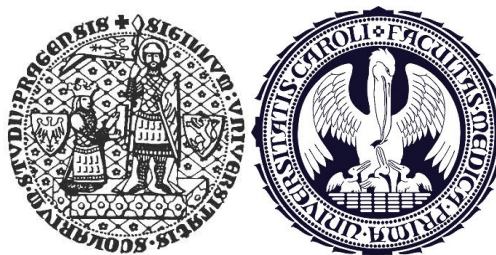


Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Tomáš Kašpar

Program následné péče pro osoby se zkušeností s duální diagnózou: evaluace
procesu

An after-care programme for people with dual diagnosis experience: process
evaluation

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Anna Volfová

Praha, 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 7. 2024

Tomáš Kašpar

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval mojí vedoucí práce paní Mgr. Anně Volfové za ochotu, pochopení, trpělivost, metodické vedení a za veškerou zpětnou vazbu v celém procesu tvorby práce. Dále bych chtěl poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich pomoc, strávený čas a otevřenost při jeho realizaci. V neposlední řadě patří veliké díky Johance za inspiraci a bližší představení světa „duálek“ a mojí rodině za její bezpodmínečnou a neutuchající podporu během doby mých studií.

Identifikační záznam

KAŠPAR, Tomáš. *Program následné péče pro osoby se zkušeností s duální diagnózou: evaluace procesu. [An after-care programme for people with dual diagnosis experience: process evaluation]*. Praha, 2024. 61 s., 3 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2024. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Anna Volfová.

Abstrakt

Prevalence výskytu osob se zkušeností s duální diagnózou v adiktologických službách stoupá a žádá si další rozvoj služeb stávajících, popř. tvorbu služeb nových, které by na tento fenomén adekvátním způsobem reagovaly. Cílem práce je provést evaluaci procesu zavedení a realizace programu následné péče pro osoby se zkušeností s duální diagnózou. Data byla získána pomocí polostrukturovaných interview. Výzkumným souborem byli 4 pracovníci následné péče v Brně. Dále proběhla kvantitativní obsahová analýza dokumentace služby. Program následné péče má vytvořenou adekvátní síť spolupracujících služeb, v níž dominuje kooperace s terapeutickými komunitami pro lidi s duální diagnózou, které pracovníci považují za nejvhodnější přípravu na program, zvláště ve srovnání s přípravou v psychiatrických nemocnicích. Fokus programu je na osoby s psychotickým onemocněním, nicméně značná část jeho klientely zahrnuje lidi s úzkostně depresivní symptomatikou a poruchou osobnosti. Program se vyznačuje vysokou mírou flexibility, je vnímavý k aktuálním potřebám klientů. Za nejdůležitější metodu při práci s klienty označují pracovníci vztah. Samozřejmostí je integrovaný přístup, tedy propojování obou komponent duální diagnózy v doléčování. Ve službě se nedaří spolupráce s rodinou a blízkými, většinou z důvodu jejich neochoty se do ní zapojit. Provoz následné péče je dostatečně personálně zajištěn, pracovníci mají odpovídající vzdělání a zkušenosti. Pro tým je klíčová úzká spolupráce s psychiatrem. Pracovníci jsou v týmu spokojeni, cítí v něm velkou podporu, považují ho za personálně vyvážený, přemýšlí ale o posílení v podobě peera. Získané poznatky mohou sloužit jako inspirace a zdroj informací při zavádění podobných služeb.

Klíčová slova: následná péče, evaluace procesu, integrovaná léčba, zotavení, duální diagnóza.

Abstract

The prevalence of people with dual diagnosis experience in addictology services is increasing and calls for further development of existing services or the creation of new ones, that would respond adequately to this phenomenon. The aim of this thesis is to evaluate the process of establishing and implementing an aftercare programme for people with dual diagnosis experience. Data were obtained through semi-structured interviews. The research group consisted of 4 aftercare workers in Brno. Furthermore, a quantitative content analysis of service documentation was conducted. The aftercare programme has established an adequate network of collaborative services, which is dominated by cooperation with therapeutic communities for people with dual diagnosis, which the staff consider to be the most appropriate preparation for the programme, especially in comparison with preparation in psychiatric hospitals. The focus of the programme is on people with psychotic illness, however, a significant portion of its clientele includes people with anxiety-depressive symptoms and personality disorders. The programme is characterized by a high degree of flexibility and is responsive to the current needs of clients. The staff identifies rapport as the most important method in working with clients. Of course, an integrated approach, i.e., linking the two components of dual diagnosis in aftercare, is essential. There is a lack of collaboration with family and loved ones in the service, mostly due to their reluctance to engage. The aftercare service is adequately staffed, with staff having appropriate education and experience. Close cooperation with the psychiatrist is crucial for the team. The staff are satisfied with the team, feel very supported by it, consider it to be balanced in terms of personnel, but are thinking about strengthening it in the form of a peer. The lessons learned can serve as inspiration and a source of information when implementing similar services.

Key words: after-care, process evaluation, integrated treatment, recovery, dual diagnosis.

Obsah

1	Úvod	9
	TEORETICKÁ ČÁST	10
2	Duální diagnóza	10
2.1	Pojem duální diagnóza (DD).....	10
2.2	Prevalence	11
2.3	Etiologie	13
2.4	Charakteristika člověka s DD.....	14
3	Diagnostika a možnosti léčby.....	17
3.1	Diagnostika.....	17
3.2	Významné aspekty v přístupu k léčbě DD	18
3.3	Léčebné modely a přístupy	20
4	Podpora osobám s DD v českém kontextu.....	23
4.1	Adiktologická a komunitní péče u jednoho stolu.....	23
4.2	Specializované služby pro osoby s DD v ČR.....	24
5	Kazuistika programu následné péče pro osoby s DD.....	25
	PRAKTICKÁ ČÁST	27
6	Metodologie výzkumu	27
6.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
6.2	Výzkumný soubor a jeho výběr	27
6.3	Metody získávání, zpracování a analýzy dat.....	28
6.4	Etické aspekty výzkumu.....	28
7	Výsledky.....	30
7.1	Zasazení programu do sítě podpůrných služeb	30
7.2	Charakteristika cílové skupiny	32

7.3	Proces vývoje obsahu a struktury programu	34
7.4	Práce s lidmi s DD v programu	37
7.5	Týmová spolupráce	40
8	Diskuse	44
9	Závěr	48
	Seznam použité literatury.....	49
	Seznam použitých zkratk.....	60
	Seznam příloh	61

1 Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou duálních diagnóz, tedy kombinací poruchy z užívání návykových látek a dalšího přidruženého duševního onemocnění. V rámci mého předchozího zaměstnání v komunitní psychiatrické službě jsem s lidmi s DD intenzivně spolupracoval a snažil se s nimi nacházet cesty, jak je na jejich životní cestě co nejlépe doprovázet. V rámci této zkušenosti jsem poznal, že jejich osudy jsou často komplikovány nedostupností podpůrných služeb právě pro tuto klientelu – nacházejí se v zemi nikoho mezi adiktologickými službami na straně jedné a službami péče o duševní zdraví na straně druhé. Pilotní program následné péče specificky pro osoby s DD se snaží tyto příkopy překonat a k problematice přistupovat integrovaně – přirozeně jsem tak chtěl provoz programu lépe poznat, což byl impuls k zvolenému tématu práce.

Cílem práce je provést kvalitativní evaluaci procesu zavedení a realizace programu následné péče pro osoby se zkušeností s DD. Výzkum se zaměřuje na prozkoumání toho, zda je program realizován tak, jak byl původně zamýšlen, příp. jak se během jeho zavádění a realizace postupně vyvíjel do jeho současné podoby.

Teoretická část práce prozkoumává definici pojmu DD, etiologii, prevalenci a charakteristiku lidí s DD. Představuje diagnostické problémy, současné možnosti léčby, dále se dívá na aktuální možnosti podpory lidem s DD v ČR.

Práce nabízí interní vhled do provozu unikátního programu pro specifickou cílovou skupinu lidí s DD. Může být zdrojem inspirace k zakládání podobných služeb, povzbuzením a příkladem dobré praxe pro pracovníky, kteří s lidmi s DD pracují nebo pracovat začínají a v neposlední řadě zpětnou vazbou pro samotné realizátory programu.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Duální diagnóza

2.1 Pojem duální diagnóza (DD)

Na počátku 80. let minulého století začali výzkumníci a klinici pozorovat, identifikovat a popisovat skupinu „mladých dospělých chronických pacientů.“ Tato skupina se vyznačovala kombinací závažného duševního onemocnění s vysokým stupněm zneužívání návykových látek, které bylo vysvětlováno jako snaha těchto jedinců se vyrovnat se symptomy svého duševního onemocnění a životem v komunitě. Vzestup výskytu této skupiny pacientů začal v tomto období narážet na teoretické a provozní limity mnoha terapeutických programů (Bachrach, 1982; Caton, 1981; Pepper et al., 1981). Brzy se začalo formovat první názvosloví – na konci 80. let minulého století to byl koncept „spolu vyskytujících se nemocí (co-occurring disorders)“ často zařazený pod pojmem duální diagnóza, který se postupně stal široce používaným termínem (Cosci & Fava, 2011; Drake & Wallach, 2000; Ridgely et al., 1987). Na názvosloví a terminologii v odborné veřejnosti nicméně nepanuje shoda. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje duální diagnózu jako souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek a dalšího psychiatrického onemocnění u téže osoby (World Health Organization, 1994). Evropské monitorovací centrum pro drogy a závislost (EMCDDA) používá s duální diagnózou zaměnitelně termín „komorbidita“ (Torrens et al., 2017a; Torrens et al., 2017b) pro dočasné spolubytí dvou nebo výše duševních poruch, z nichž jednou je problémové užívání návykových látek (EMCDDA, 2004). Někteří autoři zároveň komorbiditu definují jako soužití jakýchkoliv dvou odlišných a samostatných nemocí, např. schizofrenie a závislosti na tabáku (Feinstein, 1970; Szerman et al., 2022). Americká společnost pro léčbu závislostí (ASAM) používá současně s DD výše zmíněný termín co-occurring disorder (Stallvik & Nordahl, 2014). Termín „duální patologie“ je zase nejvíce rozšířený a přijímaný ve španělsky, portugalsky, italsky a francouzsky mluvících zemích (Szerman et al., 2013). Ve starší literatuře můžeme najít také až stigmatizující označení „mentally ill chemical abusers“ (Carey, 1989; Drake & Wallach, 2000). V užším významu je DD chápána jako souběh duševního onemocnění z okruhu SMI (severe mental illness) a poruchy z užívání návykových látek, což je často zdrojem nesouladu v českém adiktologickém prostředí, kde je používána jak v tomto tak v širším významu souběhu jakékoliv psychiatrické nemoci a poruchy z užívání návykových látek (Růžková et al., 2023).

Jak je z dosavadního textu zřejmé, tak pole názvosloví je zde polem nepřehledným a roztržštěným. Dává nám široké možnosti interpretace všech možných výrazů, které mohou být příčinou nepochopení a nesprávné indikace podpůrných služeb – tzv. „wrong door syndrom“ (Szerman et al., 2017). Je také symptomem heterogenity a komplexnosti cílové skupiny lidí se zkušeností s DD (Růžková et al., 2023; Szerman et al., 2022).

Samotný jazyk má sílu inspirovat a vybudit jedince k společnému cíli, může ale přispět i k nárůstu stereotypů a předsudků. V současnosti pozorujeme snahu jazyk standardizovat a sjednotit okolo termínu „dual disorder,“ který podle Světové asociace pro duální poruchy (WADD) na rozdíl od předchozích označení přenáší důraz na individualitu pacienta a více osobní přístup, protože ztělesňuje složitou povahu zdánlivě nesouvisejících projevů/symptomů přispívající k jednomu komplexnímu stavu (Szerman et al., 2017, 2022). Díky zaměření právě na tento jeden souhrnný stav je možné léčit celého jedince a ne jeho závislostní nebo jinou duševní problematiku. WADD tak dual disorder (duální poruchu) považuje za přesnější a méně stigmatizující označení (Szerman et al., 2022). V posledních letech se v oblasti duševního zdraví častěji setkáváme i s pojmem multimorbidita – vícečetné diagnózy (Hakobyan et al., 2020; Růžková et al., 2023). V dalším textu jsou pro tento fenomén užívány zaměnitelně pouze termíny komorbidita a duální diagnóza (DD).

2.2 Prevalence

S větším povědomím a zájmem o témata týkající se osob s DD pochopitelně přichází i snaha těmto klientům/pacientům lépe porozumět a pomoci. Proto je důležité si přiblížit, kdo vlastně člověk s komorbiditou je. V tom je důležitá snaha o stanovení přibližné prevalence komorbidita v populaci. Spolehlivá data prevalence komorbidita jsou nezbytným předpokladem k dobrému zajištění péče pro osoby s DD. Mohou pomoci k lepšímu strategickému plánování a štedřejšímu financování zapojených služeb.

Na podzim roku 2017 provedl Národní ústav duševního zdraví šetření CZEMS (Czech Mental Health Survey) na reprezentativním vzorku 3306 dospělých respondentů. Výsledkem byla data o prevalenci vybraných duševních onemocněních v České republice. Přítomnost duševního onemocnění se zjistila u 21,9 % osob, 10,8 % splňovala kritéria pro poruchy spojené s konzumací alkoholu, 7,3 % pro úzkostné poruchy, 5,5 % pro poruchy nálady, 2,9 % pro poruchy spojené s užíváním nelegálních návykových látek a 1,5 % pro psychotická onemocnění (Formánek et al., 2019). EMCDDA ve své výzkumné zprávě o komorbiditách adiktologických a duševních poruch v Evropě udává prevalenci duševního

onemocnění u uživatelů drog napříč Evropou kolem 50 % (Torrens et al., 2017a). U osob s poruchou z užívání návykových látek je tedy pravděpodobnost přidružené psychiatrické choroby významně vyšší než u většinové populace. To dokládají mnohé zahraniční epidemiologické studie ukazující vysokou míru přidružení mezi duševním onemocněním a poruchou z užívání návykových látek (Hasin & Grant, 2015; Kessler et al., 1996; Kessler, 2004; Regier et al., 1990; Rush et al., 2008; Swendsen et al., 2010). Mezi nejčastější duševní nemoci, které se vyskytují u osob s DD, patří poruchy osobnosti, poruchy nálady a úzkostné poruchy (EMCDDA, 2013). Další zdroje poukazují na to, že prevalence komorbidity poruchy z užívání návykových látek stoupá s vážností duševního onemocnění, kdy udávají prevalenci více než 75 % u pacientů s nemocemi z okruhu SMI (Alsuhaibani et al., 2021; Szerman et al., 2022).

EMCDDA dosud vydalo v letech 2004, 2013 a 2017 výzkumné zprávy na téma komorbidity u evropské populace, které obsahují v té době dostupná prevalenční data napříč jednotlivými státy. Při podrobnějším pohledu na ně se před námi rozprostírá poměrně nepřehledný obrázek. Data jsou velmi různorodá, hodnoty prevalence výrazně oscilují – pohybují se mezi 7 až 90 % (EMCDDA, 2004, 2013; Torrens et al., 2017a). Vysoká heterogenita dostupných dat má několik vysvětlení. Většina studií se zaměřovala pouze na určité psychiatrické onemocnění nebo na užívání konkrétní psychoaktivní látky. Lišilo se také prostředí, ve kterém byly studie prováděny – terapeutické komunity, psychiatrické nemocnice, vězení, ulice, pohotovost všeobecných nemocnic atd., chybí celopopulační národní studie. Dalším důvodem jsou odlišná diagnostická kritéria a nástroje stanovení DD napříč jednotlivými studiemi/v jednotlivých prostředích. Posledním faktorem, na který musíme brát zřetel, jsou odlišnosti v nelegálních trzích s návykovými látkami (amfetaminy a heroin v severní a kokain v jižní Evropě) napříč jednotlivými státy (Torrens et al., 2017b).

