

4. ZÁKLADY DIAGNOSTIKY A ZHODNOCENÍ KLIENTA, PSYCHOLOGICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE	212
4/1 Karel Nešpor: Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“	213
4/2 Karel Nešpor: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami	217
4/3 Jakub Minařík, Jiřina Hobstová: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení	223
4/4 Jiřina Hobstová, Jakub Minařík: Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS	229
4/5 Karel Nešpor: Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“	233
4/6 Taťána Kostroňová: Psychologická diagnostika	238
4/7 Karel Nešpor: Toxikologické vyšetření – laboratorní a screeningové testy	243
4/8 Karel Nešpor: Diagnostický rozhovor a posilování motivace	249
4/9 Kamil Kalina: Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí	254
5. VČASNÉ A KRIZOVÉ INTERVENCE, PORADENSTVÍ, ZVLÁDÁNÍ SOMATICKÝCH KOMPLIKACÍ	262
5/1 Petr Hrdina: Harm reduction – snižování poškození drogami	263
5/2 Jiří Broža: Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci)	269
5/3 Jiří Libra: Krizová intervence	276
5/4 Dana Dobiášová, Jiří Broža: Motivační trénink	283
5/5 Jiří Dvořáček: Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky	290
5/6 Jiří Dvořáček: Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek	297
5/7 Jiří Dvořáček: Detoxifikace	304
LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU	310
KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY	314



ZÁKLADY DIAGNOSTIKY

A ZHODNOCENÍ KLIENTA, PSYCHOLOGICKÉ A SOMATICKÉ KOMPLIKACE

4/1 Karel Nešpor: Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“

4/2 Karel Nešpor: Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami

4/3 Jakub Minařík, Jiřina Hobstová: Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová poškození

4/4 Jiřina Hobstová, Jakub Minařík: Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS

4/5 Karel Nešpor: Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“

4/6 Taťána Kostroňová: Psychologická diagnostika

4/7 Karel Nešpor: Toxikologické vyšetření – laboratorní a screeningové testy

4/8 Karel Nešpor: Diagnostický rozhovor a posilování motivace

4/9 Kamil Kalina: Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí

Klíčová slova: diagnostika – diagnóza – matching – plánování intervencí

Význam diagnostiky pro další léčbu

Stanovení správné diagnózy usnadňuje rozhodnutí o další léčbě. Např. diagnóza toxické psychózy ukazuje zpravidla na potřebu intenzivní psychiatrické péče a nasazení vhodných psychofarmak na rozdíl od diagnózy prosté intoxikace, kde může být důležitější zvládnutí tělesných komplikací otravy.

Zde je ovšem třeba zdůraznit, že diagnóza není jediným kritériem pro plánování vhodné léčebné intervence. Uvedené lze ilustrovat na příkladu. Mladá žena ve věku 18 let přišla do léčebného zařízení k detoxifikaci při závislosti na návykových látkách. Ukázalo se, že závislost na heroinu se rozvinula poměrně nedávno a vyšetření neprokázalo jinou duševní poruchu. Zmíněná dívka ovšem bydlela u rodičů, její nevlastní otec byl závislý na alkoholu a v minulosti ji sexuálně zneužíval. Pokud by se brala v úvahu pouze diagnostická kategorie závislosti na návykových látkách, šlo by uvažovat o nějaké formě intenzivní ambulantní léčby nebo o střednědobé ústavní léčbě. S ohledem na rodinnou situaci ale terapeutický tým navrhl klientce dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě, což by jí mohlo pomoci se postupně odpoutat od vysoce problémové rodiny a chránilo ji před recidivou v důsledku nevyřešených rodinných problémů¹.

Matching²

Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností, se v zahraniční literatuře vžil pojem „*matching*“.

O tom, jak velká pozornost se právě matchingu v posledních letech věnovala, svědčí okolnost, že na toto téma byla zpracována patrně největší a statisticky nejsilnější studie v oblasti psychoterapie vůbec. Projekt, který se týkal léčby závislých na alkoholu, organizovala americká vládní organizace NIAAA, která koordinovala činnost řady dalších pracovišť zapojených ve studii. Autoři porovnávali výsledky léčby tří forem léčby a to

techniku posilování motivace, kognitivně behaviorální terapii a program založený na 12. krocích, který má své kořeny v organizaci Anonymní alkoholici. Autoři zkoumali, jak budou na uvedené formy terapie reagovat klienti s různými charakteristikami (zaujetí alkoholem, pohlaví, kognitivní postižení, hledání smyslu, motivace, psychiatrické příznaky, sociopatie, podpora pití ze strany okolí, typ A nebo B). Ukázalo se, že všechny uvedené postupy byly s odstupem 12. měsíců efektivní, co se týče zvýšení počtu dní, kdy klient abstinovat, i dalších charakteristik; autoři mezi nimi našli pouze jediný statisticky signifikantní rozdíl. Nálezem, který odlišoval uvedené modalit, byly o něco lepší léčebné výsledky u klientů, kteří absolvovali program založený na 12. krocích a nevykazovali známky psychopatologie. Studie byla pozoruhodná rozsahem i tím, že prokázala srovnatelnou efektivitu postupů založených na velmi odlišných teoretických principech.

Lze říci, že při matchingu, tj. při přiřazování nejvhodnější intervence tomu kterému klientovi, bereme v úvahu širší spektrum informací než pouze diagnózu. Podstatnou roli mohou hrát různé psychologické charakteristiky klienta, trvání návykového problému, jeho sociální situace včetně schopnosti určitou formu léčby uhradit, selhávání v určitých životních rolích, fungující nebo nefungující síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stádium motivace (o stádiích motivace se podrobněji zmíníme v jiných kapitolách³), dosavadní zkušenost s různými léčebnými programy a jejich efekt, pohlaví (např. programy určené čistě ženám), věk (speciální programy pro nezletilé klienty zahrnující intenzivnější práci s rodinou i možnost vzdělávání), náboženské vyznání (např. při uvažování o vhodnosti zařazení do vysloveně nábožensky založeného léčebného programu), tělesné zdraví apod.

Význam diagnostiky v dalších oblastech

Diagnostika a standardizace

Bez diagnostiky by nebyla možná standardizace léčebných postupů. Např. ve standardech pro substituční

¹ 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí bere do jisté míry v úvahu i uvedené faktory, pro které se používají kódy začínající písmenem „Z“. V tomto případě by se jednalo kromě kódu F19.2 (závislost na více návykových látkách), i o kódy Z61.4 (problémy způsobené sexuálním zneužitím dítěte osobou z rodiny) a Z 63 (problémy spojené s primární podpůrnou skupinou včetně rodinného prostředí, nedostatečná podpora rodinou).

² Bližší viz Kalina, kapitola 4/9, Diagnostika a indikace k léčbě.

³ Viz Nešpor, kapitola 4/8, Diagnostický rozhovor a posilování motivace; Dobášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

léčbu⁴ se operuje s pojmem závislost, což je jedna z nutných podmínek pro zařazení do substitučního programu. Zařazení do metadonového programu by bylo u klienta, který by nesplňoval kritéria závislosti, hrubou chybou.

Diagnostika jako prostředek komunikace mezi pracovišti

Správná diagnostika umožňuje nejen zvolit vhodný léčebný postup a vhodné pracoviště, ale také usnadňuje předávání informací o klientovi mezi pracovišti. V této souvislosti jsou užitečné i standardizované diagnostické nástroje jako Addiction Severity Index (ASI), jehož česká verze je k dispozici (Kubička a Csémy, 1998)⁵.

Diagnostika, efektivita léčby, výzkum

Bez správné, ba precizní, diagnostiky by prakticky nebylo možné hodnocení efektivity léčby. Pokud by se např. porovnávaly léčebné výsledky dvou skupin klientů, z nichž podstatnou část jedné by tvořili klienti škodlivě užívající návykovou látku bez závislosti, zatímco druhou skupinu by tvořili klienti s těžkou formou závislosti, srovnání skupin by nemohlo být objektivní. Diagnostika je zvláště důležitá při výzkumu, kde se obvykle vyžaduje přesný popis souboru zkoumaných osob včetně jejich diagnostického posouzení.

Nečastější chyby při diagnostice a jak se jim vyhnout

Bohužel není vzácností, že i atestovaný psychiatr diagnostikuje návykovou nemoc nesprávně. Zkusme se zamyslet proč.

– Znalosti diagnostických kritérií pro závislost na návykových látkách, psychotickou poruchu vyvolanou návykovými látkami atd. nejsou takové, jaké by měly být. Např. řada lidí používá pojem „závislost“, aniž by si uvědomovali, že se jedná o poměrně přesně definovanou diagnostickou kategorii, natož aby znali její znaky (Nešpor, 2000). Kromě toho se mnohdy používají pojmy, které nejsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí uvedené a mají nejednoznačný a nejasný význam. Tak pojmy „toxikoman“, „heroinista“, „alkoholik“, „feták“ atd. většinou znamenají člověka závislého na návykových látkách, ale mnohdy jsou laicky používány i pro toho, kdo je momentálně pod vlivem návykové látky nebo ji škodlivě užívá bez závislosti. Pro nejasnost významu zmíněných výrazů a jejich stigmatizující charakter je lépe je nepoužívat a držet se oficiální terminologie.

– Častým důvodem je nevědomé popírání návykového problému ze strany klienta nebo i vědomé zkreslování jeho údajů o návykovém problému. Důvodem může být stud, snaha vyhnout se nálepce „toxikomana“, obava z reakce okolí (např. zaměstnavatele) nebo snaha být co nejdříve propuštěn ze zdravotnického zařízení v případě nedobrovolné hospitalizace např. pro toxickou psychózu. Údaje ze strany klienta bývá užitečné porovnat s údaji z jeho okolí (rodičů, jiných osob ve společné domácnosti apod.) a pro případné rozpory hledat vysvětlení. Větší otevřenosti ze strany klienta může také napomoci informace, že údaje, které poskytuje, jsou chráněny povinnou mlčenlivostí a nesmí být sdělovány policii nebo zaměstnavateli bez klientova výslovného souhlasu.

– Otázky je třeba klást srozumitelně. Např. otázka „rostla vám tolerance?“ nemusí být srozumitelná a klient na ni odpoví záporně i v případě, že na otázku týkající se zvyšování dávek by odpověděl kladně. Podobně místo otázky „cítíte craving?“ se budeme raději ptát „cítíte silnou touhu po pervitinu a puzení si ho vzít?“

– Další častou chybou je zaměňování příznaků odvykacího stavu nebo nepřímých následků braní drog (rodinné, pracovní i jiné problémy) za jinou duševní chorobu (např. depresivní nebo úzkostnou poruchu). Souběh závislosti s jinou duševní poruchou je sice možný a poměrně častý, ale diagnostikovat stav společně lze často až po určité době abstinence. Podle zahraničních pramenů je možné odlišit depresivní poruchu od deprese vyvolané návykovou látkou a nepřímými důsledky jejího zneužívání nejlépe po třech měsících, nejméně však po jenom měsíci abstinence (Ciraulo a Shader, 1991). Přesné výsledky nelze po krátké abstinenci očekávat často ani od psychologického vyšetření, zejména pokud bychom chtěli posuzovat postižení paměti a dalších kognitivních funkcí v důsledku zneužívání návykové látky.

Jako příklad uvádíme následující ilustraci. Před lety byla na naše oddělení přijata právnička závislá na alkoholu, u které byl podle výsledku psychologického vyšetření provedeného v ambulanci intelekt postižen do té míry, že odpovídal pásnu debility. Po asi měsíčním pobytu v chráněném prostředí a abstinenci ukázalo psychologické vyšetření hodnoty IQ kolem 120, což odpovídalo jejímu vysokoškolskému vzdělání.

⁴ Viz Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.

⁵ Blíže viz Kalina, kapitola 4/9, Diagnostika a indikace k léčbě.

Summary

Introduction to Diagnostic and Matching Process

A proper diagnosis enables proper treatment, even if the diagnosis is not the only criterium to make an individualised treatment plan. The term "matching" means finding a set of interventions most appropriate for a particular client, not only with regard to his/her diagnosis but also with regard to other factors, such as gender, ethnicity, social situation, extent of the problems etc. Proper diagnostics enable the standardisation of treatment methods and communications between various treatment facilities. A proper evaluation of various treatment methods is also not possible without perfect diagnostics. At the end the author deals with most common mistakes in diagnostic process and how to avoid them.

Key words: diagnostic process – diagnosis – matching – planning of intervention/treatment

Literatura

- Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington a London, 1994, s. 475
- Kubička L., Csémy L.: Validita české verze EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, str. 307 – 315, 1998
- MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
- Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J. Stud. Alcohol, roč. 58, č. 1, str. 7 – 29, 1997

Klíčová slova: akutní intoxikace – diagnostika – gambling – odvykací syndrom – psychotické poruchy – syndrom závislosti – škodlivé užívání

1. Diagnostické schéma

Při zpracování této kapitoly vycházíme především z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je u nás v platnosti, okrajově se ale zmíníme i o diagnostických kritériích Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

V MKN-10 se diagnostické jednotky skupiny „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“ označují kódem F10 až F19, podle toho, o jakou skupinu látek se jedná. Za desetinnou tečku se pak uvede typ poruchy. Např. závislost na pervitinu se kóduje F15.2 (číslo 5 před desetinnou tečkou odpovídá pervitinu a číslo 2 za desetinnou tečkou odpovídá závislosti – viz Tab.1).

Samotný pojem „psychoaktivní látka“ není v MKN-10 definován, ale lze tam najít, o jaké skupiny látek se jedná:

- F10.x** Poruchy vyvolané účinkem alkoholu
- F11.x** Poruchy vyvolané účinkem opioidů (např. heroinu)
- F12.x** Poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů (např. marihuana)
- F13.x** Poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik
- F14.x** Poruchy vyvolané účinkem kokainu
- F15.x** Poruchy vyvolané účinkem jiných stimulantů (např. pervitin)
- F16.x** Poruchy vyvolané účinkem halucinogenů
- F17.x** Poruchy vyvolané účinkem tabáku
- F18.x** Poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědel
- F19.x** Poruchy vyvolané účinkem několika látek nebo jiných psychoaktivních látek

Které látky by se za psychoaktivní ve smyslu MKN-10 považovat neměly, i když psychiku ovlivňují? Bude se jednat o následující skupiny: antidepresiva, laxativa (projímadla), některé léky proti bolesti, vitamíny, steroidy nebo jiné hormony a přírodní nebo lidové preparáty. Ty se řadí do diagnostické kategorie „abusus látek nevyvolávajících závislost“ (kód F55).

2. Akutní intoxikace (F1x.0)

Jedná se o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti nebo psychotické poruše.

DSM-IV: Uvedená definice MKN-10 zhruba odpovídá definici americké DSM-IV.

Projevy akutní intoxikace se liší podle druhu látky, velmi orientačně lze návykové látky rozdělit na tlumivé (např. léky na spaní, „na uklidnění“ a některé léky proti bolesti včetně opioidů), budivé (např. pervitin a kokain) a halucinogenní.

Léčba akutní intoxikace: U těžších intoxikací je třeba neprodleně volat lékaře, důležité je zajistit vitální funkce (dýchání, krevní oběh) a také bezpečnost intoxikované osoby, která může např. pod vlivem pervitinu nebo halucinogenních drog jednat nebezpečně. U některých látek lze podat antidotum (protijed), to ovšem přísluší pouze lékařům¹.

3. Škodlivé užívání (F1x.1)

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. u žloutenky po nitrožilní aplikaci látek) nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo tělesného zdraví uživatele. Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. Skutečnost, že nesouhlas druhých lidí a kulturně podmíněné postoje ke způsobu užívání nebo k určité látce mohou vést k sociálně negativním důsledkům, jako je zatčení nebo manželské spory, není sama o sobě důkazem škodlivého užívání. Akutní intoxikace nebo „kocovina“ nejsou samy o sobě dostateč-

¹ Blíže o léčbě akutních intoxikací viz Dvořáček, kapitola 5/5, Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci – obecné otázky; Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek.

ným důkazem poškození zdraví, které se vyžaduje pro kódování škodlivého užívání. Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti, nebo psychotická porucha nebo jiné specifické poruchy, vyplývající z požívání drog nebo alkoholu.

DSM-IV: Definice škodlivého užívání podle DSM-IV je poněkud širší. Pro tuto diagnózu postačuje jedno z následujících kritérií: Selhávání v důsledku užívání látky v některé životní roli, opakované rizikové užívání (např. při řízení), opakované právní problémy související s návykovou látkou a pokračující užívání navzdory trvajícími sociálními nebo mezilidským problémům.

Z porovnání výše uvedených definic vyplývají zajímavé rozdíly. Tak dospívající, který v souvislosti s užíváním návykových látek selhává v učebním poměru, ale nedošlo u něj k diagnostikovatelnému duševnímu nebo tělesnému poškození, by splňoval definici škodlivého užívání podle DSM-IV, ne však podle MKN-10. Naproti tomu ten, kdo si v důsledku zneužívání alkoholu přivodil poškození jater nebo tak dekompenzuje svojí podrázovou epilepsii, splňuje obě uvedené definice.

Léčba škodlivého užívání: Vhodná je některá z technik časné a krátké intervence², k nimž patří doporučení přestat zneužívat návykovou látku, předání svépomocné příručky, spolupráce s rodinou, posilování motivace (podrobněji viz dále), sebemonitorování (zaznamenávání si výskytu návykového chování nebo bažení – v jakém čase a v jaké situaci k nim došlo, co se osvědčilo při jejich zvládnutí), krizová pomoc na lince důvěry (klientovi je třeba příslušné zařízení doporučit a poskytnout mu i jeho telefonní číslo) a dlouhodobé sledování.

4. Syndrom závislosti (Fx.2)

V MKN-10 se uvádí, že „... užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékafsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,

c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmě z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců, závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

DSM-IV: Definice škodlivého užívání podle DSM-IV je v mnoha směrech podobná, překvapivě však nezahrnuje první z šesti výše uvedených znaků tj. craving (bažení), naproti tomu se klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

Léčba závislosti: Bývá časově i jinak podstatně náročnější než léčba škodlivého užívání a většinou se při ní využívá více postupů zároveň. Podrobnější popis některých technik a postupů viz jiné kapitoly této knihy a literatura k dalšímu studiu (např. Nešpor a Csémy, 1996, Nešpor, 2000).

5. Odvykací stav (F1x.3) a odvykací stav s deliriem (F1x.4)³

Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle dlouhodobém) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem⁴.

DSM-IV: Definice odvykacího stavu v DSM-IV zhruba odpovídá MKN-10

² Viz kapitoly 5/1 až 5/4.

³ Delirium je kvalitativní porucha vědomí s prudkým průběhem. Postižený je desorientován, má poruchy vnímání, bývá rozrušený a úzkostný. Současně bývají přítomny i vegetativní příznaky jako bušení srdce, zvýšení krevního tlaku apod. Delirium se poměrně často objevuje u odvykacích stavů po alkoholu, kde se hovoří o deliriu tremens (delirium s třesem).

⁴ Definice odvykacích syndromů po jednotlivých návykových látkách viz Nešpor, kapitola 2/5, Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty. Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

Léčba odvykacích stavů viz příslušné kapitoly této publikace⁵ nebo doporučená literatura.

6. Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy, kód F1x.5)

Je to porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi typicky sluchovými (časté jsou halucinacemi více smyslů), záměnou osob, bludy (často paranooidními nebo perzekučními) anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor⁶) a abnormálními emocemi (od intenzivního strachu až k extázi). Vědomí je většinou jasné, nicméně někdy se může projevit i určitý stupeň poruchy vědomí, který se však nevyvine v těžkou zmatenost. Zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárlivost, alkoholickou paranoiu a tzv. toxické psychózy po pervitinu, konopí nebo halucinogenech.

DSM-IV: Definice psychotické poruchy vyvolané psychoaktivními látkami podle MKN-10 a DSM-IV jsou si velmi blízké. DSM-IV však obsahuje kromě této diagnostické kategorie i další poruchy, které se v MKN-10 vůbec nevyskytují: Jedná se o emoční poruchu vyvolanou návykovými látkami, úzkostnou poruchu vyvolanou návykovými látkami, sexuální poruchu vyvolanou návykovými látkami a poruchu spánku vyvolanou návykovými látkami.

Léčba toxických psychóz vyžaduje většinou vhodnou farmakoterapii a lékařskou péči.

Zkušenost z praxe: Někdy se mylně zaměňuje toxická psychóza a intoxikace pervitinem, konopím nebo halucinogeny. Aby se diagnostikovala psychotická porucha vyvolaná návykovými látkami, musí stav trvat nejméně 48 hodin. Na druhé straně by měla psychotická porucha po návykových látkách při abstinenci částečně vymizet nejpozději do jednoho měsíce a plně do 6 měsíců. Pokud by se tak nestalo, jednalo by se nejspíše o jinou duševní poruchu (např. schizofrenii), jejíž propuknutí mohlo být návykovými látkami spoluzapříčiněno.

7. Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu vyvolaného psychoaktivní látkou (F1x.6)

Je spojená s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti (dlouhodobá paměť je také někdy zhor-

šena), zatímco bezprostřední paměť je zachována. Obvykle jsou zřejmě poruchy časového smyslu a řazení událostí, rovněž se zhoršuje schopnost učit se novou látku. Konfabulace⁷ mohou být výrazné, avšak nemusí být nutně přítomny. Ostatní kognitivní⁸ funkce jsou obvykle relativně dobře zachovány.

Uvedené poruchy jsou typické pro alkohol, mohou se však vyskytnout i po dlouhodobém zneužívání tlumivých léků. K postižení kognitivních funkcí a soustředění může dojít i po dlouhodobém zneužívání těkavých látek a netamfetaminu (tj. pervitinu, McKetin a Mattick, 1997). Postižení paměti u chronických uživatelů konopí přetrvává 24 hodin po aplikaci drogy, zda a jak dlouho přetrvává u chronických uživatelů při abstinenci, není zatím zcela jasné (Mathias, 1996).

DSM-IV: Definice DSM-IV zhruba odpovídá MKN-10.

8. Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7)

Sem patří demence vyvolaná alkoholem nebo jinými návykovými látkami (tato porucha splňuje všeobecná kritéria pro demenci, přičemž poruchu lze přičíst účinkům návykové látky). Řadí se sem také poruchy osobnosti nebo chování, reziduální afektivní porucha a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí.

Do stejné skupiny se řadí i psychotické reminiscence (tzv. flashbacky⁹). Pro tuto poruchu je typické krátké trvání (řádově vteřiny nebo minuty). Postižený se během „flashbacku“ dostává při abstinenci do stavu, jako by byl pod vlivem drogy (obvykle pervitinu, halucinogenu nebo konopí). Nejčastěji bývají prožitky zrakové a emoční. Flashback může, ale nemusí být vyprovokován nadměrným stresem, jinou drogou nebo únavou.

DSM-IV: Kategorie demence vyvolaná psychoaktivními látkami se v DSM-IV také vyskytuje. Flashbacky se ovšem v DSM-IV označují jako „přetrvávající porucha vnímání po halucinogenních drogách“ a asi vhodněji se zařazují do jiné skupiny poruch.

Léčba psychotických reminiscencí (flashbacků). Klienta bývá vhodné uklidnit, podstatná je dlouhodobá léčba zaměřená k abstinenci včetně abstinence od marihuany. Krátkodobě lze podat např. malou dávku antipsy-

⁵ Viz kapitoly uvedené v předchozí poznámce.

⁶ Nadměrná strnulost nebo ztuhlost, při které postižený minimálně odpovídá na zevní podněty.

⁷ Smyšlenky, které mohou při povrchním vyšetření zakrývat těžké poruchy paměti a které postižená osoba zapomíná a vytváří si místo nich nové.

⁸ Poznávací, týkající se vnímání a myšlení.

⁹ Viz Fišerová, kapitola 2/4, Craving a odvykací syndrom – neurobiologické aspekty.

chotik. Flashbacky většinou vymizí při abstinenci nejdéle do jednoho až dvou let.

9. Další návykové poruchy

Někdy se mluví o „závislosti bez návykové látky“ – na hazardních hrách, počítačích, nakupování nebo práci. O závislost podle MKN-10 se ale nejedná. Patologické hráčství je v MKN-10 zařazeno k návykovým a impulzivním poruchám (skupina F63) a podobně lze uvažovat i klasifikaci některých dalších návykových poruch bez návykové látky. Klinicky mají tyto poruchy ovšem se závislostmi mnoho společného a odborníci v oblasti návykových nemocí se jimi stále častěji zabývají. Více na toto téma viz Nešpor (2000).

Patologické hráčství (F63.0)

Tato porucha spočívá v častých, opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je život stresující.

K diagnostickým vodítkům patří trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života.

Při podrobném pročtení uvedené definice je nápadná podobnost některých z uvedených znaků s příznaky závislosti (craving, zhoršená sebekontrola, zanedbávání jiných zájmů).

DSM-IV: Definice DSM-IV je exaktnější. Dalším rozdílem je to, že podle DSM-IV je možné diagnostikovat patologické hráčství i u sociopatických osobností, kdežto MKN-10 tuto možnost vylučuje.

Léčba: Při léčbě patologického hráčství a při léčbě závislosti se používají některé podobné postupy (posilování motivace, kognitivně-behaviorální postupy, organizace pracujících na principu 12 kroků (organizace Anonymních hráčů, což je obdoba organizace Anonymní alkoholici), relaxační techniky a jóga ke zvládnutí stresu, skupinová a rodinná terapie atd.). Část patologických hráčů hazardně hraje pod vlivem alko-

holu nebo pervitinu. V tom případě je samozřejmě třeba věnovat pozornost i této problematice. Opatrnost nebo abstinence ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám doporučujeme všem patologickým hráčům, aby se nezhoršovala sebekontrola. O patologickém hráčství viz více jinde (Nešpor, 1999)¹⁰.

Závěr

Proces, který vede ke stanovení správné diagnózy, by měl vytvořit dobré předpoklady pro vytvoření léčebného plánu a další léčení. Je možno jít ještě dále a říci, že diagnostický proces by měl být už léčbou samotnou. Tak při diagnostickém rozhovoru s klientem je možné využívat prvky motivačního tréninku (více viz kapitola o diagnostickém rozhovoru) nebo získávání údajů z okolí klienta lze spojit s nějakou vhodnou formou rodinné terapie.

¹⁰ Viz též Frouzová, kapitola 9/1, Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“; Frouzová, kapitola 9/9, Gambleři a gambling.

Summary Diagnostics and Diagnostic Criteria of Disorders Due to Substance Use

This chapter deals with diagnostics and differential diagnostics of mental problems caused by psychoactive substances. ICD-10 is here used primarily, but the similarities and differences with DSM-4 are also pointed out, and these diagnostic systems are compared. Among others, acute intoxication, substance abuse, dependence, withdrawal states and their differential diagnostics are described. There are also mentioned pathological gambling and other addictive diseases, which cannot be labelled as substance dependence but which have some very similar symptoms. Brief remarks about treatment are included as well.

Key words: acute intoxication – dependence – diagnostics – gambling – harmful use – psychoses – withdrawal syndrome

Tab. 1: Diagnostické schéma poruch vyvolaných psychoaktivními látkami (podle MKN-10)

	Skupina látek	Desetinná tečka	Typ poruchy	Případně upřesnění poruchy
F1	0 – 9	F1		

Literatura

- DiClemente C. C., Prochaska J. O., Fairhurst S. K. a spol.: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, roč. 59, č. 2, str. 295 – 304, 1991
- Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994
- Hašto J.: Diagnostické a diferenciálne diagnostické moduly podľa WHO-ICD-10. Integra a Betlehem, Rimavská Sobota, 1997
- Mathias R.: Studies Show Cognitive Impairments Linger in Heavy Marijuana Users, *NIDA Notes*, roč. 11, č. 3, 1996
- McKetin R., Mattick R. P.: Attention and memory in illicit amphetamine users. *Drug and Alcohol Dependence*, roč. 48, č. 3, str. 235 – 242, 1997
- MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha, 1992
- Miller W. R., Zweben A., DiClemente C. C., Rychtarik R. G.: Motivational enhancement therapy manual. U. S. Department of Health and Human Services, ADAMHA, NIAAA, Washington D.C., 1992
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
- Nešpor K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. 2. rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999

Klíčová slova: abscesy – flegmony – orgánová poškození – somatické komplikace – tromboflebitidy

1. Úvod

Drogová závislost je závažný společenský problém s dopady nejen v psychosociální oblasti, ale i v oblasti somatických onemocnění. Uživatel drog je ohrožen nejenom intoxikací či vznikem toxické psychózy, jak bylo popsáno v předchozí kapitole¹. Jeho způsob života vede ke zvýšenému riziku řady chorob infekční i neinfekční povahy. Jindy může užívání drog zhoršit již existující chorobné procesy nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu.

Možnosti somatických komplikací a komorbidit tím však nejsou zdaleka vyčerpány. Aktivní užívání drog s sebou nese výrazně vyšší riziko otrav a úrazů, včetně úrazů dopravních. Mnohdy však bývá možnost intoxikace při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení opomenuta, snad vyjma případů, kdy je úraz doprovázen poruchou vědomí, která neodpovídá závažnosti poranění. Nutno připomenout i skutečnost, že se závislí také častěji stávají obětí násilných trestných činů. V této kapitole se budeme zabývat místními i celkovými infekcemi (kromě krvi přenosných virových onemocnění – AIDS a hepatitid, jimž bude věnována další kapitola) a rovněž různými orgánovými poškozeními, k nimž může dojít zejména v souvislosti s nitrožilním užíváním, ale i při jiných způsobech aplikace.

Velká část zdravotního rizika drogově závislého jedince připadá na vrub *infekčních chorob*. Charakter onemocnění, vyvolávající infekční agens, a v neposlední řadě i klinické symptomy těchto chorob souvisí:

- 1) s používáním nesterilních pomůcek užívaných k i.v. aplikaci, s nesterilní přípravou drogy (často také její primární kontaminací), s vzájemným půjčováním jehel a stříkaček při nedostatku vlastních
- 2) s často nízkou socioekonomickou životní úrovní a z ní vyplývajícím nízkým hygienickým standardem
- 3) se sexuální promiskuitou, která se s životem pod vlivem drogy snoubí a která bývá v horším případě násobena prostitucí obou pohlaví k získání finančních prostředků na drogu nebo drogy samotné.

Průběh infekčního onemocnění a tudíž i diagnostika infekčních chorob u aktivního uživatele drog s sebou nese řadu odlišností. Především nechuť závislého k návštěvě lékaře jej často vede ke zvyšování dávky, která mu pomáhá snášet či dokonce necítit bolest a tím chorobu alespoň na čas zamaskovat. Tento způsob zažehnavání choroby nás později staví před velmi pokročilá onemocnění, ať již infekčního původu či třeba nádorová onemocnění. Při vzestupu horečky si často sám ordinuje antibiotika, což v prvních fázích invazivních onemocnění² znemožňuje bakteriologickou diagnostiku. Na druhé straně dochází zejména již v nemocničním zařízení k příznakům z odnětí drogy, které se manifestují artralgiemi, myalgiemi, třes, tachykardií (cenným příznakem syndromu z odnětí drogy je mydriáza), které mohou dobře imitovat akutní infekční onemocnění. Není ovšem vzácností, kdy si naopak nemocný své obtíže vymýšlí za účelem dostat vyšší dávku analgetika nebo substituční lék. Horečka u uživatele drog není vždy příznakem infekce, ale často pouhou reakcí na nečistoty i.v. aplikované s drogou. Ani ošetřování drogově závislých pacientů není jednoduché. Zejména na otevřených odděleních lze jejich asociální chování jen obtížně tolerovat, obtíže působí nejenom ošetřujícímu personálu, ale především spolupacientům. Nepodřizují se léčebnému režimu a často odcházejí nedoléčení na revers proti radě svého lékaře.

Opakovaně je diskutována otázka imunitní odpovědi drogově závislých jedinců. Z dosavadních studií vyplývá, že humorální složka imunity není drogou ovlivněna. Zvýšení IgG a IgM, které je pozorováno u většiny aktivních uživatelů drog je pravděpodobně odpovědí na opakované antigenní stimuly cestou nitrožilní aplikace cizorodých antigenů. Za určitou dobu po vysazení drogy se hladina imunoglobulinů vrací k normě. Ze studií buněčné imunity nevyplývají žádné jednoznačné závěry a výsledky jsou rozporuplné. Podobné výsledky vykazují studie baktericidní aktivity polymorfonukleárních leukocytů. Situace se mění v případě nákazy HIV, kde je snížení buněčné imunity vázané na pokročilou retrovirovou nákazu. Modulační funkce imunitního systému je ale možná i přímým účinkem některých psychotropních látek. Například vazba opiátů

¹ Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami.

² Invazivní onemocnění rozumíme takové infekce, při kterých bakterie překonají místní obranné mechanismy a dostávají se do cévního řečiště – viz oddíl 3.2 této kapitoly.

na opioidní receptory může být příčinou inhibice imunitního systému (Thomas a spol., 1995).

Onemocnění, která může uživatel drog získat, mohou být v konečném důsledku vážnějším problémem než sama drogová závislost. Mnohdy se jedná o neléčitelné poruchy, které je možné jen stabilizovat (infekce HIV/AIDS), jiné mají nepříznivou prognózu v kombinaci se závislostí jako primárním onemocněním. Rozvoj somatických komplikací je dán specifickým efektem užívané drogy, velikostí dávky, způsobem aplikace drogy a v neposlední řadě délkou drogové kariéry. Z tohoto hlediska můžeme uživatele drog rozdělit do několika kategorií:

1. Experimentátoři a neinjekční uživatelé s kratší drogovou kariérou – skupina uživatelů, u kterých obvykle nenajdeme vážnější zdravotní obtíže. Jsou spíše ohroženi rozvojem drogové závislosti než některou ze specifických tělesných komplikací užívání drog. U této skupiny klientů můžeme nejspíše očekávat poškození nosní sliznice jako následek sniffingu, mohou se ale vyskytnout potenciálně vážné komplikace, které budou souviset spíše se specifickým účinkem látky (např.: neurotoxicita MDMA). Ve většině případů se zdravotní stav může vrátit téměř k normálu.

2. Injekční uživatelé drog dosud bez vážných zdravotních obtíží – typická je kratší anamnéza injekčního užívání, případně vysoká informovanost uživatele o možnostech ochrany a jejich dodržování. K nákaze např. HIV může dojít i při jednorázovém experimentu, ale pomineme-li tuto možnost, rozsah devastace organismu bývá malý a pravděpodobnost návratu k relativně dobrému zdravotnímu stavu při přerušení užívání a přiměřené léčbě je vysoká.

3. Dlouhodobí injekční uživatelé drog se závažnějším zdravotním poškozením – obvykle se jedná o klienty s několikaletou anamnézou injekčního užívání drog. Opakovaně probíhající infekce mohou vést k poruchám výživy, vážnému poškození cévního systému i vnitřních orgánů. Pravděpodobnost výrazného zlepšení zdravotního stavu těchto nemocných bývá nižší.

2. Způsoby aplikace drog

1) Injekční aplikace je spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště. Pokud je infekční dávka (množství bakterií) dostatečná, dochází k rozvoji infekčního onemocnění. Choroboplodné zárodky mohou

být krevním oběhem zaneseny i do vzdálených orgánů.

2) Šňupání-sniffing je méně rizikový způsob aplikace. Branou vstupu je nosní sliznice, která bývá často značně poškozena (některé látky, např. kokain způsobují její odkrvění-anemizaci; při opakovaných aplikacích dochází k její atrofii, posléze i destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu).

3) Inhalace – při inhalaci dochází ke vstřebávání účinné látky plicními sklípky. Rychlost nástupu účinku je oproti předchozímu způsobu vysoká, nedosahuje však rychlosti při i.v. aplikaci. Nejčastěji se tímto způsobem užívají konopné drogy, heroin nebo organická rozpouštědla. Při užívání posledně zmíněných látek dochází k poleptání plicních sklípků. Inhalace kouře zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorových i infekčních onemocnění dýchacího systému.

4) Perorální aplikace (ústí) s sebou nese riziko špatně odhadnutelné dávky pro pozdní nástup účinku. Také biologická dostupnost (tj. % využití látky z užitého množství) je nízká.

3. Bakteriální infekce nitrožilních uživatelů

Jejich vznik je vázán na nesterilní aplikaci drogy i.v. Patogeticky lze tyto infekční komplikace rozdělit na povrchové a invazivní.

3.1. Povrchové infekce

Povrchové neboli lokální infekce, které postihují kůži, sliznice a měkké tkáně přivedou uživatele drog jen málokdy k lékaři. Nejenom proto, že zpočátku nemají velké obtíže, ale i pro nechuť vůbec lékařskou péči vyhledávat. Nejčastěji se s nimi proto setkávají pracovníci kontaktních center a na nich zůstává rozhodnutí, zda odeslat nemocného k lékaři.

Lokální záněty nejsou zpravidla doprovázeny celkovými příznaky infekce, jako je horečka, celková schvácenost. Většinou jde o kožní infekce a infekce podkožních měkkých tkání. Klinicky se projevují jako kožní ulcerace, často i velmi rozsáhlé, impetigo, povrchní i hluboké abscesy³ a flegmóny⁴, povrchové záněty žil. Povrchní kožní hnisavé procesy jsou charakteristické hnisavou sekrecí, vznikem žlutavých krust, popř. okolním zarudnutím s otokem. Vznik abscesu a flegmóny je doprovázen zarudnutím, vyklenutím postižené oblasti a výraznou bolestivostí. Abscesy a flegmóny jsou doprovázeny celkovými příznaky infekce a jejich léčba se neobejde bez lékařského zásahu (chirurgické vyčištění ložiska a podání antibiotik). V některých případech

³ Absces je lokalizovaný hnisavý zánět, tedy dutina která vzniká zkapalněním postižené tkáně. Je vyplněná hnisem který je tvořen exsudátem se zbytky bakterií, leukocytů a tkáňovým detritem. Abscesová dutina je ohraničena zprvu jen rozpadlou tkání a fibrinem, později opouzděna pevnou pyogenní membránou, která brání průniku antibiotik do ložiska. Absces se může spontánně provalit navenek – vzniká hnisavá píštěl.

⁴ Při flegmóně k ohraničení nedochází, proces se šíří do okolí.

bývá vhodná krátkodobá hospitalizace. Antibiotika by měla v těchto případech volena tak, aby postihla nejběžnější bakterie, které zánět vyvolávají (*Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*). Lehčí povrchní záněty žil, méně rozsáhlé flegmóny či počínající abscesy mohou být léčeny pouze lokálně (masti s Ketazonem, Višněvského balzám apod.) Zanedbání lokálních infekcí může vést k rozvoji invazivního onemocnění.

V souvislosti s povrchními kožními infekci je nutno se zmínit i o poměrně často se vyskytujícím parazitárním kožním onemocnění – *svrabu*. Svrabem trpí často závislí bez domova, squatteři, typičtí uživatelé pervitinu a návštěvníci kontaktních center. Diagnostika tohoto parazitárního onemocnění skýtá při zpravidla přítomné impetiginizaci⁵ řadu obtíží a je lépe ji ponechat na kožních specialistech. Léčba spočívá v týdenní lokální léčbě, nejlépe za hospitalizace. Problémem zůstávají reinfekce při návratu do squattu či nošení infikovaných oděvů.

3.2. Invazivní infekce

Invazivními onemocněními rozumíme takové infekce, při kterých bakterie překonají místní obranné mechanismy a dostávají se do cévního řečiště. Přítomnost bakterií v cévním řečišti může být pouze krátkodobá, která díky přirozeným obranným mechanismům lidského organismu zůstává bez klinické odezvy a nemusí zanechávat následky. Hovoříme o krátkodobé či přechodné (tranzitorní) bakteriémii. Jestliže není bakteriální infekce v krvi rychle zvládnuta, pozorujeme již příznaky zánětu (horečka, zrychlený dech, puls) a v těchto případech již hovoříme o *sepsi*. Včasná léčba i zde může zanechat onemocnění bez následků. Bohužel u uživatelů drog se často setkáváme s pokročilými stavy, kdy dojde již k projevům závažné sepse s postižením a poruchou funkce více orgánů. Tento stav může vyústit v tzv. septický šok, při kterém dochází k selhání více orgánů, především ledvin a plic. Úmrtnost u takto rozvinutých septických stavů je vysoká i při adekvátní léčbě na anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

I přechodná bakteriémie může vést k vytvoření metastatického hnisavého ložiska kdekoli v těle včetně důležitých orgánů, např. v srdci, ve slezině, k septické plicní embolii a k jiným vážným a život ohrožujícím stavům.

