvodu těhotenství. Nyní je klientka v péči psychiatra (užívá některá předepsaná antidepresiva) a lékaře v substituční léčbě (užívá legálně Subuxone).

### 3.5.8. Psychiatrická komorbidita afektivní a závislostní poruchy a její komplikace

Klientce Evě byla diagnostikována panická porucha, posléze generalizovaná úzkostná porucha (dle MKN-10 – F41.1). Stalo se tak v jejích 25 letech. Dva roky na to jí byla diagnostikována závislostní porucha - závislost na alkoholu (F10.2 – nyní úplná abstinence) a opioidech (F11.2 – abstinence při buprenorfinu). Úzkost je často doprovázena depresivními epizodami, např. při suicidiálním pokusu. Užívá antidepresiva, od roku 2011 se dávky

antidepresiv zvýšily a dávky Subuxonu snížily. Komplikace spojené s duální diagnózou v léčbě nijak nepocítila. Nevnímala žádný problém, který mohl nastat v souvislosti s její komorbiditou. Léčena byla v oddělených specializovaných zařízeních, kde léčili to, co bylo primárně "naléhavější".

Tento typ léčby bych zhodnotila dle Nešpora (2003) jako léčbu *následnou*, která je charakterizována jako léčba naléhavějšího problému (zejména závislostního) a posléze je v jiném zařízení léčebna porucha duševní.

Léčba klientky vykazuje některé shodné znaky s tímto typem léčby, ale momentální léčba vykazuje spíše znaky léčby *souběžné*, kdy je v kontaktu s psychiatrem kvůli své duševní poruše a v substituční léčbě buprenorfinem kvůli poruše závislostní.

Je možné, že úzkostná porucha a její komplikace negativně ovlivňoval klientčinu úspěšnost v léčbě závislostní poruchy, ale to je pouze domněnka.

Jednu negativní zkušenost z léčby Eva popisuje v léčbě ústavní, kde se léčila se závislostí na alkoholu. Hodnotila až příliš tvrdý režim, kdy nesměla vůbec kouřit či mít na pokoji sladkost. "(...) a jakmile jsem seděla příliš blízko okna, sestra na mě hned křičela, že určitě chci utéct...". Eva sama tyto zkušenosti popisuje jako komplikaci v léčbě, díky kterým léčbu nedokončila.

### 3.5.9. Situace výchozího bodu

S klientkou jsem se setkala v substituční léčbě buprenorfinem, kde se aktuálně léčí asi 10. rokem. Eva na mě působí stabilním, klidným, vyrovnaným dojmem, na jejím vzhladu nebylo nic, co by mě přesvědčilo o opaku. Klientka spolupracovala, během rozhovoru jsme narazily i na témata, která jí byla velice blízká a emočně ji rozladila. Náš hovor se stočil několikrát i do terapeutické roviny, odkud jsme se zpět vracely ke kasuistickému rozhovoru. Evu hodně trápila témata viny a odpovědnosti za její chování, chtěla by se do budoucna plně odprostit od všech látek, co užívá. Momentálně je takto stabilní a spokojená, spokojená je i její okolí. Přesto doufá, že se jí jednou podaří definitivně vysadit Subuxone i antidepresiva.

Klientka podstoupila i dotazníkové šetření, z výše uvedených dotazníků to byl pouze CMRS, který zkoumá okolnosti, motivaci, připravenost k léčbě a vhodnost léčby (Cikánková, 2012). Jiné dotazníky klientka nevyplnila vzhledem k tomu, že nesplnila jejich podmínky (nehraje na automatech, nekouří cigarety ani marihuanu). Tato klientka byla silně motivovaná k léčbě a chtěla svou léčbu co nejdříve dokončit. Tomu odpovídá i její výsledek v dotazníku CMRS, kde dosáhla velmi silné motivace z okolí (hovořila o tlaku rodiny), vysoké připravenosti i motivace.

### 3.5.10. Další vývoj

Na vývoj klientky nahlížím pozitivně. Vnímala jsem u ní silnou motivaci, zejména u její rodiny. Chtěla by pro svou dceru udělat to nejlepší a její manžel ji v jejím snažení velmi dopomáhá. Zaměřila bych se na možnost postupného vysazení buprenorfinu, jakmile se klientka bude cítit dostatečně silná a stabilizovaná na tento krok. Pokud bude úspěšná, lze pomalu vysazovat antidepresiva, ale s těmi bych byla opatrná, aby se klientka bez nich cítila dobře. Rozhodně bych se řídila jejími pocity a návrhy, co by ona sama potřebovala.

Co se týká jejího diskomfortu v léčbě, je možné se jejími zkušenostmi obohatit a věnovat čas a energii na zlepšení situace v léčebných zařízeních. Mám na mysli zejména to, že je neustále potřeba myslet na skutečnost, že pacienti s duálními diagnózami nejsou v léčbách výjimeční a je třeba s nimi pracovat velmi jemně a s ohledem na jejich psychický stav.

### 3.5.11. Závěr, shrnutí

Tato kasuistická studie popisuje životní příběh klientky s duální diagnózou úzkostná porucha a závislostí na opioidech. Ačkoli klientka nespĺňuje přesné kritérium práce, a to diagnostikovanou afektivní poruchou spolu se závislostí na opioidech, její život doprovází mnohé depresivní epizody. Klientka prošla mnohými léčebnými zařízeními – ústavní pobytovou léčbou, ambulantní léčbou a léčbou substituční, ve které se nachází dodnes. Zároveň je v péči psychiatra kvůli své psychiatrické úzkostné poruše. Prošla si mnohými životními zvraty, které přispěly ke zhoršení či zlepšení jejího psychického stavu. Jejím snem je momentálně zcela se vyléčit ze závislosti na opioidech a snížit množství užívaných antidepresiv. Její rodina ji v tomto rozhodnutí podporuje. Komplikace při léčbě spojené s jejím komorbiditním stavem spíše neguje, popisuje pár nepříjemných zážitků, kterými si prošla v léčbě, zejména se jednalo i interpersonální konflikty s pracovníky.

## 3.6. Klient 2

### 3.6.1. Vstupní údaje

Klientka Jana, 34 let, narozena v Praze, momentálně žije v malé vesnici za Prahou. Jana je svobodná a bezdětná, ačkoli by si do budoucna děti přála.

### 3.6.2. Osobní anamnéza

#### Zdravotní anamnéza

Porod klientky nastal předčasně, její matka byla po prvním trimestru udržována na diazepamem, aby z předešlé zkušenosti nepotratila. Matce Jany byla podávána i jiná farmaka kromě Diazepamem, např. Plegomazin či Dolzin. Jana se narodila s lehkým abstinenčním syndromem. V prvních dnech se u ní objevila novorozenecká žloutenka a v porodnici strávila zhruba tři týdny bez matky.

V dětství prožila běžné nemoci, vzpomíná na raný úraz z vyprávění, kdy jako dvouměsíční miminko vypadla matce z přenositelné tašky na novorozence. Nález: 8 cm ruptura na lebce, vše se zahojilo bez následků. Klientka v pozdějším věku trpí na astma, zřejmě v souvislosti s jejím psychickým stavem.

Test na VHC i HIV proveden před měsícem, zjištěný výsledek negativní.

Mezi současné zdravotní potíže řadí Jana bolesti kolene, kloubů, jinak se cítí zdráva. Jedenkrát v životě klientka narazila na nepříjemný abstinenci stav, který ji doháněl k sebevražedným pokusům. S přáteli se opila, měla depresivní stav, doslova "byla hotová". Snažila se ukončit život skoky pod autobus. Jinak občas zapřemýšlela, jaké by to bylo nežít. Momentálně na smrt nepomýšlí, chce žít, cítí se velmi dobře, je na sebe hrdá, že s životem a závislostí bojuje.

### **Psychiatrická anamnéza**

První kontakt s psychiatrií, který ne zcela souvisí s užíváním návykové látky, zažívá Jana okolo svých 29 let, kdy je převezena s psychickými obtížemi do lůžkového zařízení ústavní léčby. Zde setrvala 14 dnů.

### **3.6.3. Sociální anamnéza**

#### **Vzdělání**

Klientka vychodila základní jazykovou školu. Sama sebe hodnotí jako průměrnou studentku, nijak nevyčnívající "z davu".

Jana má nejvyšší ukončené vzdělání středoškolské s maturitou. Z osmé třídy ZŠ se dostala na gymnázium. Znamky i prospěch měla dobrý, ačkoli dodává, že ke konci studia z důvodu užívání heroínu školu moc nenavštěvovala. V současných dnech si dodělává vysokoškolské vzdělání.

#### **Záliby**

Jana sebe samu popisuje jako "uměleckou a trochu filosofickou duši", kterou zřejmě podědila po otci. Mezi její záliby patří zejména umělecká tvorba, malování a ilustrace.

#### **Pracovní anamnéza**

Momentálně Jana pracuje s dětmi v nízkoprahovém zařízení, za svůj život vystřídala mnoho zaměstnání. Jednu dobu pracovala jako au-pair v zahraničí, později se věnovala své umělecké tvorbě, pracovala v kavárně či byla zaměstnaná v tiskárně na noční směny.

#### **Finanční situace**

Klientka momentální dluhy neguje, během posledních deset let vše splatila, aby měla "klid" před nástupem do léčby. Hovořila o dlužích na sociálním a zdravotním odboru, splatila též

dluhy rodičům. Na současný příjem si klientka nestěžuje, práce ji baví, má hodně, co dělat. Sama se dokáže bez obtíží uživit.

### **Bydlení**

Jana žije sama se svým psem ve vesnici mimo Prahu. Jednou za čas si jede odpočinout do svého zrekonstruovaného domku, kde se ráda vídá s jednou starší dámou.