Se stejnými limity se setkáváme i v tuzemsku, kdy žádná z relevantních institucí ve svých statistikách možnost komorbidity nebere v úvahu (Růžková et al., 2023). K dispozici máme několik málo studií, a to převážně z prostředí terapeutických komunit (EMCDDA, 2004, 2013; Kalina & Vácha, 2013; Mravčík et al., 2003; Torrens et al., 2017a). Faktem ale zůstává, že komplexní přehled prevalence komorbidity duševního onemocnění a poruchy z užívání návykových látek pro Českou republiku vzhledem k roztříštěnosti péče (zdravotnické a sociální služby) chybí (Růžková et al., 2023).

I přes všechny limity diskutované výše můžeme říci, že prevalence lidí se zkušeností s DD v posledních desetiletích ve vyšetřovaných vzorcích stoupá a výskyt těchto klientů/pacientů je dnes už více pravidlem a očekáváním než výjimkou (Růžková et al., 2023; Szerman et al., 2022; Torrens et al., 2017b).

2.3 Etiologie

Etiologii komorbidity můžeme podkrýt pomocí čtyř základních teorií (Růžková et al., 2023). Můžeme si ji představit jako sdružení dvou nebo více samostatných stavů, u kterých jejich kombinace vznikla náhodně nebo díky společným predisponujícím okolnostem - např. osobnost, dědičné faktory nebo faktory prostředí jako jsou stres či trauma. Predispoziční hypotéza předpokládá vzájemné působení neurobiologické zranitelnosti jedince se zranitelností prostředí a nakupení dalších rizikových faktorů. Užívání návykových látek a psychiatrické onemocnění tedy představují odlišné symptomatické projevy podobných neurobiologických abnormalit a existujících rizik kognitivního vývoje včetně vlivu sociálního prostředí (EMCDDA, 2013; Růžková et al., 2023; Torrens et al., 2017a). Stávající psychiatrická porucha také může přímo přispět k rozvoji poruchy z užívání návykových látek. Známa je tzv. „automedikační hypotéza“ dle Khantziana (1985), podle které užívání a následná porucha z užívání návykových látek vzniká jako výsledek pokusů jedince v rámci potřeby úlevy od problémů týkající se duševního onemocnění (např. psychóza, posttraumatická stresová porucha atd.). Může jít o úlevu od rozvíjejících se příznaků nemoci nebo o snahu snížit vedlejší účinky její léčby např. při braní antipsychotik (Růžková et al., 2023). Užívání návykových látek také může přispět k rozvoji samostatného duševního onemocnění, kde droga funguje jako spouštěč – např. psychotické onemocnění po konzumaci THC u vnímavých dospívajících jedinců (Radhakrishnan et al., 2014). Poslední hypotéza bere v úvahu tzv. přechodnou psychiatrickou poruchu. Popisujeme ji v souvislosti s intoxikací či stavem z odebrání konkrétní látky, např. u psychostimulancií jako meta/amfetaminy a kokainu (Torrens et al., 2017a).

V mnoha situacích nelze jednoznačně určit potenciální kauzální vztah, tedy jestli došlo u konkrétního pacienta k zvýšení pravděpodobnosti vzniku psychiatrické zátěže kvůli užívání návykových látek nebo naopak. Dochází totiž k jejich vzájemné interakci a je velmi důležité, zda při výskytu komorbidity došlo k zapojení dalších rizikových, případně protektivních faktorů a jak odpovídá pacient, obzvláště z pohledu jeho léčebné compliance (Miovská et al., 2008). Výzkumy v posledních letech odhalují aspoň vzájemně se překrývající genetickou výbavu u některých komorbidit jako např. u alkoholu a deprese,

užívání návykových látek a schizofrenie či kokainu a ADHD (Andersen et al., 2017; Mallard et al., 2019; Manni et al., 2019; Zhou et al., 2017). Prevalence a vážnost průběhu komorbidity je také spojena s jejím časným nástupem, což odpovídá pohledu na ni jako vývojovou poruchu často začínající v adolescenci nebo dokonce v dětství (Szerman et al., 2022). Stále více začínáme rozumět vlivu faktorů prostředí (trauma, stres, poruchy spánku) na vývoj a funkci mozku a tím zvyšujícímu se riziku výskytu duševní poruchy a závislosti (Greenwald et al., 2021; Roberto et al., 2017; Szerman et al., 2022; Tschetter et al., 2022; Yang et al., 2022). Roli v etiologii hraje také skutečnost, že obě choroby zapojují podobné oblasti mozku – např. známá deficiencie některých neurotransmiterových systémů u mnoha duševních onemocnění a vliv drog tamtéž (Szerman et al., 2022; Volkow et al., 2019). To vše nám přidává další střípky do mozaiky komplexního obrazu patofyziologie DD.

2.4 Charakteristika člověka s DD

Lidé se zkušeností s DD, tedy jedinci s (minimálně) dvojitou zátěží, jsou zpravidla marginalizováni i ve skupinách závislých nebo duševně nemocných. Ve srovnání s osobami, které trpí jednou poruchou, se potýkají se závažnějšími zdravotními, sociálními a psychologickými problémy. Obecně u nich pozorujeme závažnější psychopatologické symptomy (Ringgen et al., 2008), např. osoby s komorbiditou poruchy z užívání návykových látek a schizofrenie mají více pozitivních příznaků – bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč (Carrà et al., 2015). Khalsa et al. (2008) uvádějí pacienty s komorbiditou jako zranitelnou skupinu, která je více ohrožena infekcemi HIV a virovými hepatitidami B a C (Roncero et al., 2023), díky častějšímu rizikovému chování. Rizikové chování také souvisí s vyšší frekvencí konfliktu se zákonem, kde se vyskytuje častější kriminální a násilné chování (Greenberg et al., 2014), zároveň jsou potom často recipročně obětmi násilných trestných činů či zneužití (Růžková et al., 2023). Jsou ohroženi vyšší morbiditou a mortalitou, ke které přispívá hlavně předčasná smrt související s návykovými látkami (Fridell et al., 2019) a zvýšená prevalence sebevražedného a sebepoškozujícího jednání (Nordentoft et al., 2011; Růžková et al., 2023). Ve srovnání s lidmi se samotnou poruchou z užívání návykových látek jsou častěji ošetřováni na urgentních příjmech nemocnic, jsou častěji a se závažnějšími stavy hospitalizováni a obecně více využívají zdravotnické služby (Booth et al., 2011; Carrà et al., 2015; Růžková et al., 2023; Zhang et al., 2018). Přesto lidé s komorbiditou bývají nedostatečně diagnostikováni a léčeni, podpůrné služby pro ně jsou hůře dostupné (Hakobyan et al., 2020; Růžková et al., 2023). Jsou častěji ohroženi sociálním vyloučením, nezaměstnaností, bezdomovectvím a uvězněním (Carrà et al., 2015; Krausz et al., 2013;

Růžková et al., 2023). S přihlédnutím k zátěži zdravotního, justičního a sociálního systému vede duševní onemocnění u uživatelů drog k vysokým celospolečenským nákladům (DeLorenze et al., 2014).

Prevalenci výskytu komorbiditu pozorujeme vyšší u mužů než u žen, což odpovídá rozložení, které obecně nalézáme u jedinců s poruchou z užívání návykových látek (Rush & Koegl, 2008). Ferrer-Farré et al. (2021) ve své studii zkoumali populaci pacientů s diagnostikovanou poruchou z užívání návykových látek, kteří byli přijati do všeobecné nemocnice pro jakoukoliv patologii. Ve skupině pacientů s komorbiditou zde byla zjištěna horší kvalita života u žen než u mužů. Nejběžnější duševní onemocnění u osob s DD jsou dle Miquel et al. (2011) psychotická a bipolární porucha u mužů a deprese a úzkostné poruchy u žen.

Blanco et al. (2020) publikovali jednu z prvních studií, která se systematicky zabývala prevalencí psychologického traumatu u lidí s DD ve srovnání s lidmi s poruchou z užívání návykových látek. Obě dvě skupiny splňovaly kritéria pro současnou posttraumatickou stresovou poruchu ve zhruba 20 % případů, pacienti s komorbiditou ale uváděli více nepříznivých událostí, traumat v dětství a disociativních stavů. Znamená to, že jeden z pěti pacientů s komorbiditou měl ve skutečnosti zátěž trojí.

Zajímavý výzkum je také veden na poli psychologie osobnosti za pomoci tzv. Cloningerovy teorie osobnosti (Fernández-Mondragón & Adan, 2015). Tento model popisuje existenci temperamentu jako emocionálního jádra a neurogenetického základu naší osobnosti. Temperament je považován za dědičný a jeho jednotlivé komponenty zřetelně charakterizují jedince už v raném věku a jsou relativně stálé po většinu života (Hublová et al., 2016). Cloninger (1994) definoval čtyři na sobě nezávislé dimenze temperamentu: vyhýbání se zranění (harm avoidance), vyhledávání nového (novelty seeking), závislost na odměně (reward dependence) a vytrvalost (persistence). „Vyhýbání se zranění“ měří tendenci k intenzivnímu útlumu chování v reakci na nepříjemnou situaci, „závislost na odměně“ sociální citlivost a tendenci přizpůsobit své chování druhým, „vytrvalost“ ochotu vydržet v aktivitě navzdory únavě a frustraci a „vyhledávání nového“ tendenci reagovat na nové věci s intenzivním nadšením a zájmem. Lidé se navzájem liší mírou zastoupení jednotlivých dimenzí, nevlastní pouze jednu. Charakter ve srovnání s temperamentem není vrozený, ale je ovlivněn zráním a vyvíjí se sociokulturním učením. Obsahuje vyšší kognitivní procesy (abstrakci, symbolické a logické myšlení) a sekundární emoce (naděje,

láska, víra), vlastně zahrnuje vědomí toho, kým jsem a jak se odlišuji od druhých (Hublová et al., 2016). Charakter má tři hlavní dimenze: sebeřízení (self-directedness), spolupráci (cooperativeness) a sebepřesah (self-transcendence). „Sebeřízení“ odpovídá za směřování chování vedoucího k naplnění osobních cílů, „spolupráce“ měří ochotu pomoci, empatii, přívětivost a „sebeřád“ zahrnuje schopnost vnímat sebe sama jako součást vyššího celku (Cloninger, 1994).

Lidé s DD mají osobnostní profil, který je charakterizovaný vysokým vyhledáváním nového a vyhýbání se zraněním, kde je tendence k očekávání problémů v budoucnosti, pesimismu a strachu z neznáma. Podobně jako lidé s jedním SMI onemocněním u nich pozorujeme nízkou vytrvalost, kdy vykazují nižší frustrační toleranci. Ukazuje se i nízká závislost na odměně, kde mají tendenci k nezávislosti, mají více těžkostí navazovat vztahy. Vzhledem k charakterovým dimenzím lidé s komorbiditou ve srovnání s lidmi s jednou chorobou mají méně sebeřízení, tj. mají tendence k obviňování ostatních za své problémy, nižší sebevědomí, jsou více nevyzrálí a hůře přijímají vlastní chyby (Fernández-Monragón & Adan, 2015; Kim et al., 2007; Lukasiewicz et al., 2009).

3 Diagnostika a možnosti léčby

3.1 Diagnostika

Diagnostika psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek je nesnadná. Hlavním diagnostickým problémem je rozhraní mezi DD a psychopatologickými komplikacemi při užívání návykových látek, kdy jejich akutní nebo chronické účinky mohou napodobovat symptomy mnoha dalších duševních onemocnění (Kalina et al., 2003). Jsou to symptomy jako např. úzkost, vztahovačnost, změny vnímání či poruchy spánku. Vzájemné překrývání symptomů z užívání či odvykání návykových látek se symptomy, které mohou odpovídat prakticky jakémoliv psychické poruše je matoucí a pro diagnostiku komorbidity to představuje vážný problém. Komplikací je i samotná syndromologická definice psychiatrických onemocnění, kdy zatím není známá patofyziologie a spolehlivé biologické markery pomáhající při jejich diagnostice (Kalina et al., 2015; Růžková et al., 2023).

Podle Růžkové et al. (2023) dochází při přechodu z psychiatrických nemocnic do sociálních služeb u velké části klientů ke skutečnosti, že jedna část komorbidity nebyla/není diagnostikována. To může mít několik příčin. Pokud pomineme diagnostické problémy uvedené v předchozím odstavci, tak vlivem může být to, že lékař stanovující diagnózu duševního onemocnění mnohdy o užívání návykových látek u svého pacienta ani neví. V prostředí sociálních neadiktologických služeb zase může vzniknout mylný dojem, že klienti žádné návykové látky neužívají, protože se pracovníci na tuto věc např. z důvodů ostychu nebo pocitů nedostatečnosti ve svých kompetencích neptají. Roli hraje také stigmatizace, kdy je pro mnoho pacientů – zejména žen – přijatelnější mít diagnostikované duševní obtíže než mít „nálepku“ závislosti, a proto užívání návykových látek tají. Brání se tak i možným návazným problémům spojených s diagnózou poruchy z užívání návykových látek jako např. zákaz řízení motorových vozidel (Miovská et al., 2008; Růžková et al., 2023).

Miovská et al. (2008) uvádějí několik hlavních zásad pro stanovení správné diagnózy a následné určení odpovídajícího a realistického léčebného plánu:

- mít možnost vyšetřit pacienta po určité době prokázané abstinence (minimum 4 – 6 týdnů), je-li možné, tak i vyšetření opakovat
- odebrat zevrubnou individuální i rodinnou anamnézu, kterou lze případně doplnit o důležité údaje od pacientových blízkých

- seznámit se s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta a dobře komunikovat s jinými odbornými pracovníky
- provést psychologické vyšetření zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta
- zajistit standardní toxikologické, biochemické a další vyšetření včetně celkového pečlivého vyšetření somatického stavu pacienta
- důležitá je spolupráce a ochota pacienta, bez které není možné přesně zjistit okolnosti vzniku a průběhu závislosti atd.

3.2 Významné aspekty v přístupu k léčbě DD

Bio-psycho-socio-spirituální model

V posledních desetiletích dochází na poli adiktologie k setkávání, střetávání a soužití několika paradigmat, která se různými pohledy dívají na koncept poruchy z užívání návykových látek. Po dlouhá léta v této oblasti dominoval biomedicínský model, který ji považoval za chronickou obtížně léčitelnou až prakticky nevléčitelnou nemoc charakterizovanou častými recidivami. K úpravě stavu dojít může, ale za předpokladu jakési specifické diety, tj. trvalé abstinence, kdy další užití návykové látky je vždy bráno za opětovné propuknutí nemoci. Tomuto přístupu odpovídaly i zvolené většinové léčebné metody jako např. ústavní izolace, detoxifikace a léčba prací (Kalina et al., 2003, 2015).

Momentálně v prostředí české adiktologie zdomácněl bio-psycho-sociální model, s nímž vyrukovala WHO v šedesátých až sedmdesátých letech minulého století. Model se vztahuje obecně na celý problém nemoci a zdraví, kdy zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Nahlíží tak na člověka jako na celistvou bio-psycho-sociální bytost ve zdraví, nemoci i léčbě. V rámci tohoto modelu onemocnění (tedy i porucha z užívání návykových látek) vzniká v průběhu vývoje osobnosti za vzájemného působení biologických, psychologických a vztahových faktorů. Léčebné metody tak musí zahrnovat i psychosociální intervence – individuální, skupinové, rodinné psychoterapie či terapie v léčebném společenství – terapeutická komunita. Bio-psycho-sociální model činí možnou představu, že za příznivých vnějších a vnitřních podmínek se může člověk ze závislosti uzdravit a být nadále zdravým, nikoliv zůstat pouze abstinujícím závislým. Někteří autoři doplňují tento pohled ještě o rozměry spirituální nebo existenciální, které reflektují i nejhluběji uložené lidské potřeby (Kalina et al., 2003, 2015).