Nejvíce je nemocný ohrožen vznikem *infekční endokarditidy*, při které se mikrobiální infekce usídí na srdeční nitrobláně, nejčastěji na chlopni. Nejvíce jsou ohroženi jedinci se srdeční vadou, která nemusí dotyčnému až do této doby dělat nejmenší obtíže. I u in-

fekční endokarditidy je nejčastějším patogenem *Staphylococcus aureus* nebo *Streptococcus pyogenes* (popř. oba najednou), méně často je izolována běžná gramnegativní flóra (*Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp., *E.coli*, *Proteus*). Ve skutečnosti může být vyvolatelem každá bakterie, která invaduje do krevního řečiště. Pozorovány bývají i polymikrobiální infekce. U i.v. uživatelů drog je většinou postižena trojčipá chlopeň v pravém srdci. Klinické příznaky pravostranné endokarditidy se projevují především horečkou, příznaky systémové infekce a plicní symptomatologií (nehojící se či opakované záněty plic, pohrudnice) v důsledku septických embolizací do malého oběhu. Šešest na srdci u endokarditidy trojčipé chlopně nepatří ke konstantním klinickým příznakům a také srdeční selhávání bývá pozorováno jen zřídka. Zdroj septických plicních embolizací nemusí být jen v pravém srdci, ale i ve vzdálené *septické tromboflebitidě*, např. pánevních žil. Méně často bývají postiženy chlopně levého srdce, při které prvním příznakem může být embolizace do mozku. Z této komplikace musí být vždy podezíráno náhle vzniklé ochrnutí poloviny těla u mladého jedince, zejména injekčního uživatele drog, zvláště u horečnatých stavů.

Absces sleziny může vzniknout v důsledku septické embolizace při levostranné endokarditidě, ale také následkem bakteriémie bez postižení srdečních chlopní. Podobně jako v předchozích případech i zde jsou nejčastěji izolovány *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*, i když nezřídka jsou pozorovány i infekce vyvolané anaerobními bakteriemi (*Fusobacterium* spp.). U injekčních uživatelů drog nezřídka pozorujeme několik infikovaných ložisek, z nichž jsou izolovány rozličné patogeny a proto také není v těchto případech jistota, že bakterie izolovaná z hemokultury se podílí na vzniku abscesu sleziny. Ze zahraničí je hlášena dokonce lokální i diseminovaná infekce vyvolaná *Bacillus anthracis*, kterým byla primárně kontaminována droga (Afghánistán, kde se anthraxové spóry v půdě vyskytují, byl až donedávna jedním z největších výrozců heroinu).

4. Orgánová a systémová postižení

4.1. Poškození cévního systému

Při injekční aplikaci drog vždy dochází k *mechanickému poškození* cévního systému. Jedinci s letitou drogovou kariérou, kterým zbývá již jen omezený počet míst vhodných k i.v. aplikaci drogy se uchylují k aplikaci do v.jugularis, v.subclavia či vena nebo arteria femoralis. Opakované vstupy do těchto velkých cév s sebou nesou riziko vzniku mikrotraumat, která vedou k tvorbě trombóz, s následnou ischemií okolních tkání, popř. v tvorbu abscesů. K tvorbě trombů přispívá i nečistota nebo rozpouštědla, která vyvolávají uvolnění norepinefrinu, který způsobí stažení cévy, lokální poškození, popř. nekrózu. K poškození cévní stěny nadále přispívá skutečnost, že aplikované roztoky mají jiné pH a osmolaritu než plasma. Aplikace kokainu může způ-

⁵ Bakteriální superinfekce, která se klinicky projevuje jako hnisavý proces kožní

sobit vznik trombu i na vzdáleném místě od místa vpi-
chu a kožní infekce i infekce měkkých tkání může vy-
volat kokain i po inhalačním použití. Trombus může být
zpočátku sterilní (bez přítomnosti bakterií), ale dříve
nebo později dojde bakteriálnímu osídlení.

Tromboflebitidy hlubokého žilního systému většinou
na dolních končetinách se klinicky projevují výrazným
otokem a bolestivostí, která často znemožňuje chůzi.
Při utržení krevní sraženiny dojde k masivní plicní em-
bolii a k srdečnímu selhání. „Drolení“ trombu po men-
ších částechkách vede k tzv. sukcesivní embolizaci –
uzavírání menších plicních cév a omezení perfúzní ka-
pacity plic. Dochází tak ke ztrátě schopnosti plic do-
statečně okysličovat krev. Infikované části trombu (tzv.
septické embolizace) mohou být příčinou vzniku plic-
ních abscesů. Dolní končetina postižená zánětem hlu-
bokého systému má ve srovnání s druhou větší objem
(edém) a zamodralou barvu. Často si nemocný stěžuje
na tupou bolest v chodidle či lýtku. Bolestivě vnímá sil-
nější palpaci lýtky, stehna nebo tlak na chodidlo.
Onemocnění je indikací k okamžité hospitalizaci. Léčba
spočívá v podávání antikoagulancií⁶ do žíly nebo pod-
kožně, v případě zlepšení průchodnosti žilního systému
je možno přejít na perorální léčbu (kumarinové prepa-
ráty). Nevýhodou perorálního podávání antikoagulan-
cií je bezpodmínečná nutnost pravidelných laborator-
ních kontrol srážlivosti krve. Tato podmínka léčby není
zpravidla aktivními uživateli drog dodržována, léčba
není dokončena, nedojde k zhojení trombózy a vzniká
neprůchodnost žilního systému s rozvojem chronické
žilní nedostatečnosti. Tento stav vede k tvorbě nehojící-
ch se vředů na dolních končetinách, k vzniku opakova-
ných infekcí vyvolaných *Streptococcus pyogenes*
(růže), *Staphylococcus aureus*, ale i gramnegativními
tyčkami. Pokročilé stavy vyžadují denní ambulantní
péči a často i hospitalizaci. Kdykoli může nemocného
postihnout embolizace do plic.

Jak již bylo řečeno, z původně povrchových infekcí nebo z neinf-
kovaných trombóz může vzniknout invazivní nákaza ve smyslu ce-
lulitidy, nekrotizující fasciitidy, myositidy, sepse, septické trombo-
flebitidy, traumatických arteriovenózních píštělí, hlubokých
abscesů s intermitentním uvolňováním bakterií do krevního ře-
čiště, záněty kostní dřeně, apod.

Závažnou komplikací intravenózního užívání drog je vytvoření
aneurysmatu. Jde o tzv. pseudoaneurysma, kde opakující se pora-
nění periferní žíly vede ke vzniku zpočátku sterilního krevního vý-
ronu kolem cévy a poškození cévní stěny. Ta se časem infikuje, zá-

něť se šíří do okolí, vzniká absces či celulitida, posléze dochází ke
komunikaci s arterií, méně často žílou a k vytvoření pseudoaneu-
rysmatu. Takto jsou nejčastěji postiženy femorální (stehenní)
tepny (spíše vlevo, neboť je převaha praváků), méně často jsou po-
stiženy cévy na krku. Vážnou komplikací je v tomto případě rup-
tura. Obvyklými klinickými příznaky, které vznik aneurysmatu
provázejí jsou bolestivost a pulzující resistance v dané lokalizaci,
celkové příznaky zánětu. Cenným příznakem bývá nedokrvení
dolní končetiny, příznaky utlačení nervů, vibrace v místě rezis-
tence popř. šelest. Ultrazvukové vyšetření může snadno zaměnit
aneurysma za absces, proto rozhodující pro včasnou diagnózu je
arteriografie. Z antibiotik obvykle volíme protistafylokoková anti-
biotika, pokud je z mikroskopického vyšetření punktátu podezření
na gramnegativní tyčky, přidáváme aminoglykosid. Chirurgická in-
tervence je nezbytná, antibiotika podáváme pod dobu 4 – 6 týdnů.

Postižení srdce ve smyslu infarktu myokardu, arytmií,
ale i náhlého selhání bývá pozorováno zejména u uživa-
telů psychostimulačních látek i bez souvislosti s in-
fekcí. Důvodem bývá vyčerpání organismu se srdeční
arytmií. Důvodem náhlé srdeční smrti může být i em-
bolie plicnice, zejména u uživatelů drog, kteří mají
trombózu DK, což vůbec není vzácné. Jistě se na celém
procesu podílejí i metabolické změny ve smyslu hypo-
xie, laktátové acidózy a všech důsledků anaerobního
metabolismu při vasokonstrikci ve splanchnické ob-
lasti.

4.2. Dýchací systém

Plicní postižení patří u i.v. uživatelů drog k nejčastěj-
ším. Rozsáhlé akutní nebo chronické poškození plic
vede k nedostatečnému okysličení krve a tím k poško-
zení mnoha orgánů (nejcitlivější je nervová tkáň).
Kromě poškození plic může dojít i k zástavě dechového
automatismu vlivem intoxikace opiáty. Děje se tak sní-
žením citlivosti dechového centra k CO₂, intoxikovaný
umírá bez pocitu dušení. Útlum dechového centra mo-
hou ve vyšších dávkách vyvolat i jiné tlumivé látky,
včetně alkoholu. Plice mohou být postiženy drogou na-
vozeným bronchospasmem, otokem plic, popřípadě
talkovou granulomatózou. Uživatelé drog jsou větši-
nou silní kuřáci cigaret, mají narušenou samočisticí
činnost průdušek a průdušinek, při poruše vědomí pod
vlivem drogy dochází snadno k aspiraci žaludečního
obsahu. Všechny tyto faktory podstatně přispívají
k propuknutí infekce.

Aspirační pneumonie, která vzniká vdechnutím žalu-
dečního obsahu, provází někdy předávkování opioidy⁷.
Aspirace může také komplikovat těžší opilost, nebo in-

⁶ Léky zabíraující srážení krve.

⁷ Opiáty dráždí chemorecepční zónu pro zvracení a současně tlumí kašlací reflex.

toxikaci jinými tlumivými látkami. Jedná se o velmi vážnou komplikaci, dochází k natrávení plicního parenchymu a rozvoji pneumonie často gangrenózního charakteru. Bez hospitalizace a masivní antibiotické léčby nemocný umírá.

Uživatelé opiátů mají také větší sklon k *zápalům plic*. Ty vznikají v důsledku hypoventilace plicních okrsků hlavně v okolí páteře. Možnou komplikací u těchto pacientů je *akutní plicní otok*. Vzniká narušením mnoha regulačních mechanismů (zvýšený tlak v plicních kapilárách, pokles hladiny krevních bílkovin, hypoventilace a jiné) v kombinaci s různými poškozeními (např. hypoxie nebo poškození plicních kapilár).

Pevné částechy obsažené v roztoku určeném k injekční aplikaci jsou krví zaneseny až do plicních kapilár a způsobují *mikroembolizaci*. Cizorodý materiál vyvolává zánětlivou reakci – pneumonitidu – dochází k proliferaci v intersticiálním prostoru a ztlustění stěn alveolů a tím i k omezení funkční kapacity plic. Poleptání plic je charakteristické při inhalaci organických rozpouštědel. Podobně jako v předchozím případě může při dlouhodobém zneužívání dojít ke ztlustění stěny alveolů a k ztížení difúze pro O₂ a CO₂. Opakované či nehojící se *pneumonie*, *pleuropneumonie* nebo *plicní abscesy* by měly být podezřelé ze septických embolizací při pravostranné endokarditidě.

4.3 Postižení oka, ledvin a centrálního nervového systému

Vzácné, ale vážné infekční komplikace mohou postihnout i *oční bulbus*. Zvláště prognosticky nepříznivé jsou kvasinkové infekce (*Candida albicans*), které zpravidla vznikají při kandidových sepsích. Následná endoftalmitida si nezdávka vyžádá enukleaci bulbu. Embolizace očních kapilár vede k poruchám sítnice – *retinopatiím*, které bývají ireverzibilní. Chronický abusus stimulačních látek může vést k šedému nebo zelenému očnímu zákalu (katarakta, resp. glaukom). Obě onemocnění mají při přiměřené léčbě dobrou prognózu.

K *poškození ledvin* dochází po dlouhodobém injekčním abusu a opakovaných infekčních komplikacích. Při nich dochází k rozpadu bílkovin tvoří se tzv. *amyloid*, který se ukládá ve stěnách nefronů⁸, dochází tak ke změně v rovnováze vylučování a zpětné resorpce. U heroinistů černé pleti se může rozvinout *maligní nefroskleróza*, s rychle progredující poruchou funkce ledvin. Pokročilá stádía obou onemocnění si zpravidla vynutí dialyzační léčbu. Akutní poškození ledvin může vzniknout v souvislosti s užíváním tzv. tanečních drog, zejména MDMA. Dlouhotrvající nedostatek tekutin v kombinaci s extrémní fyzickou námahou vede

k dehydrataci pacienta a k sekundárnímu rozvoji šokové ledviny s poruchou jejich funkce. Prognóza tohoto poškození ledvin záleží na stupni poškození a to se odvíjí od rozsahu ztráty tekutin. Pouze rychlá náhrada tekutin, popřípadě další podpůrná opatření vedou k znovuoobnovení funkce ledvin bez dalších následků.

Postižení CNS: Infekce centrálního nervového systému (CNS) jsou na rozdíl od jiného poškození CNS u uživatelů drog relativně méně časté. O mozkových abscesech v důsledku septických embolizací při infekční endokarditidě bylo pojednáno v předchozím oddílu. Pochopitelně i injekční uživatel drog může onemocnět hnisavým zánětem mozkových blan či aseptickou meningoencefalitidou, aniž by původ infekce byl vázán na aplikaci drogy. V těchto případech je nutné diferencovat mezi zánětem CNS, vlivem drogy či naopak syndromem z odnětí drogy a rychle stanovit diagnózu. Extrémní bolesti hlavy, porucha vědomí a přítomnost příznaků z dráždění mozkových plen by mělo lékaře prvního kontaktu vést k převozu nemocného na jednotku intenzivní péče. Jakékoli prodlení ve stanovení diagnózy vede k pozdnímu zahájení léčby, což může být pro nemocného osudné.

Fyzikálně-chemický vliv toxické látky na CNS se uplatňuje nejvíce u abusu organických rozpouštědel. Základem jejich účinku je narušení fluidity lipidní buněčné membrány. Při pravidelném užívání dochází k jejímu poškození, při pitvě chronických uživatelů se nezdávka nacházejí v mozkové tkáni dutinky, klinicky nacházíme postižení mozečku a kognitivních funkcí. Po vysazení je stav jen částečně reverzibilní.

Užívání psychostimulačních látek vede k prudkému vzestupu krevního tlaku, který může způsobit *krvácení do mozkové tkáně*. V případech přítomnosti *vrozených výdutí* na mozkových tepnách, do této doby asymptomatických, může při zvýšení krevního tlaku dojít k jejich ruptuře, následnému *krvácení* mezi mozkové pleny, popřípadě k destruuujícímu mozkovému krvácení. Prognóza postižení CNS závisí na rozsahu poškození mozkové tkáně.

⁸ Nefron je základní funkční jednotka ledvin. Dochází v něm k ultrafiltraci krevní plasmy a zpětné resorpci látek z primární moči.

Summary

Somatic Complications and Co-morbidity

Drug misuse and drug-related lifestyles lead to higher risk of many infection and non-infection diseases. In this chapter the authors describe various local and general infections (except for AIDS and hepatitis, which are presented in the next chapter) and the diseases of cardio-vascular, respiratory and other systems related particularly to intravenous usage but also to other ways of application.

Key words: abscess – endocarditis – phlegmona – somatic complications – trombophlebitis

Literatura

viz seznam u kapitoly 4/4

MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.

(Baierová, Šlárová), nar. 1949 v Praze. V r. 1973 promovala na tehdejší FDL UK v Praze (nyní 2. LF UK), atestace 1. stupně z pediatrie 1976, specializační atestace v oboru infekčních chorob 1980, kandidátská práce z oboru infekčních meningitid 1995. 27 let pracovala na Infekční klinice ve Fakultní nemocnici Bulovka a učila na 2. lékařské fakultě UK, v r. 2000 nastoupila na primářské místo na Infekční oddělení ve FN Motol, kde pracuje dosud. Působí též jako externí pedagog na 3. LF UK a jako lektor České lékařské komory. Členka České odborné společnosti infekčního lékařství,

České pediatrické společnosti při ČLS JEP a European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Zabývá se kromě jiného jaterními chorobami dospělých a v rámci Infekčního centra drogově závislých, které je součástí Infekčního oddělení v Motole i infekčními chorobami, které uživatele drog ohrožují. Publikovala téměř 40 článků v domácích i zahraničních odborných časopisech a statí v monografiích.

Kontakt: Infekční oddělení FN Motol, V úvale 51, 150 00 Praha 5 – Motol

E-mail: jirina.hobstova@lfmotol.cuni.cz

MUDr. Jakub Minařík – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/2.

Klíčová slova: AIDS – HIV – infekční hepatitidy – nitrožilní užívání – žloutenka typu A,B,C

1. Hepatitida typu A

Toto onemocnění je pouze výjimečně přenášeno krevní cestou. Heparna virus ze skupiny Picornavirů, který hepatitidu A vyvolává, je vylučován stolicí již ke konci inkubační doby, tedy v době, kdy nemocný nemá ještě žádné obtíže. Inkubační doba je 2 – 8 týdnů. Hlavním způsobem přenosu jsou špinavé ruce. Nákaza se snadno šíří v kolektivech s nízkým hygienickým standardem (mytí rukou po použití WC). Při způsobu života v některých komunitách (squatty) není epidemický výskyt hepatitidy A vzácností. K přenosu nákazy může přispět i sexuální kontakt, zejména při užívání orálně-análních praktik. Velké epidemie jsou zpravidla vyvolány konzumací infikované potraviny.

K hlavním klinickým příznakům patří zažívací obtíže: nechutenství, nadýmání, zvracení, někdy i zvýšená teplota. Často nemocného přivede k lékaři pouze pozorování tmavé moči, světlejší stolice či žluté zbarvení očního bělma nebo kůže celého těla.

V České republice je povinná izolace nemocného na infekčních odděleních po dobu 2 týdnů. V léčbě se uplatňuje dietní režim v akutní fázi, popřípadě tzv. symptomatická léčba. Účinný antivirový preparát není k dispozici. Hepatitida A nepřechází do chronického stadia a pokud nemocný dodržuje ochranný režim v akutní fázi a rekonvalescenci, dochází zpravidla k úplnému uzdravení. K dietním opatřením patří zejména zákaz alkoholu, který je pro jaterní buňku přímo toxický. Nejúčinnější prevencí je očkování.

2. Virová hepatitida typu B

Jedná se o kreví přenosnou nákazu. Vyvolavatelem je Hepadna virus ze skupiny Hepadnaviridae. V případě uživatelů drog se virus přenáší pomocí sdílení injekčního náčiní a parafernálií. Přenos je možný i sexuálním kontaktem přes neporušenou sliznici, častý je přenos homosexuálním stykem. Podíl nakažených při injekční aplikaci je u typu B (VHB) jen asi 15 %, častější je nákaza sexuálním stykem (50 %). Z matky, která je v době porodu infikována, dochází k přenosu na novorozence až v 80 %. Takto získaná nákaza přechází zpravidla do chronicity. Inkubační doba je 2 – 6 měsíců.

K nejčastějším obtížím patří výrazná únava, bolesti kloubů, tlak v pravém podžebří. K zežloutnutí kůže nedochází u všech nemocných, i když i bez žloutenky si nemocní všimnou tmavého zbarvení moči, popř. světlejší stolice. Hepatitida B může probíhat velmi těžce, dlouho, může dojít k jaternímu selhání a v 10 % přechází do chronické formy. Chronická hepatitida může vyústit během 6 – 20 let v jaterní cirhózu, ve které se může u malého počtu nemocných vytvořit rakovina jater.

Léčba akutní fáze je podpůrná. Chronické hepatitidy lze se střídavým úspěchem léčit antivirovými preparáty (interferon, lamivudin). Účinným způsobem, jak tomuto onemocnění předejít, je vakcinace. K dispozici je monovakcína proti hepatitidě B, popřípadě kombinovaná s vakcínou proti hepatitidě A. V ČR se od roku 2001 proti hepatitidě B očkují všichni novorozenci a dvanáctileté děti, u kterých se předpokládá počátek rizikového chování. Uživatelé drog patří do vysoce rizikové skupiny a vakcinace by jim měla být důrazně doporučena, a to nejlépe v kontaktních centrech.

3. Virová hepatitida C

Tato další kreví přenosná nákaza má obdobný způsob přenosu jako hepatitida B, pouze je vyšší podíl přenosu kreví než sexuálním kontaktem. Přenos z infikované matky na novorozence se odhaduje na 2 – 5 %. Vyvolavatelem je virus ze skupiny flavovirů. Rozeznáváme 6 genotypů, což má význam jednak epidemiologický (geografická distribuce), ale i prognostický. Na našem území se uplatňuje především genotyp 1a, 1b, který je bohužel velmi rezistentní k léčbě.