### **Právní anamnéza**

V roce 2010 dostala Jana půlroční zákaz na řízení motorových vozidel, jelikož byla přistižena při řízení vozidla pod vlivem návykové látky.

### **Důležité osoby v životě klienta**

Klientka považuje za velmi důležitou osobu ve svém životě matku. Dále hovoří o své současné partnerce, starší dámě, se kterou nějaký čas trávila na vesnici a zmiňuje i bývalé partnery, kteří zemřeli.

### **3.6.4. Rodinná anamnéza**

- Matka - 62 let, podniká v soukromé sféře, trápí ji artróza kolene, jinak zdráva.
- Otec - 63 let, podnikatel v oboru informačních technologií, zdrav.
- Sestra - 38 let, pracuje v tiskárně, závislost na pervitinu, momentálně abstínuje.

Psychiatrickou zátěž v rodině Jana neguje, kromě závislostní poruchy sestry nikdo jiný z rodiny nemá problémy s návykovými látkami. Jiných závažných onemocnění v rodině si klientka není vědoma.

### **Charakteristika rodinného prostředí**

Jana se narodila v roce 1981 do úplné rodiny. Její matka byla během těhotenství udržována na Diazepamu, z důvodu předešlé zkušenosti s potratem. Dětství Jana popisuje jako šťastné, byla spolu s o tři roky starší sestrou "milované a opečovávané dítě". Otce popisuje jako skvělého tátu, který to "umí s dětmi", má hezký vztah s matkou i sestrou. Během dětství zažila Jana spoustu hezkých okamžiků na výletech s rodiči, kdy se jim rodiče intenzivně věnovali.

Poprvé, kdy Jana zažívá negativní úzkostný pocit, je na chalupě, kdy je poprvé sama bez rodičů pouze s prarodiči. Pociťuje smutek a popisuje to jako stav, kdy se poprvé naučila potlačit emoce, nedávat je najevo.

Když bylo klientce 11 let, rodiče se rozvedli. Stalo se tak krátce po změně režimu. Jana se rozvodu obávala, ale spíše z důvodu, co vše negativního se o rozvodu říkalo. Pociťovala lítost, ale "nebylo to tak hrozné", jak očekávala. Rodiče byli dále v kontaktu i přesto, že si oba našli nové partnery. Janě bylo líto, že otec rok po rozvodu založil s novou partnerkou rodinu. Vnímala rozdíl mezi rodinou "v totalitním" a "po totalitním" režimu.

Jana se sestrou byly po rozvodu v péči matky, ale ještě nějakou dobu bydlela celá původní rodina v jednom bytě. Klientka vnímala rozpor mezi "starým" prostředím a "nově" vzniklou rodinou. Matka z bytu často odcházela za partnerem, a jelikož nedávala předem vědět, kdy se do bytu vrátí, Jana pociťovala nejistotu. Sestra v téže době prožívala pubertální období, často nebyla doma, chodila s přáteli ven. Pro Janu tato nová situace byla těžko zvládnutelná, ale nikdy emoce nedala najevo.

Otec se po narození další dcery se svou novou rodinou odstěhoval, na Janu a její sestru však nezanevřel. Jezdívají spolu na hory, mohli se vídat, kdy chtěli. Matky nový partner Milan byl vyléčený alkoholik, Jana zmiňuje pár nepříjemných okamžiků, kdy se Milan opil. Nikdy ale matce neřekla, jak se cítí, chtěla ji ušetřit svých negativních emocí.

Sestra Jany v 15 letech začala užívat pervitin. Matka je z této situace zoufalá, Janu si bere jako "pomocníka", jelikož neví, co má dělat. Jana je v pozici, kdy se cítí pro mámu důležitá, což jí dělá dobře a hodně se s matkou sblíží. Své emoce může nyní prožívat skrze matku, jež je pro ní ulevující a příjemné.

Jana pokračuje ve studiu na gymnáziu, kde se seznámí s budoucím přítelem Petrem. Vztah udržuje před rodiči v tajnosti, dnes si to vysvětluje zřejmě tak, že nechtěla, aby se ji do vztahu "někdo montoval" či aby jí ho někdo "bral".

Jana a Petr mají společného přítele, který řeší svůj vážný zdravotní stav a posléze umírá. Jana se nachází v situaci, kterou dle svých slov popisuje jako "rozdvojenou" – musí prožívat vážnou situaci způsobenou smrtí kamaráda a zároveň by měla prožívat své pubertální období.

### 3.6.5. Drogová anamnéza

Drogová historie Jany se datuje od jejích 15 let. Její první experiment byl se sestrou, která jí nabídla heroin ke šňupání. Tento experiment byl pouze jednorázové povahy. Jakmile se Jana seznámí s Petrem, prožívají spolu pár dalších jednorázových experimentů s drogami. Po smrti společného přítele začala Jana brát pervitin se spolužačkou ze třídy. Aplikace byla pouze sniffem. Užívala pervitin půl roku, posléze přestala, jelikož "se cítila divně".

Krátce po smrti kamaráda srazilo Petra auto a po měsíci v nemocnici zemřel. Jana se ocitla v situaci, kdy se neměla komu "vypovídat", jelikož jejich vztah byl utajovaný. Bylo jí velmi špatně, cítila vnitřní tlak, projevila se jí somatická komplikace – astma.

Jana pokročila do třetího ročníku, snažila se dělat věci, které dělali ostatní vrstevníci. Její spolužačka, se kterou se bavila a která ji pomáhala se z této situace dostat, ji na podzim nabídla heroin. Z její předchozí zkušenosti se sestrou vnímala, že se nemůže stát závislou. Po aplikaci heroinu Jana cítila, že se jí emoce zklidňují, udělala se okolo ní pomyslná "bublina", ve které si své emoce držela, a žádné vnější se k ní nedostaly. Okolo vánočních svátků chce Jana přestat s užíváním a prožije si svůj první abstinenční stav. Po zvládnutí se cítí dobře, že je "z nejhoršího venku".

Po roce abstinence zažívá flashback smrti přátel. Opětovně začne užívat heroin, nepřemýšlí, zda chce nebo nechce užívat, "skočí do toho naplno" a aplikuje si intravenózně. Užívá denně čtvrt gramu heroinu.

Jana na heroinu odmaturuje, možná i díky matce, která za ní oroduje u vyučujících. Klientka stále bydlí u matky, svoje užívání před ní zapírá. Po maturitě se Jana spolu se spolužačkou rozhodnou vyabstinovat na chalupě, spolužačce rodiče odjezd na chalupu zatrhnou a Jana se cítí na vše sama. Po úspěšné abstinenci se kamarádky opět na podzim potkávají a začnou užívat. Jana chodí na pomaturitní studium angličtiny, pravidelně se střídají období abstinence a užívání.

V 18 letech se Jana rozhodne podstoupit detoxifikační léčbu, kde setrvává pouhé tři dny. Popisuje to jako "hroznou zkušenost", kdy si "doabstinuje" doma. Doba abstinence je krátká, před koncem roku Jana opětovně užívá.

V novém roce je Jana rozhodnutá udělat radikálnější změnu - změnu prostředí. Spolu s kamarádkou mají naplánovanou cestu do Anglie jako au-pair. Kamarádce je tento krok rodiči zatržen, Jana odlétá sama. Před odletem plně abstinuje, v nové rodině se zdrží pouze týden, jelikož nedostane slibované kapesné. Klientka je tímto stavem dotčena, z rodiny odchází. Následující události se odehrají v období od února do června, kdy se Jana nachází na jihu Anglie. Klientka žije přechodně ve sqautu, přechodně po bytech, užívá heroin spolu s crackem. Cítí smutek po domově, ale domů se vrátit ještě nechce – chce rodině dokázat, že to zvládne, nechce matku zklamat.

Zde prožívá mnohé zkušenosti, ze kterých "dodneška čerpá". Prožije žebrání peněz na nádraží, souznění mezi bezdomovci, kteří se s ní dělili o místo na spaní, ale i traumatickou zkušenost, která ji hodně poznamená do budoucna. Jeden večer je Jana se svými dvěma známými zastavena černým vozem. Muži z vozu pobodají jednoho z chlapců a druhého spolu s Janou unesou a odvezou je do starého domu. Vězní je ve sklepě zhruba tři dny, až nakonec Janu pustí a chlapce odvečou neznámo kam. Jana stráví týden v nemocnici, popisuje to jako strašný zážitek, ze kterého naštěstí vyvázla "jen" s pohmožděninami. Po tomto zážitku intenzivně užívá heroin, "aby si tuto události vymlátila z hlavy". Zpětně si uvědomila, že mohla zemřít.

Zakrátko se Jana dostane z nejhoršího, vyabstinuje a najde si novou rodinu, kde týden hlídá děti. Dostane slíbené kapesné a odjíždí domů. Doma bydlí u matky, pracuje u ní v kanceláři a pokračuje v abstinenci. Matka jí oznamuje rozvod s manželem Milanem.

Ve 20 letech se Jana kvůli práci dostává v létě do vesnice, kde žije její strýc. Zde se jí zalíbí a přestěhuje se. Dělá práci, která ji baví, pořídí si psa, pronajme dům, který později rekonstruuje. Během této doby užívá jednorázově heroin pouze tehdy, jakmile si jede zařídit nějaké záležitosti do Prahy. Upozorňuje ale, že drogy měla "stále v hlavě". Během následujících osmi let žije klidným, "normálním" životem, kdy užívá příležitostně, zejména v návaznosti na těžké situace.

V roce 2009 Jana ztrácí kamarádku z vesnice, která u ní doma najde injekční materiál pro aplikaci drog. Pro Janu je to další ztráta, kterou nese velmi těžce. Záměrně se vydá do města pro heroin a zintenzivní užívání. V této souvislosti způsobí pod vlivem návykové látky dopravní nehodu, kdy srazí člověka. Vina, ani skutečnost, že užila před jízdou návykovou látku, jí není prokázána. Po nehodě se její psychický stav zhoršuje, je v nevědomosti, zda sražený člověk je naživu. Drogy neužívá, není schopná "vstát z postele", trpí depresivním stavem.

