



# Osnova prezentace

- Základní charakteristika oddělení
- Cílová skupina pacientů
- Kontraindikace a problematické indikace přijetí
- Terapeutický tým
- Léčba – vstup do léčby, řád, fáze léčby, program, terapeutické aktivity, terapeutický kontrakt, cíle léčby
- Specifika léčby pacientů s duální diagnózou
- Kazuistiky

# Charakteristika oddělení

- Polootevřené koedukované oddělení pro 25 pacientů
- Od počátku koncipované pro spádové i mimospádové pacienty
- **Indikace:** problematika užívání návykových látek (syndrom závislosti, škodlivé užívání, toxická psychóza) či gambling (v kombinaci s látkovou závislostí)
- **Duální dg.** – dostatečně stabilizovaná fáze onemocnění z okruhu psychotických (SCH, SCHAP), afektivních (BAP), úzkostných (OCD), poruch osobnosti (F60.3) a dalších (PPP, ADHD, Aspergerův syndrom)
- Léčba je koncipována jako komplexní a zahrnuje různé terapeutické aktivity s důrazem na individuální přístup k pacientovi
- Využívá prvky psychoterapie, farmakoterapie, komunitní a režimové léčby

# Cílová skupina

- Pacienti se souběhem duševní poruchy s abusem návykových látek
- Diagnózy typu F2x, F3x, F4x, F6x, jiné – k individuálnímu posouzení
- Věk 18-65 let
- Pacienti často dlouhodobě selhávající v běžném životě, často recidivující, v debaklových situacích, pacienti s četnými hospitalizacemi, s potížemi od útlého dětství
- **Alespoň minimální motivace ke změně**, pacient spolupracující, vstup pouze dobrovolný, motivace k zapojení do psychoterapeutického programu
- Nejčastěji pervitin, alkohol, benzodiazepiny, THC, dále kratom, kokain, opiáty, (gambling – v kombinaci s látkovými závislostmi)

# Kontraindikace

- ✓ Akutní příznaky, které zabraňují zapojení do terapeutického programu (psychóza, opakované automutilace, suicidální tendence atd.)
- ✓ Akutní intoxikace nebo odvykací stav
- ✓ Dekompenzované somatické onemocnění vyžadující somatickou péči
- ✓ Ochranné léčení (posuzujeme individuálně – otázka profitu pro pacienty)
- ✓ Nedobrovolná hospitalizace
- ✓ Agresivita, neklid
- ✓ Totální absence motivace k abstinenci
- ✓ Tělesný handicap
- ✓ Výrazné disociální rysy
- ✓ Syndrom demence, amnestický syndrom, jiné závažné poruchy kognitivních funkcí, mentální retardace

# Problematické indikace

- Pacienti na hranici geronto věku (mají šanci sžít se s komunitou?)
- Přílišné snížení laťky: izolované dg. ADHD, izolované kompenzované PPP, toxická psychóza s krátkým a nekomplikovaným průběhem bez reziduálních příznaků – zvážit standardní režimovou léčbu
- Pacienti konfliktní vůči spolupacientům a pacienti se známou anamnézou konfliktního chování či disciplinárních propuštění – komunita unese omezený počet konfliktních pacientů. Komunita má tendenci spojit se proti “potížistovi“
- Opakované léčby na oddělení 16 - vyčerpání terapeutických možností (obzvláště komplikované pro pacienty s úzkostnou či závislostní osobnostní dynamikou)

# Terapeutický tým

2 lékaři (vedoucí lékař na 0.8, sekundární lékař 1.0 úvazek)

2 psychologové (celkem 1.6 úvazku)

Adiktoložka na 0.4 úvazku

Peer terapeut na 1.0 úvazek

Sociální pracovníce tři dny v týdnu (obstarává 2 oddělení v rámci primariátu)

Sesterský tým (cca 18 členů)

„Externí“ terapeuti

(Praktikanti z řad studentů psychologie)

# Náplň práce psychologa



- Vedení komunit
- Čtení deníků
- Sestavování harmonogramu dne + kontrola programu
- Individuální sezení
- Skupiny (psychoterapeutické, adiktologické, celokomunitní)
- Psychologická vyšetření
- Edukace
- Relaxace
- Účast na provozních poradách, primářských vizitách, týmových supervizích

