



Zkušenosti s integrovanou léčbou klientů s duální diagnózou v terapeutické komunitě Magdalena

Mgr. František Jirový

Mgr. Pavel Hanzal

Terapeutická komunita Magdalena

ZKUŠENOSTI, FAKTA, POSTŘEHY, ÚVAHY



DUÁLNÍ DIAGNÓZA (STRUČNĚ)

- ▶ „(Duální diagnóza jakožto) souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy... výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho klienta.“
- ▶ **Duální diagnóza u závislých:** psychotické stavy / schizofrenní poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, depresivní a úzkostné stavy, OCD, fobie, psychosexuální dysfunkce, organické mozkové syndromy...
- ▶ **Výskyt u 30-60%** zneužívajících drogy/závislých, častěji u žen.

(Zdroj: Kalina, Minařík)

LÉČBA DUÁLNÍ DIAGNÓZY I

- **Sukcesivní / následná léčba** (nejdřív závislost, pak duševní porucha)
- **Paralelní / souběžná léčba** (léčba probíhá současně, ale každá zvlášť)
- **Integrovaná léčba / léčba s dvojitým ohniskem** (v jednom zařízení, s jedním týmem)

„(Drogová závislost jako) projev hlouběji ležící poruchy osobnosti“.

„Jako optimální prostředí pro léčbu komplikovaných závislostních poruch se jeví model terapeutické komunity.“

„Za podstatnou pokládáme kapacitu týmu: vzdělávání v problematice duálních diagnóz, psychoterapeutický přístup a psychoterapeutickou erudici, empatické porozumění a schopnost přiměřené individualizace.“

(Zdroje: Kalina, Minařík, Vácha, Jeřábek)

LÉČBA DUÁLNÍ DIAGNÓZY II

► V USA:

- Standardní terapeutické komunity nejsou schopné přijímat uživatele drog se závažnějšími psychiatrickými poruchami.
- Medikace jako možná kontraindikace. (Leon)

► V Evropě:

- Větší porozumění dynamice psychických poruch a osobnosti klienta v kontextu TK.
- Medikace jako snížení zátěže. (Kooyman)

- Každopádně za oceánem i před oceánem není považováno za vhodné léčit v TK lidi trpící schizofrenními nebo maniodepresivními psychózami, panickými atakami nebo velmi vážnou osobnostní patologií.

(Zdroj: Kalina)

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A KOMUNITNÍ LÉČBA

- ▶ **Manuál TK:** „(Individuální plán jakožto) specifický a individuálně stanovený doplněk léčebného programu či pravidel, je přidělován týmem či celou komunitou a pro klienta je závazný.“
- ▶ **Konflikt podpory v hierarchickém modelu TK:** podpora těch „neproblematických“ a „služebně starších“ (kteří drží kulturu komunity) x těch „problematických“ (kteří podporu a vztah potřebují).
- ▶ **Individualizovaný přístup x terapeutický potenciál společenství.**



Z DOTAZNÍKU KOMUNITÁM I

- Myslíte si, že má smysl používat v komunitní léčbě tzv. Individuální plán upravující komunitní léčbu ve prospěch zaměření se na některou z oblastí klientovy problematiky?
- 8 komunit je **pro**.
- 3 komunity z různých důvodů **nesouhlasí**.

(dotazník rozeslaný v březnu 2018 komunitám sdruženým v A.N.O.)



Z DOTAZNÍKU KOMUNITÁM II

- **Renarkon** – ulevujeme v programech (i když to nemáme metodicky podchycené) např. u PPP, schizofrenie, heslo: každý den v léčbě se počítá.
- **White light** – máme individuální přístup, „na míru šitou léčbu.“
- **Vršíček** – „má to smysl“, s ohledem na problematiku.
- **Fides, Podcestný Mlýn, Tao** – určitě, má to smysl.
- **Fénix** – s pat. hráči ano (ale s PPP nedávno špatná zkušenost).
- **Magdalena** – úleva v programech (schizofrenici, PPP, deprese), individuální přístup (aby klienti pro svůj handicap nevypadli).
- **Karlov** – „nemá to smysl, výjimečně, pokud si to klient sám vyžádá.“
- **Sejřek** – je to „symptom“, řešíme příčiny a moc to netematizujeme.
- **Advaita** – obava z přílišné individualizace léčby.