Strýc klientku doveze do psychiatrické léčebny, kde Jana setrvá 14 dnů na otevřeném oddělení. Jsou jí podávána antidepresiva, zejména Lexaurin, který jí "trochu srovná". Zde jí diagnostikují periodickou depresivní poruchu. Podepisuje revers a vrací se domů.

V témže roce je klientka zadržena policisty, protože nemá rozsvícena světla na vozidle. Je jí zjištěna přítomnost návykové látky v krvi a poté je propuštěna se zákazem řízení motorových vozidel na půl roku.

Jana si po tomto incidentu chce dát život do pořádku, začne pracovat ve městě, aby splatila všechny dluhy a mohla si požádat o nový řidičský průkaz. Bohužel práce je pro ni náročná, pracuje zejména v noci, má málo osobního volna. Na černém trhu si kupuje Subutex, který je levnější a méně euforizující, aby to v práci "vydržela". Subutex užívá nitrožilně, ačkoli byla obeznámena, že účinky jsou spíše placebového efektu. Pojmenovává to jako závislost na jehle.

Rok poté, co Jana srazila člověka, se rozhodne podstoupit léčbu své závislosti. Matka jí s nástupem do léčby pomáhá, podporuje ji. Po detoxu Jana nastoupila na režimovou léčbu, kterou úspěšně dokončila. V léčebně se jí vyjeví posttraumaticky zážitek z Anglie, se kterým dál pracuje. Po roce od léčení jednorázově zrelabuje. Od té doby je v substituční léčbě, v péči psychiatra a chodí do následné péče.

### **Zkušenosti s drogami**

Jana ve svém mládí občas experimentovala s drogami. Vyjmenovává užívání marihuany, včetně hašiše, který ovšem užívala "málo". Dále zkoušela experimentálně stimulantia – pervitin, kokain, crack (zejména, když byla v Anglii). Na zmírnění abstinenčních symptomů zkoušela klientka užívat léky z řady benzodiazepinů.

#### **3.6.6. Obtíže spojené s užíváním návykové látky**

Klientka zmiňuje zejména abstinenční příznaky, které ovšem nepovažuje za tolik závažné, "dají se zvládnout". Co vnímá silněji, jsou její stavy lapsů a relapsů, kdy se popisuje jako "starého reverzáka". Na otázku, co je její teorií, proč tomu tak je, odpovídá takto: *"Raději vyabstinuji doma, v klidu, po svém, než být někde zavřená. Nemůžu si dělat to, co chci. Umím si udělat režim sama."*



V tomto u klientky vnímám velký potenciál pro celkovou úzdravu, jelikož ona sama negativně vnímá režimovou léčbu, ale je schopná dodržovat stanovený rozvrh pro léčbu ambulantní. Proto Janě tolik vyhovuje substituční léčba a nemá problém dodržovat stanovená pravidla a chodit na pravidelné schůzky.

### 3.6.7. Historie léčby/léčeb

Klientka si prošla mnohými léčbami a pokusy o abstinenci. První kontakt s psychiatrií se odehrává v jejích necelých 19 letech, kdy se sama rozhodne podstoupit léčbu závislosti v psychiatrické nemocnici. Na detoxu stráví pouhé tři dny a podepisuje revers. Jejím druhým kontaktem je opět psychiatrická nemocnice z důvodu neustávajících depresivních stavů. Zde je jí diagnostikována periodická depresivní porucha a jsou jí podávána antidepresiva. Od té doby užívá terapeuticky Paroxetin (10 mg /denně).

Následně se Jana dostává do ústavní pobytové léčby, kde úspěšně léčbu dokončí. Chodí na substituční léčbu a je v následné péči. Substituční léčbu vnímá jako "záchrannou vestu", která ji má udržet nad chutí po droze.

### 3.6.8. Psychiatrická komorbidita afektivní a závislostní poruchy a její komplikace

Klientce byla v roce 2010 diagnostikována periodická depresivní porucha (F33) a o necelý rok později porucha F11.2 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů, syndrom závislosti (dle MKN-10). V poslední ústavní pobytové léčbě je klientce diagnostikována též porucha F43.1 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, posttraumatická stresová porucha.

Za největší komplikaci ve své léčbě považuje fakt změny, který nastane, jakmile člověk prožije režimovou léčbu. Člověk na tuto změnu není připraven. Stejně tak se Jana cítila po léčbě nedostatečně připravená do "normálního" života. Navíc měla pocit, že nebyla vybavena dovednostmi, se kterými by v normálním životě uspěla, "musela do něj jít silou". Dále také poukazuje na fakt, že režimová léčba ji odvádí od sebe sama, soustředění se na dodržování režimu a pravidel ji odvádí pozornost od duševního problému. Tuto skutečnost popisuje zejména ve své druhé ústavní léčbě, kde se chtěla naplno věnovat pouze svému posttraumatickému stavu. Dále také navrhuje, aby klient mohl po absolvování ústavní léčby ihned nastoupit na substituční léčbu, pokud by on sám chtěl. Vnímá to jako jakýsi mezikrok mezi léčbou a realitou.

### 3.6.9. Situace výchozího bodu

S klientkou Janou jsem se setkala v substituční léčbě buprenorfinem, kam pravidelně dochází druhým rokem. Její stav hodnotím jako stabilizovaný, působí na mě velmi klidným a vyrovnaným dojmem. Vyprávění jejího příběhu jí nečiní problém, dokáže si vzpomenout

i na drobné detaily. Dokáže také popsat své emoce a pocity, které cítí nebo v minulosti pociťovala.

Klientka podstoupila dotazníkové šetření zkoumající problémy s alkoholem a jinými návykovými látkami. Dle dotazníku AUDIT vyšel Janě bodový součet menší než osm, což lze interpretovat jako menší pravděpodobnost rizikového chování spojeného s užíváním alkoholu. Dle dotazníku DAST klientce vyšel bodový součet 14, což může značit vysokou pravděpodobnost zneužívání návykových látek. Tento výsledek lze chápat jako chování v minulosti, jelikož se klientka nachází v řádné léčbě a momentálně nepociťuje problémy s užíváním návykových látek.

Dále Jana vyplnila dotazník FTND a CMRS. V dotazníku zkoumající míru závislosti na nikotinu dosáhla klientka výsledku 3, což lze vyhodnotit jako střední závislost na nikotinu.

Výsledky z CMRS dotazníku poukázali na relativně silnou motivaci a připravenost k léčbě, tlak vnitřních ani vnějších okolností klientka moc nepociťuje. Jana byla velmi odhodlaná v léčbách setrvat a těžít z nich co nejvíce. Podporovala to i faktem, že si chce svůj život dát do pořádku a žít "normálně". Klientka je v tomto ohledu stabilizovaná, má kvalitní sociální zázemí, podporu rodiny, partnerský vztah i zaměstnání.

### **3.6.10. Další vývoj**

Klientka si svou budoucnost představuje úplně bez závislosti, zejména na Subuxonu. Tuto změnu by ale nechtěla dělat radikálním způsobem, má představu, že pomalu vysadí Subuxone a pak teprve antidepressiva. Hlavním cílem je, aby byla zastabilizovaná, vedla "normální" život bez drog a do budoucna si pořídila vlastní rodinu.

Ohledně jejího budoucího vývoje jsem velice pozitivní. Klientku vnímám jako zastabilizovanou a dostatečně motivovanou k tomu, aby vedla spořádaný život dle svých představ. Tu myšlenku podporuje fakt, že Jana má vyřešené bydlení i zaměstnání, které jí dává možnost preventivně působit na děti a mládež. Navíc je podporována ze strany rodiny, hlavně od matky. A v neposlední řadě pravidelně dochází do zařízení, kde se jí věnují různí terapeuti, jejichž práci si pochvaluje.

### **3.6.11. Závěr, shrnutí**

Tato kasuistická studie popisuje životní příběh klientky, která se několikrát na vlastní popud rozhodla léčit ze své závislostní poruchy. Její momentální výchozí situace je taková, že klientka je v udržovací léčbě buprenorfinem a navštěvuje několik odborných léčebných zařízení. Její život je poznamenán traumatizující zkušeností, která se jí neblaze projevila na psychickém stavu. Z této zkušenosti dnes "čerpá" a popisuje to sama jako jakýsi životní mezník, od kterého se odrazila vstříc novému životu.

Již od dětství byla klientka emočně uzavřená a citlivá k událostem, které se okolo ní dějí. Tento stav ještě podtrhoval heroin, který kolem ní uzavíral jakousi "bublinu".

Ta pomyslně Janu chránila před vnějšími i vnitřními emocemi. Tento stav skrývání emocí se Janě za pomoci odborníků podařilo změnit. Jako komplikaci v léčbě, která je spojená s jejím komorbiditním stavem, vyjadřuje Jana negativní emoce zejména v souvislosti s režimovou léčbou. Režimová léčba závislosti, kde jsou nastavena pevná pravidla, hranice a zejména pravidelný režim ji odváděl od toho, aby řešila svůj psychický stav.

### **3.7. Klient 3**

#### **3.7.1. Vstupní údaje**

Klientovi Pavlovi je 30 let, momentálně žije sám v menším městě za Prahou a nachází se v substituční léčbě buprenorfinem. S bývalou manželkou Lucií má jedenáctiletou dceru, kterou má ovšem v trvalé péči Pavlova bývalá tchýně.

#### **3.7.2. Osobní anamnéza**

##### **Zdravotní anamnéza**

Porod klienta proběhl naprosto v pořádku, žádné komplikace. Po porodu matka hodně zhubla.