Inkubační doba je 2 – 12 týdnů. Na rozdíl od hepatitidy B je u většiny nemocných akutní průběh s klinickými příznaky a ikterem vzácný (20 %), spíše bývá infekce diagnostikována již jako chronická. Přechod do chronicity je pozorován v 70 – 80 %. U 7 – 20 % nemocných s chronickou hepatitidou C vzniká během 6 – 20 let cirhóza (požívání alkoholu její vznik značně urychluje). Cirhotik je posléze ohrožen vznikem rakoviny jater (0,7 % – 3,4 %). Úmrtí v souvislosti s jaterním postižením je popisováno v období 6 – 20 let od začátku hepatitidy C v 1,3 % – 5,3 %.

Prevence hepatitidy C očkováním není možná. Je možná protivirová léčba chronických forem, a to interferonem a ribavirinem. Ani při použití nejmodernějších interferonů není možné trvale vyléčit všechny nemocné. Léčba je doporučena pouze pro nemocné, kteří vykazují biochemickou i virologickou aktivitu jaterního zánětu. Vzhledem k častým vedlejším účinkům léčby (myelosuprese, hemolytická anémie, depresivní syndrom) jsou nutné pravidelné lékařské kontroly, které vyžadují spolehlivost nemocného, kterou aktivní uživatelé drog nezaručují. Velmi častým nežádoucím účinkem podávání interferonu je tzv. flu-like syndrom, který se projevuje horečkou, bolestmi ve svalech a chřipkovitými příznaky, které se velmi podobají obtížím, které jsou charakteristické pro syndrom z odnětí drogy. Možné reinfekce u aktivních toxikomanů by finančně velmi náročnou léčbu znehodnocovaly. To jsou hlavní důvody, proč doporučujeme léčit závislé pouze v případě doložené roční abstinence od drog.

Doporučení pro nemocné s chronickou hepatitidou B a C při pobytu v terapeutických komunitách

Závislí s chronickou hepatitidou B i C by měli dodržovat běžný hygienický standard (vlastní holení, ručníky). V případě, že nemají vysokou biochemickou aktivitu jaterního poškození nemají žádná omezení ve smyslu diety či omezení fyzické námahy. V opačném případě je třeba se řídit doporučením lékaře z jaterní poradny. V případě únavy by se jim měl poskytnout žádaný odpočinek. Tzv. hepatoprotektiva (Flavobion, Essenciale, Lipovitan) nejsou nutná a jedině, co je jim přísně zakázáno, je pro játra toxický alkohol, jehož požívání ani pobyt v TK nepřipouští, podobně jako sexuální kontakt. Pravidelné měsíční kontroly laboratorních testů v jaterní poradně jsou z výše uvedených důvodů vhodné.

4. Infekce HIV (Human Immunodeficiency Virus) / onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

Vyvolavatelem onemocnění je HIV patřící mezi retroviry. Je poměrně citlivý na zevní podmínky, hyne při teplotách nad 60° C a při zaschnutí, zničí jej i běžné dezinfekční prostředky. HIV napadá buňky imunitního systému člověka (lymfocyty, které nesou CD 4 receptor) a tím způsobuje postupnou ztrátu imunity.

AIDS již je pokročilé stadium nemoci, ve kterém je nemocný, díky ztrátě především buněčné imunity, náchylný onemocnět řadou oportunních infekcí, nádory a celkově schází. V neposlední řadě je postižen i centrální nervový systém, a to jak HIV, tak jinými viry, houbami či nádory.

Celosvětově je hlášeno přibližně 60 mil. onemocnění, z toho již téměř 20 mil. nemocných infekci podlehl, z nich byly necelé 4 miliony dětí. V České republice je hlášeno dosud celkem 550 případů HIV pozitivních nemocných včetně AIDS a z nich již nákaze podlehl celých 100 nemocných.

Virus se přenáší podobně jako výše uvedené hepatitidy C a B, ale na rozdíl od nich je nejčastějším způsobem přenosu nechráněný sexuální styk homosexuální i heterosexuální. Vysoká koncentrace viru je zjišťována zejména ve spermatu, poševním sekretu a krvi. Možný je přenos z matky na dítě během porodu či kojení.

Průměrná inkubační doba je 3 týdny do vzniku tzv. primoinfekce. Ta se asi u poloviny nemocných klinicky projeví příznaky podobnými infekční mononukleóze (zvýšené teploty, zvětšené uzliny). Následuje fáze nosičství HIV, které není doprovázeno žádnými nebo minimálními klinickými příznaky, virémie kolísá. Včasná diagnostika HIV infekce vede k brzkému zahájení léčby a tím k významnému prodloužení kvalitního života za předpokladu pravidelných kontrol imunitního systému (CD4 T ly) v některých z AIDS center (krajská zařízení). Léčba HIV pozitivních pacientů spočívá v podávání antiretrovirových léků, v profylaxi oportunních infekcí a jejich včasné léčbě, v dietních opatřeních a podpoře výživy. Takto prováděná léčba dokáže prodloužit kvalitní život nemocného přesto, že zatím nedokáže onemocnění vyléčit. Stadium klinicky plně rozvinutého onemocnění AIDS nastupuje v závislosti na typu léčby až po 10 – 15 letech i déle. Nemocný ve stadiu AIDS zmírá na některou z oportunních infekcí vyvolanou převážně viry a houbami (pneumocystová pneumonie, tbc, kryptokokové meningitidy, toxoplazmóza CNS, akutní cytomegalovirová nemoc). V tomto období nemocný chátrá a mohou se objevit některé typy nádorových onemocnění (Kaposiho sarkom, lymfomy).

Nejdůležitější je tedy prevence onemocnění prosazováním bezpečných sexuálních praktik, výměnnými programy injekčních jehel a stříkaček u injekčních uživatelů drog a osvětou prováděnou zejména u dětí a v rizikových skupinách.

Jak vyplývá z výše uvedených čísel, infekce HIV/AIDS zatím není v ČR příliš rozšířena. Jistě k tomu přispívají podmínky, které jsou v ČR splněny:

1. vysoká dostupnost testů na přítomnost protilátek proti HIV, na požádání i anonymně
2. legální dostupnost sterilního injekčního náčiní pro injekční uživatele drog

3. HIV preventivní programy zaměřené přímo na populaci injekčních uživatelů drog

4. výše uvedené preventivní aktivity byly zahájeny včas, což je dříve než počet HIV pozitivních mezi IDU dosáhne 5 %

HIV pozitivní nemocný by neměl být vyloučen z běžného života ani z pobytů v léčebných komunitách. Opatření vedoucí k šíření nákazy jsou identická jako u virové hepatitidy B. Bezpečný sex je při pobytu mimo komunitu zásadním opatřením bránícím šíření nákazy.

Závěrem je nutné připomenout, že sexuální promiskuita, popř. prostituce vede k zvyšující se incidenci venereckých chorob v této populaci. Setkáváme se nezdávka s neléčenými pohlavními nemocemi v pokročilém stadiu. Často je diagnostikujeme pouze při hospitalizaci z jiného důvodu a léčba bývá obtížná.

Summary

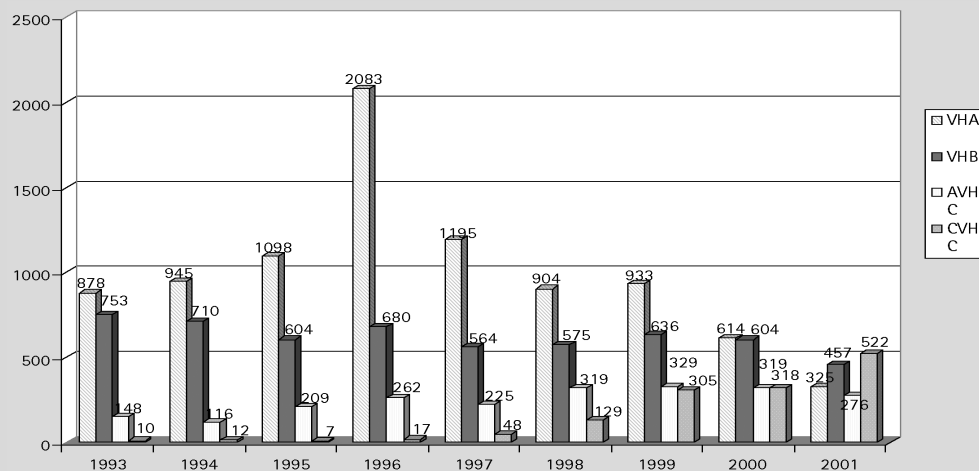
Blood Transmitted Viral Infections

The chapter deals with blood-transmitted viral infections linked to non-sterile intravenous drug usage. At first, the authors describe hepatitis B and C (hepatitis A is also mentioned in relation to the lower hygiene among problem drug users). They summarise the clinical symptomatology, development, treatment measures and also practical recommendations for the stays of infected clients in drug treatment facilities. In the

next part, HIV/AIDS are described in a similar way. The question of lower prevalence of HIV/AIDS in drug population in the CR is also discussed, and the authors point out some important factors: accessibility of tests, legal access to the sterile injection equipment, special preventive programmes focused on intravenous users, and the fact of an early implementation of all these measures.

Key words: : AIDS – blood transmitted infections – hepatitis A,B,C – HIV – intravenous using

Graf 1: Incidence virových hepatitid v ČR v letech 1993 – 2001



Zdroj: Zprávy CEM – SZÚ, Praha, roč. 11, č. 2, str. 70, 2001

- Bednář B. a kol.: Učebnice patologické anatomie. Avicenum, Praha, 1975
- Bém P.: Riziko epidemického šíření HIV infekce mezi IVUD a zhodnocení dostupných preventivních aktivit zaměřených na tuto cílovou populaci v České republice. Atestační práce ke specializační zkoušce z léčby návykových nemocí. IPVZ, Praha, 1994
- Beneš J.: Infekční endokarditida. In: Veselka J., Hoňek T., Špatenka J. a kol.: Získané chlopenní vady. Medcore Europe Publishing, Praha, 2000
- Beneš J., Kabelková J., Džupová O., et al.: Infekční endokarditida – pacienti hospitalizovaní na infekční klinice FN Bulovka v letech 1990 – 1999. Cor et Vasa, roč. 42, č. 8, str. 389 – 396, 2000
- Chrobák L. a kol.: Propedeutika vnitřního lékařství. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1991
- Kalina K.: Drog v ordinaci praktického lékaře. Nadace Filia, Praha, 1997
- Kolektiv autorů České republiky: Chirurgická propedeutika. Grada Publishing a Avicenum, Praha, 1993
- Kordač V. a spolupracovníci: Vnitřní lékařství. Avicenum, Praha 1991
- Levine D. P., Brown P. D.: Infections in Injection Drug Users. In: Mandell, Douglas, and Bennett: Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th Edition. Díl 2, str. 3112 – 3126. Publishing Churchill, Livingstone, 2000
- Rozsypal H.: Klinický obraz a léčba AIDS. Maxdorf, Praha, 1998
- Thomas P. T., House R. V., Bhargava H. N.: Direct Cellular Immunomodulation Produced by diacetylmorphine (heroin) or methadone. Gen Pharmacol, č.1 – January, str. 123 – 130, 1995
- Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie (Státní zdravotní ústav, Praha), roč. 11, č. 2, 2002

MUDr. Jakub Minařík – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/2.

MUDr. Jiřina Hobstová, CSc. – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 4/3.

Klíčová slova: deprese – duální diagnózy – duševní poruchy – poruchy osobnosti – poruchy příjmu potravy – posttraumatická stresová porucha – psychopatologie

1. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci

Psychologická komorbidita a psychologické komplikace zneužívání návykových látek nejsou okrajovým problémem. Podle ředitele amerického National Institute on Drug Abuse¹ trpí 30 – 60 % osob zneužívajících návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou (Leshner, 1999), Deykin a Buka (1997) např. uvádějí, že výskyt posttraumatické stresové poruchy² je u dospívajících závislých na návykových látkách 5x vyšší než u jejich vrstevníků, kteří závislí nejsou. V zájmu objektivnosti je ale třeba dodat, že někteří autoři poukazují na okolnost, že se výskyt duševních chorob u lidí závislých na návykových látkách přeceňuje a řada úzkostných a depresivních příznaků při abstinenci spontánně odeznívá (Compton a spol., 2000).

Jaký je vztah duševní poruchy a návykové nemoci?

1. Duševní porucha > návyková choroba

Závislost na návykové látce nebo jiná návyková choroba se objevila v u klienta, který už před tím trpěl jinou duševní poruchou. Výskyt návykových problémů je u řady duševní poruch vyšší než v běžné populaci. To se týká depresivních poruch, poruch osobnosti (častěji u mužů), poruch příjmu potravy (častěji u žen). U žen také bývá častější výskyt sociální fobie³ nebo posttraumatické stresové poruchy ještě před vznikem problému s návykovou látkou.

2. Návyková choroba > duševní porucha

V tomto případě se duševní nemoc manifestovala už u jedince, který návykové látky zneužíval nebo byl na nich závislý. To se týká např. opět posttraumatické stresové poruchy, ta ale vznikla v tomto případě až po rozvoji návykového problému (např. klient byl svědkem smrtelného předávkování blízkého přítele), s postkonvulzními syndromy (po úrazech hlavy a otřesech mozku při intoxikaci), propuknutí schizofrenie nebo deprese u klienta, který dlouhodobě zneužíval drogy z konopí,

což je relativně časté (Troisi a spol., 1998 Allebeck a spol., 1993) apod.

Souvislost mezi zneužíváním návykové látky a duševní chorobu si ovšem nelze představovat zjednodušeně, jak by se mohlo zdát z předchozích schémat. V obou případech jsou totiž příznaky duševní choroby a návykové nemoci v interakci a navzájem se ovlivňují (viz Obr. 1). Tak např. u osob s dissociální poruchou osobnosti se nikoliv překvapivě prokázala větší tendence k používání cizích jehel, a lze předpokládat, že návykový problém zase naopak zhoršil jejich i bez toho obtížnou sociální adaptaci.

2. Diagnostické problémy

Závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza apod. mohou napodobovat prakticky jakoukoliv jinou duševní nemoc včetně např. schizofrenie nebo poruchy osobnosti. Stanovení správné diagnózy na základě jediného vyšetření je obtížné nebo dokonce nemožné. Např. u depresí u závislých se doporučuje před stanovením diagnózy alespoň měsíc abstinence (deprese mohla být vyvolána odvykacím stavem, tělesnými komplikacemi závislosti nebo závislostí vyvolaným psychosociálním stresem). Závislost nebo jiný návykový problém ovšem na druhé straně často překrývá další duševní poruchu a znesnadňuje její rozpoznání.

Je také třeba brát v úvahu i následující okolnosti. Zejména ženy se za návykový problém stydí ještě více než muži, a proto prezentují pouze své duševní obtíže, aniž by přiznaly zneužívání návykových látek. V klinické praxi se setkáváme s ženami závislými na tlumivých lécích, které byly před tím neúspěšně léčeny pro deprese, aniž přiznaly návykový problém. Dalším motivem, proč tajit návykový problém a zdůrazňovat psychické obtíže, může být snaha závislých získat léky, které by bylo možné zneužít či prodat.

¹ Nejvýznamnější americká a patrně i světová výzkumná instituce zaměřená na prevenci a léčbu problémů způsobených nealkoholovými návykovými látkami. Její webové stránky mají adresu: www.nida.nih.gov

² Posttraumatická stresová porucha vzniká jako odezva na stresovou událost neobvykle hroživého rázu. Typické pro ni bývá opakované oživování příslušné události ve vzpomínkách nebo snech a vyhýbání se všemu, co takové vzpomínky vyvolává. Stav bývá provázen zvýšenou dráždivostí, úzkostmi, depresemi a poruchami spánku.

³ Sociální fobie začíná většinou v dospívání, je pro ni typický strach ze zvědavých pohledů jiných lidí v poměrně malých skupinách, častý bývá strach z kritiky, nízké sebehodnocení a vegetativní příznaky (např. červenání, třes, nevolnost, nucení na močení apod.). Takto postižený se obvykle vyhýbá příslušným situacím, což může vést k osamělosti.

U uvedeného vyplývá, že stanovení správné diagnózy nebývá u těchto klientů snadné a chyby, ke kterým zde nezdědka dochází, je třeba posuzovat s jistým pochopením. Diagnostický proces mohou usnadnit zejména následující okolnosti:

- dobrá spolupráce klienta,
- možnost vyšetřit klienta po delší prokazatelné abstinenci (Galanter a Kleber, 1994),
- možnost vyšetřit klienta opakovaně,
- podstatné údaje z okolí klienta, nejlépe od osob ve společné domácnosti nebo těch, kdo ho znají delší dobu,
- dostupnost minulé zdravotnické dokumentace (od praktického lékaře nebo z jiných odborných zařízení) a dobrá komunikace mezi léčebnými zařízeními.
- toxikologická vyšetření (o nich podrobněji v jiné kapitole této knihy⁴), částečně i některá další biochemická vyšetření (např. jaterní testy) a důkladné vyšetření tělesného stavu,
- psychologické vyšetření (o něm podrobněji v jiné kapitole této knihy⁵).

3. Některé časté kombinace návykových nemocí a jiných duševních poruch

Obecně lze říci, že většina duševních problémů zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci i léčbu. Následují některé kombinace poruch, s nimiž se v praxi opakovaně setkáváme.

- *Poruchy příjmu potravy* (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu nebo drogách (mnohem častější u žen).
- *Deprese a úzkostné stavy* a závislost na alkoholu nebo tlumivých lécích (častěji u žen).
- *Dissociální porucha osobnosti* a závislost na alkoholu nebo drogách (podstatně častěji u mužů), typické zde bývá to, že násilné nebo jinak bezohledné jednání předcházelo návykové nemoci a neobjevovalo se až v jejím důsledku.
- *Narcistická porucha*.
- *Patologické hráčství*. Tito klienti také mívají sklon počínat si nezdrženlivě i ve vztahu k práci (někdy se v této souvislosti hovoří o workaholismu) a jsou více ohroženi i závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Mimořádně nebezpečná je kombinace patologického hráčství a závislosti na pervitinu.
- Opakované *dekompensace psychotických onemocnění* související se zneužíváním alkoholu, konopí, pervitinu nebo halucinogenních drog.

4. Léčba klientů s návykovou nemocí a jinou duševní poruchou (tzv. duální diagnóza)

Je zřejmé, že u klienta s duální diagnózou je třeba léčit jak pro návykovou poruchu, tak i pro jiný duševní problém (např. Nunes a spol., 1998). Taková léčba je pak daleko efektivnější než léčba pouze pro návykový problém nebo léčba pouze pro duševní poruchu. Léčba může být *následná* (obvykle nejprve v jednom zařízení pro návykový problém a pak v jiném pro duševní poruchu, návykový problém je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii), *souběžná* (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení) a *integrováná* (v jenom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy). Nejlepší z uvedených možností je zjevně integrovaná léčba, není nám však známo, že by v současnosti působilo v České republice zařízení specializované na léčbu těchto pacientů, i když řada zejména psychiatrických zařízení poskytujících pomoc závislým musí ve větší či menší míře brát v úvahu vysoký podíl pacientů s duální diagnózou.

Při léčbě klientů s duální diagnózou je třeba mít na zřeteli následující okolnosti:

Okolnosti týkající se farmakoterapie

Návykové látky (např. heroin) vstupují do interakcí s psychotropními léky (např. hypnotiky⁶), to vede nezdědka k netypickým stavům nebo i k otrávám. Např. při kombinaci heroinu a tlumivých léků se pronikavě zvyšuje riziko zástavy dechu a smrtelných příhod.

Při předepisování léků je třeba brát v úvahu *možnost vzniku závislosti* na nich a vzniku kombinované závislosti (např. na heroinu a benzodiazepinech). Z tohoto hlediska jsou bezpečné malé dávky antipsychotik a antidepresív, ne však naprostá většina trankvilizérů⁷ a hypnotik. Bývá také vhodné uvažovat o jiných alternativách než léky (např. relaxační techniky, vhodné cvičení, psychoterapie apod.).

Při používání léků je třeba uvažovat o *interakcích* mezi léky, které klient dostává předepsány, a návykovými látkami, které zneužívá nebo by mohl zneužívat. Velmi nebezpečné jsou např. interakce alkoholu a některých antidepresív, alkoholu a methadonu nebo heroinu a tlumivých léků.

Okolnosti týkající se psychotherapeutického přístupu

Léčbu je třeba přizpůsobovat *individuálním potřebám* klienta ještě mnohem více než u klientů s čistě návy-

⁴ Nešpor, kapitola 4/6

⁵ Kastroňová, kapitola 4/5.

⁶ Léky používané pro poruchy spánku.

⁷ Trankvilizéry jsou zklidňující léky.

kovým problémem. Např. u pacienta se schizofrenií je třeba brát v úvahu jeho nižší frustrační toleranci a neklást na něj takové nároky jako na jinak duševně zdravého závislého pacienta v dobrém stavu.

