



# KLIENT S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

(SYSTÉM PÉČE KAZUISTICKÝM POHLEDEM)

PETR NEVŠÍMAL  
PRAHA 2023

# OBSAH PREZENTACE

- Duální diagnózy o co jde?
- Proč se to děje?
- Modelový případ
- Komplikace řešení a doporučení

# KOMORBIDITA

- Výskyt dvou (více) různých duševních onemocnění.
- Typicky drogová závislost + duševní onemocnění.
- Současný výskyt X časová posloupnost.
- Vzájemné ovlivňování průběhu obou onemocnění – reciprocita!
- Prodloužení doby i zhoršení závažnosti onemocnění.

**Čím vážnější průběh jednoho onemocnění, tím vážnější průběh druhého onemocnění.**

## PROČ?

- Užívání drog vyvolává symptomy jiného duševního onemocnění (například užívání halucinogenů a stimulancií).
- Duševní onemocnění může vést k užívání drog (zejména na principu automedikace – drogy mohou dočasně zmírňovat úzkost či depresi, ev. napomoci sociálnímu začlenění).
- Genetická vulnerabilita – prokázáno oboustranně zvýšené riziko rozvoje obou onemocnění.
- Souběh spouštěčů daných prostředím – nepřiměřený stres, trauma (psych. a fyz. zneužití), časná expozice droze.

## PROČ?

- Účast obdobných funkčních oblastí CNS (systém odměny a reakce na stres).
- Principiálně se jedná o vývojovou poruchu – počátek v dospívání (i dříve), kdy dochází k dramatickým vývojovým procesům CNS (časná expozice droze vede k vývojovým změnám mozku a naopak časný nástup duševního onemocnění zvyšuje riziko užívání NL).
- Změny v charakteru NL – trend v užívání stimulancií a halucinogenů – vývoj nových syntetických drog.
- Široká dostupnost ilegálních drog v populaci dětí a dospívajících.

# NEJČASTĚJŠÍ KOMORBIDITY U UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

- Úzkostné poruchy (panická, generalizovaná úzkostná, posttraumatická porucha) – cca 35%
- Deprese a bipolární afektivní porucha – cca 12-80% (40-60%)
- Schizofrenie – cca 30-66%
- ADHD – cca 5-33%
- PPP – 35%
- Osobnostní poruchy (emočně nestabilní, impulsivní, narcistní, vyhýbavá)

# NEJČASTĚJŠÍ KOMORBIDITY U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

- Cannabis - 79%
- Stimulanty (pervitin) - 48%
- Alkohol - 30%
- Opiáty - 28%

## ESPAD 2019 (studenti 15-16 let)

10% kouří denně nikotin, 12% pije nadměrné dávky alkoholu alespoň jednou týdně + kombinace s energetickými nápoji, 7% užívá rizikově konopné látky, 5% zneužívá opakovaně psychoaktivní léky, 13% hraje rizikově digitální hry, 34% rizikově tráví čas na sociálních sítích.

# KAZUISTIKA

## FÁZE PRVNÍHO KONTAKTU

- Student SŠ, 18 let a první kontakt s adiktologickou ambulancí - asi rok kouřil THC a několik měsíců pervitin - donucen rodiči k prokázání negativního toxikologického testu.
- K druhému kontaktu přiveden partnerkou, 14 dní abstinuje, má nepříjemné pocity, úzkosti, vztahovačnost, derealizace.
- Během 1,5 měsíce 4 konzultace, nasazeny SSRI a tiapridal – efekt neznámý, očkovan proti hepatitidě A.
- Spolupráci se nepodařilo navázat, přestal docházet, nic mu to nepřineslo, jen přišel pro druhou dávku očkování po půl roce – to už opět užíval pervitin, vypadl ze školy, zkoušel nastoupit do práce.



# KAZUISTIKA

## FÁZE PRVNÍ ABSTINENČNÍ LÉČBY

- O rok od prvního kontaktu, užívá asi 0,5 roku heroin, chce přestat, po vysazení opiátu vůbec nespí, potřebuje něco na uklidnění a na spaní. Pokus o navázání kontaktu s rodiči.
- O měsíc později po dohodě s matkou podáván buprenorfin k tlumení abst. sy.
- Má zvláštní pocity, je nastraženej, připadá si oddělenej, jako pozorovatel, taky asi problém s pamětí, chtěl by mít k lidem blíž, ale nemůže, když se s nima baví, tak má pocit knedlíku v krku, není sám sebou, všechno jede přes rozum.
- Přes detox 3 měsíční léčba v komunitě pro mladistvé.
- Nedařilo se mu zapadnout do kolektivu, nemluvil o sobě, spíš řeší ostatní, mluví zabíhavě až nesrozumitelně, sklízí výsměch nebo agresi. Zápisy v deníku jsou filozofující a někdy nemají hlavu ani patu, je povýšený a přijde si jak Buddha.
- Terapeut uvažuje o narcistní poruše, zajistit vyšetření nestihli.
- V dalších měsících ojedinělý kontakt s ambulancí, pokus o pracovní zařazení, stále zvláštní pocity, nemůže cítit, prožívat, mluvit jako dřív, přítelkyně ho manipuluje, reaguje jinak, jakoby to nebyla ona
- Odeslán k psychiatrovi a nedorazil.