Pavel byl poprvé hospitalizován v nemocničním zařízení v jeho šesti letech, kdy měl těžký otřes mozku po pádu z kola. Dále popisuje operaci kolen po sebevražedném pokusu, kdy skočil pod vlak. Také byl hospitalizován kvůli vnitřním abscesům, které se mu zřejmě vyvinuly po mnohaletém užívání návykových látek.

Test na hepatitidu typu "C" i HIV byl proveden v nedávné minulosti. HIV test byl negativní, u VHC byla detekována nízká hladina protilátek, což značí v minulosti prodělané onemocnění. Klient se okolo 17. roku života VHC nakazil, ale nikdy se neléčil.

Ze současných potíží popisuje klient bolesti kolene, které se snaží po hospitalizaci rozhybat.

##### **Psychiatrická anamnéza**

V dětství navštěvoval Pavel dětského logopeda, nechodil tam však dlouhou dobu. Na první kontakt s psychiatrií vzpomíná v rámci psychiatrické léčby ve svých 14 letech.

Pavel se celkem 3x pokusil o sebevraždu. Poprvé okolo 13. roku života, kdy se s ním rozešla přítelkyně a on to nemohl "unést". Ukradl otcovi auto a narazil s ním do stromu. Jeho druhý pokus byl ve 27 letech při abstinenčních symptomech z odnětí alkoholu, kdy si podřezal žíly na ruku a následně zkolaboval a prožil menší epileptický záchvat. Posledním suicidiálním pokusem byl skok pod vlak, kdy si položil hlavu na koleje a čekal na příjezd vlaku, který ho "pouze" z kolejí smetl. Po tomto incidentu se v něm "cosi hnulo" a rozhodl se začít žít novým životem. Sám popisuje, že nezná nic jiného, nežli užívání drog a tuto skutečnost by chtěl změnit; chtěl by se smát normálním věcem, užívat si např. jídlo nebo obvyčejné nákupy, nejen nakupovat drogy.

### **3.7.3. Sociální anamnéza**

#### **Vzdělání**

Pavlovo nejvyšší dosažené vzdělání je základní, nastoupil na odborného učiliště, obor kuchař-číšník. Střední školu ukončil poté, co mu byla nařízena psychiatrická léčba závislosti a on se po absolvování léčby do studií již nevrátil.

#### **Záliby**

Klientovy záliby nebyly zjištěny.

#### **Pracovní anamnéza**

Klient pracoval na různých pracovních pozicích a místech, zejména jako brigádník ve fast foodech, kde pravidelně setrval okolo 3 měsíců a poté byl vyhozen (nejčastěji z důvodu krádeže či užívání návykových látek). Živil se jako pekař, jednu dosáhl na post vrchního pekaře. Tato práce ho bavila, jak sám říká, pečení ho bavilo od dětství. Momentálně je nezaměstnaný, byl vyloučen z pracovního úřadu.

#### **Finanční situace**

Aktuální finanční situaci vnímá klient jako špatnou, momentálně je bez příjmu, finančně mu hodně vypomáhá matka. Dříve si vydělával prací nebo drobnými krádežemi, zejména v obchodech.

Většinu dluhů má Pavel splacenou, chybí mu doplatit dluh okolo 40 tisíc korun na zdravotním a sociálním pojištění.

#### **Bydlení**

Pavel nyní bydlí sám v bytě matky, která žije s přítelem na chalupě. Klient se tam přestěhoval poté, co se rozvedl s manželkou. Na bydlení si nestěžuje, má dostatek soukromí.

#### **Právní anamnéza**

Klient dostal podmínku 2 roky na 8 měsíců, když mu bylo 18 let. Policisté ho chytili ve vykradeném autě, které bylo podle Pavla již vykradené. Dále byl donucen doznat se k vykradení dalších aut, ačkoli tvrdí, že tato auta nevykradl. Momentálně žádné právní problémy nemá.

#### **Důležité osoby v životě klienta**

Za důležité osoby v životě klient považuje matku, která se o něj stará a nezavrhuje ho. Dále zmiňuje pracovníky substitučního centra, kteří mu teď hodně pomáhají a považuje je za "skvělý lidi".

### 3.7.4. Rodinná anamnéza

- Matka - 54 let, povoláním kuchařka, abstinentka, nedávno jí operovali hlasivky.
- Otec - 56 let, povoláním kuchař, užíval alkohol denně, nikdy se ze závislosti neléčil, zemřel ve spánku, klient se domnívá, že se "upil k smrti".
- Manželka Lucie - uživatelka drog (zejm. pervitinu a Subutexu), nyní se nachází v ústavní pobytové léčbě.
- Sestra - o 5 let starší, užívala pervitin od 14 do 18 let, léčila se, jedenkrát zrelabovala, nyní abstinguje, má manžela a syna, kterému je 16 let.
- Dědeček z otcovy strany - piják, nikdy se neléčil, zemřel na mrtvici.
- Dcera - 11 let, je v trvalé péči Pavlovy bývalé tchýně, s Pavlem se vídá jednou za čas, o matčině i otcově závislosti ví.

### Charakteristika rodinného prostředí

Klient pochází z úplné rodiny, v dětství se cítil s rodiči dobře. Rodiče se však často hádali kvůli otcově náruživému užívání alkoholu, v takovýchto chvílích se Pavel cítil "mizerně", své pocity skrýval a "utápěl" je v heroinu. Klient má o 5 let starší sestru, kterou má rád a myslí si, že i ona jeho. V dětství ho sestra spíše ochraňovala, nyní se spolu občas vídají, ačkoli sestře vadí Pavlova závislost. Vztah s otcem neměl Pavel zcela dobrý, otec ho nenáviděl za to, že je "feťák". Poté, co se klient oženil a počal dítě ho otec "vzal na milost", jejich vztahy se hodně zlepšily a to Pavla potěšilo.

### 3.7.5. Drogová anamnéza

Pavlova drogová anamnéza začíná v relativně mladém, spíše dětském věku. Poprvé, co se dostal do kontaktu s drogovou scénou bylo v jeho 9 letech, kdy ho brala jeho závislá sestra do drogového prostředí na nákup drog.

První vlastní zkušenost s užitím drogy byla v době, když klientovi bylo 11 let a docházel na základní školu. Byla mu nabídnuta marihuana od strýce. Zpočátku užívají spolu, posléze Pavel užívá sám, přináší to do školy a "učí hulit" celou třídu. Tento stav trvá zhruba okolo 1 roku.

Posléze ve 12 letech zkouší Pavel pervitin, jde si sám koupit drogu do centra Prahy. Aplikace sniffem. Pervitin užívá po 2 roky.

Ve 13 letech poprvé užije heroin, následně na to se dostává ve 14 letech do výchovného ústavu, kde po 2 měsících dokončuje léčbu. Ihned po opuštění ústavu jde ke kamarádovi, u kterého objeví "psaníčko" a ihned si obsah aplikuje.

Na středním odborném učilišti okolo 15. roku života Pavel užívá pervitin v kombinaci s občasným užíváním heroinu. Na popud třídní učitelky se dostává do ústavní léčby na

oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí. Popisuje to jako "skvělou dovolenou", kde si dobře odpočinul, strávil tam 2 měsíce a po návratu do Prahy opět následuje relaps. Klient přerušuje studium ve škole a již se ke studiu nevrátí.

V 17 letech se situace opakuje, Pavel stráví rok v ústavní léčbě pro mládež, kde mu je podáván sublingválně Subutex, aby neužíval heroin pokaždé, co se dostane domu na propustku.

Po návratu domů se Pavel seznamuje se svou budoucí manželkou, se kterou rok užívají pervitin. Aplikace obou je nitrožilní. Po roce užívání jde Pavel za praktickou lékařkou, aby mu předepsala Subutex, přechází tedy z pervitinu na Subutex, což sám vnímá jako "ztřeštěnou" situaci. Od této doby užívá Subutex až do dnešních dnů.

Důležitým a též "světlym" mezníkem v Pavlově životě je svatba a poté narození dcery. S manželkou v té době žijí spolu na ulici, užívají Subutex i. v., po narození dcery Pavel nalezne byt, najde si práci a udobří se s otcem, který ho do té doby považuje pouze za "feťáka". Nyní je na něj hrdý za to, že začal vést spořádaný život s manželkou a dcerou.

Okolo 20. roku Pavlova života mu zemřel dědeček, který byl nalezen mrtvý v rybníku. Spekuluje se, že to byla vražda, jelikož byl nalezen okradený. Po této nešťastné události se Pavlův otec začne více a častěji opíjet, nedlouho poté umírá. Klient je z této situace velice zdrcený, dá výpověď v práci, s manželkou a dcerou se přestěhují k jeho matce do bytu.

Manželka Lucie v této době zkolabovala a bylo jí nalezeno 47 vnitřních abscesů po celém těle. Byla udržována 2 měsíce v umělém spánku a jejich dceru si vzala na hlídání Pavlova tchýně, která se od té doby o jejich dceru stará. Po návratu z nemocnice se Lucie stěhuje za dcerou ke své matce, Pavla u sebe "nechce mít".

Někdy v této době Pavel absolvoval několik léčeb, jak sám říká, bohužel má "okno" a neví, kde léčbu absolvoval, ani jak dlouho v ní setrval. Všechno se mu to "pomíchalo".

Pavel po smrti otce začíná užívat alkohol, zpočátku obden, později denně. Tvrdí, že se "rozpil" ve chvíli, kdy zjistil, že ho podvedla manželka. Lucii po žárlivém aktu udeřil, společně se pak domluvili na rozvodu. Dcera se dostává do trvalé péče své babičky, Pavlovy tchýně.

Klient se dostává ve 26 letech do substituce metadonem, odkud je vyloučen poté, co 2x po sobě nadýchá 5 ‰ alkoholu. Po tomto incidentu má Pavel opět "okno", neví, co se přesně v této době dělo. Bylo mu řečeno, že pil 4 litry vodky denně až do té doby, co to s ním "seklo", měl zástavu srdce. Prožil si delirium tremens.

