

SPECIFIKA LÉČBY ZÁVISLOSTI U DUÁLNÍCH DIAGNÓZ

Představení + mé profesní zázemí

Tento příspěvek je o mé zkušenosti s lidmi, kteří zneužívají návykové látky a zároveň mají psychotickou poruchu. Je známé, že tito lidé jsou obtížně léčitelní v programech zaměřených pouze na léčbu závislosti, ale zároveň i v programech pouze pro léčbu psychózy. Budu hovořit o své zkušenosti z PN Bohnice, abych inspirovala k dalším podobným projektům a vzájemné výměně zkušeností. Nejprve pohovořím o terapeutickém přístupu, poté popíšu programy běžící v PN Bohnice a na závěr uvedu kazuistiku.

Nejprve pár slov o sobě. Co se týče psychoterapeutického vzdělání, jako poměrně mladá jsem absolvovala skupinový sebezkušenostní výcvik SUR pod supervizí Jaroslava Skály a poté jsem pokračovala ve Výcviku v jungovskey orientované psychoterapii.

Desátým rokem pracuji v psychiatrické nemocnici Bohnice jako terapeut. Prvních osm let jsem působila na primariátu léčby závislosti. Blízké mi jsou motivační rozhovory Millera a Rollnicka a edukativní techniky Karla Nešpora. Přijímám kognitivně-behaviorální model pobytové léčby závislosti a vnímám význam režimové léčby v rovině tréninku vnitřní disciplíny, přejímání zodpovědnosti za své chování a zvládání stresových situací. Uvědomuji si, nakolik se tyto situace dají symbolicky využívat pro psychoterapii. Nejsm však příznivcem konfrontačního stylu v terapii závislých, a pokud převažuje kritika nad oceňováním pacienta za jeho drobné úspěchy, nepovažuji tento styl práce za efektivní. Negativní zpětnou vazbu ovšem používám, ale až po navázání raportu, kdy pacient ke mně chová určitou míru důvěry.

Jinou oblastí mého profesního zájmu vždy byla terapie lidí s psychotickou poruchou. Tři roky jsem externě spolupracovala s Denním psychoterapeutickým sanatoriem Ondřejov. K psychotickým obsahům přistupuji jako k vnitřní realitě svých pacientů a se zájmem o nich s nimi přemýšlím. Své pacienty podporuji k navazování přátelských i partnerských vztahů a k pracovním zkušenostem. Jejich psychotickou zkušenost považuji spíše za jejich menšinovou odlišnost v naší společnosti než za handicap, který by je měl omezovat v naplňování základních psychosociálních potřeb.

Terapeutický přístup

A nyní již o terapii duální diagnózy. Nejprve bych zdůraznila, že se nechci zamýšlet nad smysluplností či oprávněností termínu duální diagnóza z hlediska deskriptivní psychiatrie. O čem budu nyní hovořit je komorbidita psychotické poruchy a závislosti na návykových látkách, popřípadě

škodlivého užívání, které komplikuje léčbu psychotické poruchy. Otázku toho, která diagnóza je primární, nepovažuji pro terapii za zásadní. Zpravidla však platí, že první psychotické symptomy se objevily paralelně s experimenty s návykovými látkami typu THC, halucinogenů či pervitinu, tito lidé v užívání pokračovali a drogy se staly opakovaným spouštěčem psychotických atak. V tomto ohledu terapeutickým cílem není primárně abstinence, ale zkvalitnění života v podobě kompenzace psychózy.

Co se týče terapeutického přístupu, integruji terapii závislosti a terapii psychóz. Jako efektivní prvky shledávám vytvoření terapeutického vztahu založeného na vřelé komunikaci a zájmu o pacienta, důraz na přátelskou a neformální atmosféru při vedení terapeutického programu, ale rovněž dodržování určité struktury a pravidel účasti a práce ve skupině. Dalo by se říci, že pravidla připomínám, ale neulpívám na nich. Když pacient odmítá spolupráci na nějaké terapeutické technice, motivuji ke spolupráci, vedu ho k tomu, aby překonal překážku a spolupracoval. Případně, aby pojmenoval, co mu brání a našel pro něho bezpečnou rovinu, jak se zapojit. Soustředím se na motivační rozhovory posilující abstinenci, oceňuji úspěchy, upozorňuji na rizika a konfrontuji s následky impulzivního nezodpovědného jednání. Na druhou stranu vyjadřuji porozumění křehkosti psychotické struktury osobnosti a jsem více akceptující při selhání než při práci s lidmi diagnostikovanými pouze závislostí.

