

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Specifika práce s lidmi s duální diagnózou

Romana Machová

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies



Specifics in working with people with dual diagnosis

Romana Machová

Diploma thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Praha 2019

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne.....

Podpis.....

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, Mgr. Ing. Evě Dubovské, za vedení této práce, za poskytnutí cenných rad a za veškerou ochotu.

Děkuji.

Anotace

Tato diplomová práce bude zaměřena na specifika práce s lidmi s duální diagnózou a jejím cílem bude zjistit specifika práce s těmito lidmi v rámci různých profesí a v různých typech zařízeních. Práce bude rozdělena do pěti kapitol, první tři budou obsahovat teoretické poznatky týkající se oblasti duálních diagnóz, ve čtvrté kapitole budou analyzována a interpretována získaná data a v páté kapitole budou výsledky výzkumu diskutovány. Práce navazuje na předchozí bakalářskou práci.

Klíčová slova

Duální diagnóza, schizofrenie, syndrom závislosti, léčba, reforma psychiatrické péče

Abstract

This diploma thesis will be focused on the specifics in working with people with dual diagnosis and its aim is to determine some specifics in working with these people within different professions and different types of institutions. Thesis will be divided into five chapters, the first three of them will contain theoretical knowledge related to dual diagnosis, in the fourth chapter the obtained data will be analysed and interpreted and in the fifth chapter the results of the research will be discussed. Thesis follows the previous bachelor thesis.

Key words

Dual diagnosis, schizophrenia, dependence syndromme, therapy, psychiatric care reform

Úvod.....	8
1 SCHIZOFRENIE	10
1.1 Psychické zdraví a nemoc	10
1.2 Schizofrenie v kontextu psychotických onemocnění	11
1.3 Symptomatika schizofrenie	16
1.4 Léčba schizofrenie.....	21
1.5 Nové poznatky z oblasti schizofrenie.....	23
2 SYNDROM ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH	27
2.1 Užívání drog a návykových látek.....	27
2.2 Syndrom závislosti na návykových látkách	31
2.3 Léčba syndromu závislosti na návykových látkách	35
2.4 Nové poznatky z oblasti užívání návykových látek	38
3 DUÁLNÍ DIAGNÓZY	42
3.1 Specifika léčby duálních diagnóz.....	42
3.1.1 Aktuality z oblasti léčby duálních diagnóz	44
3.1.2 Reforma psychiatrické péče.....	47
3.2 Aktuální vybrané výzkumy v oblasti duálních diagnóz	50
3.3 Konkrétní organizace pro léčbu duálních diagnóz	53
4 EMPIRICKÁ ČÁST	56
4.1 Metodologie výzkumu.....	56
4.1.1 Požadavky na uskutečnění výzkumného projektu.....	57
4.1.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky	57
4.2 Porozumění tématu výzkumu.....	58
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	59
4.4 Analýza získaných dat.....	59
4.5 Interpretace získaných dat.....	85
5 DISKUZE	90

Závěr93

Použité zdroje:94

Přílohy

Úvod

U duální diagnózy se setkáváme s kombinací dvou zcela odlišných duševních nemocí. Na jedné straně stojí onemocnění psychotické, na straně druhé pak syndrom závislosti na psychoaktivních látkách. Pokud lidé trpí jen jedním z těchto více než nepříjemných duševních onemocnění, jejich prožívání bývá na obou pólech odlišné. U duální diagnózy jsou tato onemocnění spojena, čímž nastává problém, jak k takovým pacientům a klientům přistupovat.

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala příznakům schizofrenie jako samostatné diagnózy i v rámci duální diagnózy. Jednalo se tedy o určitý náhled do vnitra této nemoci, jak se projevuje a jak je prožívána. V této diplomové práci jsem se rozhodla navázat naopak pohledem zvenčí, tedy jak pracovat s pacienty, přičemž jsem se zaměřila konkrétně na duální diagnózu. Léčba a odborný přístup k lidem s duální diagnózou je totiž problematické téma z důvodu zmíněné kombinace dvou odlišných duševních onemocnění.

Diplomová práce je rozdělena do pěti kapitol, přičemž v kapitolách 1, 2 a 3 jsem použila původní text ze své bakalářské práce. Všechny původní podkapitoly ze zmíněných kapitol se objeví v této diplomové práci, ovšem doplnila jsem je o text nový, který vhodně navazuje na nynější téma. V kapitole 1 Schizofrenie jsou drobné změny v podkapitole 1.1 (pouze v závěru opraveno označení “kapitola” na “podkapitola”), v podkapitole 1.2 (v šestém odstavci vynecháno slovo “tuto” a v závěru opět pouze opraveny chyby), v podkapitole 1.4 je upraven závěrečný odstavec a podkapitola 1.5 je zcela nová.

V kapitole 2, Syndrom závislosti na psychoaktivních látkách, je v podkapitole 2.3 v závěrečném odstavci upravena druhá věta. Podkapitola 2.4 obsahuje nově přidaný text. Nejvíce změn proběhlo ve třetí kapitole s názvem Duální diagnózy. Nově je přidaná podkapitola 3.1.1 (aktuality z oblasti léčby duálních diagnóz), podkapitola, kde se věnuji reformě psychiatrické péče, je nyní označena jako 3.1.2 a v jejím úvodním odstavci je upravené druhé slovo (“nadřazené”) a od desátého odstavce je přidán nový text. V podkapitole 3.2 byly v úvodu provedeny změny v první větě (“předposlední” a “této práce”) a od desátého odstavce je taktéž přidán nový text. Podkapitola 3.3 je pak zcela nová.

Kapitola čtvrtá obsahuje popis, analýzu a interpretaci výsledků výzkumného projektu, kdy jsem prováděla polostrukturované rozhovory s odborníky napříč profesemi i zařízeními, kteří pracují s klienty a pacienty s duální diagnózou. V páté kapitole jsou pak diskutovány tyto výsledky.

Výstupy této diplomové práce považuji za užitečné pro odborníky, kteří hledají postupy, jak pracovat s lidmi s duální diagnózou, i pro ty, co se s pojmem duální diagnóza teprve seznamují.

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Psychické zdraví a nemoc

V první podkapitole s názvem Psychické zdraví a nemoc se budu věnovat nejdříve pojmům běžně užívaných v populaci, jako je zdraví, nemoc, porucha a jejich odbornému pojetí. Dále pak na základě přečtené literatury specifikuji tyto pojmy v oblasti psychiky.

Světová zdravotnická organizace v roce 1946 zavedla definici zdraví v originále „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1946, s.1), což může být přeloženo jako stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody a nejen absence poruchy nebo slabosti (WHO, 1946).

Hartl a Hartlová ovšem zdraví pokládají právě za „nepřítomnost tělesné či duševní poruchy či nemoci“ (HARTL, 2000, s. 701) a Křivohlavý mluví o zdraví jako o stavu umožňující optimální kvalitu života, kdy je tento stav komplexní, tedy tělesný, psychický, sociální a duševní, a jedinec nepřekáží snažení druhých lidí v dosahování podobné kvality života (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Naopak za poruchu považuje Hartl „rýsy a vlastnosti výrazně odlišné od normy... termín p. je užíván pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků n. chování, kt. je většinou spojený s pocitem tísně a narušením funkcí“ (HARTL, 2000, s. 422). Nemoc je pak dle tohoto autora „souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím, resp. narušení rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí“ (HARTL, 2000, s. 345). Za poruchu tedy autor považuje soubor příznaků v organismu a u nemoci klade důraz na harmonii mezi organismem a prostředím.

Baštecká označuje nemoc za absenci zdraví, a je proto pro ni lépe uchopitelný pojem než zdraví. Autorka cituje Callahana, když od sebe odlišuje několik pojmů, jako jsou neduh, choroba, nemoc a onemocnění. Neduh (malady) podle Callahana může působit člověku nějakou škodu, například bolest. Chorobu (disease) přirovnává Callahan k poruše, odchylce od normy, jejímž důsledkem je pak nemoc (cit. dle BAŠTECKÁ, 2015).

Nemoc (illness) Baštecká v návaznosti na Callahana definovala jako „subjektivní pocit osoby, že je nepřítomen či narušen její pocit tělesného nebo duševního zdraví, což se

promítá do běžných životních úkonů“ (BAŠTECKÁ, 2015) a onemocnění (sickness) je dle Callahana náhled společnosti na zdravotní stav člověka (cit. dle BAŠTECKÁ, 2015).

Poruchy a nemoci se týkají i psychické oblasti a podle Světové zdravotnické organizace psychická porucha přesahuje ostatní poruchy a nemoci svým velkým sociálním rozměrem. Díky psychické poruše může být způsobena obtížnější uplatnitelnost na trhu práce, omezený přístup ke vzdělání a společenské stigma (WHO, 2013). Hartl hovoří o duševní poruše, což je dle zmíněného autora „změna někt. psych. procesů projevujících se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím“ (HARTL, 2000, s. 424).

Hartl kromě poruch hovoří i o duševních nemocích založených na poruchách některých psychických funkcí (HARTL, 2000, s. 346). Podle Baštecké jsou tyto nemoci seřazeny do seznamu pod jasně vytyčeným názvem na základě symptomů s vymezeným začátkem, průběhem a koncem (BAŠTECKÁ, 2015).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve své publikaci z roku 2013, týkající se reformy psychiatrické péče, uvádí mimo jiné i tzv. závažné duševní onemocnění, které se vyznačuje především tím, že nemocný využívá služeb psychiatrické péče nejméně dva roky. Obvykle jde o okruh schizofrenie, afektivních poruch nebo těžkých poruch osobnosti (MZČR, 2013).

Účelem této podkapitoly bylo zařadit schizofrenii, syndrom závislosti i duální diagnózy do kontextu zdraví a nemoci. Na základě uvedených zdrojů a citací jsem vymezila pojmy zdraví, porucha a nemoc, a to i v oblasti psychiky. V této práci tedy budu mluvit o nemocech skládající se z několika dílčích poruch, například poruch myšlení, vnímání či emocí. V následujících podkapitolách se budu zabývat první z nemocí, a to schizofrenií.

1.2 Schizofrenie v kontextu psychotických onemocnění

V této podkapitole budu rozvádět teoretické poznatky v oblasti schizofrenie a dalších psychotických onemocnění. Především budu čerpat z Mezinárodní klasifikace nemocí a z publikace Psychiatrie z roku 2012 od Jiřího Rabocha, kde o schizofrenii hovoří Pavel Pavlovský.

„Zde se setkáváme jen s fragmenty, nikdy to není celek. Proto máte-li přítele nebo příbuzného, kterého jste dobře znali a který onemocní touto duševní chorobou, dostanete hrozný šok, když jste konfrontováni s fragmentární osobností, která je úplně roztržštěná. Můžete pojednou jednat jen s jedním fragmentem; je to jako střípina skla. Necítíte již kontinuitu osobnosti. Zatímco u hysterického případu si myslíte: kdybych jen mohl odstranit ten druh podivínství nebo určitý somnambulismus, potom bychom tu měli celost osobnosti. Ale u schizofrenie je to hluboká disociace osobnosti; fragmenty se nemohou dát dohromady“ (JUNG, 1993, s.110, 111).

V této citaci lze nalézt, jak schizofrenii vysvětlovat Carl Gustav Jung na Tavistocké klinice v roce 1935. Upozorňuje zde na osobnost nemocného, která je „roztržštěná“ a podle autora z ní zůstávají jen fragmenty (JUNG, 1993). Záměrně jsem zvolila tuto citaci na začátek podkapitoly nazvané Schizofrenie v kontextu psychotických onemocnění z toho důvodu, že chci zdůraznit závažnost této nemoci, jejímž příznakem je odpoutání se od většinou vnímané reality, což je společný symptom pro všechna psychotická onemocnění.

Nejdříve bych se ráda věnovala pojetí psychóz, neboli psychotických onemocnění. Název psychóza je odvozen od slova řeckého původu psyché (duše), „-óza“ je koncovka v medicíně používaná pro označení nemoci. Jedná se o závažné duševní onemocnění, o kterém jsem se zmínila v předchozí podkapitole, zasahuje do vztahů s okolím, do prožívání sebe sama a okolí i do prožívání celé reality a hluboko do osobnosti člověka (DOUBEK, 2008). Podle Probstové je pro psychózy typická desintegrace jáských funkcí, neověřování reality a ztráta hranic mezi sebou a okolím (PROBSTOVÁ, 2009).

Doubek popisuje tři druhy psychóz. Popisuje psychózy organické, které jsou způsobeny klinicky zjištěným poškozením mozku, psychózy toxické zapříčiněné působením určitých látek, drog, na mozkovou tkáň a funkční psychózy, mezi které patří všechny tzv. poruchy schizofrenního okruhu v Mezinárodní klasifikaci nemocí z desáté revize (MKN – 10). U těchto psychóz nebývá zjištěno žádné poškození mozkové tkáně (DOUBEK, 2008).

Bakalářskou práci jsem kromě duálních diagnóz zaměřila i na schizofrenii a příznaky schizofrenie, proto se nyní budu zabývat právě touto nemocí. **„SCHIZOFRENIE (F20) je mnohotvárné duševní onemocnění.** Mění významně prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. Představuje celou skupinu forem s pestrými příznaky, které zahrnují různou měrou narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování. Můžeme říci, že schizofrenie

je „nemocí sta tváří“ – sto nemocných se schizofrenií ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci“ (OREL, 2012, s. 114, 115).

Schizofrenie mívá průběh buď chronický, kdy její příznaky neustupují, nebo v dílčích atakách, kdy se příznaky schizofrenie mohou objevit jen jednou a naposled. Tyto dvě formy průběhu mívají různé podoby. Může docházet k tzv. remisím, kdy se jednotlivé ataky v životě nemocného opakují, u chronického průběhu je defekt stabilní nebo postupně narůstá (PAVLOVSKÝ, 2012).

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je schizofrenie uvedena pod kategorií F20. Nyní si lze všimnout, že co se týče schizofrenie, Světová zdravotnická organizace ve svých definicích nerozlišuje mezi poruchami a nemocemi. „Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoli určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky“ (WHO, 2014, s. 202).

Světová zdravotnická organizace rozděluje schizofrenii na několik druhů. V této práci uvedu paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou schizofrenii, dále postschizofrenní depresi, reziduální schizofrenii, schizophrenia simplex a tzv. jinou schizofrenii.

Pro paranoidní schizofrenii (F20.0) jsou typické nápadné halucinace a bludy, například pocit pronásledování či slyšení hlasů. „Nejčastější forma, v popředí jsou perzekuční bludy a sluchové halucinace. Afektivita bývá pod vlivem psychotických prožitků podrážděná, v chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřátelům. Časté jsou intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, popř. o tom, že jsou subjektu jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány, nebo naopak jsou mu cizí myšlenky vkládány“ (PAVLOVSKÝ, 2012, s. 80).

U hebefrenní schizofrenie (F20.1) se objevují nápadné negativní příznaky, změny v afektech, nepředvídatelné chování nebo sociální izolace. Hebefrenní schizofrenie je

připodobňována bouřlivému období puberty a může být označena také jako desorganizovaná schizofrenie (PAVLOVSKÝ, 2012).

Nyní již velmi vzácnou podobou schizofrenie je schizofrenie katatymní (F20.2). U tohoto druhu schizofrenie se vyskytují psychomotorické poruchy, stupor, strnulý postoj. Nemocný provádí stereotypické pohyby, automatismy a bývá impulzivní (PAVLOVSKÝ, 2012).