Klient relativně detailně popisuje jednu léčbu v psychiatrické nemocnici, kterou úspěšně dokončuje, ačkoli se necítil během léčby ani po ní moc dobře. Stav v léčebně popisuje jako depresivní, kdy "chodil s hlavou dolů" a nikdo si ho nevšímal. Seznámil se tam se slečnou, se kterou po léčbě užívá pervitin. Slečna peníze bere svému bohatému příteli a Pavlovi drogy z těchto peněz kupuje. Vztah jim vydržel 3 měsíce, v této době Pavel užívá

"drogový koktejl" - kokain, Subutex, alkohol, Rivotril, pervitin, většinu drog současně či krátce po sobě. Krátce na to odchází na detox a do ústavní pobytové léčby, později přichází jeho naučený vzorec chování - opětovné braní.

Nastupuje k psychiatrovi, který mu bez dalších intervencí předepisuje Subutex, dostává i antidepresiva. Alkohol na antidepresivum Zoloft užívá méně, později kvůli zhoršenému stavu vysazuje antidepresiva úplně.

Nyní se klient nachází v substituční léčbě buprenorfinem, kde užívá předepsaných 8mg Subutexu denně sublingválně. Pavel se přiznal, že si dříve ještě čtvrtku Subutexu dokupoval a aplikoval do žíly, nyní se to děje pouze výjimečně. Možný důvod pro nutkavou potřebu i. v. aplikace vidí klient v závislosti na jehle. Klient užívá alkohol, aby si "udržel hladinu", omezil pití alkoholu přes noc a je schopný přijít do substitučního centra s nulovou hladinou alkoholu v krvi.

### **Zkušenosti s drogami**

Klient má zkušenost s celou škálou návykových látek, výjimku tvoří crack. Z farmak zmiňuje několikero užití benzodiazepinů.

### **3.7.6. Obtíže spojené s užíváním návykové látky**

Pavel si prošel mnoha nepříjemnými stavy spojenými s několikaletým užíváním návykových látek. Vzpomíná na toxickou psychózu, jeden zážitek s flashbackem, somatické obtíže jako předávkování pervitinem, vnitřní abscesy, delirium tremens. Abstinenci symptomy zvládá dobře, trápí ho spíše psychické obtíže, zejména po smrti otce a poté, co ho podvedla manželka. Popisuje sám sebe jako velmi citlivého a emočně labilního jedince, který prožívá negativní události velmi silně. Neumí sám posoudit, zda má psychické problémy způsobené užíváním návykových látek a alkoholu či tyto stavy pocítoval ještě před začátkem užívání nebo se stavy zhoršují při abstinenci.

### **3.7.7. Historie léčby/léčeb**

Historie léčeb pana Petra je velice obsáhlá a nelze ji zcela dokonale shrnout, jelikož klient sám dobře neví, kdy jakou léčbu absolvoval. Některé z léčeb popisuje bez problémů, pamatuje si na ně velice dobře, další mu spolu s jinými událostmi splývají.

Pavel si prošel v mládí 2x ústavní léčbou pro mládež, jednou absolvoval roční léčbu v metadonovém centru, poté úspěšně dokončil léčbu v psychiatrické nemocnici. V ústavní pobytové léčbě byl celkem zhruba 8x v různých částech České republiky. Pavel byl i v péči psychiatra, který mu předepisoval antidepresiva a Subutex. Ještě před nedávnem byl klient v substituční léčbě, kam docházel pravidelně 1. rokem. Nyní je jeho situace taková, že nenastoupil na domluvený "detox" a proto byla mezi ním a substitučním centrem ukončena spolupráce. Pavel ke dni rozhovoru byl rozhodnutý, že chce nastoupit skrze psychiatrii

a detoxifikační jednotku do terapeutické komunity. Toto rozhodnutí podporoval faktem, že by se chtěl vídat se svou dcerou.

### 3.7.8. Psychiatrická komorbidita afektivní a závislostní poruchy a její komplikace

Klientovi Pavlovi byly během jeho života diagnostikovány tyto poruchy:

- F10.2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, syndrom závislosti;
- F11.2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů, syndrom závislosti;
- F15.2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním pervitinu, syndrom závislosti, pozn. neužívá aktivně;
- F33.1 - periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká, pouze suspektně.

Pavel vzpomíná na léčebné komplikace různých typů. Jako první zmiňuje nemožnost vztahů v léčbě. Jakmile je "čistý", cítí potřebu mít vztah, rychle se dokáže zamilovat, ačkoli vztahy moc dlouho po absolvované léčbě nevydrží. Co se týká komplikací, které by mohly být způsobeny jeho komorbiditním stavem, vzpomíná Pavel na ústavní léčbu, kde se cítil velmi špatně, byl "na dně", "chodil s hlavou dolů", měl deprese a nikdo z terapeutů si ho "nevšímal", nikoho jeho psychické rozpoložení nezajímalo.

Zmiňuje i léčbu, kde měl problém s vedoucím pracovníkem, se kterým se pohádal poté, kdy přes jeho špatný psychický stav musel absolvovat povinnou vycházku.

Subjektivně také popisuje nedostatečný zájem ze strany některých ústavních léčeb, které jsou dle jeho slov přeplněné klienty a terapeuty a doktoři nemají dostatek času se každému klientovi věnovat.

### 3.7.9. Situace výchozího bodu

S klientem Pavlem jsem se setkala v substituční léčbě, kam dochází na substituci buprenorfinem. Pavel se při rozhovoru zdál být nervózní, tento stav zdůrazňovaly zejména jeho fyzické projevy (třes rukou, hlasu...). Několikrát se dostal i do stavu, kdy měl tzv. slzy v očích a musel své vyprávění pozastavit, a to zejména při vyprávění o smrti otce. V průběhu času se Pavel trochu uvolnil a na konci rozhovoru odcházel s tím, že je v "pohodě". Odkazovala jsem ho na terapeuty v případě, kdyby se necítil dobře.

Klient nepodstoupil dotazníková šetření, jelikož ukončil spolupráci se substitučním centrem dříve, než stihl být dotazován. Z mého pohledu klient zažil mnoho léčeb, kdy většinu sice úspěšně zakončil, avšak jak sám říkal, "odseděl si to tam a stejně věděl, že si hned poté půjde dát". U Pavla jsem vnímala počáteční motivaci a rozhodnutí, že se půjde léčit, avšak



chyběla mi hlubší vnitřní či vnější motivace. Jeho vzorce chování se během života často opakovaly (léčba-užívání-léčba), byly však neúčelné a maladaptivní.

### 3.7.10. Další vývoj

Pavel za svůj nedlouhý život absolvoval již mnoho pokusů zbavit se svých závislostí. Většinu léčeb úspěšně absolvoval, což ale neznačilo vždy nutný úspěch – jak sám Pavel říkal, tak si léčby "odseděl" s tím, že již dopředu věděl, jak to dopadne. Otázkou zůstává jeho motivace a síla vůle odolat droze po ukončení léčby. Nyní Pavel hovořil o silné motivaci započít léčbu, kde by nastoupil do terapeutické komunity – svou dceru, se kterou by rád vídal a mohl jí být nablízku jako táta. Ovšem ihned dodal, že pokud by tento krok nevyšel, tak by "prostě zůstal na subáči". Možná byl opět předem smířený s tím, jak to dopadne. Pozitivním faktem zůstává to, že chce i přes své 3 sebevražedné pokusy nadále žít. Vnímala jsem u něj chvílemi velkou rezignaci na jakýkoli další vyčerpávající pokus o léčbu a chvílemi velké nadšení, co se týká pokroků v jeho schopnostech a dovednostech nedat si nabízenou drogu. Celkově na mě působil ambivalentním dojmem, jako nedozrálý chlapec, který žádá o pozornost a vnímá sám sebe jako nenapravitelného uživatele.

### 3.7.11. Závěr, shrnutí

Tato kasuistická studie popisuje životní příběh pana Pavla, kterému byla diagnostikována závislostní porucha (závislost na opioidech) a suspektně porucha středně těžké deprese. Jeho příběh je trochu komplikován četností absolvovaných léčeb a pokusů o ně. Klientova drogová anamnéza začíná v pubertálním věku, kdy zkusil užít marihuanu, pervitin a následně heroin. Již v této době podstupuje 2x ústavní léčbu s výchovným režimem. Po každé léčbě prakticky i do slova do jedné hodiny relabuje. Mezi jeho hezké okamžiky patří seznámení se s manželkou a narození dcery, těmito událostmi se zlepšuje i vztah mezi ním a otcem. Posléze Pavlovu rodinu zasáhnou dvě úmrtí, Pavlova dědečka a následně i otce. Klient se "rozpije" a tento stav je umocněn manželčinou nevěrou. Několikrát se pokouší o abstinenci v ústavní léčbě, v metadonovém programu i v substituci. V péči psychiatra dostává antidepresiva, která užívá jen krátce, při pití alkoholu je vysazuje. Pavel si prožívá i situace, kdy mu jde o život, buď z důvodu suicidiálního pokusu nebo z důvodu předávkování se drogami. Komplikace v léčbě klient subjektivně vnímá zejména v nedostatečné péči a zájmu o jeho psychický stav ze strany terapeutů v ústavní pobytové léčbě.

## 3.8. Porovnání subjektů kasuistiky

Porovnání subjektů kasuistiky jsem provedla zejména z hlediska absolvovaných léčeb klientů a jejich subjektivního vnímání komplikací v léčbě.