Bio-psycho-sociální přístup se vzhledem ke komplexnosti a různorodosti DD ukazuje přístupem nezbytným, pokud chceme posoudit stav člověka důkladně a opravdu celostně. Melchert (2010) ho považuje za přístup schopný poskytnout jednotný koncepční rámec pro celé pole duševního zdraví. Jeho důležitost v přístupu k léčbě DD zdůrazňují např. Szerman et al. (2017) nebo Overendová (2023).

Multidisciplinární přístup

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) ve své publikaci Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním definuje multidisciplinární přístup jako:

Způsob práce jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám. (MZČR, 2020a, s. 4)

Multidisciplinární přístup práce je považován za nejefektivnější model při práci s lidmi s komplexními potřebami, což reflektuje velký důraz na jeho další rozvinutí v systému služeb péče o duševní zdraví. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030 si mimo jiné stanovuje specifický cíl „na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě“ (MZČR, 2020b, s. 45). Multidisciplinarita je podle Horsfalla et al. (2009) jedním ze základních předpokladů, který by služba pracující s lidmi s DD měla splňovat.

Koncept zotavení

Zotavení je koncept, který se v oboru péče o duševní zdraví vyvíjel a měl řadu významů. Existuje tak mnoho definic vycházejících od vědců, důležitých osobností na poli resocializace nebo třeba od těch, kteří čerpají ze svých osobních zkušeností. Ridgway et al. uvádějí vymezení dle Patricie E. Deegan, americké psychologičky a jedné z nejznámějších peer odborníků:

Zotavování je proces, způsob života, postoj a také přístup, s jakým řešíme každodenní náročné situace... Je potřeba přijmout to, co nás postihlo, a znovu si vybudovat nový a ceněný smysl pro integritu a smysl v rámci i vně omezení daných tímto postižením; jde o to žít, pracovat a milovat mezi lidmi, pro které jsme zásadním přínosem. (Ridgway et al., 2014, s. 5)

Ridgway et al. také představují definici podle psychiatra Williama Anthonyho:

Zotavování je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby. (Ridgway et al., 2014, s. 5)

Zotavení není chápáno jako vyléčení, vymizení symptomů závislosti nebo duševního onemocnění. U všech lidí je to jedinečný proces a každý si svoje zotavení definuje sám. Užívání návykových látek přestává být v rámci zotavení hlavním centrem pozornosti, za jeho indikátory se stále častěji považují spíše faktory jako sociální fungování, životní spokojenost či pocit sebeurčení. Nemusí tedy začít zrovna ve chvíli, kdy se člověk rozhodne abstinovat. Život bez návykových látek je jednou z možných cest zotavení, je ale důležité, aby si ji daný člověk zvolil (Fox et al., 2010; Nepustil et al., 2020). Mueser & Gingerich (2013) považují přístup orientovaný na zotavení za zásadní pro efektivní léčbu DD.

3.3 Léčebné modely a přístupy

Komorbidní poruchy se vzájemně ovlivňují, jejich průběh má cyklickou povahu, jedna může vést k nebo zhoršit tu druhou, proto je třeba při léčbě věnovat pozornost oběma poruchám, jinak jsou jejich prognózy nepříznivé (Torrens et al., 2017b). U lidí s komorbiditou proto existuje zvýšené riziko chronického průběhu, jejich léčba je časově, personálně i odborně obtížná a nákladná s nižší šancí na uzdravení. Z klinické praxe víme, že jejich podpora klade vysoké nároky na dovednosti personálu a vyžaduje specifické nastavení týmu i služby (Magura et al., 2009; Růžková et al., 2023; Torrens et al., 2017b).

Z praktických důvodů rozlišujeme ve věci léčby lidí se zkušeností s DD tři léčebné modely – sukcesivní, paralelní a integrovaný (Kalina et al., 2015). Sukcesivní model ukazuje případ, kdy pacient absolvuje léčbu jednoho onemocnění, zatímco léčba druhého je odložena, dokud není první aspoň stabilizováno. V paralelním modelu se obě diagnózy léčí současně, ale každá v odlišném často odděleném léčebném zařízení. Integrovaný model léčby znamená, že jeden terapeutický tým zajišťuje léčbu obou problémů v jednom zařízení současně. Poskytovatel léčby zde má odpovědnost za předávání informací a propojení filozofie léčby namísto klienta (Fox et al., 2010; Kalina et al., 2015; Růžková et al., 2023).

Sukcesivní a paralelní modely léčby se potýkají s potížemi s logistikou, nedostatečnou koordinací, nejistotou ohledně efektivity, stigmatizací a vysokým rizikem vypadnutí klientů z léčby, proto jsou v současnosti považovány za zastaralé (Hakobyan et

al., 2020; Růžková et al., 2023). Integrovaný model léčby založený na multidisciplinárním přístupu, s širokou paletou sociálních a zdravotních intervencí, je dnes přístupem založeným na důkazech, který se ukázal účinnějším než ostatní přístupy (Fox et al., 2010; Růžková et al., 2023). Fox et al. (2010) mezi hlavní znaky integrované léčby uvádějí sdílené rozhodování, integraci služeb, komplexnost, asertivní komunitní službu, omezení negativních důsledků, dlouhodobou perspektivu, léčbu založenou na motivaci a četné psychoterapeutické intervence. Přestože se autoři shodují nad integrovaným modelem jako preferovaným typem léčby, tak v současnosti zůstává modelem aplikovaným spíše vzácně (Hakobyan et al., 2020).

Výzkum prozatím nepředkládá dostatečné důkazy k tomu, že v léčbě osob s DD je nezbytné aplikovat specifické přístupy, nebylo zjištěno, že jeden přístup je účinnější než druhý (Hunt et al., 2019; Kalina et al., 2015). Např. Kalina et al. (2015) jsou toho názoru, že léčba lidí s komorbiditou v terapeutické komunitě nezbytně nevyžaduje změkčování základních pravidel, udávají, že psychiatrické obtíže u osob s poruchou z užívání návykových látek jsou do značné míry zvládnutelné vlastními účinnými faktory léčby v terapeutické komunitě s podporou vzdělaného a zkušeného terapeutického týmu.

Vědecky podložené a doporučené léčebné postupy (tzv. guidelines) prozatím chybí, existující separátní postupy pro léčbu závažných duševních onemocnění nebo poruchy z užívání návykových látek problematiku komorbidit zmiňují částečně anebo vůbec (Alsuhaibani et al., 2021; Hakobyan et al., 2020). Dostupné jsou pouze postupy léčby některých specifických variant komorbidit (Archibald et al., 2019; Tirado Muñoz et al., 2018). K aktuálním a nově doporučovaným přístupům můžeme zařadit např. programy využívající dialektickou behaviorální terapii nebo housing first metodu (Flynn et al., 2019; Pringle et al., 2017).

Tuto kapitolu bych rád uzavřel citací/apelem mojí bývalé kolegyně Johanky Růžkové, která dle mého názoru velmi trefně popsala současný stav věcí:

Nemůžeme dlouhodobě dělit tak velké množství lidí se specifickou potřebou do přibližných kategorií podle toho, jak lze intervence k jejich podpoře vykázat pojišťovně nebo v dotačním titulu, případně podle toho, jak nám „zhruba zapadají“ do jedné ze zvolených diagnóz a očekávat, že na takto vágním základě dokážeme vybudovat funkční systémovou změnu. Dokud lékaři napříč odbornostmi nezpřesní diagnostiku, sociální pracovníci a další nelékařské pomáhající profese nezačnou mnohem úžeji spolupracovat se systémem péče o duševní zdraví a jeho pracovníci zase nebudou ochotni označovat adiktologickou problematiku pravým jménem, neboli dokud všechny oblasti podpory nepřijmou za svůj přístup orientovaný na člověka a jeho

fenomenologickou podstatu, budou rovněž všechny tyto oblasti podpory vždy spíše odsouzeny k tomu „dělat, co se dá“ a dál dělit lidi do zmíněných kategorií, přičemž nikdy nebudou zcela dokonale suplovat další aspekty podpory. Neboli – problematická diagnostika a s tím související nedostatek statistických údajů jsou symbolickým zobrazením a jedním ze symptomů absence tzv. integrované péče o lidi s duální diagnózou. (Růžková et al., 2023, s. 12)

4 Podpora osobám s DD v českém kontextu

4.1 Adiktologická a komunitní péče u jednoho stolu

Duální diagnózy se v USA a západní Evropě staly objektem klinického a výzkumného zájmu již v 80. letech minulého století. V České republice se stávají tématem teprve koncem 90. let, za skutečný rok obratu lze však považovat až rok 2003, kdy v publikaci *Drogy a drogové závislosti* (Kalina et al., 2003) vyšla řada kapitol, které se problematikou zabývaly. Ve stejném roce se přední čeští odborníci shodli na povinnosti poskytovat psychiatrické služby v terapeutických komunitách pro drogově závislé (Kalina & Vácha, 2013; Kalina et al., 2015). Vyšla také první česká studie pojednávající o prevalenci a diagnostickém profilu lidí s komorbiditou v terapeutické komunitě (Mravčík et al., 2003).

Kalina & Vácha (2013) se ve svém přehledovém článku ohlíží za posledními deseti lety vývoje a konstatují, že existuje skupina klientů s kombinací nejtěžších psychických poruch (schizofrenie, bipolární afektivní porucha) a poruchou z užívání návykových látek, kteří se stále nacházejí v prázdné oblasti na rozhraní mezi systémem pro léčbu závislostí a systémem pro léčbu duševních onemocnění. Jsou obtížně umístitelní a není jim poskytována náležitá komplexní odborná pomoc. V té době neexistovalo pro takovou cílovou skupinu specializované pracoviště. Autoři proto považovali za důležité rozvíjet výzkumnou a metodologickou spolupráci mezi odborníky z adiktologických služeb a služeb péče o duševní zdraví, zejména těch komunitních.

V roce 2016 pomyslně zvedly rukavici čtyři pražské a středočeské organizace z „obou stran spektra“ (Magdaléna, o.p.s., Bona, o.p.s., Kaleidoskop, z.ú. a Fokus, z.s.) při účasti na společném projektu *Mainstreaming duševního zdraví při optimalizaci intervencí u klientů s duální diagnózou*. Klíčovými aktivitami projektu byla pravidelná setkávání pracovníků těchto organizací nad společnými tématy (práce s rodinou, skupinová práce, role psychiatra atd.), vzájemná výměna praktických zkušeností a tvorba publikace *Metodika práce s klientem s duální diagnózou*. Platforma vzájemného setkávání pokračuje od uzavření projektu v roce 2018 pod označením „duální stoly“ až dodnes. Na setkáních se sdílí praktické rady a tipy, vzájemně se obohacuje o nové trendy a odborné poznatky, účastníci mohou využít kazuistickou anonymizovanou část setkání na otázky, které mají při práci s klienty. Setkání se účastní všechny relevantní organizace v Praze a okolí se záběrem od léčebných a doléčovacích adiktologických programů, specializovaných oddělení nemocnic až po streetwork, komunitní týmy či chráněné bydlení. V posledním roce se koncept duálních stolů

rozšířil i do dalších regionů po celé České republice (Duální stoly, n.d.; Růžková et al., 2023). V roce 2023 se v Praze uskutečnila první česká konference, která se zaměřovala na podporu lidí s DD a byla uveřejněna první česká publikace zaměřující se na příklady dobré praxe v podpoře lidí s DD, kterou koneckonců v práci hojně a rád cituji (Růžková et al., 2023).

4.2 Specializované služby pro osoby s DD v ČR

V posledních zhruba deseti letech na našem území dochází k prudkému rozvoji služeb, které se začínají přizpůsobovat potřebám klientů/pacientů s komorbiditou. Postupně se mění dosavadní přístup služeb stávajících a vznikají zcela unikátní nové služby, jejichž cílovou skupinou jsou výlučně osoby s DD. Od roku 2012 se začíná většinou na klienty s DD (přesněji klienty s onemocněním z okruhu SMI) orientovat Terapeutická komunita Sejřek, organizace Magdaléna nabízí od roku 2015 adaptovaný DBT program Chrpa na principech terapeutické komunity s integrovanou léčbou. Další program - Terapeutickou komunitu Tao - nabízí Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě. Specializované programy otevřené osobám s DD nabízí též Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (3D oddělení) a Psychiatrická nemocnice Bohnice na svém oddělení 16 (Růžková et al., 2023). Pozadu nezůstávají ani služby následné péče, přičemž jednu z nich jsem si vybral jako cíl mého výzkumného snažení a rád bych ji v další kapitole krátce představil.

5 Kazuistika programu následné péče pro osoby s DD

Služby následné péče jsou definovány dle § 64 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách, jako „ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.“ Dle Kaliny et al. (2015) se služby následné péče nacházejí v závěru systému služeb pro drogově závislé, tvoří u nich poslední fázi procesu změny. Jádrem všech služeb následné péče je doléčovací program (Kalina et al., 2015).

Předmětem mého výzkumu je první služba následné péče v ČR s cílovou skupinou zahrnující pouze osoby s DD. Veškeré následující informace o službě v kapitole jsou čerpány z operačního manuálu a koncepce služby (Následná péče Kolping, 2019, 2022). Následná péče Kolping (NPK) sídlí v Brně a nabízí strukturovaný pobytový program ve třech tréninkových bytech o kapacitě 11 osob a program ambulantní s kapacitou 10 klientů. Pobytový program je nabízen na dobu 6 – 12 měsíců, přičemž klienty se mohou stát lidé z celé ČR. Ambulantní forma podpory je určena klientům, kteří mají zajištěné bydlení v Brně a okolí nebo klientům, kteří prošli pobytovým programem. Doléčovací program, který NPK nabízí, navazuje především na dlouhodobou resocializaci v terapeutických komunitách a na střednědobou léčbu v psychiatrických nemocnicích.

Mezi základní východiska služby patří bio-psycho-sociálně-transcendentální pohled na zdraví a nemoc, skrze něj je pohlíženo na problémy s návykovým jednáním i na psychické onemocnění. NPK se přiklání k integrované péči o osoby s DD, v centru péče se nachází klient jako celistvá bytost s mnoha různými potřebami a problémy, které se mohou v průběhu času měnit. Důraz je kladen na individualizovanou podporu, tedy snahu cílit na potřeby klienta v daný okamžik. NPK čerpá inspiraci také v konceptu zotavení.

K cílům služby patří znovunalezení vlastní hodnoty a hledání smysluplné role ve společnosti a životě, zvýšení kompetencí v oblasti bydlení, sebeobsluhy a samostatnosti, zlepšení v pracovní či studijní oblasti, zlepšení vztahů s rodinou, podpora v udržení abstinence a snížení recidivy návykového jednání, zlepšení zvládání života s duševním onemocněním a předcházení opakovaným hospitalizacím, omezení rizikového a kriminálního jednání a snížení bezdomovectví u osob s DD.

NPK poskytuje klientům individuální a skupinovou psychoterapii a poradenství, práci s relapsem, tréninkové bydlení pro klienty pobytového programu, podporu při hledání, udržení zaměstnání a další sociální poradenství, rodinné či partnerské poradenství, podporu v aktivním trávení volného času či zprostředkování psychiatrické, psychologické a další odborné péče.