Nediferencovanou schizofrenii (F20.3) nelze zařadit do žádné jiné kategorie. U postschizofrenní deprese (F20.4) stále přetrvávají pozitivní či negativní příznaky i po jejich utlumení v rámci léčby. Tyto příznaky nejsou již tak výrazné a převažuje deprese. Tomuto typu nemoci je podobná reziduální schizofrenie, což je chronické stádium schizofrenie a převládají zde negativní symptomy, o kterých budu psát v další podkapitole (PAVLOVSKÝ, 2012).

U schizofrenia simplex (F20.6) převládají negativní příznaky nad méněvýraznými pozitivními příznaky, u nemocného je výrazná postupná upadlost, sociální izolace, zhoršuje se přizpůsobení společenským normám a objevuje se hypobulie. Schizofrenia simplex nastupuje pozvolně a postupně se její průběh prohlubuje (PAVLOVSKÝ, 2012). Posledním mnou uvedeným typem je schizofrenie jiná (F20.8), kam patří tzv. Hubertova schizofrenie, při které se nemocný chová pro okolí bizardně a probíhají u něho hypochondrické stesky (PAVLOVSKÝ, 2012).

V kategorii F20 Světová zdravotnická organizace zařadila i další nemoci, které jsou ovšem označeny za poruchy. Jsou jimi schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy, schizoafektivní poruchy, a jiné neorganické psychotické poruchy.

U schizotypální poruchy (F21) je průběh podobný jako u tzv. poruch osobnosti, kde je narušena struktura osobnosti jedince. Typické je výstřední chování, afektivní poruchy, poruchy myšlení a symptomy podobné schizofrenii, které ovšem nepřecházejí v pravé schizofrenní symptomy (WHO, 2014).

Poruchy s trvalými bludy (F22) byly dříve označovány jako paranoia. Přítomné jsou zpravidla jen poruchy myšlení ve formě bludů (PAVLOVSKÝ, 2012). Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23) nastupují velmi rychle, jsou podobné schizofrenii, ale jejich symptomy se rozvinou nejdéle do dvou týdnů a remise se do tří měsíců nesmí objevit.

V opačném případě se jedná o schizofrenii. Akutní a přechodné psychotické poruchy můžou nastat například po traumatizující události (PAVLOVSKÝ, 2012).

Indukovaná porucha s bludy (F24) je poměrně vzácná a projevuje se tím, že osoba, jejíž blízký člověk trpí schizofrenií, od něj v určité míře přebírá schizofrenní příznaky. Podmínkou pro diagnostiku této nemoci je to, že po oddělení těchto blízkých osob indukovaná porucha s bludy vymizí (PAVLOVSKÝ, 2012).

U schizoafektivní poruchy (F25) se objevují schizofrenní symptomy spolu s afektivními poruchami. Dle WHO existují tři typy v závislosti na druhu afektivní poruchy, a to manický typ (F25.0) projevující se například megalomanskými či persekucními bludy, depresivní typ (F25.1), u kterého může docházet k sebeobviňování, odsuzujícím a vyhrožujícím hlasům, a smíšený typ (F25.2), (PAVLOVSKÝ, 2012). Dále do této kategorie patří ještě jiné neorganické psychotické poruchy (F28), které nejsou zařaditelné pod ostatní uvedené typy nemocí (WHO, 2014).

Aby mohla být schizofrenie diagnostikována, musí být ctěno pravidlo, že schizofrenní příznaky trvají minimálně po dobu jednoho měsíce, jinak se jedná o jednu z dalších nemocí uvedených výše (OREL, 2015).

Etiologie zůstává u schizofrenie zatím nejasná a na rozvoj této nemoci působí různé faktory. Mohou to být genetické vlivy, sociální i psychologické. Při výzkumu genetických vlivů se prováděla studie jednovaječných dvojčat a míra jejich genetických vloh pro projevení schizofrenie. Výsledky naznačují, že pokud jedno z jednovaječných dvojčat onemocní schizofrenií, u druhého je šance 50% na vypuknutí stejného onemocnění. Pravděpodobnost zhruba 12% na onemocnění schizofrenií je u dítěte nemocného a sourozenci mají tuto pravděpodobnost na asi 8% (PAVLOVSKÝ, 2012).

Za genetické vlivy Pavlovský považuje například poruchy v neurotransmiterech, kdy se objevuje zvýšená citlivost v dopaminergním systému, mohou být narušeny i systémy serotoninergní a GABA-ergní. Schizofrenie může být také zapříčiněná anatomickými anomáliemi v centrální nervové soustavě, konkrétně v rámci limbického systému (PAVLOVSKÝ, 2012).

Za sociální vliv Pavlovský považuje zařazení v nižších společenských vrstvách, neboť schizofrenie se často objevuje právě v takovémto prostředí (PAVLOVSKÝ, 2012). Mohu ovšem uvést vlastní zkušenost, kdy pravidelně potkávám pacienty se schizofrenií z různých

společenských vrstev i s různým vzděláním. Jako vlivy psychologické autor uvádí trauma či jakýkoli další spouštěcí moment (PAVLOVSKÝ, 2012).

„Schizofrenie je komplexní onemocnění, které vzniká nešťastnou souhrou psychologických, sociálních a biologických faktorů (důležitou roli zde hrají genetika, porodní komplikace, infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství). Hodně záleží na tom, s jakými okolnostmi se člověk setká v raném dětství a v dospívání, do jakého psychologického prostředí se narodí, jak funguje základní rodina, jaké tam panují vztahy“ (JAROLÍMEK, 2012, s. 13).

Schizofrenie typicky začíná v adolescenci, přičemž nezáleží na pohlaví. U žen i u mužů se vyskytuje stejně, i když u žen nastupuje schizofrenie i něco málo později. V populaci je schizofrenie rozvrstvena zhruba v jednom procentu (OREL, 2012; PAVLOVSKÝ, 2012).

„Dispozice k onemocnění schizofrenií se skládají v jakousi mozaiku a pak stačí jeden kamínek, aby mozaika scvakla a vznikla schizofrenie. Tím posledním kamínkem (spouštěčem) může být právě marihuana“ (JAROLÍMEK, 2012, s. 15).

V této podkapitole jsem popsala projevy schizofrenie i dalších psychóz, jejich etiologii i rozložení v populaci. V citaci výše odkazuje Jarolímek na problematiku duálních diagnóz, o které budu hovořit v dalších kapitolách. Uvedení autoři, jejichž texty sloužily jako podklad pro tuto podkapitolu, uvádí různé příčiny schizofrenie, ovšem nezmínili drogy jakožto spouštěč onemocnění. Proto zde na závěr přidávám ještě jednu citaci od Koukolíka.

„Spouštěčem onemocnění může být marihuana a psychedelické drogy. A nikdo předem neví, zda je nebo není nositelem genetické vlohy. Takže všude doporučuji: neexperimentujte s drogami, může to velmi špatně dopadnout“ (KOUKOLÍK, 2015, s. 14)

1.3 Symptomatika schizofrenie

„Na střední škole začalo podivné chování, které jsem přičítala kouření trávy. Uzavíral se do sebe, nereagoval na otázky nebo po dlouhé době odpověděl z cesty, bylo vidět, že jeho myšlení nadržuje linku, že má potíže soustředit se na to, co mu člověk chce říci, na to, co má dělat ve škole... Objevovaly se i další známky začínajícího onemocnění. Vítek viděl na ulici příliš mnoho červených aut. Nebo seděl doma u televize a hlasatelka najednou pronesla

slovo, které on před vteřinou četl. Byl přesvědčen, že nejde o náhodu, nýbrž že je v tom pro něj skrytý nějaký důležitý vzkaz, který musí dešifrovat. Taky ho někdo tajně nafilmoval, ukradl a využil geniální nápad“ (GABRIEL, 2012, s. 31).

V úvodu podkapitoly Symptomatika schizofrenie jsem záměrně uvedla citaci z publikace od Josefa Gabriela, kde matka nemocného Vítka popisuje jeho nastupující schizofrenní příznaky. Jsou zde naznačeny poruchy myšlení, vnímání, emocí i chování, o kterých bude řeč právě v této podkapitole. V textu předešlých kapitol jsem uváděla některá označení příznaků, jako jsou například bludy, halucinace, pozitivní a negativní příznaky. Účelem této podkapitoly bude tyto názvy popsat a zařadit do kontextu schizofrenie.

Různí autoři se shodují v rozdělení příznaků na pozitivní a negativní (DOUBEK, 2008; OREL, 2012; PAVLOVSKÝ, 2012; WHO, 2014). Pozitivní jsou považovány za zkreslené zvýraznění některých psychických funkcí (typické jsou bludy a halucinace) a za negativní naopak oslabení psychických funkcí, které se pro okolí stávají nevýraznými (apatie, abulie, emoční oploštělost), (OREL, 2012).

Podle Orla můžou být příznaky rozděleny do několika základních poruch psychických funkcí, a to na poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy emocí a poruchy chování. Dále se poruchy obecně rozdělují na kvalitativní a kvantitativní (OREL, 2012). Jako prvním se budu věnovat vnímání a jeho poruchám.

„**Vnímání** neboli **percepce** lze definovat jako *organizaci a interpretaci senzorických informací*. Je to proces, jehož výsledkem jsou vjemy, které se mnohdy značně liší od neúplných údajů zaznamenaných našimi smysly. Tok senzorických informací putuje do mozku, který je dále třídí a zpracovává. Jejich konečná interpretace a pochopení významu probíhá v lidském vědomí. Lidé coby tvorové hledající smysl mají tendenci doplňovat chybějící informace, seskupovat různé objekty, vidět celky a slyšet smysluplné zvuky“ (PLHÁKOVÁ, 2003, s. 129).

Z citace výše lze vyčíst, že součástí procesu vnímání je i interpretace informací. Důležité je tedy i to, jak si člověk přicházející podněty vysvětluje. Pro schizofrenii jsou typické kvalitativní poruchy vnímání, což jsou, kromě iluzí, halucinace.

Při iluzi je přicházející vjem zkreslený (příkladem může být, pokud někdo „vidí“ potencionálního útočníka třeba i ve stínu stromu, když jde sám v noci ulicí). Při přítomném náhledu na zkreslený vjem Orel hovoří o tzv. pseudoiluzi. Zatímco u iluze jsou přicházející

vjemy zkreslené, ale stále skutečné, u halucinace se vjemy liší od toho, co vnímá většina lidí (OREL, 2012).

„Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu“ (DOUBEK, 2008). V případě halucinací může také docházet k náhledu, a tedy k pseudohalucinacím. Iluze i halucinace se mohou týkat všech lidských smyslů (OREL, 2012).

Existuje několik typů halucinací vyskytující se u schizofrenie. mezi ty nejčastější patří halucinace sluchové (auditivní), kdy nemocný slyší neexistující zvuky. Auditivní halucinace mohou být imperativní (příkazující), teleologické (radící) či antagonistické (nadávající). U zrakového vnímání se vyskytují halucinace zrakové, čili vidění neexistujících podnětů, a to menší než ve skutečnosti (mikropsie), výrazně větší (makropsie), v reálné velikosti (například neexistující lidi). Zrakové halucinace mohou být i autoskopické, a to pozitivní autoskopické (vidění sebe sama) nebo negativní autoskopické (nemocný nevidí sebe sama například v zrcadle), (OREL, 2012).

Čichových smyslů se týkají halucinace čichové (olfaktorické), vnímání neexistujících pachů, povětšinou nepříjemných. V případě, že nemocný vnímá neexistující chutě, jedná se o halucinace chuťové (gustatorické), při hmatových halucinacích (taktilních) cítí například pálení nebo hlazení.

Dalšími typy halucinací jsou halucinace pohybové (kinestetické), kdy nemocný cítí neexistující pohyb vlastního těla (například jeho ústy mluví někdo jiný), či halucinace orgánové (viscerální), kdy je přítomen pocit, že nemocnému odumřely některé orgány nebo byl třeba znásilněn. K orgánovým halucinacím Orel připojuje ještě halucinace posedlosti, neboli vnímání neexistující jiné bytosti v těle (OREL, 2012).

Zvláštními typy halucinací jsou halucinace extrakampinní, které sahají až za reálný rozsah smyslů a člověk například vidí někoho za svými zády nebo slyší někoho nedostupného reálnému sluchu. Existují také halucinace intrapsychické, kde nejsou jasné hranice mezi poruchami vnímání a myšlení, vyskytuje se zde pocit vkládání, odebrání či ozvučování myšlenek (OREL, 2012).

„Halucinace se mohou kombinovat a tak může halucinující např. vidět hmyz na své kůži, vnímat jeho pohyb a slyšet, jak při tom šustí, cítit bolestivá kousnutí a zároveň pálení jeho jedu... Také halucinace a jejich „zdůvodnění“ odpovídá kontextu doby – dříve lidé vnímali „pálení pekelných ohňů“, dnes vnímají „paprsky laseru“ nebo „gama-záření““ (OREL, 2015).

Pro schizofrenii, zvláště paranoidní, jsou typické i poruchy myšlení. Hartl definuje myšlení jako „poznávací proces probíhající mezi člověkem a okolím“ (HARTL, 2000, s. 332), „proces analýzy, syntézy a odvozených myšlenkových operací“ (HARTL, 2000, s. 332). Myšlení je přímo propojené s řečí a je podmíněno sociálně (HARTL, 2000, s. 332).

Poruchy myšlení Doubek rozděluje na poruchy struktury myšlení (ulpívavé myšlení, inkohorentní myšlení, obsedantní myšlení) a poruchy obsahu myšlení neboli bludy (nevývratné přesvědčení o většinou sdílené realitě), (DOUBEK, 2008).

„Bludy jsou mylná nevývratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná“ (DOUBEK, 2008, s. 19). Bludy jsou rozděleny na depresivní, expanzivní a paranoidní (HARTL, 2000; s. 78, OREL, 2012).

Bludy depresivní dále rozlišuje Orel na mikromanické, pro které je typické sebepodceňování, insuficienční, vyznačující se pocitem neschopnosti a bezmoci, autoakuzační, kdy dochází k sebeobviňování, ruinační, kdy člověk cítí, že je bez prostředků na obživu, obavné, kdy má strach a obavy z neštěstí či katastrofy, hypochondrické vyznačující se strachem z nemoci, dysmorfobické neboli přesvědčení o znetvoření části těla a depresivní blud eternity, kdy je nemocný přesvědčen o věčném nekonečném utrpení (OREL, 2012). Dušek dodává, že „tato skupina bludů je provázena depresivní náladou. Vyznačují se podceňováním vlastní osoby, vlastních schopností, možností a významu“ (DUŠEK, 2010, s. 78).

Bludy expanzivní jsou opakem bludů depresivních. Orel rozlišuje megalomanské (přesvědčení o vlastním významu), extrapotenční (přesvědčení o vlastních mimořádných schopnostech), originární (nemocný má nevývratnou představu o svém urozeném původu), vynálezecké (představa o vlastních převratných vynálezech a objevech), religiózní (s náboženským podtextem, nemocný si může myslet, že je například spasitel), erotomanické (vlastní nadměrná žádanost u sexuálního protějšku), kosmické (komunikace

s mimozemskými bytostmi) a manický blud eternity (přesvědčení o věčném a šťastném životě, popírání smrti), (OREL, 2012).

Bludy paranoidní se vyznačují pocitem pronásledování, ohrožení (bludy persekuční), přesvědčením o bezpráví a nespravedlnosti (bludy kverulatořní), žárlivostí a přesvědčením o nevěře (bludy emulační) či domnělou představou o proměně v někoho jiného, ve zvíře či věc (bludy metamorfózní), (OREL, 2012).