**Z komparace absolvovaných léčeb klientů vyplynuly následující závěry:**

- všichni klienti alespoň 2x v životě absolvovali léčbu závislosti v ústavní pobytové léčbě, z toho byla vždy alespoň jedna neúspěšná (předčasný odchod či ukončení ze strany zařízení za porušení kardinálních pravidel);
- všichni klienti byli alespoň jedenkrát v ambulantní péči psychiatra, který dohlížel na jejich psychickou stránku, popř. předepisoval farmaka na zmírnění depresivních či úzkostných stavů;
- většina klientů (2 z 3) se léčila v doléčovacím zařízení, z toho jedna klientka podstupuje doléčovací léčbu paralelně se substituční léčbou;
- kromě jednoho se klienti léčí v substitučním centru méně než 3 roky, aktuálně se v substituční léčbě buprenorfinem nachází 2 klienti, poslední klient s centrem před nedávnou dobou ukončil spolupráci.

Porovnání subjektů kasuistiky z hlediska vnímání léčebných komplikací je zjednodušeně popsáno v následující tabulce 2. Z výpovědí klientů byly patrné některé opakující se vzorce, které se dají brát jako podklad subjektivního pocitu léčebných komplikací.

**Tab. 2** Vzorce léčebných komplikací u pacientů s duální diagnózou

Vzorce ↓	Klient 1	Klient 2	Klient 3
Zastírání klinického obrazu drogami	X	X	X
"Tvrdość režimu v ústavní pobytové léčbě	X	X	X
Nedostatečná příprava na "normální" život po ukončení léčby		X	
Nedostatek individuální péče v ústavní pobytové léčbě			X
Interpersonální konflikt s terapeutem/-ty	X		X
Přeplněnost léčebných zařízení			X
Nedostatečně citlivý personál na problematiku duálních diagnóz	X		X

Mezi nejčastější léčebné komplikace patřili nedokončené či předčasně ukončené léčby, vycházející z kritiky příliš tvrdého režimu ústavní pobytové léčby. Takto vypovídal klient 1: "(...) vadil mi ten režim. Nemohla jsem ani kouřit nebo mít u sebe na pokoji čokoládu. Režim mě vlastně donutil podepsat revers." Klient 2 uváděl toto: "(...) pro lidi, co nejsou zvyklí na režim, jim dělá problém se tam přizpůsobit. Bojují s režimem a to jim odvádí pozornost od sebe sama. To mně na tom vadilo, že jsem se nemohla soustředit na svůj psychický stav." Klient 3 taktéž pocítoval jisté negativní emoce vůči režimové léčbě, "(...) vyhodili mě za vztah. Nechápu, proč tam jako nemůžu mít vztah. Vždycky, když jsem čistej, tak se hrozně rychle zamiluju a většinou to končí blbě. S tou holčkou jsme tenkrát odešli spolu."

Další léčebná komplikace vycházela z interpersonálního konfliktu s pracovníkem v léčbě. Dokládá to jak klient 1: *"(...) a jakmile jsem seděla příliš blízko okna, zdravotní sestra na mě hned křičela, že určitě chci hned utéct.... v režimové léčbě jsem měla problém s autoritama, sestra mě dokonce obvinila z kopání do dveří, což jsem samozřejmě vůbec nedělala. Pak jsem odtamtud odešla."*, tak klient 3: *"(...) bylo mi děsně blbě, musel jsem jít na nějakou procházku, i když jsem jim říkal, že je mi zle. Ten terapeut mě pořád nutil, tak jsem ho poslal "někam" a musel jsem tudíž z léčby odejít."*

K interpersonálním konfliktům lze přiřadit i vzorec nedostatečně citlivého personálu k fenoménu duálních diagnóz, který lze vypožorovat u výpovědí klientů 1 a 3. Klient 3 k tomuto tématu dodává: *"(...) v léčbě mi to přišlo nesmyslné. Chodil jsem 4 měsíce s hlavou dole, měl deprese, ale nikoho to nezajímalo. Byl jsem nešťastný, chtěl jsem si to tam odsedět, přestože jsem stejně věděl, že až odejdu, tak si dám znova."* Na toto také navazuje i vzorec nedostatečné individuální péče a přeplněnost léčebných zařízení, což vnímal klient 3: *"(...) v režimové léčbě jsou hrozni, je tam moc lidí, nemají čas se ti věnovat."*

Na základě výpovědí respondentů a vlastního úsudku jsem přiřadila u všech klientů opakující se vzorec zastírání klinického obrazu drogami. Jelikož všichni klienti výzkumu trpí duální diagnózou, každý z nich se alespoň jednou setkal se zastřením svého klinického obrazu návykovou látkou.

### **Shrnutí, návrhy odborné pomoci**

Souhrnně lze popsat zjištění přispívající k léčebným komplikacím, která vychází z tohoto výzkumu, v několika následujících bodech:

- většina (2 z 3) klientů negativně hodnotí zkušenost v režimové léčbě, kritizuje zejména tvrdost režimu (odvádí jejich pozornost, nedokáží se soustředit na léčbu, nemohou se zaměřit na svou psychickou stránku);
- většina klientů zažila alespoň jeden interpersonální konflikt s terapeutem, popř. jiným pracovníkem v léčbě;
- většina respondentů vnímá jako léčebnou komplikaci nedostatečně citlivý personál na problematiku duálních diagnóz;
- všichni uvádění pacienti zažili alespoň jednou stav, kdy byl jejich klinický obraz zastřen návykovou látkou, kterou užívali.

Závěrem je třeba říci, že problematiku duálních diagnóz je potřeba blíže zkoumat a na tyto klienty se "zcitlivět", ať už z pohledu terapeuta či jiného pracovníka, ale i z pohledu laické veřejnosti. Je tedy nasnadě rozšiřování služeb pro osoby trpící duální diagnózou, jelikož tito lidé potřebují adekvátní léčbu vycházející z jejich specifických potřeb.

Osoby, které trpí duální diagnózou, se mohou obrátit na několik organizací či léčebných zařízení, která těmto klientům nabízejí své služby. Ze sociálních služeb můžeme

jmenovat například služby Poradenského centra Pasáž Společnosti Podané ruce o.p.s. Toto centrum nabízí své komplexní služby pomocí tzv. case managementu. Jejich program je zaměřen na klienty s duální poruchou a je plně individualizován potřebám jednotlivých klientů.

Další organizací, která pomáhá klientům s duální diagnózou je nezisková organizace Darmoděj, o.s. a její Centrum služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Jedná se o pobytovou službu následné péče, jež se specializuje na cílovou skupinu osob s chronickým duševním onemocněním, včetně vícečetných duálních diagnóz v kombinaci s problémem závislosti. Tato služba zahájila svou činnost v srpnu r. 2014, jde tedy o poměrně novou službu.

Nelze opomenout ani zařízení sociálních služeb ambulantní péče, kde jsou pacienti cílovou skupinou či je lze bez problému do služeb přijmout. Takovýchto zařízení se v České republice nachází relativní dostatek. Již méně je sociálních služeb pobytových pro pacienty s duální diagnózou, jedna z nich je popsána výše (MPSV, 2014).

## 4. DISKUZE A ZÁVĚR

Problematika duálních diagnóz či psychiatrických komorbidit je v odborné literatuře známým pojmem a tento stav není u osob se závislostí nijak výjimečný. Z tohoto důvodu a z důvodu osobních preferencí vznikla i tato bakalářská práce, která se zabývá zejména klienty, kteří trpí závislostní a afektivní poruchou. Mým hlavním cílem a snahou bylo poukázat na možné léčebné komplikace, které mohou tito pacienti pociťovat ve vztahu s jejich duální diagnózou, a zmapovat, o jaké komplikace se v jejich případě jedná nejčastěji.

Cíl výzkumné části bakalářské práce byl naplněn, nelze však opomenout fakt, že data a výsledky jsou sestaveny ze subjektivních názorů klientů a také jejich vyhodnocování a interpretace jsou poznamenány subjektivitou autora.

Subjekty výzkumné části kasuistické studie byly tři klienti substitučního centra, kteří podstupovali léčbu buprenorfinem. Těmto klientům byla v minulosti diagnostikována závislostní a afektivní porucha. Z metodologického hlediska jeden klient nesplnil předpoklad diagnostikované afektivní poruchy a jeden klient předběžně substituční léčbu ukončil. Z tohoto důvodu mohou být výsledky studie zkresleny.

Na základě výsledných poznatků lze interpretovat závěr, který odhalil u všech pacientů subjektivní vnímání léčebných komplikací ve vztahu k jejich duální diagnóze. Dále byly zjištěny nejčastěji se opakující vzorce léčebných komplikací, např. kritika příliš tvrdého režimu v ústavních pobytových léčbách, interpersonální konflikt s terapeutem nebo jiným pracovníkem léčebného zařízení, nedostatečná citlivost k problematice duálních diagnóz ze strany pracovníků nebo zastírání klinického obrazu drogami.

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

---

## POUŽITÁ LITERATURA

1. Bečka, J. (2007). Substituční léčba závislosti na opioidech. *Referátový výběr z psychiatrie, Roč. 6, č. 2 Speciál*, s. 14-16, 1802-2855.
2. Black, D., & Grant, J. (n.d.) *DSM-5 guidebook: the essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. (First edition., xxiii, 543 pages).
3. Cikánková, I. (2012). *Možnosti léčby drogově závislých a prognóza jejich resocializace (Diplomová práce)*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín. Retrieved from website:  
[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19100/cik%C3%A1nkov%C3%A1\\_2012\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19100/cik%C3%A1nkov%C3%A1_2012_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Drogy-info.cz: Opiáty. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. [online]. Úřad vlády České republiky, © 2003 - 2006. [cit. 2015-02-01]. Retrieved from website: [http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova\\_situace/ilegalni\\_drogy/opiaty](http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/ilegalni_drogy/opiaty)
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). Co-morbidity. Selected issue. In *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. [cit. 2015-01-02]. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html>
6. Evans, K., & Sullivan, J. M. (2001). *Dual diagnosis: Counseling the mentally ill substance abuser*. Guilford Press.
7. Fox, L. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch: (Integrated dual disorders treatment - IDDT) : aktualizovaná a rozšířená příručka : nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, xxii, s. 334.
8. Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing as.
9. Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Kapitola, 7(3)*. Praha: Úřad vlády České republiky.
10. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, s. 394.
11. Kalina, K. & Minařík, J. (2013). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K., a kol., *Klinická adiktologie*. V tisku na rok 2015, Grada Publishing.