Harmonogram pobytové služby začíná každý všední den v 9:00 ranní komunitou, která má zejména funkci aktivizační, dále také reflektující a informační. Dvakrát týdně se koná terapeutická skupina, která může mít podobu např. skupiny tematické, životopisné či prevence relapsu. Skupiny probíhají v pondělí od 16:00 do 17:15 a ve čtvrtek od 10:30 do 11:45 hodin. V úterý od 12:30 do 14:30 probíhají v rámci programu volnočasové aktivity. Každou první středu v měsíci se v 13:00 koná tzv. velká komunita, kde se klienti podle předem daného plánu vrací ke svému působení v NPK, reflektují vše důležité, co se událo a pojmenovávají to, co je čeká. Je zde prostor pro důležitá sdělení od týmu, udělení kontraktů a podmíněčných vyloučení od týmu a stížnosti ze strany klientů.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodologie výzkumu

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mého výzkumu je provést kvalitativní evaluaci procesu zavedení a realizace programu následné péče pro osoby se zkušeností s DD. Výzkum se zaměřuje na prozkoumání toho, zda je program realizován tak, jak byl původně zamýšlen, příp. jak se během jeho zavádění a realizace postupně vyvíjel do jeho současné podoby. Můj výzkum doplňuje a navazuje na výstupní evaluaci stejného programu realizovanou v roce 2022 (Růžková & Kašpar, 2023).

Výzkumné otázky:

- 1) Jak rozvinutá je spolupráce následné péče s adiktologickými službami, službami péče o duševní zdraví a dalšími relevantními službami v podpůrné síti?
- 2) Jaká je skutečná charakteristika klientů následné péče a odpovídá určené cílové skupině?
- 3) S jakými výzvami se pracovníci následné péče potkávali při implementaci a realizaci programu a jak je řešili a refletovali v programu samotném?
- 4) Jaké přístupy a metody využívají pracovníci následné péče při práci s klienty?
- 5) Jaké jsou nároky na personální zajištění programu? Jak probíhá podpora pracovníků a péče o ně?

6.2 Výzkumný soubor a jeho výběr

O participaci na výzkumu byli požádáni všichni pracovníci NPK v Brně, kteří v době oslovení (prosinec 2023) ve službě pracovali. Výzkumný soubor byl tedy vybrán metodou totálního výběru a představuje čtyři pracovníky následné péče. Miovský (2006) uvádí jako příklad využití metody totálního výběru extrémně malý počet prvků základního souboru, kdy její provedení je vhodné, výhodné a v některých případech i nutné. Vzhledem k zvolenému designu výzkumu se práce dostává na pomezí evaluace a případové studie, kdy se případem stává fungování jedinečné služby pro specifickou cílovou skupinu lidí s DD. Případové studie je podle Břicháčka (1981, in Miovský, 2006) vhodné použít např. pro velmi řídké jevy nebo vzácné kombinace vlastností. „Práce na případové úrovni zdůrazňuje komplexní povahu zkoumaných fenoménů, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, jichž se případ dotýká, včetně jeho historicko-biografického pozadí“ (Miovský, 2006, s. 94).

6.3 Metody získávání, zpracování a analýzy dat

Podle WHO (2000) je cílem evaluace procesu lépe poznat stávající program a tím přispět k zvýšení jeho kvality, evaluace zde měří činnosti v rámci programu a sleduje, komu jsou jeho služby poskytovány. Hlavním účelem je tedy popsat vlastní činnost programu a také kontext, ve kterém se provozuje. V ideálním případě také napomáhá při identifikaci oblastí, které je možné zlepšit.

K získání potřebných dat jsem použil metodu polostrukturovaného interview. Miovský (2006) ji označuje jako nejspíš nejrozšířenější metodu interview eliminující nevýhody a kombinující prvky nestrukturovaného a plně strukturovaného interview. Před samotnou realizací interview jsem si předem připravil jeho osnovu obsahující soubor otázek, které vycházejí z výzkumného cíle a položených výzkumných otázek. Kompletní osnova polostrukturovaného interview je součástí seznamu příloh (viz příloha č. 1). Všechny čtyři provedené interview proběhly v online prostředí platformy Google Meet, jejich délka se shodně pohybovala okolo 90 minut a jejich realizace probíhala v prosinci 2023 a lednu 2024. Doplňujícím zdrojem dat pro uskutečnění evaluace byla dokumentace vedená NPK.

Veškeré interview byly, se souhlasem respondentů, fixovány na audiozáznam pomocí mobilního telefonu. Poté došlo k doslovné transkripci záznamu do elektronické textové podoby. Po dokončení transkripce byly získané audiozáznamy z mobilního telefonu odstraněny. Dále proběhla redukce prvního řádu sloužící k proměně přepisu do plynulejší podoby usnadňující následující analytickou práci s textem. Touto proměnou se rozumí redukce textu od slov tvořících pouze slovní vatu a od výrazů, které samy nenesou žádnou další informaci (Miovský, 2006).

V rámci přípravy dat na analýzu jsem použil techniku barvení textu, kdy jsem v něm pěti odlišnými barvami označoval pasáže, které odpovídaly jednotlivým výzkumným otázkám. Takto připravená data jsem analyzoval metodou vytváření trsů, kdy uspořádáváme jednotlivé výroky na základě vzájemné tematické podobnosti do obecnějších skupin (Miovský, 2006). Dokumentace NPK byla podrobena kvantitativní obsahové analýze za účelem identifikace charakteristiky cílové skupiny služby.

6.4 Etické aspekty výzkumu

Všichni respondenti byli před realizací výzkumu podrobně informováni pomocí e-mailové komunikace o jeho cíli, metodách a náplni. Byli seznámeni s osnovou a

předpokládanou délkou interview. Byli ujištěni, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná a mohou z něj následně odstoupit.

S ohledem na specifika služby je snadné identifikovat službu jako takovou, výsledky obsahují interní a citlivé údaje o realizaci programu. V takto designovaném výzkumu je anonymizace služby fakticky nemožná. Tato skutečnost byla dopředu komunikována s vedoucím služby, byl mi udělen souhlas službu v práci konkrétně jmenovat. Vedoucí služby byl srozměn s designem výzkumu, byl od něj udělen souhlas s jeho realizací včetně zpřístupnění dokumentace služby pro jeho účely a byl udělen souhlas se zveřejněním výsledků. Vzhledem k identifikaci služby a malé velikosti výzkumného souboru existuje také vysoké riziko identifikace participantů výzkumu. V práci nejsou uvedena jména respondentů, žádné jejich demografické údaje, zároveň jsem si vědom v tomto případě neúčelné anonymizace. O této skutečnosti bylo proto předem komunikováno se všemi předpokládanými participanty, kteří se přesto do výzkumu zapojili.

S každým respondentem byl uzavřen informovaný souhlas účastníka výzkumu (viz příloha č. 2). Před realizací interview jim byl zaslán e-mailem, stejnou cestou ho poslali podepsaný zpět. Etická komise pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze vyslovila souhlasné stanovisko k realizaci této práce (viz příloha č. 3).

7 Výsledky

Každá podkapitola výsledků se zaměřuje na odpověď na jednu z výše uvedených výzkumných otázek.

7.1 Zasazení programu do sítě podpůrných služeb

Pro bližší zařazení služby do kontinua služeb péče o klienty s DD jsem se ptal, kde pracovníci NPK vidí úlohu programu v rámci procesu zotavení jejich klientů. Respondenti vnímali zásadní úlohu programu v roli určitého mezistupně, nezbytného polštáře, který klienti s DD po absolvování léčebných programů zpravidla ještě potřebují: *„Protože po té léčbě, kterou klienti absolvují, je to pro ně strašně velké skok a šok z toho, co je všechno venku čeká. Zařídít si najednou práci, bydlení a já nevím co všechno. A zároveň se ukazuje, že právě ti klienti s duální diagnózou se z toho sesypou, i když jsou tady a mají zajištěný bydlení a nemusí ho až tak moc řešit a i tu práci vlastně nemusí až tak moc řešit první měsíce, tak stejně se z toho sesypou už jenom z toho šoku, co všechno vlastně musej dělat.“* Respondenti také vyzdvihují důležitost možnosti si věci ještě v chráněném prostředí osahávat a zkoušet, jak je vlastně chci: *„A mají trochu čas na to se v tom zorientovat a najít se, osahat to, co se naučili v té uzavřené bublině ... V tom si myslím, že ta služba je hodně důležitá, protože jim to může pomáhat pojmenovávat, co se vlastně teda děje, proč zrovna teďka mi je blbě a zároveň jim můžem dát i tu praktickou pomoc - dohání mě dluhy, nemůžu najít práci, nevím, jak se vyřizujou dávky.“*

Program si postupem času vytvořil přirozenou síť spolupracujících služeb. Začátky byly poznamenány pandemií COVIDu-19 na jaře 2020: *„Šlo to těžce, ještě do toho ten COVID ... Co bylo asi nejhorší, tak jsme se nemohli dostat do psychiatrických nemocnic, abychom propagovali naši službu. Pak jsme je obtelefonovali, posílali jsme letáky, ale nikam jsme se fyzicky nedostali.“* Pracovníci věnovali síťování a propagaci služby velké úsilí: *„Jak se to rozvolnilo, tak jsme se snažili jezdit do různých zařízení, byl jsem v Jihlavě, Jemnici, T. objezdila Červený Dvůr a další zařízení ... Kolegyně byly myslím na AT konferenci a dalších setkáních všech možných služeb tady v Brně.“* Další respondent k procesu síťování uvádí: *„Je to taky tvrdá práce, furt nějaký příspěvky na konferencích, furt jsme někde jezdili osobně ... Někteří byli i u nás se podívat už.“* Momentálně je povědomí o službě dle respondentů u relevantních organizací dobré: *„Teď už o nás vědí ... za nás myslím mluví zkušenost, služby, který k nám začaly posílat klienty, tak ví, že klienti to tady nějakým způsobem absolvují a že někam pokračují a zároveň ony nás můžou doporučovat jiným“*

službám ... funguje nějaká přirozená síť, i co se týče poradníku ... takže už se to trochu lepší.“

Přirozeným partnerem je pro NPK TK Sejšek, sesterská služba v rámci Kolpingova díla České republiky, z.s., s kterou ji pojí nadstandardní vztahy: *„V první řadě Sejšek, protože jejich klienti k nám dochází a někdy se i stává, že třeba přijmeme klienta úplně odjinud, ale vidíme, že potřebuje do toho inkubátoru ještě na chvíli, tak pak komunikujeme se Sejškem, jestli ho můžou přijmout a přednostně ho třeba přijmou – to se stalo asi dvakrát, třikrát.“* Dalším významným partnerem je TK Tao v rámci Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě: *„Bílá Voda, s tou máme strašně dobrou zkušenost ... na to jak krátkou dobu tam mají ty klienty, tak je umí velmi dobře připravit na to, co je tady čeká a předpřipravit na terapeuticky laděný program.“* Terapeutické komunity mají dle respondentů nezastupitelnou roli v přípravě klientů na doléčovací program: *„Komunity jsou pro nás důležité, protože máme pocit, že z nich lidi přicházejí takový víc dosycení v nějakých potřebách, nastavení na ten režim, hodně dobře motivovaní.“*

Určité rezervy lze pozorovat ve spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi. Respondenti uvádějí problémy v komunikaci s některými z nich: *„Oni nám posílali klienty, ale vůbec se to neseškávalo s naší cílovkou nebo s připraveností klientů na nějakou doléčovací službu.“* Všimají si také odlišnosti mezi připraveností klientů přicházejících z terapeutických komunit a z některých nemocnic: *„je to rozdíl, v nemocnici fakt většinou leží a nic nedělají ... My jsme doléčovač, my neléčíme, my už to máme jen dohoupnout, tak aby pozvolna přešli do toho běžného života, ale bohužel ta realita je jiná, když jsou z těch psychiatrických nemocnic, tak jsou úplně tabula rasa.“* Přesto některé nemocnice respondenti v rozhovorech opakovaně vyzdvihují: *„Hodně dobrou zkušenost máme teď s Bohnicema v Praze, kteří nám posílají klienty z oddělení pro duální diagnózy ... vidíme, že s těma pacientama pracují moc hezky ... přicházejí relativně načatý na tu terapeutickou práci.“* V rozhovorech byly dále zmíněny dobré zkušenosti s psychiatrickými nemocnicemi/léčebnami v Kroměříži, Červeném Dvoře, Opavě či Horních Beřkovicích. Pracovníci se snaží potíže ve spolupráci s těmito většími institucemi korigovat budováním vzájemných vztahů na osobnější bázi, včetně stážování v těchto zařízeních.

V rámci sítě na území města Brna NPK velmi úzce spolupracuje s RENADi, o.p.s.: *„Jsou nám, dá se říci klientelou dost blízko. Máme s nimi nějakou spolupráci v rámci volnočasovek a tak.“* V kontaktu je NPK s doléčovacím centrem Lotos – doléčovací centrum,

o.p.s. a Společnost Podané ruce, o.p.s., vazby jsou také s organizací Práh jižní Morava, z.ú.: „*To jsou vazby i z těch duálních stolů, které tady máme, tím pádem jsme si tak jako nejbliž.*“ Klienti NPK využívají služeb Agapo, o.p.s. a dluhových poraden: „*Hodně spolupracujeme s Agapem, což je brněnská organizace pomáhající lidem se zdravotním znevýhodněním hledat práci ... máme strašně dobrou zkušenost s dluhovou poradnou CELSUZ pod Charitou, na to si úplně netroufáme ... obecně, kdykoliv narazíme na nějaký téma, v kterém se moc necítíme, tak se nestydíme říct někomu, kdo to umí líp.*“

Respondenti také zmiňují spolupráci s opatrovníky a Úřadem práce České republiky: „*Samozřejmě spolupracujeme s různými pracovníkama úřadu práce, hmotná nouze to je tady denní chleba ... když má klient opatrovníka, tak s těma intenzivně spolupracujeme, protože i musíme a v zájmu klienta chceme.*“ Nakonec respondent kvituje spolupráci s obvodním lékařem s vlastní zkušeností: „*Jsmo rádi, že jsme teď narazili na obvodního doktora, který má sám nějakou adiktologickou zkušenost, jako svoji vlastní žitou a cítíme tam takovou empatii, je to vstřícnější z jeho strany.*“

7.2 Charakteristika cílové skupiny

Pobytový program od jeho vzniku 1. 4. 2020 do 31. 12. 2023 využilo celkem 66 klientů, z toho 16 žen a 50 mužů. Program řádně dokončilo 29 klientů, tedy 44 % z celkového počtu. K nejčastějším psychiatrickým komorbiditám u klientů NPK patří jednoznačně onemocnění ze schizofrenního okruhu, výskyt dosahuje 58 %. Potom následuje úzkostná popř. úzkostně depresivní porucha s 20 % a porucha osobnosti s 17 %. V řádu jednotek se vyskytovala bipolární afektivní porucha a mentální retardace. Téměř 50 % klientů jako svoji primární návykovou látku uvádí pervitin, ve 30 % případech se jednalo o alkohol, u většiny klientů se ale bavíme o polymorfním užívání návykových látek. Pouze jednotky klientů řešily obtíže s nelátkovými závislostmi.