# Rozsah a fáze léčby

- Prvoléčba: 10 týdnů
- Recidiva: 6 týdnů
- Stabilizační: 3 týdny (pacienti s dokončenou léčbou na odd. 16 popř. z terapeutických komunit)
- Absolventská: 1 týden (nejdříve 3 měsíce po řádně dokončené léčbě), možnost až 3x za rok
- **Fáze léčby:**
- **F1** – 2 týdny, adaptační fáze – více režimových omezení, mírnější terapeutické zatížení
- **F2** – nejdříve od 3. týdne po splnění podmínek (přestupová zkouška, sepsaný životopis/recidiva) – rozvolnění režimu
- **F0** – na přechodnou dobu, individuální snížení nároků léčby v případě, že důvodem nezvládnání je dekompenzace základního duševního onemocnění

# Rozdělení pacientů ve fázi F1

**Modrá skupina** - posílení psychoterapeutických aktivit, předpokladem je motivace ke změně, schopnost sebereflexe a introspekce, aktivní účast v psychoterapii

**Bílá skupina** - “vstupní“ skupina – pacient je automaticky zařazen po příchodu na oddělení; zaměření na kognitivní a sociální rehabilitaci, zejména pacienti s významným postschizofrenním defektem či premorbidně nízkým intelektem, adepti TK Sejřek/Chrupa, popř. chráněného bydlení

# Příklad denního programu - pondělí

8:45-9:30	<b>Ranní komunita</b> (povinně: Všichni)
9:45-11:15	<b>Peer klub</b> (volitelně: <b>Modrá</b> , Bílá)
10:00-11:30	<b>Centrální terapie</b> (volitelně: <b>Modrá</b> , Bílá)
10:00-11:30	<b>Truhlářská dílna</b> (volitelně: <b>Modrá</b> , Bílá)
10:00-12:00	<b>Arteterapie</b> (F2)
10:30-11:30	<b>Skupina s peer terapeutem</b> (povinně: Pacienti indikovaní terapeutickým týmem)
13:00:13:20	<b>Relaxace</b> (povinně: <b>Modrá</b> )
12:45:14:45	<b>Centrální terapie</b> (volitelně: Bílá)
13:00-14:00	<b>Psychoterapeutická skupina</b>
13:30-14:30	<b>Adiktologická skupina</b> (povinně: <b>Modrá</b> )
14:45-15:45	<b>Klub</b> (volitelně: Všichni)
15:00-15:45	<b>Vycházka s peer terapeutem</b> (volitelně: F1)
18:30-19:30	<b>Anonymní gambleři</b> (volitelně: F2)
18:30-19:30	<b>Anonymní narkomani</b> (volitelně: F2)
19:00- 19:10	<b>Večerní komunita</b> (povinně: Všichni)

# Ukázka z bodovacího systému

## 1 trestná čárka

- pozdní příchod na komunitu, jídlo, rozcvičku, neodevzdání deníku, neuklizeno na pokoji, ztráta docházkové karty, zazvonění mobilu na programu,...

## 2 trestné čárky

- pozdní příchod na program, na léky, na individuální pohovor, nedovolený odchod z programu, kouření na zakázaném místě, nerespektování pokynů ter. týmu,...

## 3 trestné čárky

- intimní kontakt se spolupacientem/kou, kontakt s druhou osobou přes okno/plot, návštěva na cizím pokoji, nepovolené věci na oddělení, lehká agrese, pozdní neomluvený návrat z vycházky,...

## Podmínečné vyloučení

- toxické řeči po konfrontaci personálem, přistižení při kouření v budově, požití návykové látky mimo areál PNB,...

## Definitivní vyloučení

- vnesení návykové látky na oddělení, intoxikace v areálu PNB, hrubá fyzická agrese,...