Dále se u schizofrenie projevují poruchy emocí. „Emoce jsou vyjádřením vnitřního **postoje**. Mají **hodnotící význam** (určují např. dimenze příjemné – nepříjemné). Jsou vysoce **subjektivní** (individuálně variabilní) a **dynamické** (mění se kvantitativně i kvalitativně)... Emoce **doprovázejí** všechny **duševní pochody**“ (OREL, 2012, s. 68).

Emoce jsou rozděleny na afekty, nálady a vyšší city. Afekty vznikají náhle, jsou krátkodobé, ale mají vysokou intenzitu a jsou doprovázeny fyziologickými změnami. Poruchy nastávají při nezvládnutém, nedostatečně ovladatelném, afektu. Mezi poruchy afektu je zařazen patický afekt doprovázený krátkodobou poruchou vědomí, afektivní stupor nastávající v extrémní situaci, kdy člověk ustrne v pohybu, mimice i řeči, a afektivní raptus, který je dlouhodobější (OREL, 2012).

Nálady jsou déletrvající s nižší intenzitou než afekty a jsou proměnlivé. Za poruchy nálady Orel považuje expanzivní náladu dále rozdělenou na euforii (blažený pocit spokojenosti) a manickou náladu (nadměrná veselost, ustupující zábrany). Dalším typem poruch nálad je nálada depresivní, kde Orel rozlišuje bezradnou náladu (doprovázeno poruchami v rozhodování), morózní náladu (mrzutost, zlostné naladění) a anhedonickou náladu (neschopnost prožívat radost). Posledním typem je nálada úzkostná, kdy je nutno odlišit chorobnou úzkost (narůstající napětí bez konkrétního obsahu) od patologického strachu (fobie s konkrétním obsahem), (OREL, 2012).

Vyšší city jsou vztaženy k okolí a hodnotám jedince. Poruchy vyšších citů Orel rozděluje na dva podtypy, nadměrný rozvoj vyšších citů, projevující se například nadměrnou protektivitou, nadměrným altruismem, a defekt vyšších citů, kde je narušena empatie, vztah k morálce a pravidlům ve společnosti. Defekt vyšších citů může být dále rozdělen na sociální tupost, anetičnost (neschopnost empatie), poruchu etických citů (převažuje pudově podmíněné jednání, chybí morální zásady) a poruchu citů estetických (chybějící vztah k estetice), (OREL, 2012).

U schizofrenie se dále mohou vyskytovat poruchy struktury emocí, jako je emoční oploštělost, alexitymie, paratyfie či emoční nepřiléhavost (OREL, 2012). Jako poslední zde krátce uvedu poruchy chování, kdy se v rámci negativních příznaků může projevit apatie, bezcílnost, stupor. Poruchy chování obecně vznikají na základě opakujícího se vzorce chování jako je porušování společenských norem či agrese (OREL, 2012).

„Poruchy chování zahrnují opakované a trvalé porušování důležitých, věku přiměřených společenských norem a pravidel. Důležitou komponentou je porušování základních práv jiných lidí“ (LÁTALOVÁ, 2013 s. 189). Co se ovšem týče schizofrenie, dle mého názoru, nejsou poruchy chování naučeným vzorcem chování, ale jsou jedním z příznaků nemoci, které mohou vymizet.

V této podkapitole jsem se podrobně zabývala otázkou symptomatiky schizofrenie a vysvětlila jsem pojmy, které jsem užívala v předchozích podkapitolách a které jsou důležité pro pochopení schizofrenie. Schizofrenik si vytváří svou vlastní realitu, a to na základě těchto poruch a podle mého názoru je důležité poznat tuto nemoc a její dílčí poruchy teoreticky, aby mohl odborník proniknout do zmíněné vnitřní reality a případně zvolit vhodnou léčbu, o které bude řeč v další podkapitole.

1.4 Léčba schizofrenie

„Petr seděl na posteli a s nepřítomným pohledem se stále monotónně pohupoval. V koutku úst se mu objevila slina.

Ve dveřích se doktor Portstein ještě otočil. Tak nepříznivý průběh nikdo nečekal. Petrovy příznaky dosud nereagovaly na žádné léky, ani na velmi vysoké dávky jinak velmi účinných medikamentů. Dokonce ani na žádné kombinace léků. Schizofrenie je opravdu pěkná mrcha, napadlo ho. Nikdo nikdy neví, s čím přijde“ (OREL, 2015, s. 46).

Úvodní citace odkazuje na komplikovanost léčby schizofrenie. V předchozích podkapitolách jsem psala o hlubokém zakořenění této nemoci, o jejích symptomech, projevech a jakým způsobem zasahuje do celé osobnosti nemocného. V této podkapitole popíšu aktuální způsob léčby schizofrenie.

V klinické léčbě schizofrenie odborníci kombinují především farmakoterapii a psychoterapii. Tyto dvě oblasti léčby se slučují v tzv. komplexní péči, kdy je nutno využívat

obě (ZÁVIŠEK, 2012). Probstová ovšem nabízí různé modely kombinace farmakoterapie a psychoterapie v závislosti na tom, v jaké oblasti potřebuje nemocný nejvíce podpořit.

Biomedicínský model je zaměřen na potlačení původu schizofrenie na neuronální úrovni a psychofarmakologickou léčbu. Individuálně psychologický model využívá psychoterapii, a to především individuálně, u interakčního modelu se nemocný zaměří na svou vztahovou síť a na její případné narušení, proto do tohoto modelu patří rodinná a skupinová psychoterapie nebo terapeutické komunity. V sociálním a ekologickém modelu se odborníci soustředí na sociální rehabilitaci v rámci společnosti a na podporu ze strany komunity. V případě integrovaného modelu lze hovořit o již zmíněné komplexní péči, neboť přikládá stejný význam všem předchozím modelům (PROBSTOVÁ, 2009).

Nyní se budu detailněji věnovat dvěma složkám komplexní péče u léčby schizofrenie, tedy farmakoterapii a psychoterapii. Nejdříve se zaměřím na farmakoterapii.

Hartl ve svém Psychologickém slovníku definuje farmakoterapii jako „lечение pomocí *farmak*, resp. léků získaných z přírodních látek n. vyrobených synteticky“ (HARTL, 2000, s. 161). V případě schizofrenie používá farmakoterapie léky z kategorie psychofarmak a antipsychotik zmírňující psychotické příznaky. Kromě toho také zabraňují relapsu, mají zklidňující účinek a zmírňují úzkost (PAVLOVSKÝ, 2012; DOUBEK, 2008).

Léky je možné nemocnému podávat nitrožilně nebo perorálně. Nitrožilně je nutno podávat tyto léky v psychotických atakách či v akutní fázi schizofrenie. V případě, že nemocný je již schopen spolupracovat se zdravotnickým personálem a samostatně léky užívat, mohou se psychofarmaka a antipsychotika podávat i perorálně (PAVLOVSKÝ, 2012; DOUBEK, 2008, ZÁVIŠEK, 2012).

„Psychoterapie je terapie uskutečňovaná psychologickými prostředky. Z hlediska klinického lékařství zaujímá tedy své postavení vedle ostatních druhů léčby, využívajících prostředků fyzikálních, farmakologických a chirurgických“ (BALCAR, 2010, s. 29, 30).

Pokud text z uvedené citace vztáhnu na komplexní péči v léčbě schizofrenie, lze psychoterapii označit za léčbu pomocí psychologických prostředků, která je postavena na stejné úrovni v této komplexní péči jako farmakoterapie (BALCAR, 2010).

V psychoterapii nejsou používány univerzální postupy v léčbě schizofrenie. Přístup k pacientům se liší v závislosti na psychoterapeutických směrech. V této podkapitole zmíním

dva takové přístupy a to psychoanalytický přístup a přístup v kognitivně behaviorální terapii (PROBSTOVÁ, 2009).

Psychoterapeuti s psychoanalytickým přístupem předpokládají, že základem psychotického onemocnění je konflikt vlastního Já a okolí, díky kterému si nemocní vytvářejí vlastní vnitřní realitu (PROBSTOVÁ, 2009).

Pacienti přicházející k takovým terapeutům často hledají vysvětlení a cítí potřebu pochopit svoji nemoc. Psychoanalytik musí ovšem dbát velké opatrnosti při jednání s psychotickými pacienty z důvodu jejich zranitelnosti a musí umět dobře načasovat interpretaci jejich potíží (PROBSTOVÁ, 2009).

Psychoterapeuté s výcvikem v kognitivně behaviorální terapii (KBT) používají širokou škálu metod, od praktického tréninku sociálních či vztahových dovedností až k zaměření na subjektivní prožívání nemoci samotným pacientem. Mezi takové metody patří například vytváření individuálního terapeutického plánu nebo použití modelu ABC, který terapeut společně s pacientem používají ke sledování reakcí pacienta na situace spouštějící příznaky nemoci, kdy „A“ zastupuje spouštěč, „B“ interpretaci situace a „C“ důsledky situace a projevy v nemoci (JAROLÍMEK, 2009).

Kognitivně behaviorální terapie je užitečná především v prevenci relapsu a terapeut se mimo jiné snaží naučit pacienta techniky na zvládnání situace, pokud onen relaps nastane, pacient se dostane do psychické zátěže nebo se zhorší jeho stav (JAROLÍMEK, 2009).

Zařazení této podkapitoly do bakalářské práce spočívá v důležitosti tématu léčby schizofrenie, ke kterému se budu vracet i v dalším textu této bakalářské práce. V současné době probíhá reforma psychiatrické péče v České republice zaměřující se mimo jiné na komplexní péči, o které jsem pojednávala v této podkapitole.

1.5 Nové poznatky z oblasti schizofrenie

Tato podkapitola je v této diplomové práci zcela nová a obsahuje vybrané nejnovější poznatky z oblasti schizofrenie, především z oblasti její léčby, neboť právě léčba je jedním

z hlavních témat této práce. Těmi nejnovějšími poznatky míním publikované od roku 2017, tedy od období navazující na bakalářskou práci.

Jedním z hlavních témat ve světě schizofrenie vnímám vliv užívání marihuany na projevení příznaků schizofrenie. Již v předchozím textu práce byla marihuana stanovena jako rizikový faktor pro schizofrenii (více v podkapitole 3.2) a o tomto tématu se hovoří i v otázce legalizace marihuany. Caspar a Joukov k tomu dodávají následující.

„Naneštěstí, vliv užívání marihuany na lidi s diagnostikovanou či zatím nediodagnostikovanou schizofrenií není vždy v popředí debat ohledně legalizace marihuany. Možná proto, že schizofrenie není příliš rozšířené psychologické onemocnění, nebo proto, že vliv užívání marihuany schizofreniky není příliš znám“ (CASPAR, JOUKOV, 2018, s. 181, přeloženo dle autora).

Autoři zde poukazují na problematiku neznalosti efektu užívání marihuany, a tedy aktuální problém při debatách o legalizaci marihuany. Ve své publikaci také zdůrazňují otázku jedinců náchylných ke vzniku schizofrenie, u kterých by marihuana mohla napomoci k propuknutí nemoci. Pokud by se touto otázkou odborníci při řešení legalizace marihuany dostatečně zabývali, mohla by legalizace dokonce vyřešit problém při takovém užití marihuany a tedy zabraňovat propuknutí schizofrenie (CASPAR, JOUKOV, 2018, s. 181).

The National academie sof science, engineering, medicine v roce 2017 uveřejnila soubor vlivu marihuany na zdraví člověka, tedy i na psychické zdraví. Je zde i kapitola věnovaná jen psychotickým onemocněním. Autoři vycházejí z mnoha studií z celého světa a jejich závěr je následující (The National academies of sciences, engineering, medicine, 2017).

„Existují důkazy statistického vztahu mezi užíváním kanabioidních látek a rozvoje schizofrenie a dalších psychóz s tím, že největší riziko se vyskytuje u uživatelů, kteří užívají marihuanu velmi často“ (The National academies of sciences, engineering, medicine, 2017, s. 295, přeloženo dle autora).

Autoři textu tak usuzují na základě studií zabývajících se vztahem mezi užíváním marihuany a propuknutím schizofrenie. Z uvedené citace lze dle mého názoru poznat, že užívání marihuany dávají autoři do souvislosti se vznikem schizofrenie. Tedy pokud se někdo rozhodne užívat marihuanu, vystavuje se tím riziku propuknutí této nemoci (The National academies of sciences, engineering, medicine, 2017, s. 295).

V této publikaci je v souvislosti s marihuanou zmíněna i komorbidita (souběh dvou nemocí, zde konkrétně duševní nemoci a syndromu závislosti na psychoaktivních látkách) a důvody jejího vzniku. Zaprvé je zde opět zmíněn risk užívání psychoaktivních látek a tím vznik duševní nemoci. Druhým způsobem vzniku může být situace, kdy při duševní nemoci vzniká závislost na psychoaktivních látkách. V posledním případě může být důvodem pro vznik komorbidit silná genetická predispozice, která způsobí duševní nemoc i závislost. Každopádně autoři dávají duševní nemoc a závislost do těsného vztahu (The National academies of sciences, engineering, medicine, 2017).

Dalším vybraným tématem je kvalita života u lidí trpícími schizofrenií. V tomto tématu se objevuje pojem úzdrava, neboli také zotavení, či recovery (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2017, s. 123). Tento pojem zavedl Anthony v roce 1993 a definoval jej takto: „Zotavení v kontextu duševního zdraví je proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů a dovedností v návaznosti na potřebu žít uspokojující život v rámci limitující nemoci“ (ANTHONY, 1993, přeloženo dle autora).

Více o tomto tématu píše Bankovská Motlová ve své publikaci z roku 2017. „Uzdravit se znamená v tomto kontextu nejen zbavit se příznaků, ale dosáhnout stejné kvality života, jaké se těší zbytek společnosti“ (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2017, s. 123).

U lidí trpících schizofrenií či jinou psychózou se často objevuje problém v podobě neuspokojivého bydlení, práce či nepříjemné rodinné situace. Často čerpají sociální dávky a využívají služeb chráněného bydlení či chráněného zaměstnání. V rámci recovery se ovšem objevuje snaha co nejvíce přiblížit takové lidi k životu, jaký žijí lidé bez schizofrenie, tedy se spokojeným rodinným zázemím, uspokojujícím bydlením a zaměstnáním. Specificky u duševně nemocných existuje vhodné zaměstnání jako peer konzultant, kdy může nemocný dál pomáhat ostatním pacientům a klientům (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2017).

Kvalita života je nejčastěji měřena pomocí specializovaným dotazníků, například WHO-QL-BREF. Specificky u lidí se schizofrenií se dle autorky objevuje zhoršení kvality života díky přítomnosti deprese a negativních příznaků schizofrenie (BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2017).

Posledním vybraným tématem je vliv takzvané naděje v léčbě, která je zkoumána jako nástroj ke zvýšení kvality života. Kavak a Yilmaz se ve svém výzkumu zabývali

problematikou dodržování režimu léčby a zkoumali využití naděje jakožto motivačního nástroje (KAVAK, YILMAZ, 2018).

Do svého výzkumu zahrnuli 10 pacientů, dodržování režimu léčby zkoumali pomocí škály Morisky Treatment Scale, přítomnost naděje u pacientů zkoumali pomocí Herth Hope Scale (KAVAK, YILMAZ, 2018).