Při psychoterapii těchto klientů je na místě citlivost a opatrnost. Používání dramatických, úzkost vyvolávajících psychotherapeutických technik zde bývá spojeno s vyšším rizikem zhoršení závislosti i duševní choroby. Podpůrná psychoterapie, posilování motivace (Martino a spol., 2000) a některé kognitivně-behaviorální techniky bývají naproti tomu vhodné. Konfrontačně laděné postupy se neosvědčily ani u klientů se samotnou návykovou nemocí a u většiny klientů s duální diagnózou bývají vysloveně kontraindikované. Psychoterapeut pracující s tímto typem klientů by měl umět dobře pracovat s neverbální složkou své komunikace (výraz tváře, gesta, tón hlasu), na což bývají tito klienti zvláště citliví. I když v přístupu ke klientům s duální diagnózou je vhodná větší tolerance, i zde je třeba jasně vymezit základní pravidla spolupráce. To je zvláště důležité např. u některých poruch osobností a klientů s manipulativními tendencemi.

Klient s duální diagnózou představuje nemalý problém pro osoby ve společné domácnosti, spolupracovníky apod. Další členové jeho rodiny často potřebují psychologickou pomoc s ohledem na značnou zátěž, které jsou vystaveni. Mnozí z nich navíc sami trpí návykovým problémem nebo jinou duševní poruchou. Kromě např. rodičovských skupin mohou vyžadovat i jiné formy *rodinné terapie* a individuální psychologickou nebo psychiatrickou péči.

Léčba pacienta s duální diagnózou klade také specifické nároky na tým a *interdisciplinární spolupráci*. To se netýká jen teoretické přípravy týmů, ale i větší pružnosti, větší frustrační tolerance a dobré komunikace a spolupráce lékařů, psychologů, sociálních a i jiných pracovníků.

Jiné okolnosti

Návykové látky (typicky pervitin, halucinogeny a koinopij) mohou pronikavě zhoršit duševní poruchy včetně např. schizofrenie. To lze vysvětlovat více mechanismy. Kromě přímého účinku zmíněných návykových látek zde jistě hraje roli i náhlé chaotické brání léků a jejich vysazování, malá spolupráce při léčbě, další zhoršování vztahů s okolím apod.

Léčba klientů s dvoji diagnózou bývá většinou *dlouhodobá*. Je třeba předpokládat kolísání stavu, zhoršení a recidivy návykového chování a tomu přizpůsobovat

léčbu. Na recidivu by mělo být připraveno i okolí klienta a mělo by si v takové situaci počínat účinně. Léčba klientů s duální diagnózou vyžaduje od terapeutů i okolí pružnost a trpělivost.

Zvýšenou pozornost je třeba věnovat *prevenci sebevražedného jednání* nebo jednání vysloveně ohrožujícího okolí klienta. V těchto případech se také bude spíše uvažovat o ústavní léčbě a to někdy i nedobrovolně.

Summary

Psychopatological Complication and Comorbidity, "Dual Diagnoses"

Other psychiatric disorders are common among substance-dependent clients (e.g. posttraumatic stress disorder) and, on the other hand, many psychiatric patients (e.g. with diagnoses of bulimia or anorexia) are more vulnerable to psychoactive substances. Problems with psychoactive substances and symptoms of a mental illness interact and complicate both the diagnostic process and the treatment. Substance dependence and its complications may imitate almost any mental diseases or, on the contrary, disguise it. The di-

agnostic process can be enhanced by the client's compliance, the possibility to examine a client repeatedly and after the period of abstinence, relevant data from relatives, his/her past medical records, toxicological analyses and psychological examination. Further on, we deal with the treatment of dual diagnoses (it can be simultaneous, consecutive or integrated), and with its specific features in psychotherapy and pharmacotherapy.

Key words: eating disorders – depression – dual diagnoses – personality disorders – posttraumatic stress disorder – psychopathology

Obr. 1: *Interakce duševní poruchy a návykové nemoci*

	→	
Duševní porucha		Návyková nemoc
	←	

Literatura

- Allebeck P., Adamsson C., Engström A.: Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatr. Scand.*, roč. 88, str. 21 – 24, 1993
- Brady K. T., Grice D.E., Dustan L., Randall C.: Gender differences in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, roč. 150, č. 11, str. 1707 – 1711, 1993
- Compton W. M., Cottler L. B., Phelps D. L., Abdallah A. B., Spitznagel E. L.: Psychiatric disorders among drug dependent subjects: Are they primary or secondary? *American Journal on Addictions*, roč. 9, č. 2, str. 126 – 134, 2000
- Deykin E. Y., Buka S. L.: Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, roč. 154, č. 6, str. 752 – 757, 1997
- Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994
- Leshner A. I.: Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality. *NIDA Notes*, roč. 14, č. 4, 1999. Internetové stránky: www.nida.nih.gov
- Martino S., Carroll K. M., O'Malley S. S., Rounsaville B. J.: Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal on Addictions*, roč. 9, č. 1, str. 88 – 91, 2000
- Nunes E. V. a spol.: Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, roč. 55, str. 153 – 160, 1998
- Troisi A., Pasini A., Saracco M., Spalletta G.: Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, roč. 93, č. 4, str. 487 – 492, 1998

Klíčová slova: anamnéza – psychodiagnostika – psycholog – rozhovor – testy

1. Definice psychologické diagnostiky, obecné zásady

Podle Svobody (1992) se psychologická diagnostika zabývá zjišťováním a měřením duševních vlastností a stavů, případně i dalších psychologických charakteristik jedince. Jde o souhrn operací, postupů a technik, které se liší podle konkrétního cíle a které vedou k získání psychologické diagnózy, tj. k získání souhrnu psychologických poznatků o určité osobě. První část diagnostického procesu je tvořena pozorováním a měřením, druhá pak sestává z interpretace a hodnocení poznatků.

Výběr použitých metod a způsob interpretace získaných dat, je dán především cílem a účelem diagnostického procesu, který bývá stanovován různě podle oblasti psychologie, v níž je používán. Chápeme-li proces psychologické diagnostiky jako proces hledání odpovědi, je zřejmé, že otázky kladené v oblasti poradenské, pracovní nebo zdravotnické se mohou lišit. Nás zajímá zejména oblast zdravotnická, kde se podle Svobody (1992) psychodiagnostického procesu používá:

- 1) pro diagnostické a diferenciálně diagnostické účely,
- 2) k výběru a objektivnímu sledování některých účinků terapeutických zákroků (psychoterapeutických, farmakologických a chirurgických),
- 3) k posouzení možnosti adekvátního pracovního a společenského zařazení osob se změněnou psychickou výkonností a adaptabilitou osob,
- 4) pro zvláštní účely společenské (např. v důchodovém řízení).

Dle zásad formulovaných Českomoravskou psychologickou společností „může psychodiagnostické metody zásadně používat jen odborný psycholog, který je povinen respektovat etický kodex povolání a etické zásady naší společnosti vůbec. Psychodiagnostické metody jsou v rukou odborníka jedním z vědeckých prostředků poznávání člověka. Pokud je použijí osoby, nemající příslušnou kvalifikaci, vzniká vážné nebezpečí, že budou buďto poškozeny vyšetřované osoby nebo jiní jednotlivci nebo instituce. Psycholog může svěřit administrování a případně pomocné práce při kvantitativním zpracování dat některých metod příslušně zaškoleným osobám (Svoboda 1992).

Při výkonu svého povolání pracuje klinický psycholog

s velmi citlivými údaji o pacientech a proto se na něj vztahuje povinnost dodržovat tzv. „lékařské“, nebo „psychologické“ tajemství. V praxi to znamená, že nemá právo sdělovat informace o vyšetřované osobě lidem, kteří se diagnostického procesu neúčastní, tedy například i rodinným příslušníkům. Výsledky psychologického vyšetření je psycholog oprávněn sdělit lékaři, který o vyšetření požádal, případně spolupracujícím zdravotnickému týmu. Pokud se jedná o vyšetření vyžádané soudem, je povinen odpovědět soudu na položené otázky. Ve všech ostatních případech je potřeba k eventuálnímu dalšímu použití obdržených dat (např. pro výzkumné účely) získat souhlas pacienta. Tyto okolnosti také nově upravuje zákon na ochranu osobních dat.

2. Metody psychologické diagnostiky

V klinické psychodiagnostice se používají v zásadě dva typy metod: (1) metody klinické, (2) metody testové. Někdy zařazujeme ještě (3) metody přístrojové.

2.1. Klinické metody

Ke klinickým metodám patří především pozorování, rozhovor, anamnéza a analýza spontánních produktů.

Tyto metody patří mezi starší a zdánlivě jednodušší metody poznávání druhých a nejsou také využívány pouze ve zdravotnictví. Určitou „laickou“ zjednodušenou modifikaci metod používají všichni, kteří se „umí vyznat v lidech“. Získané údaje mají tzv. kvalitativní charakter, což znamená, že jsou velmi subjektivní, nejsou kvantifikovatelné a pouze obtížně se dají reprodukovat. Jejich přínos je nesporný, jejich výsledek ale vždy záleží na umění psychologa navázat s pacientem dobrý kontakt, získat jeho důvěru, udržet „zacílení“ metody a neztratit orientaci v získávaných informacích. Na rozdíl od některých metod testových nemůže psycholog při použití uvedených klinických metod zastávat úlohu jakéhosi psychologického „laboranta“ a vstupuje do procesu s celou svou osobností.

Pozorování je v podstatě sledování pacienta v určité situaci. Jedná-li se o situaci při psychologickém vyšetření, všímáme si např. pacientovy mimiky, gestikulace, způsobu řeči, slovní zásoby apod. Pozorujeme-li pacienta v jiné situaci (např. při plnění nějakého úkolu, při práci atd.), jde o pozorování jako samostatnou dia-

gnostickou metodu a děje se často pomocí jednosměrného zrcadla nebo jiných technických pomůcek. V obou případech je ale nutné určit jev (způsob chování), který chceme zachytit. K tomuto účelu slouží různé osnovy, vodítka, a předem stanovená struktura pozorování. Pro interpretaci pozorovaného jevu je velmi důležité jeho zachycení, nejčastěji písemnou formou. Záznam je možno pořizovat v průběhu pozorování nebo dodatečně, přičemž oba způsoby mají své výhody i nevýhody. V prvním případě může zapisování působit rušivě na pacienta či odvádět pozornost pozorujícího, ve druhém hrozí nebezpečí nechtěného zkreslení dodatečně vyhotovovaného záznamu. Jako optimální způsob se jeví možnost zaznamenávat si během pozorování heslovité poznámky, které bezprostředně po ukončení pozorování doplníme (modernější způsob je použití audio a video techniky).

Rozhovor: podle Svobody (1992) lze dělit psychodiagnostický rozhovor na diagnostický, terapeutický, anamnestický, poradenský a výběrový. V klinické praxi, po navázání kontaktu a několika obecných tématech, která mají za cíl uvolnit atmosféru, se většinou dále používá takzvaný řízený rozhovor. Tento je veden podle určité předem stanovené osnovy a je zaměřený k určitému cíli. Pro záznam o průběhu rozhovoru platí totéž, co bylo řečeno u metody pozorování.

Anamnéza: psychologická anamnéza má za úkol zjišťování takových informací o pacientovi, které mohou osvětlit vývoj jeho osobnosti a zachycení faktorů, podílejících se na vzniku jeho současného stavu. Tyto informace lze získat buďto formou řízeného rozhovoru s pacientem (viz rozhovor) nebo rozbořem životopisu, který pacient, obvykle podle určité osnovy, vypracoval. Údaje získané anamnestickým rozhovorem se označují jako „subjektivní“ anamnéza. Pokud je třeba získat tzv. „objektivní“ anamnestická data, jedná se o data získaná z jiných zdrojů, než od pacienta samotného (rodinní příslušníci, zaměstnavatel, sociální pracovníci).

Analýza spontánních produktů: jde o výsledky vlastní činnosti zkoumané osoby, např. básně, malby, literární tvorbu, dopisy, či spontánní manuální práce. Analýza uvedených produktů bývá obtížná a interpretace vyžaduje značnou zkušenost psychologa.

2.2. Testové metody

Test je vlastně zkouška, měřící výkon při řešení zadaného úkolu. Jde o standardizovaný soubor otázek, úloh, při kterých se uplatňuje standardizovaný postup při zjišťování odpovědí, případně výkonů, reakcí a jejich hodnocení. Výsledky jednotlivých osob lze srovnávat,

porovnávat a podle jejich umístění v jednotlivých úrovních i hodnotit a eventuálně predikovat další vývoj zachyceného jevu. Získávání výsledků, tzv. vyhodnocování některých typů testů je poměrně mechanické a může být svěřeno zaškoleným osobám, u jiných už i vyhodnocování předpokládá značnou zkušenost psychologa. Interpretace výsledků všech typů testů klinikou erudici psychologa přímo vyžaduje.

Testy dělíme na:

A – testy výkonové:

- 1 – testy inteligence
- 2 – testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí
- 3 – testy vědomostní

B – testy osobnosti:

- 1 – projektivní
- 2 – objektivní
- 3 – dotazníky
- 4 – posuzovací stupnice

2.3 Psychologický nále

Psychologický nále

3. Psychologická diagnostika u osob závislých na návykových látkách

Podle návrhu „Akreditačních Standardů“ (2001) se psychologické vyšetření řadí do kategorie „komplexní vyšetření“ a je tedy součástí celkového lékařského nálezu. Do zdravotnických zařízení, poskytujících uvedenou léčebnou péči, se obvykle zahrnují ambulantní nespécializovaná pracoviště, ambulantní specializovaná pracoviště a lůžková zařízení s AT péčí.

V nespécializovaných ambulantních pracovištích – což jsou převážně psychiatrické nebo psychologické ambulance a poradny – jde o stanovení, eventuálně o upřesnění základní diagnózy pacienta-klienta a posouzení nutnosti jeho odeslání na specializované pracoviště. Psycholog se zde obvykle vyjadřuje k úrovni intelektu,

strukturu osobnosti a zachycení psychopatologických projevů pomocí výše uvedených psychodiagnostických metod. Objektivní metody, přesně určující závislost a její míru, psychologie zatím nemá. K určení úrovně užívání, nadužívání nebo stanovení intenzity závislosti se užívají zejména dotazníky zaměřené na problematiku, se kterými může pracovat i pacient sám a které někdy bývají používány jako dobré východisko pro další diagnosticko-terapeutický proces (jedna z nejnovějších škál nyní používaných je „Addiction Severity Index“ – překlad a úprava Kubička a Csémy (1996 a 1997). K upřesnění diagnózy závislosti je ale dobré použít i další objektivní markery, např. somatický stav, laboratorní hodnoty, sociální faktory – rodinná situace, absence v zaměstnání apod.

Po stanovení základní diagnózy bývají pacienti odesíláni na specializovaná ambulantní nebo lůžková pracoviště, což jsou psychiatrické ordinace AT a lůžková oddělení psychiatrických léčeben. Tato zdravotnická zařízení slouží převážně pro pacienty mající problémy s alkoholem. Pacienti s problémy s jinými návykovými látkami většinou navštěvují nezávodnická zařízení. V ordinacích AT, kterých byl v minulosti poměrně vysoký počet a které měly velmi dobré léčebné výsledky – viz Hampl (1994) – se psychologové zabývají podrobněji strukturou osobnosti, jejími psychopatologickými rysy, úrovní organického poškození apod. Získané údaje by měly sloužit jako východisko pro stanovení nejúčinnější formy psychoterapie, která je na specializovaných pracovištích již těžištěm psychologovy práce.

Psycholog, pracující v léčebném zařízení pro dlouhodobé či rezidenční pobyty se setkává s pacienty, u kterých již diagnóza byla stanovena. Pro vlastní diagnostiku jsou zde psychologové využíváni pouze v případech, kdy lékař uvažuje ještě o jiném psychickém onemocnění, než je závislost. Hlavní náplň práce psychologů na těchto odděleních, pracujících převážně formou terapeutické komunity, je psychoterapie. Pro zvýšení její účinnosti se používají všechny výše uvedené psychodiagnostické klinické metody, tj. pozorování, rozhovor, i analýza vlastních produktů – deníků, životopisů, kreseb.

Osoby, mající problémy s nealkoholovými drogami, přicházejí především do nízkoprahových kontaktních center. Vlastní psychodiagnostika je u nich prováděna pouze, pokud jim jejich centrum doporučí návštěvu spolupracující ordinace AT. Poněkud jiná situace je v případě pobytu těchto osob na tzv. detoxifikačních odděleních, jednotkách intenzivní péče či přijímacích psychiatrických odděleních. Zde se často vyskytne nut-

nost posoudit, zda u pacienta jde o tzv. toxickou psychózu a nebo o jiné psychotické onemocnění, případně, zda jsou jeho psychopatologické projevy vyvolány drogami, nebo zda mají jinou příčinu. Vzhledem k praxi většiny detoxifikačních oddělení, kam pacient dobrovolně přichází, a může z nich také dobrovolně na revers odejít, bývá přesnější stanovení etiologie jeho problému zvlášť důležité. Podobný postup je zachován i po přechodu pacienta na střednědobou terapii pro závislé na nealkoholových drogách na specializovaných odděleních některých léčeben. Po příchodu do specializovaných délejších komunit pro závislé na nealkoholových drogách se většinou kontakt se zdravotnickými pracovníky minimalizuje.

Problematikou osob zneužívajících návykové látky se dále psychologové zabývají i v teoretických výzkumných pracích. Tyto práce dříve často testovaly hypotézy vycházející z předpokladu, že základem pro vznik závislosti je nějaká somatická nebo psychická predispozice a snažily se o vytvoření nějakých charakteristických profilů osobností, drogovou závislostí více ohrožených. Odpovědi na tyto otázky se vždy hledaly podle teorie osobnosti, kterou autoři preferovali. I když podobné výzkumy většinou nesplnily uvedená očekávání, informace, které přinesly mají i pozitivní praktický dopad. Některé slouží pro částečné detekování ohrožených skupin lidí, jiné jsou jedním z dobrých východisek pro prevenci.

V průběhu dalšího vývoje drogové scény v naší společnosti a zejména s výskytem stále mladších věkových kategorií uživatelů drog, nabývají na intenzitě výzkumné práce, vycházející z předpokladu, že závislost vzniká v interakci mezi osobností, návykovou látkou a prostředím. Podle této teorie záleží tedy nejen na osobnosti, ale i na situaci, prostředí, dostupnosti drogy apod. a možný vznik závislosti tak ovlivňuje podstatně širší řada faktorů. Uvedené poznatky mají vliv i na používané strategie ve výzkumných pracích. Dříve pracovali psychologové na tomto poli většinou s dospělými jedinci, závislými převážně na alkoholu. Nyní pracují nejméně s pouhými dětmi, jejich rodiči, učiteli, sociálním prostředím s různou hodnotovou orientací a širokým spektrem převážně nealkoholových drog. Psychologové spolupracují se zahraničím, stávají se členy mezinárodních výzkumných týmů a problematiku uživatelů návykových látek pomáhají poznávat a řešit na všech úrovních.

Summary Psychological Diagnostics

The chapter defines, in general terms at first, the most frequently used methods of psychological diagnostics. Clinical methods (particularly observation, interview, psychological history and analysis of spontaneous products) and test methods (performance tests and personality tests) are characterised here. The rules of their professional usage are discussed. Further, the chapter

deals with the psychological diagnostics of drug addicts, and the procedures, performed by psychologists at different types of treatment facilities, are presented. This chapter is concluded by references to the drug abuse research, which requires an interdisciplinary approach.