Inspirovala jsem se dvouletým terapeutickým projektem v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov, který běžel v letech 2003 až 2005. Petr Příhoda, který program vedl na Ondřejově, je mým kontinuálním supervizorem. Rovněž jsem mapovala zahraniční zkušenosti, které mi potvrzovaly opět kombinaci obou přístupů.

Terapeutický program pro hospitalizované

Terapeutický program pro duální diagnózy běží od září 2012 a provozuje ho Denní stacionář, který je součástí Komunitního terénního centra Psychiatrické nemocnice Bohnice. Program je určen pro pacienty s duální diagnózou, kteří nejsou hospitalizováni na odděleních léčby závislosti. Na AT oddělení nejsou hospitalizováni z důvodu, že v okamžiku jejich přijetí dominovaly psychotické symptomy a znemožňovaly zapojení v režimové léčbě. Aby se pacienti mohli programu účastnit, musí mít povoleny vycházky po areálu nemocnice a jejich psychotické symptomy musí umožňovat zapojení do podpůrné skupinové terapie. Pacienty mi do programu doporučuje jejich ošetřující lékař.

Než pacienta do programu zařadím, zvu ho na vstupní pohovor, kde mapuji jeho náhled jednak na psychotickou zkušenost a jednak na abúzus návykových látek. Pokud pacient konzumaci návykových látek připouští,

ptám se na to, jak rozumí důvodu současné hospitalizace či minulých hospitalizací. V rozhovoru jsem přijímající, snažím se navázat důvěru a nehovořím o psychiatrických diagnózách, ale o velké citlivosti pacientovy osobnosti, která může vést k duševní krizi, tím spíše, pokud do hry vstupují psychotropní látky.

Terapeutický program probíhá jednou týdně a zahrnuje jednu hodinu dopoledne a jednu hodinu odpoledne. Skupina má kapacitu 12 pacientů. Dochází sem pacienti z příjmových psychiatrických oddělení, z oddělení ochranných léčeb a rovněž pacienti z následných oddělení. Délka účasti v programu zatím není časově limitována, v podstatě se odvíjí od motivů pacienta, které mohou vycházet z požadavků ošetřujícího lékaře či zájmu o zařazení do pořadníku chráněného bydlení.

Obsahově je dopolední skupina věnována reflexi uplynulého týdne, kdy se snažím mapovat, jak se pacienti posouvají k propuštění, zdali mají plány po léčbě v rovině trávení volného času a hledání zaměstnání, a zdali prostředí, do kterého jdou bydlet, je pro ně přijatelné. Další rovinou jsou mezilidské vztahy, zdali mají přátele či by si je přáli hledat, a jak vypadají vztahy s rodinou. Celkově se zaměřuji na mapování psychosociálních potřeb pacientů a podporuji je v jejich naplňování. Zároveň však hovoříme o tom, zdali se u někoho vyskytlo bažení či došlo k relapsu. Předpokládat, že hospitalizace sama o sobě zajistí současnou abstinenci, by bylo naivní.

V odpolední skupině se věnujeme edukačním tématům z oblasti závislosti nebo sebeprožitkovým technikám upevňujícím sebevědomí, životní hodnoty nebo komunikační dovednosti či technikám posilujícím motivaci k abstinenci.

Podpůrná docházková skupina

Při práci s hospitalizovanými pacienty jsem narážela na problém, kam je dále předávat v rámci doléčování. Denní stacionáře zaměřené na terapii psychóz neposkytovaly léčbu závislosti a doléčovací programy pro závislé nezohledňovaly psychózu. Ačkoli pražská doléčovací zařízení byla vstřícná, pacienti se nedokázali začlenit do skupinových programů, cítili se jiní. Na základě toho se podařilo otevřít v červnu 2013 docházkovou skupinu v rámci ambulantních služeb naší nemocnice.

Skupina vznikala postupně. S prvními zájemci jsem pracovala formou individuální terapie a v počtu 3 jsme začali pracovat skupinově. Skupina probíhá jednou týdně 90 min. Maximální počet členů je 12, přičemž v tuto chvíli je naplněná. Za životnost skupiny především děkuji výborné spolupráci dvou oddělení naší nemocnice, dále psychiatrovi našeho Komunitního terénního centra a dále spolupráci s chráněným bydlením BONA.