- 
12. Krausz, M. (2004). Old problems–new perspectives. *European Addiction Research, 1996*, 2.1: 1-2. In EMCDDA (2013). *Komorbidity: užívání drog a duševní poruchy. Drugs in Focus*, 14. Lisabon: EMCDDA.
  13. Látalová, K. (2010). *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, s. 247.
  14. McIntosh, C., & Ritson, B. (2001). Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 357-364.
  15. McKay, J. R. (2005). Co-occurring substance dependence and depression: practical implications and next questions. *Addiction*, 100: 1755–1757. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01320.x
  16. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. V. kapitola: Duševní poruchy a poruchy chování. *Světová zdravotnická organizace (WHO)*. Praha: Bomton Agency. Retrieved from Ústav zdravotnických a statistických informací website: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>
  17. Minařík, J. (2003). Opiáty a opioidy. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti-meziorborový přístup. Kapitola*, 3(2). Praha: Úřad vlády České republiky.
  18. Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidity. In Kalina et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing as.
  19. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
  20. Molnárová, M., Bartoňová, J., Večeřová-Procházková, A., & Kobližková, R.. (2008). Funkce drog v životě uživatelů opiátů a jejich substituční léčba buprenorfinem. *Adiktologie, Roč. 8 (1)*, s. 13-29., 1213-3841.
  21. Ministerstvo Práce a Sociálních věcí (MPSV). (2014) [online]. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [cit 2015-04-22] Retrieved from website: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?sd=slu%C5%BEby+n%C3%A1sledn%C3%A9+p%C3%A9%C4%8De&zak=Olomouck%C3%BD&zaok=Jesen%C3%ADk&SUBSESSION\\_ID=1429816494896\\_4](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=slu%C5%BEby+n%C3%A1sledn%C3%A9+p%C3%A9%C4%8De&zak=Olomouck%C3%BD&zaok=Jesen%C3%ADk&SUBSESSION_ID=1429816494896_4)
  22. Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidity a komplikace, "duální diagnózy". In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti-meziorborový přístup. Kapitola*, 4(5). Praha: Úřad vlády České republiky.
  23. Nešpor, K., Csémy, L. (2006). Zneužívání buprenorfinu se stává v České republice problémem. *Česká a slovenská psychiatrie, Roč. 102*, č. 1, s. 39-40., 1212-0383.
  24. Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. (Vyd. 1., 263 s.) Praha: Grada.
  25. Popov, P. (2007). Buprenorfin – lék nebo droga?. *Česká a slovenská psychiatrie, Roč. 103*, S2, s. 32., 1212-0383
-

- 
26. Popov, P. (2013). Buprenorfin v substituční léčbě závislosti na opioidech. *Praktické lékařství, Roč. 9, Suppl. A, A8.*, 1801-2434.
  27. Praško, J., & Laňková, J. (2006). *Úzkostné poruchy: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.* (14 s.) Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
  28. Procházka, P. (2007). Buprenorfin – lék nebo droga?. *Kontakt, Roč. 9, č. 1, s. 179-182, 1212-4117.*
  29. Raboch, J. (2006). Afektivní poruchy [online]. In *Zdravi.e15.cz Postgraduální medicína.* [cit. 2015-04-01]. Retrieved from website: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/afektivni-poruchy-272926>
  30. Raboch, J., & Laňková, J. (2008). *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : [novelizace 2008].* (16 s.) Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
  31. Schulte, S. J., Meier, P. S., & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction-a systematic review. *BMC psychiatry, 11(1)*, 64.
  32. Tiet, Q. Q., & Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31(4)*, 513-536.
  33. Vinař, O. (2007). Drogy a depresivní porucha. *Referátový výběr z psychiatrie, Roč. 6, č. 2 Speciál, s. 59-64.*, 1802-2855.
  34. Zwolinski, R. (2010). Depression and Substance Abuse: The Chicken or the Egg?. *Psych Central.* Retrieved from website: <http://psychcentral.com/lib/depression-and-substance-abuse-the-chicken-or-the-egg/0003570>



## PŘÍLOHA A: DOTAZNÍK AUDIT

Dotazník vyplnila pouze Klientka 2

**AUDIT - Dotazník na zjišťování problémů s alkoholem** – není potřeba vyplňovat, pokud klient nemá problémy s alkoholem

*Upozornění: termín „jeden alkoholický nápoj“ znamená podle genderu a váhy rozmezí 0,5-06 l piva, nebo 2-3 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu.*

<b>1.</b>	<b>Jak často si dáte alkoholický nápoj?</b>	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	<b>2-4krát za měsíc</b>	<b>2</b>
	2-3krát za týden	3
	Vícekrát než 4krát za týden	4
<b>2.</b>	<b>Kolik alkoholických nápojů si dáte v typický den, kdy pijete?</b>	
	Žádný	0
	<b>1-2</b>	<b>1</b>
	3-4	2
	5-6	3
	7-9	4
	10 a více	5
<b>3.</b>	<b>Jak často si dáte 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>4.</b>	<b>Jak často jste v posledním roce zjistil/a, že nemůžete přestat pít, když jednou začnete?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>5.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste kvůli pití nezvládl/a udělat něco, co se od vás očekávalo?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4

<b>6.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste se potřeboval/a napít alkoholu (včetně piva) po ránu, abyste se dal/a do pořádku po předchozím pití?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>7.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste měl/a po předchozím pití výčitky svědomí nebo lítost?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>8.</b>	<b>Jak často v posledním roce jste si kvůli pití nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>9.</b>	<b>Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný zranění jako výsledek vašeho pití?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
<b>10.</b>	<b>Byl člen vaší rodiny, partner, kamarád, lékař apod. znepokojený vašim pitím nebo vám doporučil, abyste přestal?</b>	
	<i>Nikdy</i>	<b>0</b>
	<i>Méně než jednou za měsíc</i>	<b>1</b>
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4

*Hodnocení: 4 body*

*Součet bodů vyšší než 8 svědčí o rizikovém chování, které vyžaduje hlubší pozornost a/nebo další sledování.*

## PŘÍLOHA B: DOTAZNÍK DAST

DAST – dotazník na problémy s jinými drogami, dlouhá verze

### Drug abuse screening test ( Screeningový test zneužívání drog)

Instrukce pro klienta: Následující otázky se týkají informace o vašem zacházení s drogou. Zneužívání drog se vztahuje na použití (1) léků buď předepsaných nebo ve volném prodeji, použitých pro jiný než svůj účel, a (2) jakékoli jiné nelékařské použití drog. Berte v úvahu minulý rok (12 měsíců) a pozorně si přečtěte každou položku. Potom se rozhodnete, zda je vaše odpověď ANO nebo NE a zaškrtněte odpovídající políčko. Prosím, ujistěte se, že jste odpověděl(a) na každou otázku.

Číslo/položka	ANO	NE
1. Užíval(a) jste někdy drogy pro jiné než lékařské účely?	X	
2. Zneužíval(a) jste léky na předpis?	X	
3. Užíval(a) jste více než jednu drogu najednou?		X
4. Můžete se přes týden obejít bez drog (resp. jiných než předepsaných)?	X	
5. Jste vždy schopni přestat s užíváním drog, když to chcete?		X
6. Užíváte drogy průběžně?		X
7. Jste schopni omezit své užívání za určitých situací?	X	
8. Měl(a) jste „výpadky“ nebo „flashbaky“ jako následek užití drogy?		X
9. Cítil(a) jste se někdy špatně kvůli svému užívání?	X	
10. Stěžoval(a) si někdy váš(vaše) partner(ka) (nebo rodiče), že užíváte drogy?	X	
11. Vědí přátelé nebo příbuzní o vašem užívání, nebo vás z toho podezřívají?	X	
12. Působilo vaše užívání někdy problémy ve vztazích s partnerem (partnerkou)?	X	
13. Vyhledával někdo z vaší rodiny pomoc pro vaše problémy způsobené užíváním drog?	X	
14. Ztratil(a) jste někdy přátele v důsledku vašeho užívání drog?	X	
15. Zanedbával(a) jste někdy svou rodinou nebo vynechával(a) jste práci z důvodu užívání drog?		X
16. Měl(a) jste někdy problémy v práci kvůli vašemu užívání drog?		X

17. Ztratil(a) jste někdy práci v důsledku užívání drog?		<b>X</b>
18. Zapletl(a) jste se někdy do rvačky pod vlivem drog?		<b>X</b>
19. Byl(a) jste někdy zatčen(a) kvůli neobvyklému chování pod vlivem drog?		<b>X</b>
20. Byl(a) jste někdy zatčen(a) za řízení pod vlivem drog?	<b>X</b>	
21. Účastnil jste se někdy nelegálních aktivit za účelem získat drogu?		<b>X</b>
22. Byl(a) jste někdy zatčen za držení nelegálních drog?		<b>X</b>
23. Měl(a) jste někdy abstinenční příznaky jako následek užití tvrdédrogy?	<b>X</b>	
24. Měl(a) jste někdy zdravotní potíže jako následek užívání drog? (ztráta paměti, hepatitida, křeče, krvácení, atd.)		<b>X</b>
25. Žádal(a) jste někoho o pomoc se svými problémy v důsledku užívání drog?	<b>X</b>	
26. Byl(a) jste někdy v nemocnici v souvislosti se zdravotními problémy v důsledku užívání drog?		<b>X</b>
27. Byl(a) jste někdy zapojen(a) do specializovaného léčebného programu v souvislosti s užíváním drog?	<b>X</b>	
28. Byl(a) jste kvůli užívání drog léčen(a) ambulantně?	<b>X</b>	
<b>Počet bodů</b>	<b><u>14</u></b>	

Bodové hodnocení a interpretace: 1 bod je dán za každou kladnou odpověď (ANO), vyjma položky 4, 5 a 7, u kterých se počítá bod za odpověď NE.