K zařazení do příjmového procesu je nutné, aby zájemce měl DD. Pokud je tato podmínka v rámci poslané příjmové dokumentace splněna (zájemce vyloženě neuvede, že žádné duševní onemocnění nemá), tak následuje vstupní pohovor: „*Hlavní je pro nás vstupní pohovor, který děláme úplně se všema, že bysme někoho zamítli jen na základě žádosti, tak to neděláme.*“ K této otevřenosti přispěla i otázka naplněnosti služby: „*Jak jsme měli vůbec problém naplnit lůžka, tak nás to dotlačilo trošku dávat šanci i tomu, co se nám zdá od prvního pohledu nejasný, nebo si myslíme, že to pro nás není ... aspoň se otevřít k tomu pohovoru.*“

Cílová skupina NPK se postupem času začala proměňovat: „*ten záměr T., té hlavní zakladatelky bylo, že budeme přijímat víceméně jenom psychotický klienty ... A že určitě nebudeme chtít hraniční poruchy osobnosti, emočně nestabilní poruchy osobnosti a teďka tady máme všechny ... měli jsme tady i narcistickou, o který jsme věděli, ty fakt nechceme a stejně je teďka přijímáme, protože i tihle klienti můžou být naší cílovou skupinou.*“ Proces tohoto vývoje dále přibližuje další respondent: „*Všichni mluví o lidech s poruchou osobnosti, jak to je těžká cílová skupina, jak nefungují ve skupině, tak jsme na to taky nasedli, ale postupně jsme začali zjišťovat, že to tak nemusí úplně být.*“ Stejně tak se NPK více otevřel např. lidem s úzkostnou poruchou, i když s nimi personál neměl (stejně jako u lidí s poruchou osobnosti) příliš předchozích zkušeností: „*Ukazovalo se nám, že se k nám dostává spousta lidí s úzkostnými poruchama a naučili jsme se s tím pracovat, neměli jsme s tím tolik zkušeností, mám pocit, že skoro nikdo a nějak si to sedlo a vlastně jsme se tomu otevřeli.*“ Současný pohled personálu na cílovou skupinu NPK dobře shrnuje další respondent: „*Co jsem nastoupila já, tak už je to takovej mišmaš. Nějak se to rozvolňuje a v tuhle chvíli není žádné duševní onemocnění, u kterýho bysme vyloženě řekli, tak semka nesmíš. My se stejně snažíme na ty diagnózy moc nehrát, spíš dáváme na to, jak to klient prožívá, jak on působí ... je to takový strašně individuální a tak se to snažíme i posuzovat.*“ Respondenti se však shodují nad potřebou zohledňovat dynamiku skupiny: „*Snažíme se vyselektovat ty, kteří by nemuseli zapadnout do téhle křehké skupiny ... I emočně nestabilní a narcistická porucha osobnosti, pokud je to v nějakých mezích, tak může dobře zapadnout k těm psychotikům.*“ Vyšší počet takových klientů ve skupině si ale žádá odpovídající přístup personálu: „*Je to větší nápor na nás terapeutky třeba na těch skupinách, abychom to uhlídali, abychom třeba aktivněji vyzývali ty psychotiky a úzkostný, kteří moc nemluví a jsou spíš upozaděný.*“ Fokus NPK na klienty s psychotickým onemocněním je nicméně stále zachován, např. lidé s poruchou osobnosti obecně totiž snáze absolvují standardní doléčovací program.

Díky nabytým zkušenostem se mírní některé počáteční obavy, např. ohledně klientů po výkonu trestu: „*Na začátku jsme si říkali, že nechceme klienty z vězení, protože to vězení ty klienty poznamená a potom co by to udělalo s těma klientama psychotikama, ale nakonec jsme přijali klientku, která přišla na podmíněčný propuštění přímo z věznice a bylo to hrozně fajn ... Takže nikdy neříkej nikdy v našem programu.*“ Program je také schopný přijímat klienty do ochranné ambulantní léčby, po předchozích zkušenostech je ale její převod na týmového psychiatra možný až po určité době strávené v programu.

Z rozhovorů vyplývají i určité kontraindikace ke zdárnému fungování v programu: „Na základě zkušeností jsme už dali stopku u lidí, kteří mají lehkou mentální retardaci nebo nějaký handicap na tenhle způsob. Zjistili jsme, že nemáme kapacity na to, se těmito lidem věnovat.“ Od klientů je totiž předpokládána určitá míra soběstačnosti: „Je potřeba, aby klienti byli samostatní, lidi s mentálním nebo tělesným postižením bohužel jako nemůžeme. Ta služba je hodně postavená na sebeobsluze, není tady zajištěný žádný jídl, rozvrhy jak si brát prášky a tak. Ani ty byty nejsou bezbariérový.“

Respondenti obecně popisují klienty NPK jako lidi, kteří mají za sebou většinou traumatické zkušenosti z dětství ovlivňující je v jejich dalším životě. Vidí u nich narušenou vztahovou vazbu a často naráží na lidi, kteří svoje psychické problémy řešili samoléčbou pomocí návykových látek. Klienty NPK také považují za velmi křehké a senzitivní. Do NPK většinou přicházejí už s určitým náhledem na svoje obtíže, naučili se s nimi trochu pracovat a trochu rozumí, co se jim vlastně v životě stalo.

7.3 Proces vývoje obsahu a struktury programu

Program vzniknul v reakci na téměř neexistující specializovaná místa v doléčovacích programech v ČR pro osoby s DD. V době zrodu programu byla tato skutečnost reflektována pouze několika místy ve Službě následné péče Darmoděj, z.ú. pro tuto cílovou skupinu.

Respondenti se shodují nad zásadním vlivem TK Sejřek na ideu následné péče specificky pro lidi s DD: „Sejřek neměl kam posílat klienty nebo měl ten pocit, že neměl kam posílat klienty. Nemyslím to zle vůči jiným službám, ale prostě se ukazovalo, že ti klienti s duální diagnózou v jiných službách selhávají nebo jimi propadávají a zužoval se počet možností, kam takové klienty posílat dál. Když už jim tam věnujou celej rok práce, tak pak to mohlo přicházet vniveč. Tak rozumím tomu, že mohla narůstat nějaká frustrace, která vedla k tomu něco takovýho založit.“ Další respondent k tématu dodává: „Už tenkrát, když jsem byla v Sejřku, to bylo od roku 2012 do roku 2015, tak bylo jasné, že chybí ten doléčovák pro klienty s duální diagnózou. ... už v tu chvíli jsme věděli, že ten práh je moc vysoko tady v těchhle standardních doléčovacích a už tenkrát se rodila v T. myšlenka, že je potřeba něco takovýho založit.“

Příprava programu byla několikaletým procesem, vlastní kompletace jeho jednotlivých složek probíhala zhruba posledních 6 měsíců před jeho rozjezdem, přičemž hlavní inspirací byl program v TK Sejřek: „Ještě předtím než doléčovák vznikl, tak jsme si dávali porady, kdy jsme se bavili o těch základních věcech, kolik budeme chtít nájem, jaký

klienty, co budeme dělat, abysme o sobě dali vědět ... Pro T. to období bylo dýl, možná několik let, pro mě půl roku ... T. psala dlouhou dobu ten projekt, řešila to s vedením Kolpingu, hledali prostory, původně ten záměr byl, že Kolping koupí celý dům ... jakoby ta hlavní zkušenost vycházela z toho Sejřku. Ale nikdo neměl zkušenosti s doléčovákem, takže vím, že T. jela na stáž do Olomouce do P-centra s tím, že to jak to tady bude, jsme si tak nějak od začátku vymysleli podle toho, co jsme znali z té komunity ... že jsme si řekli, my to známe, komunita je každý ráno, vidíme, že to funguje, tak to uděláme i tady, protože jsme si řekli, ti klienti, my je známe, oni se potřebují probudit, oni potřebují nastartovat ten den.“

Respondenti v rozhovorech popisují neustálý a nikdy nekončící proces vývoje nabízeného programu v odpovědi na potřeby klientů: *„Co nám funguje, tak to je vnímat potřeby těch klientů ... podle toho měníme program ... Mám pocit, že je to takovej never ending story, měníme to pořád podle současné skladby klientů.“* Tento vývoj je možné popsat např. změnami časového harmonogramu jednotlivých částí programu: *„Klienti začali chodit do práce a my jsme pak zjistili, že nestíhají ani jednu skupinu, takže jsme museli přizpůsobit časy skupin.“* Další respondent to demonstruje na příkladu velkých komunit: *„Vékáčko jsme měli dokonce od pěti hodin, aby to stíhali i pracující, to jsme taky změnili ... lidi odcházeli na záchod, brali si večerní léky a pak nám tam usínali.“*

V programu se také vyvíjí frekvence konání jednotlivých částí programu, kdy pracovníci NPK opět reagují na přání klientů a na jejich potřeby: *„Měli jsme jako pevný bod programu velký komunity jednou za 14 dní a teď jsme na požadavky skupiny a nám vlastně taky došlo, že to není tak potřeba, tak je to jednou za měsíc. Teď se to nějak testuje, uvidíme, co to přinese.“* Skupina bydlení, původní pevná část programu, nyní probíhá jen podle potřeby: *„Ze začátku jsme si řekli, že dáme jednou za 14 dní skupinu bydlení, aby si tam mohli vyříkat, jak tam spolu bydlej, jak to potřebujou, ale potom jsme ji úplně zrušili ... klienti s tou psychózou mezi sebou vůbec neměli konflikty ... jsou spíš každej zavřený ve svém pokoji, prospí to ... jo, taky jsou nějaký konflikty, nedorozumění, ale pak to řešíme jenom individuálně nebo uděláme skupiny jen pro ty, kterých se to týká. Ale taková skupina je třeba jednou za půl roku.“*

Vyvíjí se také přístup personálu k volnočasovým aktivitám v programu: *„Ze začátku jsme to vymýšleli my pracovníci ... postupem času jsme začali vést klienty k tomu, ať to vymýšlí oni pro ostatní.“* Respondenti se shodují, že volný čas je pro klienty obecně velkým tématem a personál se snaží rozšířit jeho nabídku, a to i mimo program: *„Oslovili jsme*

sportoviště, kdy nám dali nějaký volný vstup ... Se spřátelenou organizací Renadi jsme vymysleli volnočasovky o víkendů. Oni zajistili dobrovolnice z výšky z psychologických oborů a ty je ve dvojici organizují ... klienti často o víkendech mluvili, že sedí doma a neví, co mají dělat. Je to ve zkušební fázi, zatím se nikdo moc nechytá, ale věříme, že se to třeba rozjede.“ I zde se opakuje důraz na přizpůsobení programu klientům na míru: „Někdy se sejde skupina, která je v něčem hodně silná a potřebují ten program trošku jinak ... Třeba teď jsme úplně poprvé narazili na skupinu, která je schopná v rámci volnočasovek využívat lístky do divadla, předtím to byli lidi, kteří by na tohle vůbec neslyšeli, neměli na to kapacitu.“

Pravidla služby dle respondentů nedoznala velkých změn: *„Z těch zásadních jsme nic neměnili. To je takovýto, že nesmí přijít intoxikovanéj na byt ani ohrozit klienty, zákaz jakýkoliv agrese, což tady nebyl agresivní nikdo za celý ty 4 roky. Potom nějaká manipulace s ostatními, tak to u našich klientů asi taky nepřipadá v úvahu.“* Přesto uvádějí některé drobné změny: *„Do pravidel jsme dali 14ti denní výpovědní lhůtu. V průběhu si to může rozmyslet, třeba to bylo nějaký impulsivní jednání ... A chceme za těch 14 dní nájem, tak jak standardně, když by bydlel v komerčním podnájmu ... My co nejvíc chceme, aby se ty byty podobaly komerčním nájům, kam v ideálním případě by pak od nás šli ... Ať jsou co nejvíc nachystaní na normální život.“* Pravidla také začala reflektovat látky příbuzné k THC jako HHC či CBD, jejichž užití se rovněž bere za porušení abstinence. Naopak došlo k rozvolnění u potravin s alkoholovým aroma: *„Dřív jsme byli velmi striktní v tom, jestli můžou klienti třeba tyčinku s rumovou příchutí, když to přišlo v potravinovce, tak jsme to vyřazovali. Teďka říkáme, stejně si to tady můžou vedle v obchodě koupit, takže to vlastně úplně neřešíme a v testech se to úplně neprojeví.“* Zároveň si pracovníci nechávají v tomto otevřená vrátka, v případě citlivější skupiny je možné to přehodnotit. Pracovníci jsou obecně ke změnám pravidel velmi otevření, když v tom vidí smysl. Program je i do jisté míry v pravidlech ohebný, k čemuž jeden respondent uvádí: *„To jsem se naučila právě u těch autistů, tam jsme měli pojem, který se nazývá empatická nedůslednost ... toho člověka úplně na první dobrou nevyautujeme, když vidíme, že něco není úplně podle pravidel. Ale říkáme mu – tohle není podle pravidel a potřebujeme to do té a té doby napravit.“*

Zajímavá je práce s fázemi programu, které nejsou v NPK určující: *„Na začátku jsme si stanovili fáze programu, např. během prvních 3 měsíců si mají najít práci. Teď máme klienta, který je tady rok a furt nemá nic. Dokážeme to nahlížet a rozumět tomu příběhu ... respektujeme to a nedejcháme mu na záda ... Z jinýho doléčováku by ho možná vyhodili.“*

Fáze jsou tak dané velmi orientačně: „*Jo, hodně hrubě, aby věděli, čeho mají docílit – tady si najdi obvodáka, tady si zajdi do dluhové poradny ... chápeme ale, že ne všichni to jsou schopní udělat za stejný čas.*“ Jako výzvu označuje respondent práci s pozdějšími fázemi programu: „*Mám pocit, že lidi, kteří jsou tady půl roku a dýl, tak je ten program už strašně štve. Na jednu stranu si myslím, že to může být dobře, protože je to trošku žene pryč ... Na druhou stranu přemýšlím, jestli program v té pozdější fázi ještě uzpůsobit tomu, že přece jenom už ty lidi nepotřebujou tolik režimových, stabilizačních prvků, ale něco trochu jinýho, což se teď ukazuje, že si říkají o něco jinýho a my vlastně hledáme co.*“

V souvislosti s procesem vývoje programu mě zajímalo, jak pracovníci sledují a vyhodnocují obsah, potřeby a kvalitu programu: „*Řešíme to na supervizích, na poradách a na velkých komunitách s klienty. Nás to zajímá, my to máme rádi, když nám klienti řeknou, že se jim něco nelíbí, že jim něco vadí, že už je štvem ... Velké komunity jsou tomu uzpůsobeny, že se ptáme na zpětný vazby, ladí se tam program, to je asi ten největší prostor, kde to dělat.*“ Další respondent k tomu dodává: „*vždycky řešíme týmově ty změny, ať už to vychází od nás nebo ze samotných klientů ... Je to neustále takovej tanec, tak aby to vyhovovalo všem, ale zároveň abychom drželi nějaký cíl toho programu.*“ O zpětnou vazbu lze požádat i na různých externích odborných setkáváních: „*Koncepčnější věci se dají přinést na nějakou sekci doléčováků, na duální stoly ... Je to dobré na porovnání, jestli někam neulítáváme při vši té volnosti, kterou si troufáme do toho dávat.*“ K vyhodnocení kvality služby respondent zmiňuje roli evaluace: „*To si myslím, že se dělají evaluace, ale já jsem u toho ještě nebyla.*“ Podle dalšího respondenta kvalita souvisí se zájmem o službu jako takovou: „*Tím ukazatelem kvality je, že se klienti hlásej, že oni sami říkají, já jsem vás někomu doporučil.*“ Zároveň ale doplňuje, že se nedá brát v úvahu pouze role naplněnosti služby: „*Měli jsme plno jen pár týdnů asi ... Chvilí máme pořadník a máme tam x lidí a vypadá to, že budou moci nastoupit třeba za půl roku, ale během tejdne, 14 dnů se to všechno může změnit ... ukazatele té naplněnosti, to není nekvalita té služby, že je prázdná nebo to není žádná naše laxnost, ta dynamika služby prostě taková je.*“

7.4 Práce s lidmi s DD v programu

Práce s klienty v NPK je velmi pestrá a obnáší velké množství sociální práce: „*Děláme doprovody, vyřizujeme dávky, vyplňujeme žádosti, jdeme s nima na úřad, k obvodákovi, protože se bojí, že tam nedojde, jdeme s nima poprvé do práce. Hledáme s nima práci, píšeme životopisy, hledáme potom následný bydlení, děláme vlastně všechno.*“ Zajímavé je, jak mluví respondenti o podobě terapeutické práce: „*Součástí je i nějaká forma*

terapie, schválně říkám nějaká forma, v něčem je trochu specifická, někdy je to spíše rozhovor s nějakými prvky terapie než vyloženě psychoterapeutické sezení.“ Respondent zde srovnává se standardním doléčovacím programem: *„V jiných doléčovácích, co si tak vybavuju, to mají víc rozdělený na to, že garant je víc terapeutickou podporou, zatímco vedle je sociální pracovník, který s něma řeší čistě jen sociální práci. Tady mám pocit, že je to mnohem víc propojený ... nerozdělujeme sociální práci a terapii, ono se to často prolíná – je mi blbě z toho, že nemám práci.“*