IND. PLÁN, KOMUNITA, CHRPA

- **2014** – tzv. **B-plán** v léčbě pro specifickou osobnostní problematiku.
- **2015** – ostatní klienti nerozumí B-plánu / **reakce z týmové konference**:
 - vzdělávání všech klientů („peer“ i odborné)
 - pravidelný čas na poradách pro klienty v B-plánu (často se na ně zapomíná)
 - garant v týmu pro klienty v B-plánu
 - užší spolupráce s psychiatrem
- **2016** – **spolupráce s programem Chrpa** – společná komunikace o našich klientech a o jejich možnosti přestupu do sesterského programu.
- **2016/2017** – první dva **přestupy na Chrpu** (ze zpětného pohledu velmi úspěšné) na základě domluvených parametrů:
 - klient umí pracovat s chutěmi
 - klient je připravený na výjezdy a vycházky ve volnějším režimu
- **2017/2018** – **pružnější spolupráce s programem Chrpa** – lůžko pro komunitu, společné programy obou „programů.“



DVA PROGRAMY NA VČELNÍKU

- ▶ **Terapeutická komunita:** Terapeutická komunita Magdaléna je určena dospělým klientům (od 18 let) se středně těžkou až těžkou závislostí na návykových látkách a výrazným stupněm psychosociálního postižení v důsledku užívání drog, a to po absolvování detoxikace. Pobyt v komunitě nabízí klientovi integrovanou zdravotní, sociální a výchovnou péči v délce 8-15 měsíců, v závislosti na stavu jeho poškození předchozí drogovou kariérou a na jeho individuálním osobnostním růstu.
- ▶ **Chrpa:** Poskytujeme podporu vedoucí k samostatnému a plnohodnotnému životu klientům s duální diagnózou. Spolupracujeme s nimi především v oblastech abstinence od návykových látek, duševního onemocnění, mezilidských vztahů, pracovního zařazení, trávení volného času, bydlení a financí. Využíváme mj. poznatků z terapeutického modelu DBT - dialektické behaviorální terapie.



INDIVIDUÁLNÍ PLÁNY V TKM V ČÍSLECH I (2015 – 2018)

- ▶ (Celkově 58 klientů v léčbě).

- ▶ **16 klientů** v tzv. individuálním plánu
 - 13 schizofreniků
 - 3 x jiná osobnostní problematika (PPP, organické poškození, deprese)

- ▶ **Další výrazná osobnostní problematika:**
 - 7 x poruchy osobnosti
 - 1 x PTSP
 - 2 x sebepoškozování
 - 3 x poruchy příjmu potravy
 - patologické hraní
 - deprese, úzkosti



INDIVIDUÁLNÍ PLÁNY V TKM V ČÍSLECH II (2015 – 2018)

- ▶ 4 klienti s IP dokončili úspěšně komunitní léčbu

- ▶ 1 klient stále v léčbě v TK

- ▶ 6 klientů odešlo předčasně z komunitní léčby:
 - 3 v prvním měsíci léčby
 - 1 ve třetím měsíci
 - 2 cca v půlce léčby

- ▶ 5 klientů přešlo z komunity do programu Chrpa:
 - 3 úspěšně léčbu dokončili
 - 1 odešel v průběhu „přechodu“
 - 1 stále v léčbě