„V rámci studie bylo zjištěno, že 60,95% pacientů se schizofrenií mělo slabý výsledek v dodržování léčby... Průměrný skóre pacientů v Herth Hope Scale byl $39,20 \pm 8,49$. Pokud vezmeme v úvahu celkový skóre, vidíme, že úroveň naděje u pacientů se schizofrenií je nízká,, (KAVAK, YILMAZ, 2018, s. 417, přeloženo dle autora).

Autoři zde dávají do souvislosti nedostatek naděje a nedostatek motivace k léčbě schizofrenie. Zároveň dále poukazují na to, že pokud ve výsledcích rostlo skóre naděje, pak i dodržování léčby (KAVAK, YILMAZ, 2018).

Tato podkapitola doplňuje předchozí text práce a uvedla jsem zde konkrétně tři vybraná témata z oblasti schizofrenie. Tato témata považuji za důležitá v rámci léčby schizofrenie, neboť se týkají přímo jejího možného vzniku a jak jej eliminovat, dále naděje v to, že je při kvalitní léčbě možné se schizofrenií žít, a to kvalitní plnohodnotný život. Také jsem se zde přímo dotkla tématu duálních diagnóz, když jsem psala o závislosti na psychoaktivních látkách a komorbiditě.

2 SYNDROM ZÁVISLOSTI NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

2.1 Užívání drog a návykových látek

Tato podkapitola s názvem Užívání drog a návykových látek slouží jako úvodní k celé kapitole a budu se zde věnovat specifickým užívání drog, odlišení drog v systému psychoaktivních a návykových látek a rozdělení drog a návykových látek podle míry jejich rizikovosti pro jedince i pro společnost.

V názvu podkapitoly jsem použila pojmy drogy a návykové látky. Nadřazeným pojmem je zde látka psychoaktivní, u které se různí autoři shodují a považují ji za jakoukoli látku ovlivňující psychiku (FISHER, 2009, KŘIVOHLAVÝ, 2009, KALINA, 2015, PAVLOVSKÝ, 2012).

Křivohlavý navíc odlišuje psychoaktivní látky od psychedelických. Za psychoaktivní označuje látky vstřebávající se do krve a do mozku, a tím působící změny v psychické činnosti. Psychedelické látky jsou podle tohoto autora drogy, zostřující vnímání, popřípadě způsobující halucinace (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Návykové látky jsou látky psychoaktivní vyvolávající závislost. „Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost“ (FISHER, 2009, s. 88).

Tolerance k užívání psychoaktivních látek se liší v závislosti na prostředí a kultuře. Fisher popisuje tři druhy využívání psychoaktivních látek ve společnosti. Jedná se o použití psychoaktivní látky jako medikamentu, kdy je taková látka často obsažena v anestetikách, anxiolytikách, antidepresivech či v hypnotikách (FISHER, 2009).

Dále autor hovoří o nelegálním zneužívání psychoaktivních látek. Některé z psychoaktivních látek mohou být v určité míře použity k lékařským účelům, ale ve většině zemí je jejich jiné než lékařské použití postaveno mimo zákon. Většinou bývají nelegální látky označovány jako opiáty, kanabioidy, halucinogeny, deriváty kokainu či stimulantia (FISHER, 2009).

Některé z psychoaktivních návykových látek jsou využívány zcela legálně, jako například alkohol, kofein nebo tabák. Jejich legální používání ovšem nijak nesnižují účinky těchto látek na psychiku ani riziko vzniku závislosti (FISHER, 2009).

Droga je ta psychoaktivní látka, jenž je nezákonně zneužívaná (PAVLOVSKÝ, 2012). Je to látka s psychotropním efektem, o kterém hovořil i Křivohlavý, tedy mění prožívání, má potenciál k závislosti a při jejím dlouhodobém zneužívání může uživatel ztratit kontrolu nad drogou (KALINA, 2015, KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Nyní uvedu několik skupin drog a návykových látek, které Kalina seřadil podle míry jejich rizika pro závislé i pro společnost.

Na prvním místě uvedl autor alkohol, jakožto nejrizikovější návykovou látku. Alkohol je ve většině zemí světa legální návykovou látkou, ale její škodlivost je vysoká pro uživatele i pro jejich okolí, zvláště pak při nadužívání této látky. Alkohol je užíván po celé planetě a Česká republika je zde na prvním místě v konzumaci piva. Alkohol se používá perorálně a rychle se vstřebává (KALINA, 2015).

Účinky alkoholu závisí na míře a době užívání a pohybují se od lehké intoxikace po těžkou intoxikaci se ztrátou vědomí a hrozící smrtí. Mezi krátkodobé účinky patří například poruchy rovnováhy či nevolnost, mezi dlouhodobé pak poruchy trávení, poškození oběhové soustavy. Při vysazení alkoholu po jeho intenzivní dlouhodobé konzumaci může u závislého nastat zvláštní forma odvykacího stavu typická pro závislost na alkoholu, a to delirium tremens, kdy se objevují poruchy vědomí, dezorientace, halucinace a bludy (KALINA, 2015).

Druhou nejnebezpečnější skupinou návykových látek jsou podle Kaliny opioidy a opiáty, tedy tlumivé látky vyvolávající euforický efekt. Mezi často se vyskytující opioidy patří heroin, typicky česká droga narvaná braun, opium a metadon, což je látka využívaná při substituční léčbě. Nejrozšířenějším z těchto zástupců je heroin, jenž se v České republice nejvíce zneužívá v Praze a v severních Čechách (KALINA, 2015).

Opiáty a opioidy si uživatelé nejvíce aplikují intravenózně. Po krátkodobém užívání nastává útlum nervového systému, dechového centra, zúžení zornic, zvracení nebo intenzivní svědění, kdy se uživatel nepřestává škrábat po těle i v případě ztráty vědomí. Dlouhodobě tyto látky způsobují silnou psychickou i somatickou závislost, toleranci k míře denních dávek a vůbec celkové poškození organismu. Odvykací stav nastává již první den po vysazení a

projevuje se třesem, zvýšenou teplotou, pocením, slzením nebo zažívacími potížemi (KALINA, 2015).

Další skupinou rizikových návykových látek jsou farmaka s psychotropním účinkem. Závislost na těchto jinak legálních látkách často vzniká jejich užíváním nedoporučeným způsobem, patří sem léky ze skupiny sedativ, anxiolytika či hypnotika. V počátku bývá užívání farmak s psychotropním účinkem z důvodu léčebného (KALINA, 2015; FISHER, 2009).

Charakteristická je perorální aplikace, ovšem záleží na dříve doporučeném použití léku, často závislí kombinují farmaka s psychotropním účinkem s alkoholem. Mezi účinky patří například silná únava, poruchy paměti, poruchy koordinace pohybů, agresivita či útlum dechového centra. V odvykacím stavu trpí závislí úzkostí, panikou a výrazným neklidem (KALINA, 2015).

U kanaboidů (konopných drog) je psychotropní látkou tetrahydrocannabinol (THC) a mezi nejčastější zástupce této nebezpečné a zatím nedostačně probádané skupiny drog patří marihuana a hašiš. Kanabiody jsou nejrozšířenější skupinou nelegální drog a jsou užívány nejčastěji mezi patnácti až dvaceti čtyřmi lety (KALINA, 2015).

Uživatelé tyto látky obvykle kouří a účinky se objevují bezprostředně po použití, přičemž odezní zhruba do tří hodin. Kanabiody mají euforický účinek, způsobují nekontrolovatelný smích, uvolnění, zostření smyslů a po odeznění účinků u uživatelů nastává únava a otupělost. Může také způsobovat úzkosti, paniku, psychotické prožitky a vyvolat latentní psychickou poruchu. Odvykací stav není příliš závažný, projevuje se psychomotorickým neklidem, poruchami spánku či poruchami pozornosti (KALINA, 2015, FISHER, 2009).

Halucinogeny vyvolávají poruchy vnímání, a to od zostření smyslů až po halucinace. Mezi nejčastější zástupce patří LSD nebo ketamin. Halucinogeny jsou celosvětově rozšířeny a začátek jejich užívání bývá spojen s experimentováním mladých lidí na nejrůznějších akcích ve spojitosti s tzv. tanečními drogami, o kterých budu hovořit dále (KALINA, 2015).

Halucinogeny si uživatelé aplikují převážně perorálně, někdy kouřením a výjimečně intravenózně. V krátkodobém horizontu účinkují v oblasti vnímání, způsobují změny ve vnímání, derealizaci, depersonalizaci, také tachykardii, bolesti hlavy a nevolnost. Při dlouhodobém užívání se mohou vyskytovat psychotické stavy, afektivní poruchy nebo osobnostní změny. Abstinenci od halucinogenů obvykle nedoprovází odvykací stav (KALINA, 2015).

„Psychostimulancia způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují duševní i tělesný výkon. Vzestup výkonnosti je při opakovaném užití v krátkém odstupu spojen obvykle se zhoršením kvality. Vyšší dávky užití jednorázově nebo kumulativně mohou mít halucinogenní efekt“ (KALINA, 2015, s. 70).

V citaci výše Kalina popsal účinky nebezpečné skupiny drog nazývané psychostimulancia, neboli psychomotorická stimulancia, mezi které typicky patří metamfetamin (pervitin) a kokain. V České republice je nejrozšířenějším psychostimulanciem pervitin.

Aplikace probíhá nejčastěji intravenózní nebo intranazální cestou. Každá aplikace těchto drog způsobuje aktivaci sympatiku, povzbuzení, ustoupení pocitu únavy, zrychlení krevního oběhu, také pohybové stereotypy, úzkost, paranoidní pocity. Při dlouhodobém užívání závislý nápadně hubne, nastává silná psychická závislost a může se projevit i toxická psychóza. Abstinenci od psychostimulancií doprovází odvykací stav v podobě cravingu, únavy, neklidu, depresí a tendencí k relapsům (KALINA, 2015).

Jako doplňkové drogy někteří uživatelé zneužívají například toluen, chloroform, éter, lepidla, ředidla, neboli skupinu těkavých látek, které Kalina popisuje následovně. „Chemické látky, alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky. Společnou vlastností je, že rozpouštějí tuky a lipoidní látky, mají narkotický účinek... Efekt je zprostředkován narušením fluidity buněčné membrány“ (KALINA, 2015, s. 74).

K těkavým látkám patří specifický typ aplikace, kdy uživatelé návykovou látku inhalují a žádaný efekt přichází téměř ihned po aplikaci. Stav po takové inhalaci je popisován jako podobný stavu po akutní intoxikaci alkoholem. Nastávají poruchy vnímání, halucinace a spánek. Dlouhodobě se u závislého objevuje poškození mozku, agresivita, snížení intelektu, poškození dýchacích cest. Při odvykacím stavu závislý začne vnímat tělesné potíže vzniklé působením drog a má silný craving (KALINA, 2015).

Poslední zde zmíněná skupina drog se nazývá také jako drogy taneční z toho důvodu, že jsou zneužívány převážně na večírcích, při akcích s taneční nebo elektronickou hudbou nebo na hudebních festivalech. Mezi nejčastější zástupce patří tzv. extáze (MDMA). Jedná se o nejčastější skupinu drog mezi mladými lidmi (KALINA, 2015).

Aplikace je typicky perorální a drogy se vstřebávají sliznicí zažívacího traktu. U uživatele nastává pocit klidu, ustupuje stres, zvyšuje se empatie a zostřuje se vnímání, i když méně výrazně, než například u výše zmíněných halucinogenů. Mezi možné nežádané účinky patří také nevolnost, nechutenství či poruchy spánku. Při dlouhodobém užívání dochází k poškození imunitního systému a serotonergních nervových zakončení. Odvykací stav se u závislého projevuje často neklidem a cravingem (KALINA, 2015).

V této podkapitole jsem zmínila mimo jiné jednu informaci týkající se kanaboidů, kterou považuji za velmi důležitou pro kapitolu věnované duálním diagnózám. Konkrétně se jedná o potenciál kanaboidů vyvolat latentní duševní poruchu, kterou často může být schizofrenie, čímž vzniká duální diagnóza.

2.2 Syndrom závislosti na návykových látkách

Rozhodla jsem se věnovat samostatnou kapitolu syndromu závislosti z důvodu zaměření celé této bakalářské práce na schizofrenii a duální diagnózy. Součástí duálních diagnóz je vždy syndrom závislosti, proto považuji za vhodné podrobněji jej popsat, což bude cílem podkapitoly s názvem Syndrom závislosti na návykových látkách.

Závislost je všeobecně rozdělena na fyzickou a psychickou (FISHER, 2009, KALINA, 2015, WHO, 2014). Křivohlavý navíc zmiňuje závislost substanční, čili na návykových látkách, a závislost procesuální, kdy je jedinec závislý na určitých činnostech, jako je například práce nebo hraní počítačových her (KŘIVOHLAVÝ, 2009). V této práci se tedy zaměřuji na závislost substanční.

Syndrom závislosti popsala Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí v rámci desáté revize a zařadila jej pod oddíl F10 až F19, Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Světová zdravotnická

organizace (WHO) zde rozdělila poruchy duševní a poruchy chování, které návykové látky způsobují.

Jedná se o akutní intoxikaci (.0), tedy stav přímo po užití psychoaktivní látky s příslušnými účinky, škodlivé použití (.1) vyskytující se po užití látky, které vede ke zdravotním obtížím (například poškození jater při užívání alkoholu), syndrom závislosti (.2), který popíšu níže, odvykací stav (.3), který obsahuje symptomy specifické po vysazení dané psychoaktivní látky, odvykací stav s deliriem (.4), jehož zástupcem je například delirium tremens u závislosti na alkoholu, psychotická porucha (.5) obsahující poruchy vnímání, myšlení či afektu, amnestický syndrom (.6) charakteristický poruchami paměti, psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem (.7), jiné (.8) a neurčené (.9), (WHO, 2014).

Před tyto poruchy duševní a poruchy chování patří v diagnostice položky podle druhu užívaných psychoaktivních látek. Jsou to poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10), užíváním opioidů (F11), užíváním kanaboidů (F12), užíváním sedativ nebo hypnotik (F13), užíváním kokainu (F14), užíváním jiných stimulací včetně kofeinu (F15), užíváním halucinogenů (F16), užíváním tabáku (F17), užíváním prchavých rozpustidel (F18), užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (F19), (WHO, 2014).

Dříve než přejdu k syndromu závislosti, ráda bych se detailněji věnoval psychotické poruše reziduální a s pozdním nástupem (.7). „Porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky“ (WHO, 2014).

Z uvedené citace vyplývá, že se diagnosticky stále nejedná o duální diagnózu, i přesto, že se psychóza objeví i po vysazení. Porucha je totiž přímo způsobena účinky psychoaktivní látky.

Nyní již přecházím k syndromu závislosti. „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená

tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (WHO, 2014).

Samotný pojem závislost pochází od latinského slova „addictus“, což původně mělo význam jako předávání zboží v obchodní sféře, později předávání jiných látek (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Hartl závislost považuje za stav „chronické n. periodické otravy opakovaným použitím přirozené n. syntetické drogy, kt. poškozuje postiženého i společnost“ (HARTL, 2000, s. 699).

„Začátek závislosti není příliš dramatický. Je jím např. první sklenka, první cigareta, první rizikový sexuální styk, první dávka drogy. Je jím popření toho, že něco není správně, popření morálních hodnot, ztráta perspektivy a správného vidění reality apod.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 204).