Po téměř roce fungování ambulantní skupiny se mi pacienti rozpadají do dvou hlavních kategorií. Ti, kteří do skupiny docházejí na základě své převážně vnitřní motivace a chtějí udržet abstinenci či snižovat zneužívání návykových látek. Druhou kategorií jsou ti, kteří mají docházkou do skupiny a kontrolou nad svým abúzem podmíněno udržení chráněného bydlení či něco jiného, co je pro ně existenčně cenné. S tím také souvisí, že se mi nedaří, aby všichni členové skupiny abstinovali od drog a alkoholu. Až na jednoho člena, všichni však nyní abstinují od pervitinu a jiných tvrdých drog. Někteří členové abstinují od alkoholu i marihuany. Jiní se snaží udržet kontrolu nad konzumací alkoholu i marihuany, přičemž na skupině monitorují, zdali se míra zvyšuje a zdali jim užívání způsobuje potíže duševní, potíže v rovině fungování v zaměstnání či ve vztazích s jinými lidmi. Většina pacientů pobírá invalidní důchod. Všichni mají chráněné zaměstnání či běžné zaměstnání, nebo ho alespoň hledají.

Co se týče požadavků pro zařazení do skupiny. V rovině motivace pacient musí mít zájem usilovat o abstinenci či o udržení kontroly nad užíváním psychotropních látek. Další kritérium je diagnostické, tedy psychóza či bipolární afektivní porucha v kombinaci se zneužíváním návykovým látek.

Co se pravidel týče, pacient musí dodržovat alespoň 50% účast na skupině, přičemž absence musí být zdůvodněná a hlášená před skupinou. Pokud se však pacient ze skupiny neomluví a není přítomen, kontaktují ho po skupině zpravidla formou SMS. Ve většině případů pacient odpoví a omluví se dodatečně, přičemž ho upozorním na pravidlo včasné omluvy. Pokud se situace opakuje vícekrát za sebou, pacienta již nekontaktuji. Dalším pravidlem je, že pacient nesmí na skupině jevit známky intoxikace. Pokud se to stane, posílám ho ze skupiny pryč se sdělením, že ho očekávám příští týden střízlivého.

Obsahově ambulantní skupina zahrnuje reflexi uplynulého týdne a dále sebepožítkovou techniku či cvičení na posílení motivace. Samozřejmě je vítáno jakékoli téma pacientů. Celkově dbám na to, aby na skupině byla přátelská podpůrná atmosféra. Při sebereflektivních technikách se autenticky zapojuji a nabízím příležitostně své zkušenosti a postoje ohledně různých životních situací.

Kazuistika

Lukáš

Lukáš je 30letý pohledný muž. Působí vždy upraveně, je komunikačně zdatný, u žen úspěšný. Pobírá invalidní důchod 3. stupně a má chráněné zaměstnání ve sklářské dílně. Bydlí v chráněném bydlení poblíž nemocnice a dochází do psychiatrické ambulance Komunitního terénního centra naší

nemocnice. Vždy je schopen mít vztah s dívkou, v poslední době však častěji s psychiatrickými pacientkami. Má 6-letou dceru, s níže je v kontaktu. Jeho matka trpí již od jeho dětství závislostí na alkoholu a nedaří se jí abstinovat, nyní umírá na rakovinu. Rodiče se v jeho dospívání rozvedli, s otcem je v kontaktu. Má za sebou opakované hospitalizace, nejdelší 3 měsíce. V souvislosti se závislostí na drogách se dostal i do výkonu trestu. V současnosti je diagnostikován paranoidní schizofrenií a syndromem závislosti na více návykových látkách.