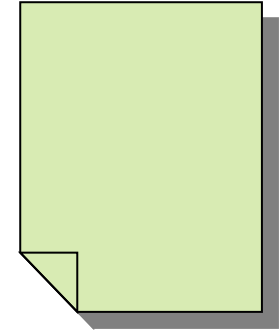
# Specifika pacientů s duální diagnózou

- Větší počet a závažnost hospitalizací (léčba závislosti přichází pozdě)
- Časté reverzové tendence
- Vysoká prevalence sebevražedného a sebepoškozujícího jednání
- Častější výskyt chronických tělesných onemocnění
- Zvýšená míra rizikového chování, nezaměstnanosti, bezdomovectví, kriminálního chování (zároveň jsou často oběťmi trestných činností)
- Komorbidní poruchy se vzájemně ovlivňují a mají špatnou prognózu
- Vysoké riziko chronifikace a kriminalizace
- Přidružená zátěž duševního onemocnění celý proces léčby zpomaluje

# Léčba

- V **1. fázi**: zhodnocení a optimální nastavení farmakoterapie, rozvoj motivace, získání základních informací a nástrojů pro prevenci relapsu závislosti, tak psychického zdraví
- V **2. fázi**: specializované skupiny (psychotické zkušenosti), zvládání emočních stavů, hlubší ponor do závislostní problematiky i významných osobnostních témat
  - > využití KBT prvků (bludné kruhy, jádrová přesvědčení, práce na sebevědomí, posilování dostupných zdrojů, nácvik nových dovedností - řešení konfliktů, asertivita, rozvoj pocitu bezpečí a jistoty, mindfulness, využití prvků schématerapie - kritický a laskavý mód, posílení adaptivních copingových mechanismů, hraní rolí)
- **Adiktologická péče**: pojmenování spouštěčů, bludný kruh závislosti, porozumění modifikátorů, motivace, prevence relapsu - zvládání bažení, odmítání, stanovení vlastních hranic, edukace o návykových látkách, vypracování preventivního a krizového plánu

# Terapeutický kontrakt



- Vysoce individuální
  - Začíná úvodním pohovorem s lékařem a následně s psychologem, adiktoložkou
  - Zahlcení tématy z různých oblastí pacientova života
  - Naléhavost na rychlost řešení
  - Reálné/nereálné cíle, jejich dosažitelnost během doby léčby
  - Pacient není schopen definovat, co od léčby očekává a na čem by měl pracovat
  - Vypracování Seznamu problémů - určení priority pro léčbu
  - Léčba může sloužit pro „hledání zakázky“
  - Rodinné sezení
- **Ideálně:** mít jasně definovaný cíl vycházející z potřeb pacienta (je možné ho operacionálně definovat v KBT pojmech), který se dá strukturovat a je měřitelným (X „Chci se cítit dobře“, „Chci mít čistou hlavu“)

# „Dobrý cíl“ léčby

- Somatická a psychická stabilizace
- Navázání „dobrého“ kontaktu s psychiatrickou péčí
- Podpora a motivace do abstinence
- Podpora zdravého sebevědomí a pocitu kompetence
- Zajištění doléčování - stacionáře, komunity, individuální psychoterapie, chráněné bydlení, CDZ aj.
- Navázání na absolventskou léčbu
- Vypracování preventivního a krizového plánu

Na problém DUÁLNÍ DIAGNÓZY nahlížet jako na kontinuální proces s tendencí k určitým vlnám, ať už v projevech duševního onemocnění nebo závislosti - **potřeba mít integrovaný systém**

# Kazuistiky

# 1. Kontinuita péče jako součást procesu úzdravy (Jakub)

37letý muž léčený v PN Bohnice od roku 2008, 11 hospitalizací (+ v jiných zařízeních). Dg. paranoidní schizofrenie a polymorfní abusus, aktuálně cca 2 roky plné abstinence. V minulosti časté střídání ambulantních psychiatrů.

NO: Popisoval propady nálady v domácím prostředí, chronické auditivní halucinace, paranoiditu, málo energie; byl schopen prospat celý den. Nebavilo ho žití jako takové, neměl radost ze života. Se vším měl hrozný problém, i vynést koš. Z hospitalizací nikdy neodcházel úplně stabilní. V minulosti též pocity prázdnoty, sklony k sebepoškozování.