Syndrom závislosti je tedy diagnostický pojem a Hartl jej definuje jinak než závislost, a to s odkazem na mnohokrát zmíněnou Mezinárodní klasifikaci nemocí. Dle něj je syndrom závislosti „silná, přemáhající, někdy nutková touha brát psychoaktivní látky, alkohol n. tabák“ (HARTL, 2000, s. 587). Nešpor považuje za nejvýznamnější charakteristiku syndromu závislosti touhu, čímž se shoduje s WHO i s Hartlem. Dodává ovšem, že pro diagnostiku syndromu závislosti je podmínkou, aby se během jednoho roku objevil alespoň jeden z následujících znaků (NEŠPOR, 2011, OREL, 2012).

Silná touha nebo pocit puzení, neboli craving či bažení je jedním ze základních znaků syndromu závislosti. Je to touha po účincích drogy, respektive návykové látky, kterou Isbell v roce 1955 rozdělil na tělesnou a psychickou (ISBELL cit. dle NEŠPOR, 2011). Důkaz psychického cravingu odborníci objevili v projevech mozkové činnosti, například při aktivaci mozečku, amygdaly či limbického systému. Také se často tento druh typicky projevuje zhoršením kognitivních funkcí, poruchami paměti, prodloužením reakčního času a poruchami pozornosti (SAYETTE cit. dle NEŠPOR, 2011). Dále silná touha po účincích drogy způsobuje uživateli rychlejší tep (WEINSTEIN cit. dle NEŠPOR, 2011) či zvýšené slinění zejména u alkoholové závislosti (MONTI cit. dle NEŠPOR, 2011).

Zhoršené sebeovládání se vzájemně ovlivňuje s bažením, kdy se typicky závislý ocitne ve spouštěcí situaci, kterou má spojenou s užíváním návykové látky (koncert, festival,

společnost přátel), začne bažit a tím se zhoršuje jeho sebeovládání. Také se může stát, že bažení závislý zvládne a začne se podobným spouštěcím situacím vyhýbat. Zhoršené sebeovládání může také souviset s vyčerpáním, únavou, či s popíráním cravingu, což může vyvolávat silnou úzkost, zvýšit craving a sebeovládání ještě více oslabit (NEŠPOR, 2011).

„Obrazně řečeno tomu, kdo spadl do jámy, nepomůže, když v ní bude ještě odhodlaně hrabat. Opustit neúčinné strategie bývá prvním krokem ke zlepšení stavu“ (NEŠPOR, 2011, s. 15). Nešpor v textu výše vyjadřuje názor, že závislému nepomůže, pokud bude craving popírat a bojovat s ním tak, že se bude vystavovat spouštěcím situacím.

Dalším z kritérií pro závislost je odvykací stav, což je dle Mezinárodní klasifikace nemocí samostatná diagnóza, podobně jako syndrom závislosti. Podmínkami pro diagnostiku odvykacího stavu jsou vysazení nebo omezení užívání psychoaktivní látky, příznaky odpovídající charakteristikám odvykacího stavu na jednotlivých látkách a fakt, že k příznakům nelze přiřadit žádné jiné somatické onemocnění nezávislé na účincích psychoaktivní látky (NEŠPOR, 2011).

Čtvrtým kritériem syndromu závislosti je růst tolerance k dávkám návykové látky, kdy závislý potřebuje stále vyšší dávky pro dosažení žádaného účinku. Příčinou nutnosti zvyšování dávek je pravděpodobně nižší reaktivita centrální nervové soustavy, další variantou může být rychlejší odbourávání, například játry u závislosti na alkoholu (NEŠPOR, 2011).

Předposledním z uváděných kritérií je zanedbávání dřívějších zájmů a potěšení a postupné obětování veškerého času droze a jejímu shánění. Tato posedlost drogou je ovlivněna silnou touhou, čili bažením, účinky drogy, stavy po odeznění účinků, zmíněným principem zhoršeného sebeovládání a prožíváním odvykacího stavu (NEŠPOR, 2011).

„Někteří mladí lidé dychtiví nových podnětů a milující vzrušení chtějí vyzkoušet tu či onu drogu. Pokud se u nich vytvoří závislost, jejich životní styl se paradoxně stává velmi monotónním a jednotvárným (intoxikace, zotavení se z ní, shánění prostředků na drogu nebo drogy samotné, intoxikace atd.) Na uvedenou skutečnost je možné poukázat při zvyšování motivace“ (NEŠPOR, 2011, s. 21).

Posledním kritériem je pokračování v užívání i přes škodlivost následků drogy. Příkladem může být situace, kdy závislý pokračuje v konzumaci alkoholu, i přes lékařské upozornění na zásadně poškozená játra (NEŠPOR, 2011).

V této podkapitole jsem popsala závislost, syndrom závislosti a kritéria pro syndrom závislosti v návaznosti na uváděné zdroje. Na závěr přidávám citaci z díla Psychopatologie z roku 2012, kde Orel nabízí vysvětlení, proč lidé vůbec podléhají závislosti. Tato citace dle mého názoru vhodně uzavírá podkapitolu o syndromu závislosti.

„Závislost v určitém slova smyslu provází člověka od početí. A je **přírozenou tendencí člověka a vývojově daným aspektem** lidské psychiky i samotné mozkové činnosti. Vždyť po dobu zhruba devíti měsíců žijeme nitroděložně ve vztahu absolutní závislosti (totálně existenčního typu) na matce... Od počáteční „vysoké míry závislosti“ se postupně stáváme „relativně nezávislymi“. Určitá **míra závislosti** (a tendence k ní) je pro nás ale do značné míry přirozená po celý další život“ (OREL, 2012, s. 110).

2.3 Léčba syndromu závislosti na návykových látkách

„Mohu vás ubezpečit, že jsme pro návykové nemoci léčili vrcholové sportovce a další lidi, u kterých lze předpokládat silnou vůli. Někdy sebeovládání zhoršuje právě přehnané nároky, které na sebe tito lidé mají, a to pak vede k chronickému vyčerpání. Někteří lidé si také pletou vůli a úzkostné, křečovité napětí, což může sebeovládání také spíše zhoršovat. Pokusy a použití nesprávně pochopené „vůle“ mohou tedy paradoxně sebeovládání ještě zhoršit. Mnohem účinnější by v tomto případě byla např. relaxace, někomu se svěřit nebo i to, co doporučují svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků, totiž „předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme“ (NEŠPOR, 2011, s. 15).

Úvodní citací navazuji na předchozí podkapitolu o syndromu závislosti, kde jsem mimo jiné hovořila o znacích syndromu závislosti a jak závislý ztrácí sebeovládání v důsledku silné touhy po účincích drogy. Závislým na návykové látce se může stát i člověk, u kterého ostatní předpokládají silnou vůli, ovšem craving a závislost jej tolik vyčerpává, že svou vůli nedokáže uplatnit. Životní styl závislého tedy potřebuje zásah odborné pomoci.

Tato podkapitola bude věnována léčbě syndromu závislosti na návykových látkách a budou zde vystihnuty některé podstatné rozdíly mezi léčbou psychotických onemocnění a syndromem závislosti, a zároveň i jejich podobný princip.

Rozdíl v léčbě závislosti na alkoholu a nelegálních drog je v legálnosti daných návykových látek, tedy u léčby závislosti na drogách je naléhavým cílem absolutní

abstinance od těchto nelegálních látek (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Fisher považuje za podmínky léčby drogově závislých nutnost pomoci odborníků, orientaci na sociální integraci a především motivace pacienta a jeho rozhodnutí pro ukončení užívání látek (FISHER, 2009, NEŠPOR, 2011, KALINA, 2015).

Nešpor rozděluje léčbu syndromu závislosti na farmakologickou, abstinenčně orientovanou a detoxikační (NEŠPOR, 1996). Pavlovský ji z hlediska léčebného prostředí rozdělil na ambulantní a ústavní. Ústavní léčba může souviset i s kriminalitou a o léčbě závislého rozhoduje i soud v rámci nařízeného ochranného léčení. Jako zvláštní typ léčby dále zmínil terapeutické komunity (PAVLOVSKÝ, 2012).

Krajský úřad Středočeského kraje ve spolupráci s magistrátem hlavního města Prahy a terapeutickou komunitou Magdaléna, o.p.s. v roce 2007 vydal publikaci, kde popisuje tři přístupy ve vývoji léčby drogově závislých. Jako první zde autoři zmínili preskripci zneužívané látky, kde byly dávky dané návykové látky odborně kontrolovány a mohly být postupně snižované. Tento přístup byl později nahrazen podáváním substituční látky, například metadonu (NEVŠÍMAL, 2007).

Později byla prosazována léčba vedoucí k abstinenci s důrazem na kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. S rozšířením infekčních chorob ve společnosti drogově závislých přichází přístup zvaný harm reduction, jehož cílem je snížení zdravotních a společenských dopadů (NEVŠÍMAL, 2007, KALINA, 2015).

Pro efektivitu léčby syndromu závislosti na návykových látkách je dle Nešpora potřeba dodržovat třináct kritérií, které uvádí ve své publikaci z roku 2011.

„1. Ne každá léčba se hodí pro každého... 2. Léčba by měla být rychle dostupná. 3. Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních. 4. Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta. 5. Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání... 6. Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy. 7. U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků. 8. Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní poruchou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí. 9. Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stadiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt. 10. Efektivní léčba nemusí být dobrovolná... 11. Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence. 12. Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na

HIV/AIDS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci... 13. Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby“ (NEŠPOR, 2011, s. 101, 102).

Z citace vyplývá, že autor považuje za vhodné kombinovat farmakoterapii, psychoterapii i zaměření na sociální integraci pacienta, jinými slovy by léčba měla být komplexní (NEŠPOR, 2011).

Farmakoterapie je tedy využívána i při léčbě syndromu závislosti, ale její použití je značně individuální. Význam farmakoterapie se liší v závislosti na prostředí, ve kterém léčba probíhá. Pokud se pacient pohybuje v chráněném prostředí například terapeutické komunity, může sloužit farmakoterapie jako vhodná podpora léčby. Nachází-li se pacient ve svém přirozeném prostředí a navštěvuje ambulantní léčebné zařízení, farmakoterapie zastupuje častou klíčovou roli při léčbě (DVOŘÁČEK in KALINA, 2015).

Farmakoterapie v rámci syndromu závislosti zahrnuje farmaka užívaná k averzivní terapii, například apomorfin nebo antabus, a farmaka pro snížení bažení nebo požitků z užití drogy a návykové látky, například akaprosát. V averzivní terapii jsou využívána farmaka k vyvolání zvracení či jiných nepříjemných vegetativních potíží (kupříkladu bolesti hlavy, tachykardie) v případě požití návykové látky. Farmaka pro snížení bažení napomáhají závislému v jeho sebeovládání a jistějšímu pobytu například v prostředí, kde se může s drogou setkat (DVOŘÁČEK in KALINA, 2015).

Zvláštním typem léčby syndromu závislosti je substituční léčba fungující na principu náhrady drog a návykových látek za látku bezpečnější pro společnost i pro závislého. Podle Standardu substituční léčby jsou pro tento typ léčby v současnosti využívány jen dvě substituční látky, a to methadon a buprenorfin (MZ ČR, 2001).

Substituční léčba je časově neomezená a využívána především u syndromu závislosti na opioidech z několika důvodů. Tím zásadním je, že substituční látka je na rozdíl od drogy legální, podávána zdarma a na předpis a je přesně známo její chemické složení. Cílem substituční léčby je snížení kriminality, vytvoření prostoru pro sociální rehabilitaci či psychoterapii a snížení rizika zdravotních komplikací (PAVLOVSKÁ, MINAŘÍK in KALINA, 2015).

„Částí laiků i odborníků je substituce z různých důvodů vnímána kontroverzně. Buď substituční léčbu nepovažují za plnohodnotnou léčbu, nebo z jejich pohledu klient v substituci neabstinuje, ale pokračuje v užívání. Proto bychom v úvodu rádi zmínili, že

substituce je podle současné klasifikace plnohodnotnou formou abstinence“ (PAVLOVSKÁ, MINAŘÍK in KALINA, 2015).

Další nedělitelnou součástí léčby syndromu závislosti je psychoterapie. V individuální psychoterapii závislých mají svou tradici behaviorální přístupy fungující na principu klasického a operantního podmiňování. Klasické podmiňování zde působí podobně jako u farmakoterapie averzivní léčba, tedy cílem je připodobnit závislému drogu k nějakému negativnímu prožitku. Přístup zahrnuje také nácvik sebekontroly, relaxace či asertivního chování (KALINA, 2015).

O teorii operantního podmiňování se například opírá tzv. pobídková terapie, v rámci níž je posilováno žádoucí chování, kterým je například abstinence, nebo přístup využívající bodování a sankce pro chování nežádoucí (KALINA, 2015).

Kromě psychoterapie individuální hrají klíčovou roli v léčbě drogově závislých i psychoterapie skupinová a terapeutické komunity. Pro drogově závislé jsou vytvářeny motivační skupiny či skupiny s blízkými. Psychoterapeutické skupiny i terapeutické komunity jsou zaměřeny na vztahy s okolím, sociální integraci a na vzájemnou podporu závislých (KALINA, 2015).

V této podkapitole jsem shrnula důležité aspekty léčby syndromu závislosti. Považuji za vhodné srovnat v závěru podkapitoly rozdíly v léčebných přístupech u psychotických onemocnění, které byly popsány v předchozí kapitole, a u syndromu závislosti. V obou případech je využívána intenzivní komplexní léčba zahrnující farmakoterapii, psychoterapii i sociální integraci. Zatímco se u psychotických pacientů počítá s jejich zranitelností a odborníci jsou spíše opatrnější, u závislých jsou odborníci přísní a důslední. Zde je ten podstatný rozdíl ve dvou různých přístupech. Problematikou kombinace těchto přístupů se tedy budu zabývat v další kapitole.

2.4 Nové poznatky z oblasti užívání návykových látek

Pro doplnění informací z předchozího textu je zde opět podkapitola věnována aktuálním vybraným tématům, tentokrát z oblasti užívání návykových látek. Čerpala jsem podobně jako v podkapitole 1.5 z českých i zahraničních zdrojů od roku 2017.

Pokud hovoříme o aktualitách v tématu užívání návykových látek, nelze nezmínit takzvaný protikuřácký zákon, přesněji zákon č. 65/2018 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Tímto zákonem jsou omezováni uživatelé tabákových výrobků, kdy je především zakázáno kouření v uzavřených prostorách a je omezen prodej legálních návykových látek, jako jsou alkohol či elektronické cigarety. Důvodem je snaha o snížení negativního dopadu kouření na zdraví kuřáků i okolí (zákon č. 65/2018 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů).

Protikuřácký zákon se ovšem týká legálních návykových látek. Aktuální situace na poli návykových látek nelegálních je podrobně sepsána na webu drogy-info.cz. „Zkušenost s užitím nelegální drogy někdy v životě uvádí 1/3 populace ve věku 15–64 let (31,2–38,3 % podle studie). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (28,6–36,9 %), následované extází (4,3–5,8 %), halucinogenními houbami (4,4–4,7 %), pervitinem (2,1–3,3 %), LSD (2,0–3,1 %) a kokainem (1,9–2,4 %). Míra zkušeností s ostatními drogami, včetně nových psychoaktivních drog (rostlinných nebo syntetických), těkavých látek a anabolických steroidů, je na nízké úrovni (pod 2 %)“ (drogy-info.cz, 2017).

Dle mého soudu je zde opět vidět problematika rozšíření marihuany a konopných látek v populaci, kdy jejich užívání poměrně vysoce převyšuje ostatní drogy. Tím pádem v podstatě třetina české populace vyzkoušela marihuanu. V textu je ovšem zmíněn i problém s návykovým chováním na školách, kdy pedagogičtí pracovníci zaznamenávají zvyšující se rizikové využívání počítače a internetu (drogy-info.cz, 2017).