Respondenti bez výjimky označují vytvoření vztahu za nejdůležitější metodu při práci s klienty: *„Hlavní nástroj celé naší služby je vztah s klientem ... Jedna věc jsou terapeutický skupiny, ale spousta našich klientů se na těch skupinách necítí úplně dobře, tudíž o to větší váhu pak může mít to, jaký ten klient si udělá vztah s tím pracovníkem.“* Ilustruje to příklad z praxe: *„Ted’ s klientkou, která byla dekompenzovaná, co nejvíc asi pomohlo, tak čistě ten vztah – známe se 2 a půl roku, vlastně se máme rády, ona to nějakým způsobem cítí, vnímala můj strach o ní, brala vážně to, co jí říkám, a to je asi to úplně nejdůležitější.“*

V NPK je praktikován individuální přístup: *„Každý klient, i když je to třeba stejná diagnóza, tak má jiný potřeby a my vždycky reagujeme na ty potřeby cíleně a individuálně tak, abysme je naplnili a cíl je ... aby byl sám spokojený v tom životě, a pro každého to znamená něco jiného. Pro někoho je to najít si místo v chráněném bydlení a pak proležet celý dny – ok, když to takhle chceš, nikdo tě k ničemu nepřinutí, když nechceš. Pro někoho to znamená bydlet v komerčním nájmu, pracovat a nebrat léky – ok, pojďme se na tom domlouvat.“* Pracovníci řeší s klienty problémy integrovaně: *„Bavíme se o těch věcech dohromady, propojujeme to a neoddělujeme. Bavíme se s lidma jako, že seš člověk a ten má nějaký problémy, ale ty problémy spolu nějak souvisej a pořád vycházejí z jednoho člověka.“*

S individuálním přístupem souvisí také míra tlaku, kterou musí pracovníci v přístupu ke klientům volit velmi obezřetně: *„Je to hrozně těžký, některým klientům pomáhá ten tlak a někteří klienti ten tlak právě nesnesou a nemůžou ho mít a potřebujou takový to – no, tak to je těžký, máme čas, nikam nespěcháme. Protože kdyby to neměli, tak se okamžitě zhroutěj. Musíme neustále balancovat mezi tímhle a každěj klient to má úplně jinak.“*

Jako účinné uvádí respondent také práci s výjimkami a externalizací: *„Chytat se spíš těch pozitivních chviliek, jiskřivých momentů, kdy to jako funguje, víc než toho, kdy to nějak jako nejde. Mám pocit, že to i ve skupině vždycky pomůže tu deku nějak zvednout ... A*

externalizace je za mě nástroj nějakýho odosobnění od toho problému a mluvit o tom jako o něčem, co není úplně součástí mě ... klientům i mně se pak k tomu líp vztahuje a můžou si vytvářet odstup od vlivu nějakých věcí ... nějakých traumat.“ Pracovníkům se osvědčuje i práce s otevřeností: *„Strašně moc se nám vyplácí, že nejenom my víme o nich, ale oni do značné míry vědí o nás, to je to, co vytváří myslím to bezpečí ... vědí, že když se V. žení, tak se V. žení, není to něco, co bysme si nechávali v kanceláři.*“ Respondenti dále zmínili např. práci s nejistotou, se sny či lidský přístup.

Jako důležité pro praxi respondenti uvádějí používání dovedností získaných v rámci různých dlouhodobých kurzů (motivační rozhovory, krizová intervence, otevřený dialog) a dosavadní nabyté zkušenosti při práci s klienty. Respondenti, kteří mají za sebou psychoterapeutický výcvik, ho považují za zásadní ve vlivu na jejich práci s klienty: *„Já jsem hodně ovlivněnej tím výcvikem a tou postmodernou, s tím, že nic není úplně potřeba vědět, že všechno mi to řeknou stejně ti klienti, a to bylo taky velký moje prozření, když jsem sem nastoupil. Měl jsem obavy, neměl bych něco o tom vědět? Čím víc tady jsem, tak tím víc se mi ukazuje, že toho až tolik vědět nepotřebuju.*“ Další respondent vyzdvihuje důležitost sebezkušenosti v rámci výcviku: *„Určitě ta sebezkušenost byla strašně důležitá, protože zvlášť třeba s tou naší klientelou si myslím, že jako ty přenosy a protipřenosy, že to prostě fičí.*“

V rámci práce s klienty mě zajímalo jakým způsobem v NPK pracovníci zapojují do procesu rehabilitace rodinu. Pracovníci klientům možnost rodinných setkání nabízejí, a to už od začátku spolupráce, příp. jim v jejím průběhu připomínají, když se téma rodiny objeví, že tato možnost v NPK existuje. Pracovníci mají také pro blízké klientů připravený dopis, kde je vysvětleno, co by od setkání měli očekávat a proč taková setkání NPK vítá. Respondenti připouštějí, že práce s rodinou je věc, ve které má tým rezervy: *„Jo, to vyšlo i z té evaluace, že bysme měli víc, v tom je naše velká mezera ... Ideálně by byly dobrý ty rodinný setkávání, ale ty v tuto chvíli jsou úplně na bodě mrazu, protože rodiny to nechťej. Je teda pravda, že my v tom nejsme zas tak aktivní.*“ Další respondent věc rozvádí: *„Narážíme na to, že ta rodina úplně nechce. Někdy ti klienti nechťejí, ale tam se s tím dá nějak pracovat ... Tu rodinu máme pocit, že tolik neovlivníme, máme nachystaný nějaký dopis, který nabízíme klientům jako nějaký vysvětlovací ... ale za celou dobu co tady jsem, tak mám pocit, že proběhlo pár, na prstech jedné ruky bych spočítal, sezení s rodinou a blízkýma, i když všechny ty, co proběhly, byly za mě užitečný a fajn.*“ Souhlasí s tím, že by personál mohl být ve věci aktivnější: *„Myslím si, že je možný, že bysme na to mohli tlačit*

ještě trochu víc. “ Je si ale vědom, že to obnáší i rizika: *„Zároveň ten tlak je něco, s čím se pořád pereme – jak moc tlačit na cokoliv. Ve chvílích, kdy začneme tlačit moc, tak máme tu zkušenost, že ti klienti se stahují zpátky nebo se rozsypávají, když to řeknu takhle hnusně.*“ Respondenti také popisují další překážky, které podle jejich názoru častějším rodinným setkáním brání: *„Je to i tím vytržením těch lidí z místa bydliště, i pro tu rodinu je to nákladný, často jsou to lidi pocházející ze sociálně slabších rodin, dojet do Brna a pak tady přespat, je náročnější.*“ Překážkou jsou dle respondentů i chybějící prostory, kde by šly setkání uspořádat a kde by třeba i rodiny mohly přespat, podobně jako v terapeutické komunitě.

7.5 Týmová spolupráce

K 31. 12. 2023 je provoz NPK zajištěn čtyřčlenným týmem pracovníků se třemi celými úvazky, od vzniku služby do konce roku 2022 tým disponoval úvazky čtyřmi. Všichni pracovníci jsou minimálně vyššího odborného vzdělání, a to se sociálním zaměřením, s předchozími zkušenostmi v aspoň jedné složce duální problematiky. Jeden pracovník má zkušenosti z terapeutické komunity pro klienty s DD, další pracovníci z kontaktního centra, komunitní služby pro duševně nemocné či ze stacionáře pro osoby s poruchou autistického spektra. Tři pracovníci mají ukončený psychoterapeutický výcvik či jiný dlouhodobý výcvikový kurz.

Tým NPK velmi úzce spolupracuje s psychiatrem: *„Nejdůležitější je spolupráce s psychiatrem, protože já nevím třeba 80 % klientů s ním spolupracuje a máme s ním i intervize a ta spolupráce s ním je hodně dobře nastavená, jsme za ni fakt rádi.*“ Tým spoluprací s ním všem klientům od začátku doporučuje, prezentuje, že je součástí týmu a že informace s ním sdílí, zároveň respektuje, když si klienti chtějí nechat psychiatra původního. Představuje zvýšenou podporu pro klienty NPK: *„Má svou ambulanci kousek od nás v centru Brna, kam si klienty normálně zve podle jejich potřeby ... potom ještě jednou měsíčně jim garantuje tady půl hodiny času, kdy si s něma povídá, konzultuje s nima, jak jim sedí léky, co by potřebovali, jak se mají v životě.*“ Psychiatr je také velkou oporou pro tým v jak už zmiňovaných intervizích ve frekvenci jednou měsíčně: *„Můžeme probrat, co se děje s klienty, jak řeší léky, jestli ten zdravotní stav, který my vnímáme jako zhoršený, jestli on ho tak taky vnímá. Můžeme se tak opřít o další možná v něčem autoritu a v něčem někoho aprobovanějšího co se týče rozhodování o tom duševním onemocnění.*“ Tak kdykoliv během týdne dle potřeby: *„Vidíme, klient se horší, my mu zavoláme a ještě ten den nám dá schůzku nebo jenom po telefonu třeba řekneme, jak se nám jeví ... on nám na to řekne svoje a potom*

třeba ještě mluví s tím klientem a zamedikuje ho třeba ještě ten den ... pak nemuselo ani dojít k hospitalizaci.“

Tým má jednou týdně poradou, její součástí je i pravidelná klientská intervize. Supervize se uplynulý rok konaly ve frekvenci jednou za dva měsíce, což je pokles oproti dřívějšímu, tým je měl každý měsíc. Pokles frekvence souvisel s nedostatkem finančních prostředků v uplynulém roce, který se odrážel i v dalších aspektech podpory zaměstnanců NPK: *„Teďka je blbý to, že nám město slíbilo nějaký peníze, který nám mělo dát v lednu, dalo nám je až teďka, takže jsme celej rok byli úplně bez peněz, takže nám třeba teď vůbec neproplácí vzdělávání.“* Pro organizaci je ale obecně podpora jejich zaměstnanců při vzdělávání důležitá: *„Kolping velmi podporuje vzdělávání, i tím, že si člověk nemusí brát žádné volno nebo dovolenou na výcvik, takže podpora ve vzdělávání zvlášť ve výcviku je velká. Když zrovna nejsme služba na sklonku umření, co se týče financí, tak je i velká podpora finanční toho vzdělávání.“* Od ledna 2024 bude nově NPK financována jako ambulantní služba, což by mělo vést k větší finanční stabilitě: *„Je mi slibováno, že by se nemělo zas tolik měnit, možná že nebudeme tolik tlačeni do té obloznosti. Zase budeme tlačeni do nějaké přímé práce s klienty a do nějaké efektivity práce.“*

Respondenti cítí zájem o službu ze strany vedení organizace, nicméně situaci komplikuje unikátnost služby: *„Zlepšilo se to. S tím jak odešla T., tak se něco změnilo, vedení si to vzalo za své a snaží se podporovat, ale myslím, že to hodně naráží na to, že jsme služba, která moc nikde nefunguje a nikdo vlastně neví, jak to máme dělat úplně a těžko se o něco opírá. Silnou podporu ale čerpám díky zavedenému systému setkávání se s jinými vedoucími jiných služeb v Kolpingu a hlavně s vedoucím ze Sejrku.“* Komplikací je i geografická odloučenost služby: *„Naráží to na to, že jsme v Brně, zatímco celá naše centrála je ve Žďáře, je to někdy komplikovanější dovolat se někomu a zjistit nějakou odpověď, než zajít za ním, sednout si k němu a vlastně probrat s ním, co se aktuálně děje. Myslím, že by to šlo ještě vyladit, ale pracuje se na tom.“* Další respondent velmi vítá čerstvé obsazení pozice fundraisera v organizaci: *„Ta tady taky chyběla, protože všechny ty projekty jsme si psali vždycky sami, houby tomu rozumíme, vůbec jsme nevěděli, jak to dělat.“* V rozhovorech respondenti také vyzdvihují rodinnou atmosféru organizace, s tím, že pracovníci se napříč službami dobře znají a pracují tam i desítky let.

Tým se zhruba před rokem z poloviny obměnil: *„Udržet si pracovníky, to se úplně nepodařilo, co se týče celého vývoje té služby. Odešla vedoucí, to o něčem může vypovídat*

a odešla spolu s ní ještě jedna kolegyně. A teď máme vlastně rok fungující tým, který mi přijde stabilní a fungující, ale je to rok.“ Respondenti jsou momentálně bez výjimky v týmu spokojeni a cítí v něm podporu. Tým spolu sdílí kancelář, takže přirozeně v průběhu dne dochází k vzájemnému sdílení, což respondenti hodně využívají a oceňují. Tým má společnou WhatsApp konverzaci, která kromě pracovních věcí probíhá i na hodně neformální úrovni, chodí se třeba i na pravidelné společné obědy. Pracovníci mohou otevřeně vyjadřovat své názory: *„Tady není problém, dá se říci nic, i když máme občas jiný názory, tak jsme schopni je sdílet a nějak to spolu probrat, tak aby to pro všechny strany bylo ok ... myslím si, že jsme všichni na jedné vlně trošku.*“ Respondenti vnímají tým jako personálně vyvážený: *„Myslím si, že ať už oborově nebo kolegově téma výcvikama je každé prostě trošku jinak ... Jsem i ráda, že to máme úplně přirozeně rozdělený, jeden je ten, který víc sportuje, tak klienty víc hecuje tady, mě baví víc výtvarný věci nebo divadlo, takže já je víc hecuju tam.*“ Dle respondentů jsou silnými stránkami týmu vzájemná zastupitelnost a proaktivní přístup: *„Velká část práce s klienty je sociální práce, ze začátku jsem měla pocit, že jsem na to sama. Teď už nemám. Nikdo se ničemu nevyhýbá a všichni jsou ochotní se to minimálně naučit.*“

Týmu se postupně vyvíjel pohled na spektrum požadavků, které očekávají od nového pracovníka: *„Ze začátku jsme hledali lidi s výcvikem, s nějakýma terapeutickýma zkušenostma a se zkušenostma z aspoň jedné z těch částí duální diagnózy. Do toho nám dala vidle současná kolegyně, kterou jsme si troufli vzít, s tím, že neměla žádný terapeutický výcvik, měla zkušenosti z káčka, ale je tak geniálně lidská a fungující s těmi klienty po té vztahové stránce, že vlastně úplně rozbila předpoklady o tom, že by člověk musel mít terapeutický výcvik.*“ Nicméně respondenti dodávají, že výcvik ve své práci vnímají jako velmi nápomocný a mít ho je pro práci ve službě výhodou. Mezi předpoklady pro výkon práce v NPK respondenti řadí odolnost a schopnost přizpůsobovat se změnám, vysokou emoční inteligenci, lidskost a umění se na klienta napojit, držení si odpovídajících hranic a týmovost.

Respondenti si umí představit určité personální posílení: *„Určitě to, co nám chybí a nad čím přemýšlíme, je peer ... Ještě se pro to nic nedělá, teď jsme byli ve fázi, musíme přežít ... určitě je to jedna z prvních věcí, nad kterou v rámci dalšího rozvoje přemýšlíme.*“ V rozhovorech byla také nadnesena otázka adiktologa ve službě: *„To je něco, co zvažuju, protože se mě opakovaně ptají z jiných služeb: A máte tam nějakýho adiktologa, když jste adiktologicky laděná služba?“* Od ledna 2024 se tým rozšíří na pět členů, což týmu

potenciálně rozváže ruce k dalšímu rozvoji: „*Chtěli bysme skupinu i pro ambulantní klienty, to si slibujeme, že až přijde ta nová, teďka na to nikdo nemá čas.*“

8 Diskuse

Cílem práce bylo uskutečnění evaluace procesu zavedení a realizace programu následné péče pro osoby se zkušeností s DD. Záměrem evaluace bylo prozkoumat, zda je program realizován tak, jak byl původně zamýšlen, příp. jak se během jeho zavádění a realizace postupně vyvíjel do jeho současné podoby. V následujícím textu se pokusím stručně shrnout a diskutovat odpovědi na položené výzkumné otázky.