Méně než 6 bodů – klient s vysokou pravděpodobností **nemá** problém se zneužíváním návykových látek,

6-11 bodů - klient **může, ale nemusí mít** problém se zneužíváním návykových látek,

**12 bodů a více** - klient s vysokou pravděpodobností **má** problém se zneužíváním návykových látek.

# PŘÍLOHA C: DOTAZNÍK CMRS

## CENTRUM PRE VÝSKUM TERAPEUTICKEJ KOMUNITY (CTCR)

### CMRS

Přijímací verze

ČÍSLO KLIENTA: "Klientka 1"

POHLAVÍ: 1=Muž 2=Žena

VĚK: 36 let

PRIMÁRNÍ PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKA:

1= kokain

5= alkohol

2= crack

6= různé drogy

3= opiáty

7 = amfetaminy, metamfetaminy

4= marihuana

8= jiné: alkohol

DATUM: 19.1.2015

To, jak se cítíte má vliv na průběh léčby. Pocity, které prožíváte jsou spojené s okolnostmi, problémy ve Vašem životě, vnímání sebe samé/samého a také vnímáním samotné léčby. Pozorně zauvažujte nad každým uvedeným tvrzením a určete do jaké míry vyjadřují Vaše myšlenky a pocity.

Zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje Vaší odpověď.

1	2	3	4	5	9
silně	nesouhlasím	ani souhlas,	souhlasím	silně	nedá
nesouhlasím		ani nesouhlas		souhlasím	se posoudit

1. Sem si jistý(-á), že bych šel/šla do vězení, kdybych se nezačala léčit. 1\_ 2 3 4 5 9

2. Určite bych se začal/a léčit i kdyby mi hrozilo trestné stíhání a uvěznění. 1 2 3 4 5 9

3. Jsem přesvědčený/á, že by mě moje rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal/a léčbu. 1 2 3 4 5 9

4. Jsem přesvědčený/á o tom, že moji příbuzní/přátelé anebo přítel/kyně se budou pokoušet, abych léčbu ukončil/a po pár měsících. 1 2 3 4 5 9
5. Obávám se, že jestliže budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční těžkosti. 1 2 3 4 5 9
6. V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problémů venku, které mi znemožňují být na léčbě celý program (rodiče, partner/přítel anebo přítelkyně, děti, ztráta práce, ztráta příjmu, ohrožení dalšího vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.) 1 2 3 4 5 9
7. V podstatě cítím, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi vážným problémem. 1 2 3 4 5 9
8. Často prožívám hněv sám/sama na sebe a nemám se rád(-a), za to, že jsem bral/a drogy/pil(-a) alkohol 1 2 3 4 5 9
9. V poslední době mám pocit, že jestli se nezměním, s mým životem to půjde z "kopce", všechno se zhorší. 1 2 3 4 5 9
10. Skutečně mě mrzí, že jsem bral/a drogy/pil/a alkohol a že způsob jakým jsem žil/a způsobil bolest mnohým lidem. 1 2 3 4 5 9
11. Prestat brát drogy/pít alkohol je pro mě to najdůležitější. 1 2 3 4 5 9
12. Moc nevěřím tomu, že se musím léčit, abych přestal(-a) brát drogy/pít alkohol. Myslím si, že když budu chtít, můžu přestat sám/sama. 1 2 3 4 5 9
13. Nastoupil/a jsem do programu léčby, neboť se skutečně cítím připravený/á zvládnout ji a dostat se ze závislosti. 1 2 3 4 5 9
14. Udělám vše, co je potřebné k tomu, abych si dal/a život do pořádku. 1 2 3 4 5 9
15. V podstatě je to tak, že momentálně ani nevidím jinou možnost, jak absolvovat léčení. 1 2 3 4 5 9
16. Skutečně si myslím, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol jenom s pomocí přátel, příbuzných anebo víry. Určitě nějaké léčení potřebuji. 1 2 3 4 5 9
17. Jsem již z drog/z pití alkoholu vážně velmi vyčerpaný/á a chci změnu, ale nevím jak to mohu zvládnout sám/sama. 1 2 3 4 5 9
18. Jsem ochotný/á začít s léčením co nejdříve. 1 2 3 4 5 9

# CENTRUM PRE VÝSKUM TERAPEUTICKEJ KOMUNITY (CTCR)

## CMRS

Přijímací verze

ČÍSLO KLIENTA: "Klientka 2"

POHLAVÍ: 1=Muž 2=Žena

VĚK: 33 let

PRIMÁRNÍ PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKA:

1= kokain 5= alkohol  
2= crack 6= různé drogy  
3= opiáty 7 = amfetaminy, metamfetaminy  
4= marihuana 8= jiné: .....

DATUM: 11.2.2015

To, jak se cítíte má vliv na průběh léčby. Pocity, které prožíváte jsou spojené s okolnostmi, problémy ve Vašem životě, vnímání sebe samé/samého a také vnímáním samotné léčby. Pozorně zauvažujte nad každým uvedeným tvrzením a určete do jaké míry vyjadřují Vaše myšlenky a pocity.

Zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje Vaši odpověď.

1	2	3	4	5	9
silně nesouhlasím	nesouhlasím	ani souhlas, ani nesouhlas	souhlasím	silně souhlasím	nedá se posoudit
1. Sem si jistý, že bych šel/šla do vězení, kdybych se nezačala léčit.					<u>1</u> 2 3 4 5 9
2. Určite bych se začal/a léčit i kdyby mi hrozilo trestné stíhání a uvěznění.					<u>1</u> 2 3 4 5 9
3. Jsem přesvědčený/á, že by mě moje rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal/a léčbu.					<u>1</u> 2 3 4 5 9
4. Jsem přesvědčený/á o tom, že moji příbuzní/přátelé anebo přítel/kyně se budou pokoušet, abych léčbu ukončil/a po pár měsících.					<u>1</u> 2 3 4 5 9

5. Obávam se, že jestliže budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční těžkosti. 1 2 3 4 5 9
6. V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problémů venku, které mi znemožňují být na léčbě celý program (rodiče, partner/přítel anebo přítelkyně, děti, ztráta práce, ztráta příjmu, ohrožení dalšího vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.) 1 2 3 4 5 9
7. V podstatě cítím, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi vážným problémem. 1 2 3 4 5 9
8. Často prožívám hněv sám/sama na sebe a nemám se rád(-a), za to, že jsem bral/a drogy/pil(-a) alkohol 1 2 3 4 5 9
9. V poslední době mám pocit, že jestli se nezměním, s mým životem to půjde z "kopce", všechno se zhorší. 1 2 3 4 5 9
10. Skutečně mě mrzí, že jsem bral/a drogy/pil/a alkohol a že způsob jakým jsem žil/a způsobil bolest mnohým lidem. 1 2 3 4 5 9
11. Prestat brát drogy/pít alkohol je pro mě to nejdůležitější. 1 2 3 4 5 9
12. Moc nevěřím tomu, že se musím léčit, abych přestal(-a) brát drogy/pít alkohol. Myslím si, že když budu chtít, můžu přestat sám/sama. 1 2 3 4 5 9
13. Nastoupil/a jsem do programu léčby, neboť se skutečně cítím připravený/á zvládnout ji a dostat se ze závislosti. 1 2 3 4 5 9
14. Udělám vše, co je potřebné k tomu, abych si dal/a život do pořádku. 1 2 3 4 5 9
15. V podstatě je to tak, že momentálně ani nevidím jinou možnost, jak absolvovat léčení. 1 2 3 4 5 9
16. Skutečně si myslím, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol jenom s pomocí přátel, příbuzných anebo víry. Určitě nějaké léčení potřebuji. 1 2 3 4 5 9
17. Jsem již z drog/z pití alkoholu vážně velmi vyčerpaný/á a chci změnu, ale nevím jak to mohu zvládnout sám/sama. 1 2 3 4 5 9
18. Jsem ochotný/á začít s léčením co nejdříve. 1 2 3 4 5 9



## PŘÍLOHA D: DOTAZNÍK FTND

<b>Fagerstömův test závislosti na nikotinu – FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence)</b>	
1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu ?	
	do 5 minut .....3 body
	za 6-30 minut ..... 2 body
	<b>za 31-60 minut ..... 1 bod</b>
	po 60 minutách ..... 0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno ?	
	ano...1 bod
	<b>ne....0 bodů</b>
3. Kterou cigaretu byste se nerad postrádal?	
	první ráno... 1 bod
	<b>kteroukoli jinou... 0 bodů</b>
4. Kolik cigaret denně kouříte ?	
	0-10 ... 0 bodů
	<b>11-20... 1 bod</b>
	21-30... 2 body
	31 a více... 3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne ?	
	ano... 1 bod
	<b>ne.... 0 bodů</b>
6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko ?	
	<b>ano... 1 bod</b>
	ne ... 0 bodů
<b>Celkové skóre: 3 body</b>	
Orientační hodnocení:	
0-1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu	
<b>2- 4 střední závislost na nikotinu</b>	
5-10 silná závislost na nikotinu	

Zdroj: *Heatherton et al. (1991).*

Heatherton, T. F., Kozlowski, L., T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.(1991). The Fagerström test of nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, *Brit. J. Addiction*, 86, 1119 – 1127.