# Podstatná anamnestická data

RA: nevýznamná, v rodině nikdo psychiatricky neléčen, abusus i TS negativní

OA: z 2. těhotenství, v dětství vážněji nestonal. Aktuálně hyperlipidémie, obezita

FA: od roku 2008 – olanzapin, quetiapin, haloperidol, aripiprazol, brexpiprazol, lurasidon, risperidon, ziprasidon, sertralin, fluoxetin, escitalopram, vortioxetin, trazodon, agomelatin, moklobemid, valproát, clonazepam (8 druhů antipsychotik, 7 antidepresiv, dlouhodobě stabilizér nálady, BZD)

Abusus: kuřák 20 cigaret/den, alkohol a THC od střední školy pravidelně, pervitin cca od 17 let – i i.v. úzus, občasně heroin. **Od r. 2008 abstinence od ilegálních drog**, nahradil clonazepamem (Rivotril) s rozvojem syndromu závislosti – od 6/2023 plná abstinence

PA: 11 hospitalizací v PNB (+ v jiných zařízeních) – vždy pro zhoršení psychotické symptomatiky, AP různí, nebyl spokojen, opakovaně měnil. Poprvé na odd. 16 v 7-9/2023, celkem 4 pobyty u nás (tj. 8.-11. hospitalizace v PNB), poslední 1/2025 – absolventská léčba

SA: bydlí s rodiči, veden jako jednatel rodinné firmy, kde pracuje, ID II.st.; vyučen automechanikem, akt. bez partnerského vztahu

# Hospitalizace 10-11/2023 (9. pobyt v PNB)

## **10/2023 přichází na medikaci:**

Brexpiprazol 4mg 1-0-0

Ziprasidon 40mg 1-0-1

Paliperidon 9mg 0-0-0-1

Quetiapin 25mg 0-0-0-1

Vortioxetin 10mg 2-0-0

Trazodon 150mg 0-0-0-1a2/3

Valproát 500mg 1a1/2-0-2

+ hypolipidemika, magnesium

Stížnosti na přetrvávající auditivní halucinace a špatný spánek. Depotní medikaci nikdy neužíval.

# Hospitalizace 1-2/2024 (10. pobyt)

## **2/2024 odchází na medikaci:**

Klozapin 100mg 0-0-0-3

Depotní aripiprazol 400mg – 1 amp. i.m. á 28 dní

(+ dále ambulantně dle stavu nízká dávka amisulpridu k aktivizaci, postupně převeden na depotní aripiprazol 960mg – 1 amp. i.m. á 56 dní)

Před propuštěním referoval výrazné zlepšení spánku, zklidnění a téměř úplné vymizení auditivních halucinací. Dále dobře funguje v ambulantní péči (MUDr. Slováková), navrácen ŘP, začal opět jezdit autem, založil lokální pobočku NA v místě bydliště. V plánu má kurz na pozici peer pracovníka. Pravidelně dochází na individuální psychoterapii (Mgr. Horák).

## 2. Z DZR k samostatnému životu (Pavel)

28letý muž, v PNB 2 pobyty, anamnesticky 2x v jiných zařízeních. Poslední dimise 2018 z PN Kosmonosy do DZR Vejprty, kde pobývá až do 1. hospitalizace u nás.

**Parere:** 7/2023 soc. pracovnice z DZR Vejprty volá na odd. se žádostí o přijetí klienta s recidivou abusu THC léčeného s paranoidní schizofrenií. V DZR pobývá dlouhodobě.

9/2023 klinicky při přijetí dominoval extrapyramidový syndrom, výrazná ztuhlost končetin, jemný tremor HKK, setřelá drmolivá řeč. Dorazil k nám oblečen v rybářských maskáčích, které nosil většinu pobytu a prakticky nepřetržitě nosil žluté brýle – „lennonky“. První týden chodil v dlouhých intervalech sem a tam po chodbě oddělení.

NO: uváděl chronifikované občasné IP halucinace bez vlivu na chování, THC nepravidelně, pokud se naskytne příležitost, snaží se o abstinenci. Byl nadšený, že je u nás v komunitě, kde si má konečně s kým popovídat a vrcholem dne pro něj bylo, když si mohl dát hranolky s tatarkou v místní chráněné kavárně.