Evaluace prozkoumávala zasazení NPK jako pilotního programu do sítě spolupracujících služeb. Plynulá kooperace mezi službami pečující o lidi s DD je vzhledem k jejich specifickým potřebám způsobených multiplikovanou zátěží základním předpokladem k úspěchu. Předpokládá se úzké napojení mnoha aktérů zdravotní a sociální péče. Pracovníci NPK do sítování zvláště v prvních letech po založení služby investovali mnoho sil. Ve spolupráci dominují vazby s TK Sejřek, intenzivní je také spolupráce s TK Tao. Za nejvhodnější přípravu na program je pracovníky považována právě dlouhodobá resocializace v terapeutických komunitách. Nejlepší zkušenost mají obecně pracovníci s programy, které se na léčbu cílové skupiny DD specializují, kdy klienti už přicházejí připraveni na to, co je ve službě čeká. V tomto ohledu podle nich probíhá nedostatečná příprava ve většině psychiatrických nemocnic, což se v praxi projevuje de facto suplováním léčebných programů v rámci NPK. Ve spolupráci s některými nemocnicemi se také objevují problémy v komunikaci, což se pracovníci snaží vylepšit budováním osobních vztahů s jejich personálem. Vytvořená síť vhodně reaguje na komplexní potřeby osob s DD, zahrnuje mj. služby pomáhající klientům s nalezením práce, řešením dluhů či trávením volného času, a to jako doplněk k službám poskytovaným v NPK.

Zamýšlená cílová skupina NPK se během její existence proměnila. Původním záměrem bylo přijímat klienty s psychotickým onemocněním, služba se ale postupně začala otevírat lidem s úzkostně depresivní symptomatikou a následně lidem s poruchou osobnosti, kteří reprezentují 20 a 17 % celkové klientely. Stále je však zachován fokus na klienty s psychotickým onemocněním tvořící 58 % klientely. Téměř 50 % klientů jako svoji primární návykovou látku uvádí pervitin, 30 % alkohol, pouze jednotky klientů uvádí nelátkovou závislost. Cílová skupina NPK tak odpovídá širší definici DD, tak jak o ní přemýšlí EMCDDA (EMCDDA, 2004). Personál už od příjmového procesu uplatňuje na člověka orientovaný individuální přístup v souladu s doporučeními Fantuzziové & Mezziny (2020), není pro něj rozhodující konkrétní diagnóza duševního onemocnění ale symptomy.

Rozšíření cílové skupiny si nicméně vyžádalo situaci reflektovat např. na skupinách aktivnějším vyzíváním klientů s psychotickými a úzkostnými poruchami, dále se vždy zohledňuje dynamika skupiny. Skupina je to totiž dle pracovníků velmi křehká a senzitivní, většinou s traumatickými zkušenostmi z dětství, což ve své studii potvrzují Blanco et al. (2020). Výrazná většina klientů NPK jsou muži (50 vs. 16), což odpovídá zjištěním Rushe & Koegla (2008) o vyšší prevalenci komorbidit u mužů oproti ženám. Služba je otevřená i osobám po výkonu trestu nebo v ambulantní ochranné léčbě. Kontraindikací ke zdárnému fungování v programu se ukázal mentální nebo tělesný handicap, v programu se totiž očekává určitá míra soběstačnosti.

Idea, obsah a struktura programu NPK pochází primárně ze zkušeností v TK Sejřek, kdy realizátoři jejím vznikem reagovali na opakované vypadávání absolventů komunity ze standardního systému služeb, tak jak to u lidí s DD popisují Růžková et al. (2023) na tzv. principu točitých dveří. Realizátoři tak měli už od začátku poměrně jasnou představu, v jakém duchu bude program nastaven, navazující na filozofii ze Sejřku. Program NPK se vyznačuje vysokou mírou flexibility, mění se v reakci na aktuální potřeby klientů – část programu je zpětným vazbám přímo uzpůsobena. Pracovníci v programu např. měnili časový harmonogram nebo frekvenci konání jednotlivých částí programu. Dá se mluvit o uzpůsobování programu klientům na míru – pracovníci tak program realizují v souladu s konceptem zotavení, který předpokládá to, že pracovníci klienty berou vážně a rovnocenně jako lidi, kteří své zotavení s podporou pracovníků realizují, ne se na něm pouze podílejí (Slade, 2009). Personál také respektuje zotavení jako proces, který je u každého jedinečný (Ridgway et al., 2014), což reflektuje např. práce s fázemi programu, které nejsou v NPK pro každého klienta určující. Tento přístup reálně snižuje práh NPK oproti standardním doléčovacím programům. Pravidla služby doznala pouze kosmetických změn a jsou do jisté míry i ohebná, zacházení s pravidly pracovníci chápou v souladu se Sobotkou (2017), který o nich mluví jako o nástroji, který možností chybovat a z chyb se poučit vede klienty k přijetí odpovědnosti za své jednání, nesení si důsledků. Důsledky Sobotka chápe jako důsledné trvání na nápravě a možnosti příště udělat celou věc odlišně. Během realizace programu klienti opakovaně tematizují potřebu aktivního trávení volného času, personál se jim snaží nabídku volnočasových aktivit rozšířit, přesto je v době sběru dat prakticky nevyužívají. Situaci by mohlo vylepšit posílení peer podpory v rámci týmu, více k tomu níže.

Práce s klienty v NPK zahrnuje pestrou škálu podpůrných činností, ze kterých převažuje sociální práce. Individuální terapeutická práce je specifická, někdy jde spíše o

rozhovor s prvky terapie než klasické psychoterapeutické sezení. Za nejdůležitější metodu při práci s klienty označují pracovníci vztah, mnoho klientů NPK se při skupinové terapii necítí dobře, tudíž individuální práce a v ní navázání vztahu s pracovníkem může nabýt o to větší důležitosti. Tyto zjištění potvrzuje Sobotka při popisu práce v terapeutické komunitě: „V TK zaměřené na lidi s duálními diagnózami také bývá více individuální terapie, která směřuje k lepšímu navázání klienta v programu a ke zpracování traumatických zážitků“ (Sobotka, 2017, s. 32). Při práci s klienty je praktikován individuální přístup, který reaguje na jejich přání a potřeby tak, aby je naplnili. Zde se pracovníci opět shodují se Sobotkou, který doporučuje „pomáhat klientům s duálními diagnózami hledat vlastní cesty životem, umožnit jim dělat chyby a zásadně ctít jejich důležitá jedinečná rozhodnutí“ (Sobotka, 2017, s. 101). Velmi opatrně pracovníci operují s mírou aplikovaného tlaku. Snaží se podle aktuální potřeby variovat konfrontační zátěžový přístup a trpělivý podpůrný přístup, každý klient potřebuje v daném čase něco jiného. Právě variaci a příp. rychlé přepínání mezi oběma přístupy pracovníci označují za obtížnou dovednost. Samozřejmostí je integrovaný přístup k práci s klienty, tj. propojování obou komponent DD v doléčování, což vyzdvihuje jako zásadní předěl pro klienty s DD v jejich cestě k zotavení série případových studií Víta (2023). Adiktologická služba následné péče je „alespoň v základní míře poskytována i rodičům, partnerům a dalším blízkým osobám klientů služby“ (Adameček et al., 2021, s. 173). Rodinu a blízké se však nedaří do spolupráce získávat, většinou z důvodu neochoty rodiny se do ní zapojit, byť pracovníci přiznávají, že v tomto ohledu nevyvíjí dostatečnou aktivitu. Situaci komplikuje také zpravidla velká geografická vzdálenost a nevyhovující prostory služby pro rodinné setkávání.

NPK zajišťuje čtyřčlenný tým pracovníků se třemi celými úvazky. Všichni jsou minimálně vyššího odborného a z velké většiny vysokoškolského vzdělání se sociálním zaměřením, což koresponduje s požadavky personálního zajištění adiktologické následné péče dle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Adameček et al., 2021). Každý má předchozí zkušenosti v aspoň jedné složce duální problematiky, jeden pracovník přímo z TK pro osoby s DD. Tři pracovníci mají ukončený psychoterapeutický výcvik nebo jiný dlouhodobý výcvikový kurz. Během doby existence NPK se nepodařilo pracovníky zcela udržet, odešli dva včetně vedoucí a zakladatelky služby. Pro tým je klíčová úzká kooperace s psychiatrem, který spolupracuje s naprostou většinou klientů NPK. Tým ho vnímá jako velkou oporu a přidanou hodnotu jak pro klienty, tak pro ně samotné – každý měsíc s ním mají klientské intervize. Tato intenzivní spolupráce pomáhá zvládat potenciální

krizové situace a tím předcházet případným hospitalizacím klientů. NPK se v uplynulém roce potýkala s nedostatkem financí, což se projevilo v slabší podpoře pracovníků – snížená frekvence supervize a absence vzdělávání. V praxi je také složité provozovat službu, která nemá v tuzemsku obdoby a je geograficky odloučená od vedení organizace. Pracovníci jsou v organizaci a týmu spokojeni. Cítí v něm velkou podporu, funguje vzájemná zastupitelnost, rozdělení týmových rolí, pracovníci mohou bez obav vyjadřovat svoje názory. Pro práci v NPK je pro tým důležitá lidskost, týmovost, schopnost se na klienta napojit, držení si odpovídajících hranic, je třeba odolnost a schopnost přizpůsobovat se změnám. Ukázalo se, že podmínka psychoterapeutického výcviku není pro práci v NPK nezbytná. Pracovníci považují tým za personálně vyvážený, přemýšlí ale o posílení v podobě peera, tedy člověka s vlastní zkušeností s DD, což odpovídá navrženému opatření Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 – 2030 „zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví“ (MZČR, 2020b, s. 53).

Jeden z limitů práce se týká vybraných respondentů výzkumu. Polovina respondentů pracovala v momentě sběru dat ve službě méně než rok, přirozeně tak měli méně informací o době zavádění a brzké realizace programu. Tento limit se výzkumník snažil eliminovat rekrutací respondentů z řad bývalých zaměstnanců služby, byl ale neúspěšný. U aktuálních respondentů můžeme mít pochyby o spolehlivosti vstupních dat z provedených rozhovorů, neúčelná anonymizace mohla vést k alteraci jejich výpovědí, zejména v otázce týmové spolupráce. Díky velkému kvantu dat získaných z obsáhlých přepsaných rozhovorů bylo obtížné je uspořádat do srozumitelných tematických celků. Některá témata se proto překrývají a daly by se zařadit i jinam. Výsledek tak může být pro čtenáře méně přehledný. Existují velká omezení pro interpretaci a srovnání výsledků evaluace, služba NPK je unikátním programem, který v existující síti podpory lidem s DD dosud chyběl, na základě výsledků nelze dojít k obecněji platným závěrům.

9 Závěr

Bakalářská práce se zabývala podporou osob se zkušeností s DD v doléčování. Lidé s komorbiditou jsou marginalizovanou skupinou získávající si ale stále větší pozornosti nejen u odborné veřejnosti. Víme, že ve srovnání s lidmi s duševním onemocněním a lidmi s poruchou užívání návykových látek, se musí vypořádávat s přidruženou zátěží, jejich proces zotavení je tak reálně pozvolnější. Podpora lidem s DD neodpovídá klasickému adiktologickému kontinuu od harm reduction až k doléčování, opakovaně z klasické sítě podpůrných služeb vypadávají. Práce nabízí vhled do průkopnické služby následné péče pro osoby se zkušeností s DD, je jakousi sondou do jejího fungování, způsobů práce, myšlení a filozofie služby respektive jejich pracovníků. Program se vyznačuje primárně prací s aktuálními potřebami klientů, je flexibilní a reaguje tak na dosavadní mezeru v podpůrné síti pro osoby s DD. Výsledky práce mohou posloužit jako zdroj inspirace k zakládání obdobných služeb.

Seznam použité literatury

Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., Krutilová, D., Mašková, L., Karpíšková, K., Radimecký, J., & Skácelová, L. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>

Andersen, A. M., Pietrzak, R. H., Kranzler, H. R., Ma, L., Zhou, H., Liu, X., Kramer, J., Kuperman, S., Edenberg, H. J., Nurnberger, J. I., Jr, Rice, J. P., Tischfield, J. A., Goate, A., Foroud, T. M., Meyers, J. L., Porjesz, B., Dick, D. M., Hesselbrock, V., Boerwinkle, E., ... Han, S. (2017). Polygenic Scores for Major Depressive Disorder and Risk of Alcohol Dependence. *JAMA Psychiatry*, 74(11), 1153–1160. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2269>

Archibald, L., Brunette, M. F., Wallin, D. J., & Green, A. I. (2019). Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), 51–59. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.06>

Bachrach, L. L. (1982). Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hospital & Community Psychiatry*, 33(3), 189–197. <https://doi.org/10.1176/ps.33.3.189>

Blanco, L., Sió, A., Hogg, B., Esteve, R., Radua, J., Solanes, A., Gardoki-Souto, I., Sauras, R., Farré, A., Castillo, C., Valiente-Gómez, A., Pérez, V., Torrens, M., Amann, B. L., & Moreno-Alcázar, A. (2020). Traumatic Events in Dual Disorders: Prevalence and Clinical Characteristics. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2553. <https://doi.org/10.3390/jcm9082553>

Booth, B. M., Walton, M. A., Barry, K. L., Cunningham, R. M., Chermack, S. T., & Blow, F. C. (2011). Substance Use, Depression, and Mental Health Functioning in Patients Seeking Acute Medical Care in an Inner-City ED, 38(3), 358-372. <https://doi.org/10.1007/s11414-010-9227-6>

- Carey, K. B. (1989). Treatment of the mentally ill chemical abuser: description of the Hutchings Day Treatment Program. *The Psychiatric Quarterly*, 60(4), 303–316. <https://doi.org/10.1007/BF01064354>
- Carrà, G., Bartoli, F., Clerici, M., & I-Guebaly, N. (2015). Psychopathology of dual diagnosis: new trumpets and old uncertainties. *Journal of Psychopathology*, 21(4), 390–399.
- Caton, C. L. (1981). The new chronic patient and the system of community care. *Hospital & Community Psychiatry*, 32(7), 475–478. <https://doi.org/10.1176/ps.32.7.475>
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology*, 4(2), 266-273.
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2011). New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 418–427. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.004>
- DeLorenze, G. N., Tsai, A. -L., Horberg, M. A., Quesenberry, C. P., Chermack, S. T., & Blow, F. C. (2014). Cost of Care for HIV-Infected Patients with Co-Occurring Substance Use Disorder or Psychiatric Disease: Report from a Large, Integrated Health Plan. *AIDS Research and Treatment*, 2014(3), 1-9. <https://doi.org/10.1155/2014/570546>
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126–1129. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.9.1126>
- Duální stoly (n.d.). *Pracovní skupina pro podporu lidí s duální diagnózou*. Dostupné 3. 4. 2024 z: <https://www.dualni-stoly.cz/o-mne/>
- EMCDDA (2004). ‘Co-morbidity’. In *The state of the drugs problem in the European Union and Norway* (pp. 94-102). Office for Official Publications of the European Communities. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html>
- EMCDDA (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/822/TDAU13002ENN_457231.pdf

Fantuzzi, C., & Mezzina, R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 300–310. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>

Feinstein, A. R. (1970). The Pre-Therapeutic Classification of Co-Morbidity in Chronic Disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455–468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)

Fernández-Mondragón, S., & Adan, A. (2015). Personality in male patients with substance use disorder and/or severe mental illness. *Psychiatry research*, 228(3), 488-494.