Key words: interview – psychological diagnostics – psychological history – psychologist – testing

Literatura

- Abu-Arab: Niektoré osobnostné koreláty v skupine alkoholikov. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 32, č. 1, 1997
- Akreditační standardy (2001): Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR. Verze 5. MZ ČR, Praha, 2001
- Bartošíková I., Kostroňová T.: Některé psychologické charakteristiky pacientů léčících se na odd. AT. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 19, č. 2, 1984
- Hampl K.: Zajištění dostupnosti zdravotní péče o zneužívající a závislé osoby v rámci státem garantovaného sortimentu služeb veřejného zdravotnictví. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 29, č. 3, str. 134, 1994
- Hanzlíček L. a kol.: Psychiatrická encyklopedie. Zprávy VUPS č.28. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1982
- Heller J., Pecinová O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
- Kubička, L., Csémy, L.: Evropský index závažnosti návykového chování (Europ-ASI) – česká verze. Závěrečná zpráva grantu 3705 – 3 IGA, MZ ČR, Praha, 1996
- Kubička, L., Csémy, L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 32, str. 215 – 222, 1997
- Kunda S. a kol.: Klinika alkoholizmu. Osveta, Martin, 1998
- McLellan A. T., Lumborsky L., Woody G. E. a kol.: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity index, J. Nerv. Ment. Dis, roč. 168, str. 26 – 33, 1980
- MPK: Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
- Nerad J., Neradová L., Mikota V.: Psychoterapie závislosti na alkoholu a jiných látkách. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1989
- Nerad J. M., Neradová L. (1996): Analytická psychologie, závislost a vývoj ega. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 31, č. 4, 1996
- Nešpor K.: Některé praktické dotazníky používané u návykových nemocí. Závislost (Slovensko), roč. 5, č. 17, str. 12 – 14, 1997 (Anglická verze „Some practical questionnaires used in addictive diseases“ tamtéž)
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
- Nociar A. (1992): Porovnání krátko a dlhodobě abstinujících alkoholiků s alkoholikami v léčbě. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 27, č. 3 a 4, 1992
- Nociar A.: Abstinující alkoholici po desíti letech. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 35, č. 1, str. 41 – 52, 2000
- Stančák A.: Klinická diagnostika. Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava, 1982
- Svoboda M.: Metody psychologické diagnostiky dospělých. CAPA, Brno, 1992
- Vašina L., Šťastný V., Kostroňová T.: Některé osobnostní charakteristiky alkoholiků ve vztahu k poruchám adaptability a odolnost vůči zátěži. Alkoholizmus a drogové závislosti / Protialkoholický obzor, roč. 25, č. 1, 1990

PhDr. Taťjana Kostroňová

Vystudovala obor psychologie na Filozofické fakultě UJEP Brno v r. 1970. V roce 1982 získala v tomto oboru doktorát. Od absolutoria pracovala jako klinický psycholog nejprve v PL Kroměříž na odd. pro léčbu neuróz u prof. Kratochvíla (18b), a od roku 1971 až dosud působí v PL Brno – Černovice. Problematice léčby osob závislých na návykových látkách se věnuje od r. 1975 na specializovaném odd. pro dobrovolné, motivované pacienty. Podílela se na rozvoji doléčovacích socioterapeutických klubů a svépomocných skupin v ČR.

Publikovala přes třicet statí v odborných časopisech a sbornících.

Kontakt: Psychiatrická léčebna Brno – Černovice, Húskova 2, 618 32 Brno

E-mail: kostronova@plbrno.cz, kost@fss.muni.cz

Klíčová slova: ověřování abstinence – diagnostika – profese se zvýšeným rizikem – screening – toxikologické vyšetření

1. Toxikologická vyšetření v klinickém prostředí

Význam a použití

Význam toxikologického vyšetření lze ilustrovat na následujícím příkladu. Na centrální příjem lůžkového psychiatrického zařízení je přivezen mladý cizinec, který vzbudil pozornost nápadným chováním a vykazuje známky akutní duševní poruchy. Může se jednat o intoxikaci neznámou látkou (např. pervitinem nebo halucinogenní drogou), toxickou psychózu případně i duševní chorobu typu schizofrenie. Údaje z okolí postiženého nejsou k dispozici a on sám není schopen validní informace poskytnout. Výsledek toxikologického vyšetření není zdaleka jediným kritériem ke správnému posouzení stavu, diagnostický proces však může velmi usnadnit. Toxikologické vyšetření má významnou úlohu i v případě identifikace problémů s návykovými látkami u klientů s těžkým traumatem a umožňuje časnou intervenci v této indikaci (Neuenschwander a Parren, 1998). Předpokladem ovšem je, že bude odběr správně proveden a výsledky vyšetření náležitě interpretovány.

Typické situace, kdy klinický pracovník vyžaduje toxikologická vyšetření:

- Intoxikace neznámou látkou.
- Diferenciální diagnostika nejasných psychotických nebo jiných stavů, které mohou být způsobeny návykovými látkami, ale mohou mít i jinou příčinu. Při posuzování těchto stavů nelze vždy spoléhat jen na klinický obraz, protože návyková látka může napodobit příznaky prakticky jakékoliv duševní choroby.
- Ověření abstinence při ambulantní nebo ústavní léčbě u klienta léčeného pro závislost. Takové vyšetření se provádí při nápadnostech v projevu klienta i jako námatková kontrola.

Klinický pracovník by uvítal, kdyby toxikologické vyšetření bylo rychlé, naprosto spolehlivé a levné. Tato očekávání ve vztahu k toxikologickému vyšetření jsou pochopitelná, ale ne vždy realistická.

Spolehlivost vyšetření

Na základě nespolehlivého vyšetření lze sotva postavit diagnózu např. toxické psychózy, předčasně propustit klienta, který „možná“ porušil abstinenci v terapeu-

tické komunitě nebo zahájit specifickou terapii pro otravu. Z tohoto hlediska jsou zvláště nebezpečné falešně pozitivní výsledky (např. falešně pozitivní výsledky na pervitin při použití imunochemických metod). Diagnostické rozpaky může zvýšit i falešná negativita častá při screeningovém vyšetření chromatografií na tenké vrstvě zejména např. u drog z konopí (Verebey a Turner, 1991). Možnost prokázat látku při toxikologickém vyšetření závisí nejen na citlivosti daného vyšetření, ale i na dávce. U málo citlivého vyšetření a po aplikaci malé dávky drogy bývá výsledek screeningového vyšetření často falešně negativní. To se týká tím spíše relativně levných papírkových a destičkových testů, na druhé straně ale v jejich prospěch hovoří okolnost, že výsledek je k dispozici velmi rychle.

Ideální by bylo, kdyby laboratoř po provedení screeningového vyšetření automaticky verifikovala nález další spolehlivější metodou. To není v našem zařízení možné, proto rozdělujeme vzorek moči do dvou dílů, z nichž první posíláme ke screeningovému vyšetření. V případě pozitivity prvního dílu vzorku se ptáme klienta, zde si neaplikoval příslušnou látku, pokud odpoví negativně, posíláme druhý díl k verifikaci jinou metodou.

Odběr biologického materiálu na toxikologické vyšetření

Moč k toxikologickému vyšetření se odebírá zásadně pod dohledem. Bylo by bylo naivní očekávat např. to, že klient, který porušil v léčbě abstinenci a který se pošle bez dohledu s nádobou na moč na WC, přinese vlastní moč a ne moč, kterou mu poskytl někdo jiný nebo kterou nabral ze záchodové mísy.

Pro rutinní vyšetření na neznámou drogu požaduje většina laboratoří asi 50 ml moči nebo 10 – 20 ml krve. V případě podezření na jednu určitou látku stačí méně. Toxikologická vyšetření z vlasů, potu nebo smolky se u nás provádějí zatím pouze experimentálně, ne však běžně.

Pro zajímavost uvádíme, že vyšetření vlasů za pomoci bezplamenové atomické absorpční spektrografie se v Itálii běžně provádí u žadatelů o řidičský průkaz, při

čemž pozitivní nález žadatele automaticky vylučuje. Prokazatelnost návykových látek ve vlasech trvá řádově měsíce a někdy i roky. Uvažuje se také o vyšetření potu (formou diagnostických náplastí), které by usnadnilo ověřování abstinence u ambulantně léčených klientů (Swan, 1995).

2. Význam negativního a pozitivního nálezu

Co znamená negativní nález

Negativní nález, i v případě, že je vzorek odebrán pod dohledem, říká jen to, že v době odběru nebyly přítomné látky nebo její metabolity prokazatelné. Navíc v případě negativních výsledků se většina laboratoří spokojí se screeningovým vyšetřením a vzorek dále nezkontroluje, takže falešně negativních výsledků bývá více než falešně pozitivních. Velkou citlivost nelze očekávat od orientačních vyšetření používajících proužky papíru. Navíc negativita může být způsobena i tím, že některé látky mají rychlý poločas vylučování a jejich metabolity proto už nebyly v době vyšetření v moči zachyceny. A konečně např. u Rohypnolu může klient vykazovat známky ovlivnění látkou dříve, než lze látku nebo její metabolity v moči prokázat.

Toxikologické vyšetření je ale i tak užitečnou součástí komplexní léčby návykových nemocí, jak jsme o ní pojednali na jiném místě (Nešpor a Csémy, 1996). Pro klinickou práci může být užitečný přehled v *Tab. 1*, který jsme převzali a poněkud adaptovali ze zahraničních pramenů (Verebey a Turner, 1991).

Začátečníka může mýlit okolnost, že některé vzorky vrátí laboratoř jako nevyšetřené s tím, že moč má nízkou specifickou váhu. Takový výsledek v praxi znamená, že klient buď moč naředit nebo nahradil vodou nebo že vypil velké množství tekutin, aby tak vyplavil drogu z organismu a ztlížil její prokazatelnost. Uvedený výsledek proto doporučujeme hodnotit podobně jako nález návykové látky v moči.

Co znamená pozitivní nález

Některé látky se vylučují z organismu velmi pomalu nebo se při chronickém užívání kumulují v organismu, takže u chronických kuřáků konopí je droga prokazatelná v moči i mnoho týdnů po poslední dávce.

Jak už uvedeno, imunochemické metody s sebou nesou i určité riziko falešně pozitivních výsledků. Toto riziko lze snížit tím, že se řádně vyplní žádanka na vyšetření včetně rubriky, zda a kterými léky byl klient léčen. Je také vhodné na žádanku stručně popsat projevy klienta. Navíc doporučujeme vzorek biologického materiálu rozdělit do dvou dílů a jeden z nich uschovat, aby

bylo možné výsledek ověřit jinou metodou. Některé laboratoře tak postupují při pozitivních nálezech samy. Tak v Ústavu soudního lékařství a toxikologie 1. LF UK VFN provádějí nejprve imunochemický screening na 6 skupin látek. Při pozitivním nálezu následuje vyšetření na tenkovrstevné chromatografii. Další možností vhodnou zejména v případech, že je k dispozici jen malé množství vzorku, anebo by měl výsledek sloužit soudním účelům, je plynová chromatografie s hmotovou spektrometrií.

3. Toxikologická vyšetření v pracovním prostředí

Podle amerických pramenů považovali samotní zaměstnanci v roce 1995 za indikována screeningová, namátková toxikologická vyšetření u mnoha kategorií zaměstnanců (viz *Tab. 2*).

Důvody pro toxikologické vyšetření v pracovním prostředí

O rozšířenosti alkoholu v České republice asi pochybuje málokdo a zaznamenali jsme zde také strmý vzestup spotřeby ilegálních drog. Podle amerických údajů (Indiana Prevention Resource Center, 1988) je 70 % uživatelů ilegálních drog zaměstnáno. Návykové látky v pracovním prostředí jsou tedy velmi rozšířeným, i když ne vždy plně uvědomovaným problémem. O preventivní programy na pracovištích projevují zájem i naše podniky, jak o tom svědčí zkušenost kolegy, kterého požádal o spolupráci jeden z našich největších strojírenských podniků (Kudrle, 1998).

Je zajímavé, že naprostá většina amerických zaměstnanců souhlasila s tím, že testování na návykové látky je za určitých okolností vhodné a 85 % z nich uvedlo, že testování může odrazovat od zneužívání ilegálních drog. Většina nejvýznamnějších amerických zaměstnavatelů provádí testování na návykové látky a zhruba 20 % amerických zaměstnanců působí na pracovištích, kde se provádí testování na drogy. O negativním vlivu alkoholu a drog na pracovní výkonnost existují přesvědčivé doklady. Např. uživatelé drog spotřebují nejméně dvojnásobek lékařské péče v porovnání s osobami, které drogy neužívají, mají nejméně o polovinu více absencí a vyžadují více než dvakrát častěji odškodné pro úraz. Existují i data týkající se vlivu alkoholu, konopí (např. Crouch a spol., 1993, Leirer a spol., 1991) i dalších látek na riziko pracovních úrazů.

Důvody, proč američtí zaměstnavatelé provádějí testování na přítomnost drog na pracovištích, tedy především zahrnují:

- Prevence pracovních úrazů.
- Testování na návykové látky včetně alkoholu může

také snížit riziko násilných konfliktů v pracovním prostředí (NIAAA,1997).

- Ochrana dalších osob a širší veřejnosti (např. v případě řidičů autobusů).
- Testování žadatelů o zaměstnání zejména u zaměstnání spojených s rizikem.
- Testování u osob, které v rámci jednoho podniku přecházejí na zodpovědnější místo.
- V USA mají někteří zaměstnavatelé povinnost provádět testování na návykové látky (např. ministerstva dopravy, obrany, energetiky; podniky, které získaly významné státní zakázky atd.).
- Prevence finančních ztrát zaměstnavatelů v důsledku nižší produktivity práce, vyšší nemocnosti a vyšší kriminality v pracovním prostředí.
- Prevence problémů se zákazníky a partnery.
- Testování na přítomnost drog mohou vyžadovat některé pojišťovny.
- Tetování na drogy může také pomoci relativně brzy identifikovat osoby, které mají s návykovými látkami problémy a směřovat je k odborné pomoci.
- Může se tak předejít rozvoji závislosti u osob, které drogy užívají rekreačně.
- Testování může být součástí následné péče v pracovním prostředí o osoby, které se léčily pro problém s návykovou látkou. Může to být u určitých profesí také součástí pravidelného (např. ročního) lékařského vyšetření.

Typické situace, kdy dochází k testování

- Před nástupem do nového zaměstnání
- V případě, že jeví pracovník známky možného ovlivnění návykovou látkou, chová se rizikově nebo došlo k jiné mimořádné události.
- Namátkové testování. V tomto případě vyžadují americké předpisy, aby pracovníci, kteří jsou již v pracovním poměru, byli o skutečnosti, že bude na pracovišti zavedeno námkové testování na přítomnost návykových látek, informováni např. 30 dní předem.
- Testování poté, co došlo k pracovnímu úrazu, aby se zjistilo, zda se na něm nepodílel alkohol nebo droga.
- Jako kontrola u zaměstnanců, kteří se léčili pro závislost a o nichž to zaměstnavatel ví.

Spolehlivost testování na drogy

Americké předpisy vyžadují následující postup: zejména pokud nastalo podezření, že by mohlo dojít k změně vzorku, může být odběr proveden po dohledem osoby téhož pohlaví. Nakládání se vzorkem moči musí být dokumentováno. Nejprve se provede screeningové vyšetření. V případě, že je pozitivní, následuje vyšetření plynovou chromatografií a hmotovou spektrometrií. Pokud je výsledek pozitivní, ověřuje jej školený lékař,

ten také kontaktuje při pozitivním nálezu testovaného a zjistí, zda neměl lékařem předepsány léky, které mohly výsledek ovlivnit.

Důsledky potvrzeného pozitivního nálezu

Tyto důsledky měly být jasně dány předem. U uchazečů o zaměstnání bývá pozitivní nález zpravidla důvodem k nepřijetí, i když některé podniky mohou např. připustit, aby se žadatel ucházel o místo znovu např. po třech měsících. V případě pracovního úrazu může pozitivní nález znamenat to, že zaměstnanec přichází o finanční kompenzaci. Pozitivní nález v moči u pracovníka rizikové profese může znamenat např. převedení na jiné místo a požadavek léčení.

Placení testování

Testování obvykle hradí zaměstnavatel. Některé americké podniky nechávají za testování platit zaměstnance, ale v případě negativních výsledků jim dodatečně uhradí výdaje spojené s testováním.

Testování na návykové látky jako součást širší preventivní strategie

Tak jako testování na přítomnost návykových látek při léčbě není celou léčbou, ani testování na návykové látky v pracovním prostředí není celou prevencí v této oblasti. Je např. třeba pamatovat na skutečnost, že riziko pracovních úrazů a nižší produktivita práce nastává i při alkoholové nebo drogové kocovině, kdy už se alkohol nebo droga v organismu nedá prokázat. Dobrý preventivní program v pracovním prostředí by měl zahrnovat zejména následující prvky (Creating a drug-free workplace, Nešpor, 1995):

- Racionální, zdůvodněná a důsledně prosazovaná pravidla týkající se zákazu návykových látek v pracovním prostředí. Všem pracovníkům by mělo být naprosto jasné, co je zakázáno a jaké sankce jsou spojeny s porušením pravidel. Tuto záležitost je možné postavit i pozitivně a zdůrazňovat výhody těch, kdo budou příslušné zásady respektovat. Prevence může mít pro zaměstnance i příjemnou stránku, např. zaměstnavatel může nabízet za výhodných podmínek na pracovišti jídlo, aby nechodili do restaurací, poskytovat nealkoholické nápoje a povzbuzovat ke zdravému způsobu života.
- Důležitým prvkem preventivního programu je i vzdělávání vedoucích pracovníků a supervizorů.
- S tím souvisí vzdělávání řadových zaměstnanců.
- Dalším prvkem je dostupnost vhodné pomoci pro zaměstnance, kteří mají s návykovými látkami problémy, i pro jejich rodinné příslušníky.
- Testování na návykové látky v pracovním prostředí, jestliže je indikováno. V případě testování je třeba za-

městnancům předem sdělit, kdo a za jakých okolností bude testován na přítomnost alkoholu nebo jiných látek.

– Prevence profesionálního stresu u určitých profesí (Roman a Blum, 1988). Úspěšné programy často berou v úvahu specifika dané profese. Tak autor tohoto sdělení se setkal s preventivním programem v San Francisku, kde se mimo jiné zabývali psychologickou pomocí bankovním úředníkům, kteří byli přepadeni. Jiným příkladem je prevence profesionálního stresu ve zdravotnictví, jak jsme o tom podrobněji pojednali jinde (Nešpor, 1995).

Summary

Laboratory and Screening Toxicological Testing

The toxicological examination is very useful, e.g. when dealing with the intoxication by unknown substances, in differential diagnosis, or to verify abstinence from psychoactive substances during the treatment. To obtain reliable results, certain rules should be kept. A therapist should be aware of the risks of false positive as well as false negative results; e. g. a negative result may be caused, among others, by the clients' re-

placing the sample with the sample of somebody else, by a low sensitivity of the test method, or by a fast elimination of some psychoactive drugs. A short review of the detectability of some drugs by common laboratory methods is presented. Another part of the chapter puts an overview of the topic of tests at workplaces, which is very important especially in high risk (security sensitive) professions.

Key words: abstinence testing – diagnostics – high risk profession – screening – toxicological testing

Tab. 1: *Poločas vylučování některých návykových látek a doba, po kterou je lze prokázat běžným toxikologickým vyšetřením*

Látka	Poločas vylučování (hodiny)	Prokazatelné po (dny)
Amfetaminy	10 – 15	1 – 2
Barbituráty dlouhodobě působící	48 – 96	10 – 14
Barbituráty krátkodobě působící	20 – 30	3 – 5
Diazepam*)	20 – 35	2 – 4
Kokain	0,8 – 1,5	0,2 – 0,5
Opiáty (morfin, kodein)	2 – 4	1 – 2
Konopí (THC)	10 – 40	2 – 8 (nechronické užívání) 14 – 42 (chronické užívání)

*) Farmakologicky blízký Rohypnol, který bývá také často zneužíván, lze prokázat 1 – 3 dny

Tab. 2: *Procento amerických zaměstnanců, kteří se v roce 1995 vyslovili pro namátkové toxikologické testování u pracovníků příslušného zaměstnání*

Zaměstnání	Procento respondentů, kteří jsou pro namátkové toxikologické testování
Řidiči školních autobusů	96 %
Piloti aerolinií	96 %
Pracovníci atomových elektráren	95 %
Pracovníci v profesích náročných na bezpečnost	95 %
Řidiči nákladních automobilů	94 %
Průvodčí v metru a na železnici	94 %
Lékaři	93 %
Zdravotničtí pracovníci	92 %
Pracovníci chemických továren	90 %
Volení veřejní pracovníci	87 %
Pracovníci veřejných služeb	85 %
Pracovníci stavebních profesí	84 %
Pracovníci v naftařském průmyslu	81 %
Kancelářští pracovníci	69 %

Literatura

- Creating a drug-free workplace. When Service is Your Business. Center for Substance Abuse Prevention, Washington, D.C., autor a rok neuvedeny, str. 13
- Crouch D. J., Birky M. M., Gust S. W., Rollins D. E., Walsh J. M., Moulden J. V., Beckel R.W.: The prevalence of drugs and alcohol in fatally injured truck drivers. *J Forensic Sci*, roč. 38, č. 6, str. 1342 – 1353, 1996
- Indiana Prevention Resource Center at Indiana University: Prevention Primer: Drug Testing in the Workplace. Internetová verze publikace, 1988
- Kudrle, S.: Zaměstnanecký protialkoholní program (ZPP). Nepublikováno. Plzeň, 1998
- Leirer V. O., Yesavage J. A., Morrow, D. G.: Marijuana carry-over effects on aircraft pilot performance. *Aviat. Space Environ. Med.*, roč. 62, č. 3, str. 221 – 227, 1991
- Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. Seminář Odborné skupiny toxikologické chemie ČSCH a IPVZ, Praha, 25.3.98. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, č. 1, str. 31 – 38, 1996
- Nešpor K.: Profesionální stres u zdravotnických pracovníků. *Zdravotnické noviny*, roč. 44, č. 23, příloha Lékařské listy str. 14 – 15, 1995
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996
- Neuenschwander J., Parren T.: Chemical dependency assessment and toxicology testing on E.R. trauma patients. *Substance Abuse*, roč. 19, č. 3, str. 143 – 144, 1998
- NIAAA: Alcohol, violence and aggression. *Alcohol Alert*, č. 38, říjen 1997
- Roman P. L., Blum T. C.: Formal intervention in employee health: Comparisons of the nature and structure of the employee assistance programs and health promoting programs. *Soc. Sci. Med.*, roč. 26, č. 5, str. 503 – 514, 1988
- Swan N.: Sweat Testing May Prove Useful in Drug-Use Surveillance. *NIDA Notes*, roč. 10, č. 5, 1995. Internetové stránky: www.nida.nih.gov.
- Verebey K., Turner C. E.: Laboratory testing. In: Frances R. J., Miller S. I.: *Clinical textbook of addictive disorders*. The Guilford Press, New York, 1991

Klíčová slova: anamnéza – diagnostický rozhovor – motivace – posilování motivace – terapeutický vztah

Odpověď na otázku, co je *cílem diagnostického rozhovoru*, není tak snadná, jak by se mohlo zdát. Při diagnostickém rozhovoru nejde zdaleka jen o získání informací o klientovi pro jejich další vyhodnocení. Neméně důležité je navázání terapeutického vztahu a ovlivnění motivace k lepšímu zvládnutí návykového problému. Diagnostický proces by měl vyústit ve stanovení léčebného plánu, o čemž více v jiné části této publikace.