# Podstatná anamnestická data 1

RA: matka (58 let) - zdravá, jsou v kontaktu; otec (60 let) - alkoholik, nejsou v kontaktu cca 5 let. Sourozenci: 1 sestra dvojče (28 let) - zdravá, dochází k psychiatrovi, dle pacienta má sebevražedné sklony. Jinou PH v rodině neguje

OA: dítě z 1. gravidity, IVF, riziková gravidita, porod v 28. týdnu, SC, dvojče B, 1300g, 41cm. Dvojče A sestra Monika. Novorozenecká sepse, anemie, transfuze. V inkubátoru byl měsíc, v porodnici 2,5 měsíce, domů šel s hmotností 2600g. Chodil v 1 roce, chodil na neurologii, RHB dle Vojty. V dětství opak. otitis media, akt. bez obtíží

Vzdělání: do ZŠ šel v 7 letech, odklad pro hyperaktivitu. Opakoval 5. třídu, propadl z matematiky a češtiny. Dvojka z chování za nekázeň. Nedokončil základní školu v 8. ročníku. Pobyť ve výchovném ústavu od 17 do 19 let, dostal podmínku za napadení vychovatele

SA: Žije od 22 let v DZR Krakonoš, Vejprty. Předtím bydlel s otcem. Omezený ve svéprávnosti - veřejný opatrovník. ID III. stupně, akt. pracuje cca půl roku jako uklízeč (2 hodiny denně)

Abusus: nikotin: 12 cigaret/den, alkohol: příležitostně 1 cider 1x týdně, naposledy před cca 3 měsíci. THC užíval pravidelně od 12 let, aktuálně abstínuje cca 3 měsíce. Solventia - příležitostně (udával celkově cca 12x) čichá údajně spreje Old Spice, od 16 let, naposledy 3 týdny před přijetím. Experimenty – pervitin (14 let), kokain (16 let), MDMA, LSD (20 let)

## Podstatná anamnestická data 2

PA: V 7 letech zjištěna dyslexie, dysgrafie, neklidný, ADHD snad nepotvrzeno. Anamn. byl 3x v AT ambulanci Kolín /před r. 2011/. Dále 1x hospitalizován na psychiatrii v Havlíčkově Brodě, 1x PN Kosmonosy, 1x dětský detox.

### Medikace při přijetí:

Klozapin 100mg 1-0-3

Haloperidol 1,5mg 1-1-1

Tisercin 25mg 0-1-2

Afluditen 25mg/ml depot – 1 amp. i.m. á 21 dní

Kombinace byla neměnná od propuštění z PN Kosmonosy v roce 2018. Pavla viděl psychiatr v DZR fyzicky 1-2x v roce. Sestry v DZR mu sdělily, že za jeho ztuhlost a třes může předchodit užívání návykových látek.

# Průběh hospitalizace 9-11/2023

Medikace postupně upravena na:

Klozapin 100mg 1-0-2a1/2

Depotní aripiprazol 400mg – 1 amp. i.m. á 28 dní

Metoprolol 50mg 1-0-0 (během pobytu naměřena tachykardie až 155/min, EKG Holter potvrdil zvýšené pulsy během celého dne i v noci – možný NÚ klozapinu)

- moč na toxikologii vstupně negativní, rychle se adaptoval na režim odd.
- profitoval spíše z činnostních terapií, snaživý, přestupky v léčbě minimální
- verbalizoval obavy z přestupu do vyšší fáze, udával, že není schopen se naučit zkouškové otázky, nakonec setrval v nižší fázi léčby
- ztotožněn se svou rolí klienta DZR, bez vidiny jakékoliv změny, i v e-mailové adrese měl slovo „Vejprty“, přičemž pocházel z Nymburka (pavel\_vejprty@....)

# Průběh hospitalizace 9-11/2023

V dalším průběhu zjištěno, že pacient má omezenou svéprávnost prakticky **na všechny úkony** (vůbec nesmí disponovat s finanční hotovostí, nemá kapesné, nemůže si zařídit sociální službu...), podnikli jsme právní kroky ke změně

Pohovor s matkou pacienta: preferovala by jeho pobyt v DZR, v bydlení s menší mírou dohledu by určitě zrecidivoval, v místě trvalého bydliště jsou rizikovní lidé; celkově hyperprotektivní přístup, odebrání kompetencí pacienta pro jeho samostatný život

Přesto zde na oddělení navázána spolupráce s Fokusem Nymburk, kde měli pro pacienta nabídku CHB, opatrovnice předběžně souhlasila s eventuálním přesunem z DZR

Dimitován zpět do DZR Vejprty s tím, že bude nadále spolupracovat s Fokusem Nymburk

# Průběh hospitalizace 6-9/2024

**Parere:** přichází jako domluvený příjem na odd. duálních dg. před nástupem do TK Chrpa

Při přijetí projasněná forie, bez floridních psychotických fenoménů, opět rychle zapojen do režimu, fungoval bezproblémově.