Poprvé byl hospitalizován na dětském oddělení v 15 letech s diagnózou hyperkinetické poruchy chování a již tehdy zneužíval marihuanu a alkohol. Následovaly další 3 hospitalizace. Ve 20 letech byl hospitalizován na oddělení léčby závislostí s diagnózou syndromu závislosti. Lukáš preferoval stimulační drogy, ačkoli měl zkušenosti i se závislostí na opiátech. Běžně kouřil marihuanu a rovněž pil alkohol. Ve 22 letech byl diagnostikován psychotickou poruchou způsobenou užíváním stimulancií. Ve 27 letech se ocitl již na psychiatrickém oddělení s diagnózou paranoidní schizofrenie. Byl hospitalizován pro riziko autoagresivního i heteroagresivního jednání na základě paranoidní bludné produkce. Tehdy Lukáš poprvé svěřil své již několik let trvající paranoidně persekční bludy, kdy se cítil sledován kontrarozvědkou, protože byl vyvolený a přiznal předchozí disimulaci. Ve 28 letech Lukáš nastoupil do chráněného bydlení, kde byl po 4 měsících vyloučen pro zneužívání návykových látek, což spustilo také další psychotickou ataku. Z další hospitalizace nastoupil do terapeutické komunity Sejřek, odkud po pár měsících odešel. Po 5 měsících se opět objevil v hospitalizaci v naší nemocnici, přišel dobrovolně pro subjektivní zhoršení duševního stavu a paranoidně bludné symptomy. Odtud nastoupil do chráněného bydlení, kde bydlí dosud. Od té doby rovněž dochází do mé ambulantní skupiny. My dva se však známe ještě z dřívějších pobytů na oddělení závislostí.

Za poslední rok byl Lukáš šestkrát hospitalizován, kdy hospitalizace trvaly v průměru dva týdny. Lukáš projevuje náhled na psychotickou poruchu a medikaci užívá pravidelně. Co se drog týče, mívá období, kdy plně abstinuje od drog i alkoholu, přičemž si stěžuje na intenzivní bažení, které překonává prostřednictvím téměř každodenního doléčování. Mimo mou skupinu dochází na AA Na poříčí a na doléčovací programy oddělení léčby závislostí naší nemocnice. V posledním roce jsou častým spouštěčem jeho duševní krize emočně vypjaté situace ve vztahu s matkou alkoholičkou, která umírá na rakovinu. Tato obtížná vztahová situace často vede k recidivě, kterou však je Lukáš schopen zastavit dobrovolně. S narůstajícími psychotickými symptomy nebo abstinenčními příznaky po benzodiazepinech či alkoholu přichází sám žádat o krátkou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Nebývá motivován k léčbě ani detoxu na oddělení závislostí, režim tam

považuje za příliš náročný a omezující. Pro Lukáše je významným zdrojem opory vztah ke stabilnímu ženskému objektu. Potřebuje neustále přítelkyni, ačkoli je mění, rád navštěvuje lékařku z psychiatrického oddělení, a mě nedávno požádal, zdali mi může krátce zatelefonovat, když mu je zle nebo má bažení. Tuto příležitost občas využije, ale nijak této možnosti nezneužívá. Někdy se ozve i s radostnou zprávou, že už zase abstínuje. Jeho ošetřující lékař je muž a má k němu vřelý vztah založený na důvěře. Myslím, že pokud se něco daří, je to díky autentickému zájmu nás všech...

V čem je pro mě práce s duálními diagnózami jiná než práce s lidmi potýkajícími se pouze se závislostí?

U lidí pouze závislých jsem byla zvyklá očekávat abstinenci, a pokud došlo k relapsu, tak jeho zodpovědně zpracování. Bývala jsem zvyklá pracovat s lidmi, kteří směřují k abstinenci a pokud se rozhodli od této cesty odklonit, tak jsme kolikrát pojmenovali, že už nenacházíme společné cíle a zcela dospěle a přátelsky jsme se loučili. U lidí s duální diagnózou jsem zažívala frustraci z toho, že abstinence je kolikrát dalece vzdálená. Na druhou stranu mne kolikrát překvapovala bezprostřednost mých pacientů a mívala jsem pocit, že se na skupině mezi sebou rádi vidí a dokonce snad i mne. Tápala jsem v tom, co se ode mne očekává a jak mám dosáhnout nějakých cílů a vlastně jakých? Můj supervizor mi tehdy říkával významnou větu: „Tvým úkolem je, abys to s nimi vydržela.“ Snížila jsem své nároky na abstinenci. Vážím si toho, že pacienti docházejí pravidelně na skupinu bez výrazných známek intoxikace, mají práci a bydlení. Potvrzuje se mi být autentická, vřelá, určitě mateřsky přijímající. Zároveň však kladu nároky a jsem v mnoha ohledech direktivní. Připomínám pravidla, ale dávám možnost se je učit za chodu docházky do skupiny. Dělán, co umím a sama se zatím hodně učím...