1. Navázat terapeutický vztah

Klient by měl mít od počátku rozhovoru pocit, že k němu terapeut cítí respekt a váží si ho, i když vždy neschvaluje jeho jednání a postoje. Z tohoto hlediska je důležitá je nejen slovní, ale také mimoslovní (neverbální) komunikace, tedy výraz tváře, tón hlasu, gesta, vzdálenost. Např. zkušenější terapeuti doporučují s depresivním klientem hovořit z větší blízkosti, kdežto s klientem rozněvaným nebo podezřívavým spíše na větší vzdálenost. Terapeut by měl být také ochoten poskytnout vyžádané informace, např. týkající se povinné mlčenlivosti, placení nebo neplacení za léčbu apod. Měl by také vyslechnout to, co klient považuje za důležité, i když z hlediska léčby a klientova stavu to není nejdůležitější (např. účast na oslavě matčiných narozenin u klienta v toxické psychóze). Kromě toho má řada klientů velmi reálné životní problémy. To, že na ně terapeut v přiměřené míře reaguje a bere je v úvahu, může také velmi posílit terapeutický vztah. Ostrý konfrontační styl komunikace nebývá vhodný. Jednak může znesnadnit získávání informací a kromě toho často snižuje i efektivitu intervence (Miller a spol., 1993). S popíráním závislosti a problémů, které působila, lze pracovat elegantněji a účinněji (viz partie o posilování motivace).

2. Získat podstatné informace

Zásady vyšetření duševního stavu může zájemce najít v některé učebnici psychiatrie, např. Höschl a spol. (2002). Zde se zaměříme spíše na ty části vyšetření, které jsou zvláště důležité pro posouzení návykových problémů. To, o jak důkladné vyšetření se bude jednat, záleží na ochotě klienta ke spolupráci i na situaci. Tak vstupní rozhovor s novým členem terapeutické komunity bude asi důkladnější než letmé posouzení stavu u klienta, který vyhledal hygienický servis v kontaktním centru.

Vyšetření může mít následující části:

1. Anamnéza získaná od klienta

Rodinná anamnéza: U návykových nemocí nás zejména zajímá výskyt závislosti a duševních nemocí u rodičů a sourozenců, ale i u manžela (manželky) nebo partnera (partnerky). Návykový problém u osoby ve společné domácnosti s klientem představuje totiž závažnou komplikaci v léčbě.

Osobní anamnéza: Zajímáme se o užívání návykových látek včetně alkoholu v těhotenství matky, vývoj v dětství, prostředí, traumata, školu (prospěch, chování), zaměstnání včetně možných problémů a selhávání a jejich příčin.

Důležitý je i zdravotní stav, protože některé tělesné nemoci mohou zvyšovat rizika návykových látek (např. úrazy hlavy). Při dotazech týkajících se partnerského a sexuálního života v manželství se nezapomeneme zeptat na chování partnerů ve vztahu k návykovým látkám. Zajímá nás také, zda došlo k trestné činnosti a pokud ano, zda už před zahájením zneužívání návykových látek nebo po něm. Obvykle se také ptáme na sebehodnocení a jaké změny klient pozoroval v souvislosti s návykovým problémem.

Velkou pozornost věnujeme návykovým látkám včetně tabáku, kofeinu, alkoholu a návykových léků, kdy první zkušenost, jak se vztah k nim měnil v čase a v návaznosti na různé životní události. Ptáme se i na množství aplikovaných látek a jejich kombinace i přítomnost jednotlivých příznaků závislosti (viz kapitola „Diagnostika“). V souvislosti s posilováním motivace jsou důležité dotazy týkající se problémů, které návykové látky působily v různých oblastech života (práce, rodina, zdraví tělesné i duševní, zákon).

Popis nynějšího onemocnění: Ten by měl zahrnovat výčet okolností, které vedly k zahájení léčby. Je třeba nechat si podrobně popsat problémy, jimiž klient trpěl i to, jak se měnily v čase. Za pomoci příslušných diagnostických kritérií zjišťujeme, zda se jedná o závislosti anebo jinou poruchu. Užitečné bývá se ptát i na to, jaké má klient představy o léčbě, případně jaké má s různými typy léčby zkušenosti.

Objektivní nález popisuje pozorování toho, kdo provádí vyšetření (např. stav vědomí, zevnějšek, způsob řeči klienta, mimika, psychomotorické tempo, případně i orientační vyšetření paměti. Jestliže je klient v době vyšetření pod vlivem látky, je to významná okolnost, která může svědčit o zhoršené sebekontrolě, a je třeba to zaznamenat.

Uvedené údaje je třeba ještě doplnit *vyšetřením tělesného stavu a laboratorními vyšetřeními* včetně např. toxikologického vyšetření, pokud je indikováno (viz příslušná kapitola). Někdy je potřebné i psychologické vyšetření (jestliže nás zajímá stupeň poškození paměti po dlouhodobém zneužívání návykových látek, bývá vhodné vyšetření naplánovat až po asi měsíční abstinenci, aby vyšetření nezakreslovalo doznívání účinku návykových látek, odvykací stav či jiné okolnosti).

2. Anamnéza z okolí

Nejcennější bývají údaje od osob ve společné domácnosti a těch, kdo znají klienta dlouhodobě. Zajímají nás projevy poruchy, jejich trvání, životní podmínky, osobnost před vznikem návykového problému i údaje o zdravotním stavu. Pro správné posouzení jsou podstatné i údaje o dalších osobách v jeho okolí a o fungování rodinného systému. (Např. při výskytu závislosti v rodině se uvádějí následující stadia: 1. popírání, 2. domácí léčení, 3. chaos, 4. zvládání.)

3. Strukturovaný rozhovor a využívání dotazníků

Vyšetření může probíhat i jako strukturovaný (tj. předem definovaný) diagnostický rozhovor. Ve světě se těší značné oblibě Addiction Severity Index (zkráceně ASI, McLellan a spol., 1980, Kubička a Csémy, 1997, 1998). Tento nástroj byl validizován i pro naši populaci a může usnadnit matching (přřazení vhodné formy léčby určitému klientovi podle jeho specifických potřeb). Používají se také různé diagnostické dotazníky, které mohou vyšetření zpřesnit, urychlit a vhodně doplnit. Vhodným diagnostickým nástrojem u dospívajících se zvýšeným rizikem návykových problémů je dotazník R. E. Tartera, který jsme přeložili a otestovali na rozsáhlém souboru české populace (Nešpor a spol., 1998).

3. Posílit motivaci k léčbě

Techniky posilování motivace byly rozpracovány především v USA (Miller a spol., 1992). Jedná se o účinný a přitom poměrně jednoduchý postup.

Stadia motivace

Motivace k překonání návykového problému se mění i bez léčby. Spontánní změny motivace popisuje Obr. 1.

Stadium motivace bývá vhodné mít na zřeteli i při vedení terapeutického rozhovoru.

1. *stadium* (chce pokračovat v brání drog) – zde se doporučuje vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci klientovi lépe vnímat rizika.

2. *stadium* (se změnou váh) – doporučuje se postupovat podobně jako v 1. stadiu a navíc posilovat sebedůvěru.

3. *stadium* (rozhodnutí) – zde je vhodné navrhnout, co konkrétně by měl klient udělat.

4. *stadium* (jednání) – terapeut pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit.

5. *stadium* (udržování) – využívají se strategie k prevenci recidivy jako soustavné doléčování, vyhýbání se rizikovým místům a situacím, přiměřený životní styl.

6. *stadium* (recidiva) je nebezpečné samo o sobě i tím, že se z něj klienti často dostávají zpět do 1. stadia, kdy nestojí o změnu. Zde je nejdůležitější pomoci recidivu rychle zastavit.

Posilování motivace obecně¹

Bell a Rollnick (1999) shrnuli motivační trénink následovně: Jedná se o pět principů, tj. vyjadřování empatie, vytvoření rozporu (co klient chce v budoucnu a jak se chová v současnosti), vyhýbání se neproduktivním sporům a práce s odporem (reflexe odporu, změna vztahového rámce, uvažování o jeho příčinách). Tyto principy se spojují s příslušnými strategiemi: probírání typického dne nebo sezení, chtěné a nechtěné následky užívání návykových látek, poskytování relevantních informací, probírání problémů (zejména působených návykovou látkou). K tomu ještě přistupují „drobné dovednosti“ (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí).

Miller a spol. (1992) zdůrazňují při posilování motivace projevování respektu, naslouchání a sdělování toho, že terapeut klientovi rozumí (reflexivní naslouchání). Terapeut klade otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou (duševních, zdravotních, materiálních, pracovních, rodinných) a zajímá se o klientovy perspektivy, plány a dobré životní cíle. Terapeut poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, oceňuje pokroky v léčbě, zdůrazňuje klientovy schopnosti a nadání. Jak již uvedeno výše, zároveň pomáhá klientovi vnímat rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat. Používá při tom vhodné otázky nebo určité skutečnosti nekonfrontačně

¹ Podrobněji viz Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

připomíná. Terapeut se s klientem nedostává do konfliktu a respektuje okolnost, že určité obrany v určité fázi léčby není účelné konfrontovat. Odpor terapeut využívá. Např. na něj prostě upozorní, může ho nadsadit, poukázat na rozpornost klientových úmyslů, může rezistenci přijmout nebo změnit vztahový rámec. Např. jestliže někdo tvrdí, že má strašné rodiče, kvůli kterým bere drogy, lze poukázat na to, že pro něj je důležité abstinovat a připravovat si při tom půdu pro skutečné osamostatnění a nezávislosti na rodině. Odpor je také možné obejít za pomoci nepřímého vyjádření nebo metafor. Tužby, které jsou ve vzájemném rozporu, vnímá terapeut jako pochopitelné a otevřeně o nich hovoří. Terapeut podporuje soběstačnost a sebedůvěru klienta. Do léčby včleňuje konkrétní kroky, jak dosahovat pozitivních životních cílů a zvyšovat soběstačnost. Důležitým významným motivačním činitelem bývá působení rodiny a pracovního nebo jiného okolí klienta.

Závěr

Uvedené cíle diagnostického rozhovoru (navázat terapeutický vztah, získat relevantní informace a posílit motivaci) se prolínají a nejsou odděleny, terapeut střídá ohnisko své práce podle okamžité potřeby a situace. Zkušené psychoterapeuti varují před dvěma extrémami. Tím prvním je nesmyslné hromadění nepoužitelných informací a formální vyptávání se na okolnosti, které zjevně nejsou důležité. To může zejména ambulantního pacienta snadno odradit. Naopak druhým extrémem je tendence intervenovat ještě před tím, než terapeut získá dostatečné informace, takže se pak může velmi snadno ocitnout v neznámém a nebezpečném terénu. Citlivé a inteligentní vedení diagnostického rozhovoru vyžaduje určitý nácvik, v ideálním případě by měl být tento nácvik doplněn supervizí.

The objectives of a diagnostic interview include not only obtaining the information about the client, but also building up the therapeutic relationship and motivation enhancement. Diagnostic interview is an essential component of the diagnostic process, which should lead to an individualised treatment programme. To establish a constructive therapeutic relationship, the therapist should pay attention to his/her non-verbal communication, he/she should use the li-

stening skills and provide the relevant information requested by the client. The therapist should be also aware of the client's social and other needs and work skilfully with the client's resistance instead confronting it directly. Further on, the chapter presents the methods of obtaining information from a client including some diagnostic tools such as ASI. Finally, motivation enhancement is characterised as a treatment intervention which should be included in the diagnostic interview.

Key words: anamnesis – diagnostic interview – motivation – motivation enhancing – therapeutic relationship

Obr. 1: Změny motivace

↗	1. stadium – nestojí o změnu (chce pokračovat v návykovém chování)	↘
6. stadium – recidiva (návykového chování)		2. stadium – rozhodování (se změnou váhá)
5. stadium – udržování (udržuje si dobrý stav)		3. stadium – rozhodnutí (rozhodl se pro změnu)
↖	4. stadium – jednání (uskutečňuje změnu)	↙

Zdroj: autor podle DiClemente a spol. (1991)

Literatura

- Bell A., Rollnick S.: Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Höschl C. a spol.: Psychiatrie. Multimediální učebnice. Tigris, Praha, 2002
- DiClemente C. C., Prochaska J. O., Fairhurst S. K. a spol.: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, roč. 59, č. 2, str. 295 – 304, 1991
- Kubička L., Csémy L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, roč. 32, str. 215 – 221, 1997
- Kubička L., Csémy L.: Validita české verze EuropASI. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, roč. 33, str. 307 – 315, 1998
- McLellan A. T., Lumborsky L., Woody G. E. a spol.: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J. Nerv. Ment. Dis.*, roč. 168, str. 26 – 33, 1980
- Mercer D. E., Woody G. E.: Individual Drug Counseling, Washington D.C., NIH Publication No. 99 – 4380, str. 93, 1999
- Miller W.R., Benefield R. G., Tonigan J.S.: Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J. Consult. Clin. Psychol.*, roč. 61, č. 3, str. 455 – 461, 1993
- Miller W. R., Zweben A., DiClemente C. C., Rychtarik R. G.: Motivational enhancement therapy manual. U. S. Department of Health and Human Services, ADAMHA, NIAAA, Washington D. C., 1992
- Nešpor K., Csémy L., Provazníková H.: Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti (volně podle R. E. Tartera). Státní zdravotní ústav/ nakladatelství Fortuna, Praha, 1998

Klíčová slova: diagnostika – Harm Reduction – indikace k léčbě – léčba vedoucí k abstinenci – matching – zhodnocení pacienta/klienta

1. Vícerozměrná diagnostika – komplexní zhodnocení klienta

Jedním z předpokladů účinné léčby je zevrubné zhodnocení klienta a vhodná indikace určitého léčebného programu.

Závislost ovládá celý život jednotlivce. Obvykle nezahrnuje jen nutkavé užívání drog, ale patří k ní široká škála problémů, které narušují nebo znemožňují normální fungování v rodině, na pracovišti či ve škole, ve skupinách vrstevníků i v širším společenství. Závislost rovněž vystavuje člověka zvýšenému riziku mnoha dalších nemocí, z nichž některé souvisejí se životním stylem závislého (špatná výživa a bydlení, opomíjení péče o vlastní zdraví), jiné s toxickým účinkem užívaných drog nebo se způsobem jejich aplikace.

Závislost sama má tedy mnoho rozměrů a ovlivňuje mnoho oblastí života. Její léčení není jednoduché a musí na mnohorozměrný problém přiměřeně odpovídat. Stejně tak není jednoduchý vztah mezi určením diagnózy a doporučením vhodné odborné péče – neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny.

Stanovení správné diagnózy (např. podle kritérií MKN-10) rozhodnutí o další léčbě pochopitelně usnadňuje. Ale uvnitř diagnostické kategorie „syndrom závislosti“, kterou se zde především zabýváme, přestává již diagnóza být jediným kritériem a postačujícím vodítkem pro plánování vhodné léčebné intervence. Pro přiměřenou indikaci k odborné péči potřebujeme získat o klientovi širší spektrum informací a zabývat se i jinými hledisky než pouze kritérii závislosti. Naše diagnostika musí být stejně mnohorozměrná jako závislost sama a musí zahrnovat jednak závažnost vlastního drogového problému a případné problémy či komplikace psychické i somatické, jednak rodinné, vztahové a sociální aspekty a v neposlední řadě i klientovu motivaci a postoj k léčbě.

Místo pojmu „vícerozměrná (multidimensionální) diagnostika“ se častěji setkáváme s pojmem „komplexní zhodnocení klienta“. V zahraničí pro účely tohoto hodnocení vznikla řada standardizovaných postupů (dotazníků a/nebo schémat pro strukturovaný diagnos-

tický rozhovor s klientem), z nichž zřejmě nejosvědčenější a nejpoužívanější je Addiction Severity Index (ASI).

Českou verzi evropské modifikace Europ-ASI vytvořili a na českou populaci standardizovali Kubička a Csémy (1996, 1997, 1998). Hodnocení si všímá následujících aspektů:

- 1. Zdravotní stav** – zejména hospitalizace pro tělesná onemocnění a úrazy během života, chronické zdravotní problémy, současný zdravotní stav a zdravotní péče, zvláštní pozornost zasluhují hepatitidy, jimiž trpí stále větší část drogové klientely v ČR.
- 2. Práce a zdroj obživy** – zejména počet let školního vzdělání a nejvyšší dosažené vzdělání, nejdelší období pravidelného zaměstnání, obvyklá forma pracovního zařazení, nezaměstnanost a konečně současný zdroj obživy (včetně zdrojů nelegálních).
- 3. Drog a alkohol** – sem patří samozřejmě historie užívání, typ a dávkování návykové látky v současnosti, ale rovněž výskyt předávkování a delirií, předchozí léčby a jiné odborné intervence a v neposlední řadě období abstinence bez léčby (počítá se abstinence delší než 1 měsíc mimo uzavřené prostředí, např. léčebnu nebo věznici).
- 4. Právní postavení** – především obžaloby a odsouzení během života, obžaloby v současné době a rovněž současné nezákonné aktivity.
- 5. Rodinné a sociální vztahy** – důležitá je zde stabilita a spokojenost s rodinným stavem, s bydlením a trávením volného času, vážné vztahové problémy a konflikty s kýmkoliv v minulosti i v současnosti.
- 6. Psychický stav** – psychiatrické hospitalizace a léčení, příznaky v minulosti a zejména v posledních 30. dnech, sebevražedné pokusy a myšlenky.

V kodexech práv pacientů či klientů se dokonce objevuje právo klienta být takto komplexně zhodnocen a nazírán ve všech podstatných aspektech své individuality (viz Kalina, 2000) – a toto právo nemůže být zajištěno jinak než profesionální odpovědností odborníků, kteří s klientem přicházejí do styku v uzlovém bodu jeho dráhy.

2. „Matching“

Ani sebedůmyslnější manuál komplexního zhodnocení klienta pochopitelně není automatem, který na konci vydá správnou indikaci k léčbě. Zhodnocení je pouze východiskem pro nalézání odpovídajícího propojení

mezi potřebami klienta a určitým souborem intervencí. „Párování potřeb a intervencí“ či „přizpůsobení léčby pacientům“ (*matching* v mezinárodní terminologii) se stává velice populárním tématem posledních deseti let¹, protože relativně rychle stoupá počet léčebných programů a především se rozšiřuje jejich různorodost a vzájemná odlišnost v typu, délce, cílech a obsahu. Jinými slovy, nabídka služeb se zvyšuje nejen v kvantitě, ale i v sortimentu. To odpovídá soudobému trendu odbornou péčí *individualizovat* a indikovat ji více s přihlédnutím k jedinečnosti klienta a charakteru jeho potřeb než pouze podle základní diagnózy – jak jsme uvedli na počátku, neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny, a také neexistuje klient, kterému by vyhovoval každý typ intervence.