Nyní se přesunu k tématům objevujících se v zahraničí. Jako první zde zmíním problematiku v Illinois, kde dochází k nárůstu závislých těhotných. Tím, že tamní matky užili návykové látky v těhotenství, zaznamenali v Illinois v roce 2016 391 novorozenců s takzvaným novorozeneckým abstinčním syndromem (SCHORSCH, 2018).

Léčba závislých matek v těhotenství je komplikovaná. Matky často nevyhledají pomoc, za svůj aktuální stav se stydí. Navíc, je-li matka závislá na heroinu, léčba pomocí metadonové substance během těhotenství je velmi riziková a mohlo by dojít k potratu plodu (SCHORSCH, 2018).

Autor textu uvádí, že nemocnice v Illinois nejsou zatím na práci s takovými dětmi připraveny. Personál také mnohdy nedokáže rozpoznat příznaky novorozeneckého abstinčního syndromu. Několik zdravotnických zařízení ovšem zkouší různé metody,

nejčastěji formou pozorování, pro zkvalitnění jejich péče. V takových zařízeních zkoušejí zmíněné děti pozorovat separovaně od matek nebo naopak zkoušejí, jak se promění příznaky syndromu, pokud budou děti v co nejintenzivnějším kontaktu se svou matkou (SCHORSCH, 2018).

Autor popisuje typické příznaky novorozeneckého abstinčního syndromu u jednoho z dětí. „Druhou noc byl již na ústupu koktejl metadonu a heroinu, které jeho matka užívala během těhotenství, stejně jako metadonovou léčbu, na kterou spoléhala. Svůj první týden strávil odvykáním od drog. „Najednou zčervenal“, řekla jeho matka LaTanya Halliburton, 34 let. Sedí v herničce, zatímco Zambian pije z láhve centra West Loop’s Haymarket, v jednom z mála míst v Illinois, kde můžou být matka a její dítě spolu během léčby závislosti“ (SCHORSCH, 2018, s.1). Autor zde tedy poukazuje na zmíněnou nedostatečnou péči o závislé matky a jejich děti a také na nutnost podporování vztahu mezi takovou matkou a jejím dítětem (SCHORSCH, 2018).

Nyní se přesunu k Indickému výzkumu, kdy se výzkumníci zabývali rodinnou zátěží u závislých na návykových látkách. „Závislá osoba postihuje skoro všechny aspekty rodinného života, například mezilidské a sociální vztahy, volnočasové aktivity a finance. Závislost neustále vyvolává konflikty, negativně ovlivňuje rodinné příslušníky a zatěžuje rodinu“ (SHARMA, 2019, s. 131, přeloženo dle autora).

Cílem tohoto výzkumu tedy bylo zjistit rodinnou zátěž v souvislosti s přítomností osoby závislých na návykových látkách v rodině. Výzkumu se zúčastnilo celkem 150 participantů zahrnujících závislé a jejich primární pečující osoby. Výsledky pak byly rozděleny na objektivní (uvedlo 65,3% účastníků) a subjektivní zátěž (74%), (SHARMA, 2019).

V objektivní zátěži převažovala finanční zátěž (nižší plat, nižší sociální poměry) a již dříve proběhlá léčba závislosti v rodinné historii. V subjektivním zatížení hrálo roli pohlaví primární pečující osoby, kdy závislost vznikala více v rodinách, kde byla primární pečující osobou žena, a taktéž proběhlá léčba v minulosti (SHARMA, 2019, s. 131).

Poslední vybraný výzkum pochází z Turecka, kde se zabývali zneužíváním léku gabapentin, což je lék používaný pro potlačení příznaků epilepsie. Jinak prospěšný lék je zneužíván pro svou návykovost (CÍCEKČÍ, 2017).

Výzkum proběhl u vězňů přijatých do vězeňské léčebny. Tito vězni byli rozděleni na dvě skupiny. První skupina vězňů užívala gabapentin, aniž by jim byla diagnostikována příslušná choroba. Druhá skupina vězňů užívala lék na svou diagnostikovanou chorobu, na kterou měl gabapentin reagovat. Zároveň všichni účastníci byli diagnostikováni jako závislí (CÍCEKČÍ, 2017).

Výsledky byly následující: „Skoro všichni vězni (n=21) užívající gabapentin bez určených indikací (skupina 1) uvedli, že ho používali na svalovou bolest, neuropatickou bolest, poruchy spánku, příznaky úzkosti, pocení, třesot a zvracení z nevolnosti, zatímco ti, kteří užívali gabapentin s diagnostikovanými indikacemi (skupina 2) uvedli, že ho používali kvůli jejich chorobě, jako diabetická neuropatie a epilepsie. U příbuzných těch, kteří užívali gabapentin bez diagnostikované příslušné choroby, bylo zjištěno zneužívání alkoholu ($P < 0.001$). Míra závislosti na návykových látkách (n=10) a zneužívání návykových látek (n=13) byla značně vyšší v první skupině než ve druhé skupině ($P < 0.001$)“ (CÍCEKČÍ, 2017, s. 242, přeloženo dle autora). Dle výsledků vycházejících u vězňů ze skupiny první výzkumníci usoudili, že byl gabapentin zneužíván pro potlačení ovoidního abstinenciho syndromu (CÍCEKČÍ, 2017).

V této podkapitole jsem shrnula aktuální poznatky ohledně závislosti na návykových látkách, shrnula jsem zde aktuální dění v České republice, co se návykových látek týče, a uvedla jsem zde vybrané výzkumy ze světa. Podkapitola dokresluje představu o účincích návykových látek na lidské životy, rodinné příslušníky a celou společnost.

3 DUÁLNÍ DIAGNÓZY

3.1 Specifika léčby duálních diagnóz

Nyní se dostávám k dalšímu tématu této bakalářské práce, a to k tématu duálních diagnóz. V předchozích kapitolách jsem popsala schizofrenii a syndrom závislosti, což jsou dvě nemoci, které se mohou vyskytovat v současně, a tím vzniká duální diagnóza, náročná na diagnostiku a léčbu. V této podkapitole popíšu specifické podrobnosti duálních diagnóz a jejich léčby.

Ve zdrojích uvedených v této práci je shoda v definici duální diagnózy. Jde o specifický druh komorbidity, tedy souběhu dvou psychiatrických nemocí. Evans píše, že duální diagnózou trpí jedinci se syndromem závislosti na návykových látkách a zároveň nějakým druhem psychotického onemocnění, poruchami afektu nebo poruchou osobnosti (EVANS, 2012, vlastní překlad).

„Pojem „duální diagnóza“ je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, jíž se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta“ (KALINA, 2015).

Podobnou definici uvádí i Kremláčová. „Pojmem duální diagnóza (komorbidita) označujeme stav, kdy má klient diagnostikované psychiatrické onemocnění a souběžně závislost na alkoholových a nealkoholových drogách, případně patologického hráčství“ (KREMLÁČOVÁ, 2012, s. 2). Zde si lze všimnout, že autorka uvádí jako druhou diagnózu nejen syndrom závislosti, ale i patologické hráčství, čímž se liší od ostatních zmíněných definicí.

Kalina ovšem zdůrazňuje, že problematika duálních diagnóz se týká jen syndromu závislosti na návykových látkách, nikdy ne akutní intoxikace ani škodlivého použití (KALINA, 2015). Obě diagnózy svým charakterem ovlivňují tu druhou, a tím významně ovlivňují léčbu, kdy je vyžadován specifický přístup k pacientům s duální diagnózou (PĚČ aj., 2009).

Komplikace ze strany syndromu závislosti mohou být specifické zhoršením symptomů duševní nemoci vlivem účinků návykové látky. Léčbu syndromu závislosti naopak komplikují samotné symptomy duševní nemoci, kdy pacientovi může například chybět dostatek náhledu a kontaktu s realitou. Souběh dvou závažných onemocnění může pak způsobovat například bezdomovectví, ztrátu sociálních kontaktů či zvýšenou kriminalitu (PĚČ aj., 2009).

Duální diagnóza vzniká čtyřmi různými způsoby. Pokud je primární diagnózou duševní nemoc, může být například příčinou vzniku syndromu závislosti sklon k závislosti na alkoholu, co se týče schizofreniků. U primární diagnózy syndromu závislosti může užívání návykové látky vyvolat latentní duševní nemoc, o čemž jsem hovořila v předchozí kapitole (KREMLÁČOVÁ, 2012).

Existuje také možnost vzniku obou nemocí zároveň, například v adolescenci, kdy je vulnerabilní jedinec náchylný k syndromu závislosti i k další duševní nemoci. Specifickým typem vzniku je případ, kdy obě nemoci propuknou ve stejný čas a obě jsou vyvolány traumatickým zážitkem. Často je takto v kombinaci syndrom závislosti na alkoholu a afektivní poruchy (KREMLÁČOVÁ, 2012).

Uvádění autoři se také shodují na modelech léčby, kdy uvádějí celkem tři způsoby, jak léčit pacienty s duální diagnózou v rámci specializovaných pracovišť. Podle modelu sukcesivního, neboli sekvenčního je léčena doslova jedna diagnóza po té druhé s tím, že záleží na naléhavosti léčby diagnóz. V paralelním modelu jsou obě diagnózy léčeny najednou, ovšem každá v jiném odborném zařízení. Obě diagnózy jsou souběžně léčeny i v prosazovaném integrovaném modelu. Zde jsou ale léčeny v jednom zařízení (KALINA, 2015, KALINA, 2009, KREMLÁČOVÁ, 2012).

Kalina také hovoří o psychotických symptomech typických pro určitý druh návykové látky. Podle tohoto autora se u uživatelů pervitinu objevují tzv. pervitinové psychózy, kdy jedinec trpí paranoidními bludy, pro uživatelů kanaboidů jsou typické kanabisové psychózy podobné simplexnímu typu schizofrenie, u alkoholových psychóz se objevují paranoidní bludy specifické žárlivosti. Nejde ovšem o schizofrenii, protože tyto příznaky by měli odeznít do šesti měsíců (KALINA, 2015).

V této podkapitole jsem narazila na témata týkající se empirické části práce. Z textu výše vyplývá, že integrovaný přístup je zaměřen na komplexní léčbu duálních diagnóz,

respektive hledá přístup k těmto pacientům odlišný od přístupů ke schizofrenikům i k závislým, čemuž může napomoci i nalezení specifických projevů vybraných schizofrenních symptomů u duálních diagnóz. To, že se u pacientů tyto specifické projevy objevují, naznačují i typické toxické psychózy pro uživatele návykových látek. Ve svém výzkumu se budu zabývat otázkou, zdali typické psychotické příznaky odpovídají i schizofrenii.

3.1.1 Aktuality z oblasti léčby duálních diagnóz

Cílem následujícího textu je obohatit podkapitulu týkající se léčby duálních diagnóz o nejnovější poznatky z této oblasti. Jelikož se léčba duálních diagnóz neustále vyvíjí i v souvislosti s reformou psychiatrické péče v České republice, pokládám za vhodné zde tento vývoj zaznamenat a pro porovnání uvést i přehled toho, jak probíhá léčba jinde ve světě.

Nejdříve začnu přehledem léčby duálních diagnóz v České republice. V souvislosti s reformou psychiatrické péče, které se budu věnovat v další podkapitole, se stále více zapojených organizací zabývá otázkou vhodného přístupu ke klientům a pacientům s duální diagnózou. Jednou z takových organizací je i terapeutická komunita Magdaléna. Cíle léčby v této komunitě jsou následující:

- „Zařazení do běžného života ve společnosti se schopností:
- předcházet rizikovým situacím v oblasti závislosti i psychického zdraví a řešit je
- získat a udržet si zaměstnání podle svých možností
- najít a udržet si přiměřené bydlení
- fungovat v rodině
- navazovat zdravé partnerské a přátelské vztahy
- smysluplně trávit volný čas“ (Magdaléna o.p.s., 2019)

Z těchto bodů dle mého soudu vyplývá, že se tedy jedná opět o snahu co nejvíce přiblížit život člověka s duševní nemocí a závislostí na návykových látkách k životu běžnému. Na webu Můj mindset se k léčbě duálních diagnóz staví tak, že je pro úspěšnou léčbu je potřeba především vyřešit svou závislost na návykových látkách (mujmindset.cz, 2019).

„Primárně je nutné vydržet abstinovat od návykových látek, včetně alkoholu. Je nutné vyhledat odbornou pomoc, která se na tuto problematiku specializuje. Je to proto, že kromě samotné abstinence, je nutné adekvátně zaléčit právě psychiatrickou poruchu. Vzhledem k

tomu, že se často jedná již o vybudovanou závislost na návykové látce, je léčba během na dlouhou trať“ (mujmindset.cz, 2019).

Zde se opět objevuje otázka, jaký vhodný přístup k léčbě takových klientů a pacientů zvolit. Zda upřednostnit léčbu jedné z diagnóz, nebo léčit obě diagnózy současně (viz. Podkapitola 3.1). K této problematice zaujímá stanovisko i Andrea Scheansová na svém webu, kdy z textu vyplývá, že primárnost jedné nebo druhé diagnózy není pro léčbu důležitá:

„Co se týče terapeutického přístupu, integruji terapii závislosti a terapii psychóz. Jako efektivní prvky shledávám vytvoření terapeutického vztahu založeného na vřelé komunikaci a zájmu o pacienta, důraz na přátelskou a neformální atmosféru při vedení terapeutického programu, ale rovněž dodržování určité struktury a pravidel účasti a práce ve skupině. Dalo by se říci, že pravidla připomínám, ale neulpívám na nich. Když pacient odmítá spolupráci na nějaké terapeutické technice, motivuji ke spolupráci, vedu ho k tomu, aby překonal překážku a spolupracoval. Případně, aby pojmenoval, co mu brání a našel pro něho bezpečnou rovinu, jak se zapojit. Soustředím se na motivační rozhovory posilující abstinenci, oceňuji úspěchy, upozorňuji na rizika a konfrontuji s následky impulzivního nezodpovědného jednání. Na druhou stranu vyjadřuji porozumění křehkosti psychotické struktury osobnosti a jsem více akceptující při selhání než při práci s lidmi diagnostikovanými pouze závislostí“ (SCHEANSOVÁ, 2013).

V textu výše také Scheansová popisuje svůj integrativní přístup k pacientům s duální diagnózou, kdy každá diagnóza vyžaduje určitý odlišný přístup. Zároveň popisuje techniky práce s takovými pacienty (SCHEANSOVÁ, 2013).

Nyní se z České republiky přesunu k indické publikaci, ve které byly popsány moderní psychoterapeutické přístupy k lidem s duální diagnózou. Nejprve uvedu citaci, ve které je popsáno, co konkrétně je komplikované u duálních diagnóz:

„Vedení pacientů s duální diagnózou (duševní nemoc společně s drogovou závislostí) je výzvou. Nedostatek pokroku v léčbě u obou diagnóz může vést k relapsu. Aktuálně se odborníci přiklánějí k integrovanému přístupu v léčbě obou diagnóz v rámci jednoho týmu profesionálů“ (SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018, s. 494, přeloženo dle autorky).

Odborníci zde dále předkládají několik dalších poznatků ohledně duálních diagnóz. Například, že k užívání návykových látek dochází často ve spojitosti s disociální poruchou

osobnosti, bipolární poruchou, psychotickými poruchami, depresí a úzkostí. Také, že většina závislých má potíže s některou z duševních poruch a většina lidí s duševní poruchou mají nějakou formu závislosti (SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018).