SCHIZOFRENİK V TK

- **Diagnostika často až v TK** (do té doby toxická psychóza a antipsychotika).
- **Chutě** (případně relaps) či **dekompenzace symptomů**, k nimž je disponován, jakožto **příznak zhoršení stavu**.
- **V běžném programu:** výpadky z kontaktu s realitou, únavnost fyzická i psychická spojená někdy s polékovým útlumem, neschopnost se rozhodovat pod tlakem nebo při zahlcení větším množstvím informací, oslabená vůle, plošší emoční prožívání, zhoršený přístup k vlastním emocem, větší či menší paranoidní nastražení.
- **Při psychoterapii:** zhoršené soustředění na skupinách i v individuální terapii, jsou únavnější, zabíhavější, více či méně paranoidnější, mají obtížnější přístup k vlastním emocem, hůře sdělují negativní zpětné vazby, hůře sami sebe hájí, vymezují se, v důsledku toho agrese nebo deprese, zvláštním tématem je zacházení s chronickým bludem v psychoterapii.
- **V režimu:** zaspávání, zapomínání, zpomalené jednání oproti druhým, v důsledku toho získávají v komunitním uspořádání sankce. Zvýšení tlaku nebývá růstové jako u běžně závislého.
- **Ve skupině:** Přijetí či zavržení skupinou se významně podílí na zhoršení či zlepšení stavu klienta.
- **Na poradě:** schizofrenik jako velmi zatěžující téma (viz dále).

ROLE SCHIZOFRENIKA V TK

- ▶ **Role nemotivovaného/lenocha:** klienti s DD jsou podezírání a viněni druhými z lenosti, nemotivovanosti, vyhýbání se povinností, trvá-li tento stav příliš dlouho, dojde k nevratnému zhoršení pozice klienta ve skupině.
- ▶ **Role „plyšáka“ ve skupině:** někdy je přijatý jako takový neškodný „medvídek“, v případě, že je na něm defekt více patrný, nebývá agresivní, ostatní ho přijmou a pečují o něj.
- ▶ **Role agresora:** bývá-li klient agresivnější, manipulativnější, zdánlivě či skutečně zneužívá úlev plynoucích z jeho individ. plánu, odhaluje-li jejich tajné koalice v komunitě (ze kterých je často klient s DD ostatními vyloučen) či vládne-li v nastavení komunity zaměřením na výkon, je tendence k nepřijetí, může se stát až „obětním beránkem“.
- ▶ **Lakmusový papírek:** klient s DD jako citlivý (tj. vnímavý) člen komunity, často přináší důležité informace a postřehy v době, kdy jsou pro nás ještě latentní. Naopak ho ale často vědomí toho, co se ve skupině děje, z komunity žene ven, necítí se dobře, odchází.



FÁZE PŘÍSTUPU KOMUNITNÍHO TÝMU KE KLIENTŮM S DD

- ▶ **Je třeba ochraňovat!** (hodně fakultat. medik., úlevy v programech a časté volno).
- ▶ **To musí/me zvládnout!** (na výkon orientovaný přístup, „to zvládneme“).
- ▶ **Terapie především!** (ideálně bez medikace, všechno vyřešíme rozhovorem, vztahem a neustávající přijímající péčí).
- ▶ **Pokaždé jinak** (jednou ztrácím nervy a s klientem ukončuji spolupráci, jindy ho držím v léčbě a podporuji za každou cenu).



DO BUDOUCNOSTI

- Zájem na lepším **diagnostickém filtru**.
- **Příjem jako rozcestník** do dvou programů, případně doporučení k léčbě jinde.
- **Méně experimentovat**, vzít v potaz limity skupiny i týmu (viz přístup ke klientům).
- Soustavně **vzdělávat klienty a tým** (vč. pracovních terapeutů!).
- Nadále úzká **spolupráce s psychiatrem a Chrpou**.
- Pokud možno jednotný, srozumitelný a **čitelný přístup ke klientovi** ze strany týmu.
- Větší **specializace na deprese, úzkosti** a práci se stresem.

DÍKY ZA POZORNOST...



Mgr. František Jirový
Mgr. Pavel Hanzal

TK Magdalena o.p.s.