Oblečení měl již modernější, méně nápadné a víc přiměřené jeho věkové kategorii, na odd. začal pravidelně cvičit a užívat doplňky stravy.

V medikaci opatrně snížena dávka klozapinu pro možný podíl na tachykardii, jinak ponechána.

Postoupil do vyšší fáze léčby, docházel do cvičné kuchyňky.

Verbalizoval dlouhodobě problematický vztah s matkou, která zpochybňuje jeho kompetence k samostatnému životu a nepřiměřeně emočně reaguje.

Dále úvahy o přesunu do CHB po absolvování pobytu v TK Chrpa (již by se nechtěl vrátit do DZR).

Několik týdnů po dimisi do TK Chrpa jsme dostali informaci, že ukončil smlouvu s DZR a v řešení je CHB. Pavel si v mezidobí změnil e-mailovou adresu a vypustil slovo „Vejprty.“

### 3. Klikatá cesta ke změně (Veronika)

32letá pacientka, od roku 2019 opakované pobyty v PNB se závislostní problematikou, dále F60.3. V jiných zařízeních hospitalizována nebyla. Na odd. duálních dg. poprvé v 7-10/2022, poté 5 pobytů, poslední 2 – absolventské léčby.

NO: popisovala paranoiditu po užití pervitinu, chronickou nespavost, deprese, panické ataky, chybění smyslu, motivace. V minulosti přechodně sebepoškozování. Po pobytu v 7/2024 ukončila dlouhodobý patologický vztah s uživatelem návykových látek.

# Podstatná anamnestická data

RA: matka problematický úzus alkoholu, složitý vztah; s otcem je v kontaktu, psychiatricky neléčen, další neguje vč. TS. V dětství svědkem závažného domácího násilí

OA: nevýznamná

FA: vortioxetin, escitalopram, bupropion, venlafaxin, trazodon, agomelatin, quetiapin, olanzapin, amisulprid, aripiprazol, tiaprid, bupropion, venlafaxin, pregabalin, biperiden (Akineton)

Abusus: anamnesticky nadužívání alkoholu, poté pravidelně pervitin (sniffing), experimenty - MDMA, kokain, heroin (transnazálně). Dále v minulosti abusus hypnotik. Abstinuje od 5/2024.

SA: dlouhodobě bez přístřeší, nepracuje, předtím zaměstnaná u otce (ten OSVČ); vzdělání: gymnázium, kvůli 1 zkoušce nedokončila FTVS. Na ZŠ šikana.

Zájmy: v minulosti 13 let závodně synchronizované plavání

## Průběh hospitalizací na odd. duálních dg.

**7-10/2022** v projevu nejistá, stažená, vlastní témata do skupin příliš nepřinášela, vybízena k větší aktivitě. Osobnostní rysy se jeví úzkostné a vyhýbavé, podíl traumatizace. V dalším průběhu již aktivnější, přechodně paranoidní ladění, upravována medikace. Dimitována do TK Magdaléna.

**9-10/2023** recidiva, léčba v TK ukončena předčasně. Vstupně anxiózně tenzní, suicidální ideace s konkretizacemi, depresivní ladění, snížená dynamogenie. Dále na odd. upravována medikace, v individuálních pohovorech řešila problematický vztah s přítelem – abusérem. Nebyla si před dimisí schopna zajistit žádné konkrétní navazující ambulantní doléčování.

**11/2023-1/2024** recidiva, opět měněna medikace, přetrvává nespavost. Propuštěna do ambulantní péče, domluvila si docházku na programy Sananimu.

**5-7/2024** recidiva, postupně se v individuálních pohovorech s psychologem dopracovala k rozhodnutí ukončit toxický vztah s přítelem. Dimitována do DC Děčín, kde je dosud.

**2/2025 a 4/2025** absolventská léčba



Diskuze