Podle těchto autorů strategie léčby duálních diagnóz všeobecně zahrnuje farmakologickou léčbu a nefarmakologickou léčbu, kam patří léčba psychosociální (například motivační rozhovory, rodinná terapie, individuální psychoterapie), nověji i mindfulness, a somatická léčba (například elektrokonvulzivní terapie či biofeedback), (SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018).

Autoři textu předložili několik psychotherapeutických přístupů vhodných k léčbě duálních diagnóz. Jednou z nich je přístup dle principů integrativní psychoterapie, IGT (Integrated group therapy for bipolar disorder and substance abuse), tedy integrovaná skupinová terapie pro bipolární poruchu a zneužívání návykových látek (SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018).

Podle autorů jsou primárními principy tohoto psychotherapeutického směru „úplná abstinence od drog, dodržování farmakologické léčby, naučit pacienta rozeznávat varovné signály nastupujících příznaků a předcházet tak relapsu, provádět terapii pro prevenci relapsu, stabilizovat náladu a celkově zvýšit kvalitu běžného fungování včetně mezilidských vztahů“ (WEISS in SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018, přeloženo dle autora).

Další dva zmíněné psychotherapeutické směry vycházejí z klasické kognitivně-behaviorální terapie. První je modifikované KBT, které je přizpůsobeno určitých kognitivním limitům u duševního onemocnění a jehož strategií je především prevence relapsu a využití principů motivačních rozhovorů (WEISS in SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018).

„It focuses on a small number of skills. Initially, the skills specific to problem solving and social skills are taught. Later on, they are informed about craving and triggers for substance use“ (WEISS in SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018, s. 496).

Podle autorů se v rámci modifikovaného KBT odborníci soustředí na menší množství dovedností specifických pro orientaci ve společnosti a řešení problémů. Následně terapeut informuje pacienty o bažení (craving) a spouštěčech užívání návykových látek (WEISS in SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018, s. 496).

Tím druhým je Dialektická behaviorální terapie (DBT), vytvořena Marschou M. Linehan, původně přizpůsobena pro klienty se suicidálními sklony (KOERNER a DIMEFF, 2007, s. 1). „Dialektická behaviorální terapie (DBT) je metoda vyvinutá na základě práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Vychází z klasické kognitivně-behaviorální terapie, přičemž je důraz kladen na nácvik zvládnání stresových situací, vztahových interakcí, emočního prožívání a plného sebeuvědomování. Věnuje se zejména úsilí o sebezpřijetí samotného klienta. Dialektika zde spočívá v nabourávání černobílého dvoupólového schématu vnímání reality a rozšiřování úhlů pohledu i způsobů prožívání a reakcí na životní situace“ (Magdaléna o.p.s., 2019)

Pro účely léčby duálních diagnóz jsou také modifikovány motivační rozhovory, opět adaptováno pro kognitivní specifika lidí s duševním onemocněním a nižší míru motivace (Modified MET). Dále se u duálních diagnóz zakládají sebepomáhající skupiny, například Double Trouble in recovery, vytvořené speciálně pro duální diagnózy. Také existuje přístup Dual Recovery Therapy, který kombinuje několik přístupů pro lidi s duševním onemocněním a pro lidi závislé na návykových látkách (WEISS in SUBODH, SHARMA, SHAH, 2018).

Podkapitola splnila svůj účel tím, že zde byly zmíněny konkrétní strategie pro léčbu duálních diagnóz. Byly zde zmíněny poznatky z České republiky a díky přehledné indické publikaci i ze světa. Podkapitola může sloužit jako určitý přehled léčby duálních diagnóz. Jak vypadá konkrétní práce s takovými pacienty a klienty bude zaznamenáno v empirické části.

3.1.2 Reforma psychiatrické péče

V nadřazené podkapitole jsem zmínila nutnost nalezení specifického přístupu v léčbě duálních diagnóz. Odborníci si v rámci probíhající reformy psychiatrické péče v České republice kladou mimo jiné za cíl zvýšení kvality poskytování psychiatrické péče, což vytváří podmínky právě pro hledání tohoto specifického přístupu. Z toho důvodu jsem se rozhodla následující odstavce věnovat zmíněné reformě psychiatrické péče.

V roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví České republiky vytvořilo Strategii reformy psychiatrické péče, čímž reaguje na zastaralý systém poskytování psychiatrické péče v České

republice. Odborníci podílející se na reformě se shodují v názoru, že se zejména lůžková psychiatrická péče od devadesátých let příliš nevyvíjí, chybí provázanost poskytovaných služeb a psychiatrická péče je financována velmi nestabilně (TŘEŠŇÁK, 2014, MZČR, 2013, WINKLER, 2013).

„Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má tudíž z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče“ (MZČR, 2013). Komunitní psychiatrické péče je jedním z cílů, kterého chtějí odborníci dosáhnout. Uvádějí, že tento druh péče již poměrně dobře funguje u léčby drogově závislých (MZČR, 2013).

Reforma psychiatrické péče má do roku 2023 přinést zlepšení kvality života uživatelů psychiatrické péče a celkové zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Proto byly stanoveny čtyři základní pilíře, které prolínají všechny cíle reformy, tedy organizace, legislativa, finance a edukace (MZČR, 2013).

Ministerstvo stanovilo sedm strategických cílů, kterých je třeba dosáhnout konkrétními opatřeními. Jedná se o zvýšení kvality poskytování psychiatrické péče systémovou změnou. Toho lze dle Ministerstva zdravotnictví dosáhnout zakládáním tzv. Center duševního zdraví, které budou koncentrovat co nejvíce potřebných služeb pro uživatele psychiatrické péče, a stabilizací financování péče (MZČR, 2013).

Druhým cílem je destigmatizace duševně nemocných. Ministerstvo chce snížit stigmatizaci uživatelů psychiatrické péče tím, že budou podpořeny edukační programy pro odbornou i laickou veřejnost. Vzděláváním chtějí odborníci také zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytováním psychiatrické péče (MZČR, 2013).

Uplatněním konsiliárních týmů na klinických pracovištích se má zefektivnit psychiatrická péče včasnou diagnostikou. Jako pátý cíl je stanoveno plnohodnotné začlenění pacientů do společnosti, k čemuž má přispět zavedení Center duševního zdraví, rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče a zavedením vyšší provázanosti služeb zdravotních, sociálních, návazných a dalších (MZČR, 2013).

Samotná provázanost těchto služeb je i šestým strategickým cílem, kdy mají jednotlivé organizace efektivně spolupracovat. Posledním, sedmým strategickým cílem je

humanizace psychiatrické péče, k čemuž mají přispět již zmiňovaná Centra duševního zdraví, redukce lůžkových oddělení a stabilizace financování (MZČR, 2013).

Nyní jsem uvedla základní koncepty Strategie reformy psychiatrické péče v České republice. Jak jsem již zmínila v úvodu této podkapitoly, reforma může vytvořit vhodné podmínky pro nový způsob léčby duálních diagnóz, což vyplývá i ze strategických cílů, které jsem popsala výše.

Nyní pro účel přehledu o aktuálním dění na poli reformy psychiatrické péče uvedu, jak vypadá situace nyní, tedy od roku 2017. Takto o současném stavu reformy hovoří Mohr ve Zdravotnických novinách:

„O reformě se nejen hovoří, ale také se na ní usilovně pracuje a nutno přiznat, že konečně po dlouhých letech debat a odkladů začínají být viditelné i první konkrétní kroky – spouští se pilotní projekt center duševního zdraví, rozšířených ambulancí, rozbíhají se projekty deinstitucionalizace, destigmatizace. Reforma psychiatrické péče už stojí na solidních základech, její myšlenku si bere za své i každé nové vedení ministerstva, takže snad nebude nutné začínat po každých volbách nebo personálním zemětřesení v čele resortu od nuly. Asi bych nehovořil o stagnaci, spíš o určité frustraci z toho, že se věci nehýbou tak rychle, jak bychom si přáli“ (MOHR, 2018, s. 5).

Kromě konkrétních kroků a programů pro plnění cílů reformy hovoří Protopopová v dalším článku Zdravotnických novin a velkém posunu v oblasti financování programů reformy. V roce 2017 proběhla výrazná pomoc ve formě dojednání financování projektů pomocí ESIF (Evropské strukturální a investiční fondy), konkrétně pomocí programů OPZ (Operační program zaměstnanosti) a IROP (Integrovaný regionální operační program), (PROTOPOPOVÁ, 2018, s. 6).

Jsou financovány projekty Ministerstva zdravotnictví ČR, tedy Podpora vzniku center duševního zdraví I, II a III, Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné, Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné a Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným. Také je podpořen projekt Ústavu zdravotnických informací a statistiky, a to Analytická a datová podpora reformy psychiatrické péče. V neposlední řadě pak projekty Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) – Včasná detekce a včasná intervence a Destigmatizace lidí s dušením onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče (PROTOPOPOVÁ, 2018, s. 6, 7).

Reformu psychiatrické péče v České republice považují za velmi důležitou v rámci léčby duálních diagnóz, protože by mělo docházet k naplnění stanovených cílů reformy, a tím zkvalitnit péči o duševně nemocné, tedy i o lidi s duální diagnózou. Konkrétní vybrané organizace zapojené do reformy psychiatrické péče budou uvedeny v podkapitole 3.3.

3.2 Aktuální vybrané výzkumy v oblasti duálních diagnóz

V předposlední podkapitole teoretické části této práce vyberu několik zahraničních výzkumů, které proběhly na poli duálních diagnóz a schizofrenie. Výzkumy se týkají léčby, vlivu drog či vzniku obou onemocnění, a tudíž navazují na předešlý text.

Jako první jsem zvolila výzkum z roku 2014, který proběhl v Londýně v rámci organizací Department of Psychiatry a Institute of Psychiatry a jehož autoři jsou Khodayar Shahriyarmolki a Tim Meynen. Výzkumníci hledali chybějící prvek léčby duševní nemoci u pacientů s duální diagnózou v komunitách pro drogově závislé. Jejich předpokladem bylo, že není prováděna dostatečná diagnostika a léčba duálních diagnóz ve zmíněných komunitách a v léčebných zařízeních pro léčbu závislosti na alkoholu (SHAHRIYARMOLKI, MEYNEN, 2014).

Výzkumu se zúčastnilo 227 uživatelů léčby syndromu závislosti, kterým výzkumníci nejprve diagnostikovali duální diagnózu a poté zkoumali jejich zdravotní anamnézu, především se zaměřili na osobní historii léčby duševní nemoci. Ukázalo se, že sedmdesát dva procent dotázaných trpělo duální diagnózou, přičemž polovina z nich v době provádění výzkumu nebyla léčena pro duševní nemoc a třicet sedm procent nikdy pro duševní nemoc léčeno nebylo. Autoři tak potvrdili svou domněnku nedostatku v léčbě duálních diagnóz (SHAHRIYARMOLKI, MEYNEN, 2014).

Další výzkum byl proveden v roce 2015 na Psychiatrické klinice v Ankaře v Turecku a byl orientován na výzkum vlivu premorbidní poruchy osobnosti u pacientů s duální diagnózou a se schizofrenií. Cílem výzkumu bylo vysvětlit důvod, proč vzniká syndrom závislosti a následně duální diagnóza. Autoři předpokládali, že na vznik duální diagnózy a schizofrenie má efekt premorbidní osobnost pacienta, konkrétně premorbidní porucha osobnosti (ALTUNSOY, 2015).

Výzkumným vzorkem bylo čtyřicet mužů s duální diagnózou a v kontrolní skupině bylo také čtyřicet mužů, ovšem se schizofrenií. Výzkumníci prováděli se všemi respondenty a jejich rodinnými příslušníky strukturovaný klinický rozhovor vytvořený podle Diagnosticko statistického manuálu v třetí revizi pro diagnostiku premorbidní osobnosti (ALTUNSOY, 2015).

Ve výsledcích vyšlo, že premorbidní poruchu osobnosti mělo osmdesát procent dotázaných pacientů s duální diagnózou a sedmdesát procent dotázaných pacientů se schizofrenií. U pacientů s duální diagnózou se nejčastěji objevovala porucha osobnosti disociální (35% u duální diagnózy, 0% u schizofrenie) a hraniční (37,5% u duální diagnózy, 5% u schizofrenie), zatímco u pacientů se schizofrenií převažovala porucha osobnosti vyhubavá čili anxiózní (10% u duální diagnózy, 35% u schizofrenie) a anankastická neboli obsesivně-kompulzivní (0% u duální diagnózy, 15% u schizofrenie), (ALTUNSOY, 2015).

„Schizophrenic patients with substance use comorbidity variously differ from those without comorbidity and some of these differences may be associated with premorbid personality disorders“ (ALTUNSOY, 2015). V závěru autoři shrnují výsledky tím, že poukážou na rozdíl mezi pacienty se schizofrenií a s duální diagnózou, jehož příčinou může být právě porucha osobnosti před projevením nemoci (ALTUNSOY, 2015).

Předpokladem posledního výzkumu byl vliv marihuany na vznik psychózy. Výzkum byl zveřejněn v časopise *Canadian Journal of Psychiatry* a autoři Louisa Degenhardt, Wayne Hall si kladli za cíl zjištění, zdali užívání marihuany způsobuje schizofrenii u vulnerabilních adolescentů a mladých dospělých (DEGENHARDT, 2006).

Byla provedena longitudiální studie v rámci pěti zemí pro zjištění potenciálních souvislostí mezi užíváním marihuany a vznikem schizofrenie. Výzkum byl doplněn také kontrolní studií pro zjištění vlivu užívání jiných drog či osobnostních předpokladů na vznik schizofrenie. Výsledkem bylo potvrzení předpokladu, kdy užívání marihuany skutečně spustilo schizofrenii u účastníků výzkumu, kteří byli vulnerabilní, a to díky osobnostním předpokladům, například kvůli dřívějšímu výskytu schizofrenie v rodině (DEGENHARDT, 2006).

Přehled výzkumů z oblasti duálních diagnóz doplňují o novější výzkumy, konkrétně ne starší než z roku 2016. První z nich se týkal kvality života, konkrétně srovnání aspektů kvality života s komorbiditou se zaměřením na zdravotní stránku (DAIGRE, 2017, s. 3201).

Do výzkumu bylo zahrnuto 1276 lidí závislých na návykových látkách, u nichž pak byla zjišťována komorbidita s duševní nemocí pro eventuální diagnostiku duálních diagnóz. Kvalita jejich života pak byla zjišťována pomocí dotazníku Short-Form 36 (SF – 36), (DAIGRE, 2017, s. 3201).

Ve výsledcích měli všichni závislí jedinci sníženou kvalitu života zejména v duševní rovině (v průměru 36,1), fyzická rovina byla v průměru o něco vyšší (47,7). Pokud byla u participantů snížena fyzická kvalita života, dělo se tak v souvislosti s jejich zdravotním stavem, věkem, ženským pohlavím či depresivní a úzkostnou poruchou (DAIGRE, 2017, s. 3201).

Naopak snížená mentální kvalita života byla dávana do souvislosti především s depresivní poruchou, jakoukoli poruchou osobnosti, ADHD, úzkostnou poruchou či sebevražednými myšlenkami (DAIGRE, 2017, s. 3201).

Výzkum byl dle mého názoru přínosný v tom, že poukázal na snížení kvality života zapříčiněné duševní nemocí doprovázející závislost. Opět se zde objevuje snaha přiblížit takto nemocného člověka běžnému a kvalitnímu životu.