# KAZUISTIKA

## FÁZE INTENZIVNÍ ABSTINENČNÍ LÉČBY

- O dva roky od prvního kontaktu, užívá opět asi 0,5 roku heroin, chce přestat, hrozí mu trestní stíhání a odvod na vojnu.
- O pár měsíců později odsouzen k podmíněnému trestu za krádeže a ochranné léčbě.
- Po rozsudku nastupuje do léčby v TK, kde je 4 měsíce.
- Nemluvil o sobě, byl outsiderem skupiny, řešil jen druhé, zamotává se do složitých souvěří a ztrácí se ve svých myšlenkách, chová se nepřírozně, je nespolehlivý, vyhýbá se, lže, sebe přeceňuje, ostatní kritizuje.
- Odeslán do psychiatrické léčebny na další 4 měsíce.
- Pak na 9 měsíců do další TK a na 2 měsíce do CHB.
- Abstinuje téměř 2 roky, věří na telepatii a intuici. Záhy venku recidivuje.
- Následuje 3 měsíční léčba v psychiatrické léčebně se závěrem reziduální toxická psychotická porucha a hraniční porucha osobnosti, prvně nasazeny krátce antipsychotika.
- Recidivuje, není v kontaktu, medikaci neužívá.

# KAZUISTIKA

## FÁZE SUBSTITUČNÍ LÉČBY

- O 3 roky od prvního kontaktu, užívá opět asi 0,5 roku heroin, chce nastoupit do substituce, je přijat do buprenorfinového programu.
- Součástí je skupinová terapie i individuální pohovory. Hovoří zde scestně, je podrážděný, útočí na ostatní, povyšuje se, působí dojmem, že je mimo realitu, abstraktní chaotický projev, nesoustředěnost, mnohomluvnost, neklid.
- Další 4 roky je v substituční léčbě, během té doby opakovaně hospitalizován, po vysazení drog nebo substituce mívá sluchové halucinace. Užívá THC i BZD. Je mu přiznán ID. Opakované krátké hospitalizace, včetně těch po pokusu o sebevraždu.
- O další rok později během hospitalizace diagnostikována F 20 a prvně nasazena adekvátní léčba antipsychotiky (zhruba po 10 letech v síti služeb).
- Nicméně v jiném substitučním centru pokračuje další 4 roky v ambulantním substitučním programu.

# KAZUISTIKA

## FÁZE INTEGROVANÉ LÉČBY

- Po 15 letech od prvního kontaktu se jako bezdomovec vrací do původní adiktologické ambulance. V klinickém obrazu krom užívání NL plně rozvinutá paranoidně persekční a megalomanická produkce.
- Je zahájena souběžná abstinenční a antipsychotická léčba včetně protialkoholní, léčba somatických komplikací – hepatitis C, dentální rekonstrukce, řešena sociální situace, přes roční pobyt v azylovém domě nastupuje do spolupracujícího chráněného bydlení.
- Konzultace s klientem a jeho sociálním pracovníkem, řídké jednorázové relapsy, bydlení střídavě chráněné nebo vlastní, zaměstnání prakticky na plný úvazek, první cesta na dovolenou k moři.
- Psychiatrickou medikaci si určuje sám, užívá nižší dávky než doporučené. Psychotické sympt. umožňují žít ve svém známém světě, nebo jejich intenzita zajistí stabilizační pobyt v léčebně.

# KOMPLIKACE ŘEŠENÍ

- Uživatelé NL nevyhledávají psychiatrickou léčbu (bezdomovectví, kriminalita), chtějí mít svou situaci pod vlastní kontrolou formou automedikace.
- Sociální vyloučení duševně nemocných a skrývání užívání NL.
- Zakořeněný morální model užívání NL a recipročně obavy z diagnózy a skrývání psychických potíží.
- Pozdní diagnostika – klient, příbuzní i terapeuti vidí raději situaci z té lepší stránky.
- Odlišná zakázka – klient, příbuzní i terapeuti mají odlišné představy a nároky na spolupráci.
- Rozštěp specializovaných intervencí (paralelní a následná péče).
- Náročnost integrovaného přístupu (dvojí specializace, interdisciplinární týmy, časová náročnost intervence).
- Systémové potíže ve spolupráci sociálních a zdravotních služeb.
- Snížení dostupnosti adekvátní intervence (odmítání klientů a minimální počet specializovaných programů).

# NÁSLEDNÁ A PARALELNÍ ŘEŠENÍ



# DOPORUČENÍ

- Zvědomování problematiky a existujících řešení mezi poskytovateli péče a tvůrci politik.
- Systematický screening mladých uživatelů NL a dospívajících s duševními potížemi.
- Vzdělávání pracovníků v pomáhajících službách.
- Přehodnocení absorpční kapacity existujících zařízení pro uživatele NL.
- Podpora rozvoje integrovaných ambulantních i rezidenčních léčebných programů.
- Podpora primárně preventivních programů s důrazem na vzdělávání učitelů v oblasti duševního zdraví.
- Destigmatizační a osvětové kampaně.

Aby se naši klienti cítili psychicky i fyzicky docela dobře, vnímali smysluplnost svého života a byli úspěšně zapojeni do společnosti.

# DĚKUJI ZA POZORNOST

Petr Nevšímal

[www.adiktologickecentrum.cz](http://www.adiktologickecentrum.cz)

S poděkováním kolegyním Markétě Dolejší, Tereze Formánkové, Lucii Krejčíkové a Johaně Růžkové.