Služby a programy se mohou odlišovat v následujících směrech:

- 1) v základním typu – ambulantní / lůžkové (a dále ještě například na klasické ambulantní, intenzivní ambulantní, ústavní – tj. péče v nemocnicích a léčebnách, rezidenční v terapeutických komunitách, rezidenční v chráněném bydlení),
- 2) v délce, obvykle udávané počtem týdnů či měsíců, které klient stráví v programu – krátkodobé / střednědobé / dlouhodobé,
- 3) v léčebné filosofii – například léčba vedoucí k abstinenci / udržovací léčba metadonem, léčba s farmakoterapií / bez medikace, klinika / terapeutická komunita,
- 4) v přístupu – např. svépomocné / odborné služby,
- 5) v metodách léčebné intervence – skupinová terapie / individuální terapie, psychoterapie kognitivně behaviorální / psychodynamická atd.

„Matching“ můžeme provádět pouze tehdy, když tyto služby existují a jsou dosažitelné; tato zdánlivě triviální podmínka se v ČR týká zejména místní a regionální dostupnosti řady služeb. Druhou podmínkou je, že charakteristiky a profily jednotlivých služeb a programů jsou známy – to minimálně znamená, že jednotlivá zařízení samy pro sebe definují a ostatním zpřístupní základní parametry svého programu, mezi které patří především:

- Výběrová kritéria pro klienty
- Délka a intenzita intervence, potřebná k vyvolání efektu
- Základní charakter terapie (filosofie, přístup, metody atd.)
- Očekávaný účinek (k čemu má dané zařízení sloužit, co má program způsobit, jak dlouho má účinek trvat)
- Doložená úspěšnost

Zkusme podle těchto známých parametrů porovnat dva typy programů: a) program substituční léčby metadonem, b) program terapeutické komunity s psychoterapeutickou orientací (upraveno podle Finney and Moos, 1996).

1) Výběrová kritéria pro klienty:

- a) závislost na opiátech, kriminalita, neúspěšné pokusy o abstinenci včetně opakovaného selhání v léčbě vedoucí k abstinenci,
- b) závislost na opiátech nebo stimulancích, dlouhodobé a závažnější problémy osobnostní či vývojové, rodinné, sociální atd., neúspěšná ambulantní léčba.

2) Délka a intenzita intervence, potřebná k vyvolání efektu:

- a) účinek okamžitě, pro stabilizaci nutné denní podávání minimálně 1 rok,
- b) pobyt s intenzivním programem v délce 1 roku.

3) Základní charakter terapie (filosofie, přístupy, metody):

- a) léčba nemá za cíl abstinenci, ale snížení rizikového užívání, používá se pouze farmakoterapie a občasná medicínské kontroly, provádí se odborně, ale není personálně náročná,
- b) léčba vedoucí k abstinenci a změně životního stylu, zaměřuje se nejen na závislost, ale i na osobnost, vztahy, sociální dovednosti atd., bez farmakoterapie, ale s využitím řady psychosociálních metod, náročná na kvalifikovaný personál.

4) Očekávaný účinek

- a) abstinence od nezákonných drog, snížení kriminální aktivity, sociální stabilizace, účinek trvá po dobu účasti v programu,
- b) kromě opuštění závislosti se očekává změna v sebepojetí, vztazích, rozvoj osobnostního a sociálního potenciálu včetně odpovědnosti za vlastní život, předpokládá se, že po ukončení léčby účinek – schopnost žít bez drogy normální život – přetrvává dlouhodobě.

5) Doložená úspěšnost

- a) v programu se 1 rok udrží 60 % klientů,
- b) program v délce 1 roku úspěšně absolvuje 60 % klientů, z nich u 60 % po dalším roce zjišťujeme přetrvávání účinku.

Uvažujeme-li o konkrétním klientovi, může nám takové porovnání poskytnout pro „matching“ cenné vodítko. Léčebná zařízení v ČR svoje výsledky zatím dokládají jen sporadicky, informace o ostatních parametrech programů jsou však již běžně dostupné a umožňují vzájemné porovnání s ohledem na potřeby a charakteristiky konkrétního klienta (viz MPK, 2000). Pracovník provádějící „matching“ je však v našich podmínkách obvykle sám zapojen do určitého zařízení či programu: možnosti a meze „svého“ zařízení bychom měli znát především a v zájmu klienta korektně zhodnotit, zda je či není pro „náš“ program vhodný.

¹ Viz též Nešpor, kapitola 4/1, Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“.

3. Indikace pro léčbu

Jako ilustraci „matchingu“ v této oblasti uvádíme v Tab.1 schéma doporučené Americkou psychiatrickou asociací (1995, úprava Kalina, in Nováková a kol., 2000). Schéma sice nechává stranou řadu hledisek, kterých jsme si všimli v předchozím oddílu, pro svou relativní jednoduchost však může být užitečnou orientační pomůckou.

Parametry na straně klienta

1. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky: nejde zde pouze o aktuální přítomnost příznaků intoxikace nebo příznaků z vysazení drogy, ale o zhodnocení rizika na základě údajů z minulosti (časté předávkování či výrazné abstinenční příznaky).

2. Biomedicinské stavy nebo komplikace: pro zhodnocení somatických komplikací nebo současně probíhajících nemocí je především podstatné, zda samy o sobě vůbec potřebují léčbu, a pokud ano, zda je možná léčba ambulantní nebo zda vyžadují nemocniční pobyt. Rovněž je důležité zvážit, zda tělesné potíže umožňují klientovi účast v určitém léčebném programu (docházet, vystavovat se fyzické zátěži při sportu, pracovní terapii atd.)

3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace: psychologické a psychiatrické komplikace mohou být samy o sobě natolik závažné, že vyžadují léčení, a mohou rovněž snižovat klientovu schopnost se zapojit do určitého programu.

4. Akceptování léčby nebo odpor k léčbě: stupeň motivace či naopak stupeň vnějšího donucení jsou důležitými indikátory, jakou míru volnosti a samostatnosti je klient schopen při léčbě unést nebo jakou míru podpory a kontroly potřebuje.

5. Potenciál pro relaps: čím vyšší je riziko porušení abstinence, tím je vyšší klientova potřeba bezpečného a chráněného prostředí v léčbě.

6. Vztah okolí k léčbě: jako „okolí“ zde musíme zvažovat nejen klientovu rodinu, ale i partnera (partnerku) a známé, kteří vytvářejí klientův sociální mikrosvět.

Odpovídající charakteristiky léčebných programů

Podrobnější popis jednotlivých programů obsahuje část VIII této publikace. Abychom ve výkladu „matchingu“ mohli reflektovat i délku a obsah programu (což je pro indikaci vhodné intervence či služby neméně významné než 6 výše uvedených kritérií), uvádíme zde orientační časové údaje a v Tab. 2 přehled jednotlivých složek zde sledovaných typů léčby (Kalina, in Nováková a kol., 2000).

1. úroveň – ambulantní léčba: jak vyplývá ze našeho schématu č. 1, je ambulantní léčba vhodná pro klienty s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. Hodí se pro klienty zaměstnané nebo studující. Případnou vyšší intenzitu odvykacích příznaků je možné zvládnout absolvováním ústavní detoxifikace. Někdy se uvádí, že ambulantní léčba nemůže mnoho nabídnout, záleží však na obsahu. V optimálním případě se vedle farmakoterapie v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (1x – 5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1 x týdně). V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit i zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Práce s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky) a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné stejně jako v dalších formách léčby. Totéž platí pro ambulantní strukturované poradenství. Žádoucí doba ambulantního léčení je 6 – 12 měsíců, minimálně 3 měsíce.

2. úroveň – intenzivní ambulantní léčba: za „intenzivní ambulantní léčbu“ se pokládá strukturovaný program v rozsahu 20 a více hodin týdně. Nejznámější formou jsou denní stacionáře. Denní léčba trvá obvykle 3 – 4 měsíce a může být přínosná i pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti. Podle individuálních charakteristik a potřeb klienta může být stejně účinná jako léčba v lůžkovém zařízení. Obtíže plynoucí z toho, že klient při léčbě zůstává v kontaktu s původním prostředím, musí být vyváženy intenzitou a obsahem programu. Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychopatologického a psychosociálního se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby v lůžkovém zařízení. Denní léčba se s ní však může účinně doplňovat (může na ni navazovat, předcházet jí nebo obojí)².

3. úroveň – intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem: této úrovni v našich podmínkách odpovídá rezidenční léčba v terapeutických komunitách, které se nacházejí mimo nemocniční či léčebenské prostředí, ale s lékaři soustavně spolupracují a jsou schopny zajistit svým klientům základní i odbornou lékařskou péči. Pro rezidenční léčbu jsou indikováni především klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychosociálního (např. s rozpadlým sociál-

² Více o denních stacionářích viz Kalina, kapitola 8/5.

ním zázemím, s kriminální anamnézou, dlouhodobě nepracující atd.). Proces sociálního učení v TK jim pomůže získat potřebné schopnosti a dovednosti k tomu, jak začít znovu žít, nebo jak vůbec žít v normální společnosti. Klienti s vysokou mírou psychiatrických a somatických komplikací, vyžadujících trvalé lékařské vedení případu, nejsou pro léčbu v TK vhodní.

Rezidenční léčba v TK je nejčastěji střednědobá (6 – 8 měsíců) nebo dlouhodobá (1 rok a více)³. Jde o vysoce strukturované režimové programy, v nichž jsou zastoupeny různé formy skupinové terapie, edukačních a volnočasových aktivit a dále práce na každodenním provozu zařízení, farmy atd. V posledních letech se v odborně vedených TK klade větší důraz i na souběžnou individuální terapii (aspoň podpůrnou a poradenskou) a na práci s rodinou klienta. Sociální práce je důležitá jednak pro úpravu často složitých problémů, které klient zanechal ve vnějším světě, jednak jako příprava pro návrat do něj⁴. Farmakoterapie se v TK používá obvykle jen u duálních diagnóz.

4. úroveň – intenzivní ústavní léčba řízená lékařem: může se jednat o krátkodobou či střednědobou ústavní léčbu (délka většinou 3 měsíce; časové rozhraní mezi „krátkodobou“ a „střednědobou“ ústavní léčbou se uvádí různě u různých autorů, obvykle se však za horní hranici střednědobé léčby v nemocnicích a léčebnách pokládá 6 měsíců, v terapeutických komunitách většinou 9 měsíců). Z indikačního schématu vyplývá, že ústavní léčba je vhodná především pro medicinsky komplikovanější případy, osvědčuje se však i jako alternativa rezidenční léčby v TK (úroveň 3) např. pro klienty, u nichž dlouhodobý program v TK není nutný nebo možný. U nás se provádí na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben⁵. Jde obvykle o strukturované a režimové léčebné programy s náplní obdobnou jako v denní či rezidenční léčbě. Někde se klade větší důraz na sociální učení v terapeutické komunitě, jinde na tvarování chování prostřednictvím bodovacího systému. Běžně se používá farmakoterapie.

Do úrovně „intenzivní ústavní léčby řízené lékařem“ spadá ovšem rovněž i ústavní detoxifikace – v ČR se obvykle jedná o několikadenní pobyt (v rozmezí 5 – 10

dní) na uzavřené *detoxifikační jednotce*⁶ v nemocnici či psychiatrické léčebně. Základní filosofií ústavní detoxifikace je izolace klienta od drogového prostředí a překonání odvykacího syndromu v podpůrné a motivující psychotherapeutické atmosféře. Ke zmírnění odvykacího syndromu se používá farmakoterapie⁷, do spektra metod na detoxifikační jednotce rovněž patří sociální a rodinné intervence (řešení aktuálních sociálních problémů či rodinných krizí). Pobyt klienta v detoxifikačním programu by měl být využit pro vytvoření a upevnění motivace k další léčbě. Detoxifikace si neklade za cíl řešit psychologické, sociální a behaviorální problémy spojené ze závislosti a proto se od ní neočekávají přetrvávající změny nezbytné pro uzdravení. Není pokládána za typ léčby, ale za „překursor léčby“ (NIDA, 1999).

„Matching“ mimo rámec léčby vedoucí k abstinenci

Je jasné, že o léčbu vedoucí k abstinenci usilujeme především u klientů, kteří dospěli do stadia závislosti na droze. Vhodný léčebný program doporučíme i problémovému uživateli (lze diagnostikovat jako „škodlivé užívání“), který sice přesně nenaplnuje kritéria požadovaná pro diagnózu závislosti, ale je pravděpodobné, že se závislost brzy rozvine. Neznamená to, že ostatní problémoví uživatelé a další kategorie klientů (experimentátoři, rekreační uživatelé) mají zůstat bez pomoci: různé formy poradenství a psychotherapie mohou pomoci vyřešit jejich osobní a vztahové problémy a zabránit pokračování drogové kariéry.

Pro klienta, který sice splňuje kritéria syndromu závislosti, ale není motivován a schopen léčbu vedoucí k abstinenci absolvovat, jsme povinni nalézt vhodnou intervenci v oblasti Harm Reduction⁸, která mu umožní přežít, zachovat maximálně možné zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu a nepoškozovat okolí. Do této oblasti musíme počítat i substituční léčbu⁹ (metadonem či jinými farmaky) a detoxifikaci, po níž nenásleduje abstinence či léčba vedoucí k abstinenci.

³ Méně časté jsou TK s délkou léčby 3 – 6 měsíců.

⁴ Více o terapeutické komunitě viz Těminová-Richterová, Adameček a Kalina, kapitola 6/8, Terapeutická komunita jako metoda a systém; Adameček, Těminová-Richterová a Kalina, kapitola 8/8, Rezidenční léčba v terapeutické komunitě.

⁵ Viz Dvořáček, kapitola 8/7, Detoxifikace.

⁶ Viz Nešpor, kapitola 8/6, Detoxifikační jednotky.

⁷ Viz Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace; Bayer, kapitola 6/2, Farmakoterapie Farmakoterapie závislosti, psychopatologických komplikací a komorbidit.

⁸ Viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm Reduction.

⁹ Viz Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.

Summary

Matching: Diagnostic Conclusion and Indication to Treatment

The chapter first deals with the multidimensional diagnostic process and the comprehensive assessment of a patient/client. Further, the "matching" approach is described as an essential output of the assessment, because there is no single treatment for everybody and no client fits to all types of treatment. Principles of successful matching are presented, and examples of indication of various types of treatment (ambulatory, intensive ambulatory, residential, hospital types) are

analysed. For clients who are not motivated for abstinence-oriented treatment (or unable to pass it) we are obliged to find an appropriate intervention in the area of Harm Reduction.

Key words: abstinence-oriented treatment – assessment – Harm Reduction – indication to treatment – matching

Tab. 1: Kritéria indikací k jednotlivým typům léčby

Kritéria / Úrovně péče	Úroveň I Ambulantní léčba	Úroveň II Intenzivní ambulantní léčba	Úroveň III Intenzivní ústavní léčba pod lékařským dozorem	Úroveň IV Intenzivní ústavní léčba ří- zená lékařem
1. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo absti- nenční příznaky	Nulový potenciál pro při- znaky z odnětí drogy	Minimální potenciál pro příznaky z odnětí drogy	Velký potenciál, příznaky z odnětí drogy zvládnutelné v úrovni III	Velký potenciál, příznaky z odnětí drogy nezvládnou- telné v úrovni III
2. Biomedicínské stavy nebo komplikace	Žádné nebo velmi stabilizo- vané	Nenarušující léčbu, zvlád- nutelné v úrovni II	Nutné sledování lékařem, ale ne intenzivní léčení	Nutná péče lékařská a zdra- votnická 24 hod. denně
3. Emocionální a behavi- orální stavy a komplikace	Žádné nebo velmi stabilizo- vané	Mírné, potenciálně mohou narušovat léčbu	Středně těžké, vyžadující strukturované prostředí 24 hod. denně	Těžké problémy, péče psychi- atra nutná 24 hod. denně zároveň s léčbou závislosti
4. Akceptování nebo od- por k léčbě	Ochotný spolupracovat, ale potřebuje motivovat a sle- dovat	Odpor k léčbě vyžaduje strukturovaný program, ale není tak velký, aby se am- bulantní léčba mijela účin- kem	Odpor k léčbě silný přes ne- gativní následky, nutno in- tenzivně motivovat ve strukturovaném prostředí 24 hod. denně	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III
5. Potenciál pro relaps	Schopen abstinovat a za- chovávat cíle léčby za mini- mální podpory	Zvýšení příznaků závislosti a vysoká pravděpodobnost relapsu bez důsledného sle- dování a podpory	Neschopen kontrolovat uží- vání při méně intenzivní péči, potřebuje řád 24 hod. denně	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III, nutná přísná kontrola
6. Vztah okolí k léčbě	Okolí podporuje léčbu a/nebo pacient je schopen vše zvládat	Okolí nepodporuje léčbu, ale pacient je schopen ji zvládat se strukturou nebo podporou	Okolí je léčbě nebezpečné a je nutné od něj pacienta odtrhnout	Problémy s touto dimenzí zabraňují pacientovi léčit se v rámci úrovně III, nutná přísná kontrola

Tab. 2: *Formy a metody v léčbě drogových závislostí*

Metody / Formy	1. Ambulantní léčba	2. Léčba v den- ním stacionáři	3. Ústavní deto- xifikace	4. Krátko- až střednědobá ústavní léčba	5. Středně- až dlouhodobá re- zidenční léčba
1. Farmakoterapie	Pro zvládání odvyka- cího syndromu a kom- plikací	Pro zvládání odvyka- cího syndromu a kom- plikací	Pro zvládání odvyka- cího syndromu	Pro zvládání kompli- kací	Zřídka, při komplika- cích
2. Individuální tera- pie	Klíčová složka pro- gramu	Nezbytná, paralelně se skupinovým progra- mem	Nezbytná, intenzivní	Nezbytná, paralelně se skupinovým progra- mem	Důležitá, paralelně se skupinovým progra- mem
3. Skupinová terapie	Důležitá složka pro- gramu	Klíčová složka pro- gramu	Žádoucí	Klíčová složka terape- utického programu	Nezbytná složka pro- gramu
4. Rehabilitace, vý- chova, volno-časové aktivity	Doplňkové, žádoucí dle možností	Důležitá složka pro- gramu	Žádoucí dle možností	Důležitá složka pro- gramu	Nezbytná složka pro- gramu (včetně pracov- ních aktivit)
5. Léčebný režim	Dodržování docházky a základních pravidel	Kontrolovaný režim v době programu, moni- torování času mimo program	Přísný léčebný režim na uzavřeném oddě- lení 24 hod. denně	Kontrolovaný léčebný režim 24 hod. denně	Režim s odstupňova- nou kontrolou dle fází 24 hod. denně
6. Principy terapeu- tické komunity	Neuplatňují se	Žádoucí v době pro- gramu	Obvykle se neuplatňují	Základní rámec pro- gramu	Podstata programu
7. Práce s rodinou	Nezbytná, soustavná	Nezbytná, soustavná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Důležitá aspoň zá- kladní spolupráce
8. Sociální práce	Nezbytná	Nezbytná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Nezbytná na počátku a konci léčby
9. Testování drog	Důležité, průběžně	Důležité, průběžně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně

Literatura

- Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR. Návrh, pracovní verze 5. MZ ČR, Praha, 2001
- American Psychiatric Association (Mirin S. M. et al.): Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Supplement to Amer. Journ. Psychiat., roč. 152, č. 11. Amer. Psychiatric Press, Washington D.C., 1995
- British Medical Association: The Misuse of Drugs. Harwood Academic Publishers, London-Amsterdam, 1997
- Buehringer G., Platt J. J. (eds.): Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives. Krieger Publishing Co., Malabar, Florida, 1992
- Galanter M., Kleber H. D. (eds.): The Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Press, 1994
- Finney J. W., Moos R. H.: Matching patients with treatment. Conceptual and methodological issues. Journ. Stud. Alcohol and Drugs, č. 7, str. 122 – 134, 1996
- Kalina K.: Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogových závislostí. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), č. 3, str. 34 – 42, 1999
- Kalina K.: Léčba drogových závislostí. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kubička L., Csémy L.: Evropský index závažnosti návykového chování (Europ-ASI) – česká verze. Závěrečná zpráva grantu 3705-3, IGA MZ ČR. MZ ČR, Praha, 1996
- Kubička L., Csémy L.: První zkušenosti s českou verzí EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 32, str. 215 – 221, 1997
- Kubička L., Csémy L.: Validita české verze EuropASI. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, str. 307 – 315, 1998
- MPK: Katalog služeb a programů pro problémové uživatele drog a závislé. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
- NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment. National Institute for Drug Abuse, Washington D.C., 1999. Internetové stránky: www.nida.nih.gov
- Schuckit M. A.: Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment. Plenum Publishing Corp., New York, 1989
- Tims F. M., Inciardi J. A., Fletcher B. W., McNeill Horton A.: The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Greenwood Press, Westport, Conn.-London, 1997