Ferrer-Farré, T., Dinamarca, F., Mestre-Pintó, J. I., Fonseca, F., & Torrens, M. (2021). Dual Disorders in the Consultation Liaison Addiction Service: Gender Perspective and Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23). <https://doi.org/10.3390/jcm10235572>

Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., Flynn, M., Wyse, D., Corkery, B., & Mooney, B. (2019). Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>

Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry*, 60, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>

Fox, L., Drake, R. E., et al. (2010). *Integrovaná léčba duálních poruch* (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Fridell, M., Bäckström, M., Hesse, M., Krantz, P., Perrin, S., & Nyhlén, A. (2019). Prediction of psychiatric comorbidity on premature death in a cohort of patients with substance use disorders: a 42-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 19(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2098-3>

Greenberg, G. A., Rosenheck, R. A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2014). Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study

(CZEMS). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(1), 18-35.
<https://doi.org/10.1002/cbm.1875>

Greenwald, M. K., Moses, T. E. H., & Roehrs, T. A. (2021). At the intersection of sleep deficiency and opioid use: mechanisms and therapeutic opportunities. *Translational Research: The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 234, 58–73.
<https://doi.org/10.1016/j.trsl.2021.03.006>

Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G., & Schutz, C. G. (2020). Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>

Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1609–1640.
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0>

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24–34.
<https://doi.org/10.1080/10673220902724599>

Hublová, V., Ustohal, L., Stehnová, I., & Přikrylová Kučerová, H. (2016). Psychobiologická teorie v kontextu poruch osobnosti a well-being. *Psychiatrie pro praxi*, 17(E-verze 1/16), e17-e25. <https://doi.org/10.36290/psy.2016.034>

Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001088.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>

Kalina et al., K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina et al., K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts -- Possibilities and Limits of Integrated Treatment. *Addictology / Adiktologie*, 13(2), 144–164.

- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31. <https://doi.org/10.1037/h0080151>
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730–737. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>
- Khalsa, J. H., Treisman, G., McCance-Katz, E., Tedaldi, E., Mladá, K., & Winkler, P. (2008). Medical Consequences of Drug Abuse and Co-Occurring Infections: Research at the National Institute on Drug Abuse. *Substance Abuse*, 29(3), 5-16. <https://doi.org/10.1080/08897070802218661>
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Kim, J. H., Kim, D., Park, S.-H., Lee, H. B., & Chung, E. K. (2007). Novelty-seeking among schizophrenia patients with comorbid alcohol abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(7), 622–624. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318093f425>
- Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K., & Schuetz, C. G. (2013). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1235-1243. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0649-8>
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M., & Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33(1), 160–168. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00819.x>
- Magura, S., Rosenblum, A., Betzler, T., Torchalla, I., Li, K., & Schuetz, C. G. (2009). Substance Use and Mental Health Outcomes for Comorbid Patients in Psychiatric Day Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 3(8), 1235-1243. <https://doi.org/10.4137/SART.S3462>
- Mallard, T. T., Harden, K. P., & Fromme, K. (2019). Genetic risk for schizophrenia is associated with substance use in emerging adulthood: an event-level polygenic prediction

<https://doi.org/10.1017/S0033291718002817>

Manni, C., Cipollone, G., Pallucchini, A., Maremmani, A. G. I., Perugi, G., & Maremmani, I. (2019). Remarkable Reduction of Cocaine Use in Dual Disorder (Adult Attention Deficit Hyperactive Disorder/Cocaine Use Disorder) Patients Treated with Medications for ADHD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph16203911>

Melchert, T. P. (2010). The growing need for a unified biopsychosocial approach in mental health care. *Procedia Social and Behavioural Sciences* 5, 356-361. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.104>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020a). *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schválena%20VV.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020b). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národní-akční-plán-pro-duševní-zdraví-2020-2030.pdf>

Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Miquel, laia, Roncero, C., López-Ortiz, C., & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual = Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in Dual Diagnosis patients. *Adicciones*, 23(2), 165–172. <https://doi.org/10.20882/adicciones.160>

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 [Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády ČR.

Mueser KT, & Gingerich S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 424–439. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774676>

Následná péče Kolping (2019). *Koncepce*. Následná péče Kolping, Brno.

Následná péče Kolping (2022). *Operační manuál*. Následná péče Kolping, Brno.

Nepustil, P., Geregová, M., Hokynek, A., & Čtvrtečková, M. (2020). *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita.

Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058–1064. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.113>

Overend, R. (2023). *The provision of services to dual diagnosis clients in Malta: professionals' experiences* [Master's thesis, University of Malta]. Open Access Repository. https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/114695/1/2318SWBPSY501605061876_1.PDF

Pepper, B., Kirshner, M. C., & Ryglewicz, H. (2000). The young adult chronic patient: overview of a population. 1981. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51(8), 989–995. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.8.989>

Pringle, J., Grasso, K., & Lederer, L. (2017). Integrating the Integrated: Merging Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) with Housing First. *Community Mental Health Journal*, 53(6), 672–678. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0107-x>

Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2014). Gone to Pot: A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 5(10). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.264.19.2511>

Ridgely, M. S., Osher, F. C., Goldman, H. H., & Talbott, J. A. (1987). *Executive summary: Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: A review of research, treatment, and training issues*. Baltimore, MD: Mental Health Services Research Center, University of Maryland School of Medicine.

Ridgway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J., & Ratzlaff, S. (2014). *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.

Ringen, P. A., Melle, I., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., Vaskinn, A., Friis, S., Opjordsmoen, S., & Andreassen, O. A. (2008). The level of illicit drug use is related to symptoms and premorbid functioning in severe mental illness: Report from a Large, Integrated Health Plan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 297-304. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01244.x>

Roberto, M., Spierling, S. R., Kirson, D., & Zorrilla, E. P. (2017). Corticotropin-Releasing Factor (CRF) and Addictive Behaviors. *International Review of Neurobiology*, 136, 5–51. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.06.004>

Roncero, C., Buch-Vicente, B., Martín-Sánchez, Á. M., Álvarez-Navares, A. I., Andrés-Olivera, P., Gamonal-Limcaoco, S., Lozano-López, M. T., Aguilar, L., Sánchez-Casado, F., & García-Ullán, L. (2023). Prevalence of hepatitis C virus infection in patients with chronic mental disorders: The relevance of dual disorders. *Gastroenterología y Hepatología*, 46(3), 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.06.005>

Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., & Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(12), 800–809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>

Rush, B., & Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.

Růžková, J., Dolejší, M., Dvořáček, J., Folíř, P., Giljan, M., Kalous, M., Kašpar, T., Mahrová, G., Málek, T., Nevšimal, P., Pelantová, T., Růžička, M., & Sobotka, J. (2023). *Podpora lidí s duální diagnózou*. Praha: Metropolitní zdravotnický servis.

Růžková, J., & Kašpar, T. (2023). *Evaluační zpráva Následná péče Kolping Brno*. Následná péče Kolping, Brno.

Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery*. London: Rethink, 31.

Sobotka, J. (2017). *Potřeby lidí s duálními diagnózami v terapeutické komunitě* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. https://is.muni.cz/th/104793/fss_m/Diplomova_pa_ce_Sobotka_30_12_17.pdf

Stallvik, M., & Nordahl, H. M. (2014). Convergent validity of the ASAM criteria in co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis, 10*(2), 68–78. <https://doi.org/10.1080/15504263.2014.906812>

Světová zdravotnická organizace (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. Geneva: World Health Organisation.

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction, 105*(6), 1117–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x>

Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Ruiz, P., & Casas, M. (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment, 12*(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a>

Szerman, N., Martínez-Raga, J., Baler, R., Roncero, C., Vega, P., Basurte, I., Grau-López, L., Torrens, M., Casas, M., Franco, C., Spinnato, G., Maremmani, I., Maremmani, A. G. I., Daulouède, J.-P., Aguerretxe-Colina, A., Mann, K., Marín-Navarrete, R., Elena Medina-Mora, M., & Ruiz, P. (2017). Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Salud Mental, 40*(6), 245–247. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.031>

Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Balhara, Y. P. S., Salom, C., Maremmani, I., Sher, L., Didia-Attas, J., Chen, J., & Baler, R. (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry, 12*(1), 446. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5>

- Tirado Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., & Torrens, M. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*, 30(1), 66–76. <https://doi.org/10.20882/adicciones.868>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. -I., & Domingo Salvany, A. (2017a). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017b). Dual diagnosis: a European perspective. *Adicciones*, 29(1), 3–5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.933>
- Tschetter, K. E., Callahan, L. B., Flynn, S. A., Rahman, S., Beresford, T. P., & Ronan, P. J. (2022). Early life stress and susceptibility to addiction in adolescence. *International Review of Neurobiology*, 161, 277–302. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2021.08.007>
- Vít, O. (2023). *Integrovaná léčba osob s duální diagnózou v programu následné péče: série kazuistik* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/185642/130368403.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiological Reviews*, 99(4), 2115–2140. <https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2018>
- World Health Organization (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
- Yang, F. N., Liu, T. T., & Wang, Z. (2022). Functional connectome mediates the association between sleep disturbance and mental health in preadolescence: A longitudinal mediation study. *Human Brain Mapping*, 43(6), 2041–2050. <https://doi.org/10.1002/hbm.25772>
- Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (2006). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
- Zhang, L., Norena, M., Gadermann, A., Hubley, A., Russell, L., Aubry, T., To, M. J., Farrell, S., Hwang, S., & Palepu, A. (2018). Concurrent Disorders and Health Care Utilization

Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *Journal of Dual Diagnosis*, 14(1), 21–31. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1392055>

Zhou, H., Polimanti, R., Yang, B.-Z., Wang, Q., Han, S., Sherva, R., Nuñez, Y. Z., Zhao, H., Farrer, L. A., Kranzler, H. R., & Gelernter, J. (2017). Genetic Risk Variants Associated With Comorbid Alcohol Dependence and Major Depression. *JAMA Psychiatry*, 74(12), 1234–1241. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3275>

Seznam použitých zkratk

ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

ASAM – American Society of Addiction Medicine

CBD – kanabidiol

COVID-19 – coronavirus disease 2019

CZEMS – Czech Mental Health Survey

ČR – Česká republika

DBT – dialektická behaviorální terapie

DD – duální diagnóza

EMCDDA – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

HHC - hexahydrokanabinol

HIV – human immunodeficiency virus

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPK – Následná péče Kolping

SMI – severe mental illness

THC – tetrahydrokanabinol

TK – terapeutická komunita

USA – The United States of America

WADD – World Association on Dual Disorders

WHO – World Health Organization

Seznam příloh

Příloha č. 1: Osnova interview s pracovníky následné péče

Příloha č. 2: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha č. 3: Stanovisko etické komise

Příloha č. 1

Jaké máte vzdělání a praxi v oblasti duševního zdraví/adiktologie/integrované péče?

Kde vidíte úlohu programu v rámci procesu zotavení Vašich klientů?

Co vás dovedlo k myšlence následné péče specificky pro osoby s DD? Na co program reaguje? Kde jste brali inspiraci (ČR, zahraničí), z jakých teoretických základů jste vycházeli? Jak jste program kompletovali? (účel jednotlivých částí programu)

Jak se program v průběhu času vyvíjel? Lišil se od doby přípravy programu? Na jaké věci (úskalí) v průběhu realizace programu jste museli reagovat? Jak jste je řešili? Na jakých platformách? Korigovali jste program/pravidla? Co jste se naučili?

Jakým způsobem sledujete a vyhodnocujete obsah, potřeby a kvalitu programu?

Které spolupracující instituce vnímáte jako klíčové? Jak úspěšná je spolupráce (jak si o sobě dáváte vědět)? S kterými z nich intenzivně spolupracujete/máte společné klienty?

Jakým způsobem zapojujete do procesu rehabilitace rodinu a další neformální články podpůrné sítě?

Jak se vyhodnocuje ne/přijetí zájemce? Existují nějaké kontraindikace k přijetí zájemce, příp. byli někteří zájemci odmítnuti a proč? Vyvíjel se v tomto smyslu od vzniku služby práh pro přijetí? Jak?

Jak získáváte pro svou službu zájemce? Čí je to role? Vědí o vás?

Jak vnímáte roli garanta/tky? (co vše zahrnuje – např. doprovody, nácviky, pomoc při vyřizování dávek apod.)

Kolik klientů máte ve své péči? Je to tak standartní? Stíháte?

Mohl/a byste popsat typického klienta/tku a které obtíže spolu obvykle řešíte?

Co funguje v práci s Vašimi klienty/co považujete za důležité praktikovat? (přístupy, metody práce...)

Dařilo se udržet stálý tým pracovníků? Jaké by měl pracovník mít v takovém provozu předpoklady? (spec. vzdělání, zkušenosti, osobnostní předpoklady apod.)

Jak probíhá podpora pracovníků a péče o ně? (porady, supervize, intervize, metodická podpora, podpora psychiatra, podpora vedení organizace, další vzdělávání apod.)

Jak se cítíte v týmu (role, kompetence)? Máte pocit, že můžete otevřeně vyjadřovat své názory a pohledy v rámci týmu? Pociťujete v týmu podporu? Jak se to projevuje?

Jak probíhá komunikace v týmu, příp. jak řešíte spory/neshody? Máte tým za personálně vyvážený/chybí nějaký pohled/odbornost?

Pokud by bylo možné v programu něco změnit, co byste změnili? (co se opakovaně nedaří)
Jaké jsou výzvy?

Jaké jsou podle Vás nejsilnější stránky programu? Proč má vlastně smysl, aby existoval?

Příloha č. 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU:

Výzkum: Program následné péče pro osoby se zkušeností s duální diagnózou: evaluace procesu

Realizátor výzkumu: Tomáš Kašpar, tom.kaspar@email.cz

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Anna Volfová, anna.volfova@lfl.cuni.cz

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumu v rámci bakalářské práce Tomáše Kašpara z oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy s názvem „Program následné péče pro osoby se zkušeností s duální diagnózou: evaluace procesu.“

Souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Moje účast na výzkumu je dobrovolná a mám plné právo kdykoli odmítnout se jej zúčastnit (ať už před jeho začátkem nebo v jeho průběhu). Můj nesouhlas s účastí na výzkumu pro mě nebude mít žádné nežádoucí výsledky. Realizátor výzkumu mě informoval o podstatě výzkumu a seznámil mě s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být publikovány. Realizátor ve výsledcích výzkumu neuvede moje jméno ani žádné další moje osobní údaje. Vzhledem k charakteru výzkumu rozumím tomu, že existuje zvýšené riziko mé identity, s čímž jsem srozuměn/a. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s realizátorem a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že realizátor může v odborné publikaci citovat informace, které mu poskytují. Rozumím tomu, že mám možnost se realizátora zeptat na vše, co považuji za podstatné a potřebné k výzkumu vědět. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mě obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoli ukončit rozhovor. Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu, a to i bez udání důvodu. Informovaný souhlas je vytvořen ve dvou vyhotoveních – pro realizátora a participanta výzkumu. Realizátor následně informovaný souhlas uschová na zabezpečeném místě, ke kterému bude mít přístup pouze on.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis realizátora výzkumu:

Datum:

Příloha č. 3

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-063/2023

Název práce: Program následné péče pro osoby se zkušeností s duální diagnózou: evaluace procesu
Druh práce: Bakalářská
Student: Tomáš Kašpar
Vedoucí práce: Mgr. Anna Volfová

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu
- informovaný souhlas
- osnova rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: SOUHLASNÉ STANOVISKO

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 19. prosince 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 19. prosince 2023



Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie

I. LF UK a VFN v Praze

Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

E-mail: info.adiktologie@lfl.cuni.cz

Tel.: 224 968 270 Klinika adiktologie www.adiktologie.cz / www.lfl.cuni.cz / www.vfn.cz