V USA proběhl v roce 2016 experiment, kde se výzkumníci zaměřili na proměnu profesionálního přístupu k lidem s duální diagnózou. Zde se autor textu odkazuje na to, že si pomáhající profesionálové často neví rady s takovými pacienty a klienty.

„Podle studií mají profesionálové v oblasti duševního zdraví kontraproduktivní postoje vůči pacientům s duševní nemocí v kombinaci s poruchami zapříčiněnými užíváním návykových látek (duální diagnóza). Je to problematické z toho důvodu, že postoje profesionálů jsou důležité pro terapeutický vztah a výsledek léčby” (PINDERUP, 2016, s. 53, přeloženo dle autora).

Dle Shawa se profesionální přístup skládá ze tří předpokladů: adekvátnost (role adequacy), legitimita (role legitimacy) a podpora (role support), kdy adekvátnost zahrnuje rozsah znalostí a zkušeností, legitimita pak míru využití například znalostí práva v práci s klientem a podpora znamená využití spolupráce s kolegy a sdílení zkušeností (SHAW in PINDERUP, 2016, s. 54).

„Přítomnost těchto tří faktorů zase zvyšuje další faktory: jejich motivaci pro práci s pacienty s duální diagnózou, jejich očekávání, že budou spokojeni při práci s takovou

skupinou pacientů a jejich sebevědomí“ (SHAW in PINDERUP, 2016, s. 54, přeloženo dle autora).

Cílem experimentu bylo zjistit, jestli se postoje profesionálů změnilo po absolvování třináctidenního výcviku zaměřeného na práci s duální diagnózou. Tento výcvik byl zároveň součástí velkého programu na zkvalitnění služeb pro pacienty s duální diagnózou). Participanti vyplnili dotazník (Comorbidity Problems Perceptions Questionnaire) před zahájením a po absolvování výcviku. Mezi nimi byli profesionálové s odlišným profesním pozadím, tedy psychologové, sociální pracovníci, lékaři či zdravotní sestry. Výcvik probíhal během deseti měsíců v rámci 13 celodenních workshopů. Hlavními tématy byla diagnostika, kognitivní terapie, motivační rozhovory nebo farmakologická léčba (PINDERUP, 2016, s. 55).

Ve výsledku 95% účastníků změnilo své postoje vůči pacientům s duální diagnózou do kladných hodnot, zvýšily se výsledky ve všech dotazovaných oblastech (adequacy (adekvátnost), legitimacy (legitimita), support (podpora), motivation (motivace), self-esteem (sebevědomí), work satisfaction (spokojenost s prací)). Limitem tohoto výzkumu byl ovšem fakt, že pouze dvacet jedna účastníků ze čtyřiceti dokončili oba dotazníky před a po výcviku. Ostatní vyplnili dotazník pouze jednou (PINDERUP, 2016, s. 55 – 58). Přesto považuji tento výzkum za přínosný, protože nabízí efektivní řešení problematiky duálních diagnóz, a to formou specializovaného výcviku.

Podkapitolu jsem doplnila o dva nové výzkumy, které doplňují výše sepsané informace a dokreslují celkový obraz o situaci v léčbě duálních diagnóz. K těmto výzkumům se vrátím v rámci diskuze této práce.

3.3 Konkrétní organizace pro léčbu duálních diagnóz

Poslední podkapitolu věnuji konkrétním vybraným organizacím, zabývajícím se nejen otázkou lidí s duální diagnózou, ale aktivně se zapojujícím do české reformy psychiatrické péče.

Jako první nelze nezmínit Psychiatrickou nemocnici Bohnice, kde bylo založeno oddělení 16, specializované pro pacienty s duální diagnózou (www.bohnice.cz). V Bohnicích

bylo založeno i Centrum duševního zdraví pro Prahu 8, a to ve spolupráci s nemocnicí a organizací Fokus – Praha (www.cdz8.cz, 2017).

Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 splňuje cíle reformy psychiatrické péče a nabízí svým klientům ambulantní i terénní péči. Podmínkou přijetí do jejich služeb je v první řadě bydliště na Praze 8, dále pak:

- „jste dospělá osoba se závažným duševním onemocněním
- se stanovenou diagnózou ze skupin: F20-F29 (Schizofrenie a Poruchy s bludy)
- F30-F39 (Poruchy nálady) nebo
- F42 (Obsedantně-kompulzivní porucha)
- máte tzv. duální diagnózu (kombinace závažného duševního onemocnění a závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách)
- jste člověk s první zkušeností s psychotickým onemocněním
- jste rodinný příslušník nebo blízký takového člověka“ (www.cdz8.cz, 2017).

Jejich služeb také může využít člověk, který má svou první zkušenost s duševním onemocněním (www.cdz8.cz, 2017).

Byla zde zmíněna organizace Fokus Praha, z.ú., jakožto zřizovatel Centra duševního zdraví pro Prahu 8. Jedná se o jednu z nejstarších českých neziskových organizací se vznikem v roce 1990 a nabízí kompletní sociální a zdravotnické služby pro lidi s duševním onemocněním, zahrnující i krizovou pomoc, chráněné bydlení či psychoterapii. Fokus také poskytuje klientům práci v rámci sociálního podnikání, tím řeší otázku problematického zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Jejich sociálními podniky jsou například Jůnův statek nebo Prádelna u Mendelíků. Mimo přímou pomoc klientům pořádá Fokus i vzdělávací akce pro odborníky v oblasti duševního zdraví (www.fokus-praha.cz).

Jako poslední, ale neméně důležitou, bych chtěla zmínit organizaci Bona, o.p.s. Tato organizace poskytuje služby chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení, včetně sociální rehabilitace, kdy jsou někteří klienti zaměstnáváni v rámci výrobních dílen (www.bona-ops.cz). Samozřejmostí efektivní péče je i spolupráce mezi organizacemi, a tedy všechny zmíněné organizace spolu kooperují.

Touto podkapitolou uzavírám celou teoretickou část této práce. Přínosem podkapitoly je uvedení příkladů několika organizací, kde je léčba duálních diagnóz úspěšně prováděna a kde také probíhá reforma psychiatrické péče s naplňováním stanovených cílů.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Metodologie výzkumu

Nyní se dostávám k výzkumnému projektu, který byl zvolen na základě teoretických poznatků obsažených v předchozích kapitolách této práce. Zároveň tímto výzkumným projektem navazuji na svou bakalářskou práci s názvem Vybrané příznaky schizofrenie u osob s duální diagnózou a u osob s paranoidní schizofrenií, navazuji i na stejnojmenný výzkumný projekt v práci obsažený.

Výzkumný projekt se nazývá Specifika práce s lidmi s duální diagnózou, což je téma přímo související s právě probíhající reformou psychiatrické péče, je to také téma blízké oblasti klinické psychologie a psychopatologie. Toto téma jsem zvolila z důvodu jeho aktuálnosti, neboť systém péče o pacienty a klienty s duální diagnózou se stále rozvíjí. Tím navazuji i na bakalářskou práci. Zprvce od doby vydání bakalářské práce uplynuly tři roky a systém péče pro tyto lidi se posunul vpřed, zadruhé bylo mým záměrem prozkoumat práci s lidmi s duální diagnózou z pohledu odborníků, tedy opačně, než tomu bylo v bakalářské práci, kdy jsem pomocí výzkumu prozkoumávala a porovnávala vnitřní prožívání lidí trpících duální diagnózou a schizofrenií.

Cílovou skupinou tedy byli zvoleni odborníci napříč profesemi i zařízeními, z důvodu zajištění variabilních názorů a zkušeností na zvolenou problematiku. Cílem výzkumného projektu bylo zjistit, jaká specifika s sebou nese práce s lidmi s duální diagnózou. K tomu byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Otázky jsem přizpůsobovala konkrétním rozhovorům, avšak následující otázky byly předem připraveny a také byly nejčastěji pokládány:

1. Jak dlouho pracujete s klienty/pacienty s duální diagnózou?
2. Vyprávějte mi, jak jste se v pracovním životě dostal/a až sem.
3. Co vás na cílové skupině pacientů/klientů s duální diagnózou nejvíce zajímá?
4. Co je podle vás potřeba pro práci s pacienty/klienty s duální diagnózou?
5. Jaké situace se při práci s těmito lidmi nejvíce opakují?
6. Co je podle vás na této práci nejlepší, co naopak nejtěžší?
7. Jaký je váš nejsilnější zážitek z práce s těmito lidmi?

8. Jak vnímáte reformu psychiatrické péče v souvislosti s léčbou duálních diagnóz?
9. Jak se z vašeho pohledu proměnila práce s pacienty/klienty s duální diagnózou od doby, co jste s nimi začal/a pracovat?
10. Co se vám v poslední době v práci povedlo?
11. Jak vidíte budoucnost léčby duálních diagnóz?
12. Co byste doporučil/a dalším odborníkům na poli duálních diagnóz?
13. Co byste doporučil/a kolegům, kteří začínají pracovat s touto cílovou skupinou?

Všem respondentům byl před začátkem rozhovoru předán informovaný souhlas, díky kterému byla zaručena anonymita rozhovoru, jeho dobrovolnost. Také zaručení, že se nebudu zmiňovat o konkrétním zařízení, ve kterém respondenti pracují, pouze o typu zařízení (například psychiatrická nemocnice, centrum duševního zdraví a podobně). Následně byl rozhovor nahráván a přepsán.

Získané a přepsané rozhovory byly analyzovány pomocí metody tématické analýzy., tedy metody, díky které lze získat detailní vhled na témata obsažená v rozhovoru (BRAUN a CLARKE, 2012). Přepsaný rozhovor byl tedy rozdělen na jednotlivé kódy významné pro výzkum, které následně byly rozděleny do kategorií. Zde už se pak rodila jednotlivá témata rozhovoru specifická pro konkrétní rozhovory. Z kategorií vzešly tedy čtyři až pět témat.

Plánovanými výstupy výzkumu jsou přepsané záznamy rozhovorů s respondenty, kvalitativně zpracovaná data, interpretace dat a odpovědi na hlavní a dílčí výzkumné otázky.

4.1.1 Požadavky na uskutečnění výzkumného projektu

Požadavky na uskutečnění výzkumného projektu lze rozdělit na personální a věcné. Personálními rozumím navázání kontaktu a setkání s respondenty, těmi věcnými jsou pak vytištěný informační souhlas a nahrávací zařízení pro účely rozhovoru.

4.1.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaká jsou specifika v odborné práci s lidmi s duální diagnózou?

Dále byly položeny také dílčí výzkumné otázky:

Dílčí výzkumná otázka 1: Jak se liší popisovaná specifika v návaznosti na typ zařízení, ve kterém respondent pracuje?

Dílčí výzkumná otázka 2: Jaké osobnostní či odborné předpoklady považují respondenti za důležité pro práci s lidmi s duální diagnózou?

Dílčí výzkumná otázka 3: Jaké pracovní postupy respondenti používají/doporučují pro práci s lidmi s duální diagnózou?

Dílčí výzkumná otázka 4: Jak respondenti vnímají vliv reformy psychiatrické péče v souvislosti s léčbou duálních diagnóz?

Dílčí výzkumná otázka 5: Jak vnímají respondenti dostupnost odborné péče pro lidi s duální diagnózou?

Všechny tyto otázky, hlavní i dílčí, budou zodpovězeny při následné interpretaci získaných dat.

4.2 Porozumění tématu výzkumu

Zvolit téma tohoto výzkumného projektu mě donutila praxe z oblasti léčby duálních diagnóz, kdy jsem se díky studentským stážím začala o problematiku duálních diagnóz zajímat. Začala jsem tedy čerpat i teoretické poznatky, kdy se i v souvislosti s praxí začalo objevovat téma reformy psychiatrické péče.

Již při psaní bakalářské práce byla reforma psychiatrické péče jedním z hlavních témat, tehdy ještě v začátcích. Nyní se blíží plánovaný vrchol reformy a mým záměrem bylo prozkoumat, jak se péče v oblasti duálních diagnóz proměnila. Své osobní poznatky a dojmy chci tedy porovnat s odborníky, kteří se s touto problematikou setkávají každý den.

Probíhající reforma psychiatrické péče ovšem není jediným předmětem výzkumu. Jsou jím i postupy při práci s lidmi trpícími duální diagnózou, neboť to považuji stále za

jedno z aktuálních témat v oblasti psychiatrické péče. Při tvoření bakalářské práce před třemi lety byla péče pro osoby s duální diagnózou ve fázi vymýšlení nových metodik a postupů a již tehdy mnoho odborníků uvádělo jako problém, že duálních diagnóz přibývá. Tento problém přetrvává dodnes.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumu bylo zařazeno 6 respondentů, tři muži a tři ženy. Byly vybíráni podle zaměření organizace, ve které pracují a podle své profese. Co se tedy týče profesí, výzkumu se zúčastnil peer konzultant, dva psychologové ve zdravotnictví, sociální pracovníce působící taktéž jako psychoterapeuka, adiktoložka a sociální pracovník. Mezi zařízení, ve kterých respondenti aktuálně působí, patří nezisková organizace (služba chráněného bydlení), psychiatrické nemocnice, doléčovací centrum, centrum duševního zdraví a kontaktní centrum.

4.4 Analýza získaných dat

Respondent 1

Pohlaví: muž

Zaměstnání: peer konzultant

Délka práce s lidmi s duální diagnózou: tři roky

Typ zařízení: Nezisková organizace, sociální služba Chráněné bydlení

Témata rozhovoru:

1. ZKUŠENOST S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A ZÁVISLOSTÍ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Respondent má za sebou studium na Vysoké škole ekonomické, kterou dokončil v roce 2004. Vystřídal několik variabilních zaměstnání, má například zkušenosti s vedoucími pozicemi, s prací na úřadě i například v automyčce, pracoval také v zahraničí. Kvůli osobní (narození dítěte a zodpovědnost za něj) i profesní vytíženosti začal mít psychické problémy, ke kterým patřily úzkostné stavy, deprese, nedostatek pozornosti, abulie či suiciální myšlenky. Tento psychický stav vygradoval až k halucinacím. Měl také zkušenosti se

zneužíváním návykových látek, ke kterým patřil alkohol, marihuana či kokain, což mimo jiné přisuzuje životu muzikanta, díky kterému se pohyboval v okruhu lidí tolerantních k užívání návykových látek.

“já jsem měl takový stavy v těch úzkostech, že já jsem nebyl schopnej fungovat v práci”.

Dle respondentových slov si začal tvořit svůj vlastní svět, až se u něj začaly projevovat halucinace. Nejsilnější zážitek byl pro něj ve chvíli, kdy si po neshodách s kolegou začal představovat, že ho zabije, konkrétně rozseká mečem. O den později mu tentýž kolega vyprávěl o případu, kdy byla zavražděna žena. Respondent sám vyhledal odbornou pomoc s tím, že se svým psychickým zdravím musí něco udělat. Jeho motivací také bylo mít smysluplnou práci, kterou bude psychicky zvládat a zároveň bude pomáhat ostatním. Díky této motivaci se dostal k práci peer konzultanta.

“on druhý den ke mně přišel a na mě promluvil „viděl jsi ve zprávách na Nově, jak někdo rozsekal nějakou holku mečem?“ A v tu chvíli jsem si řekl, to je prostě... že s tím musím něco dělat. Takže jsem vyhledal odbornou pomoc”.

2. UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V PROCESU LÉČBY

Respondent si chválí a zároveň doporučuje svůj nynější životní styl, v rámci něhož se straňuje všech návykových látek včetně kofeinu a tabáku, výrazně změnil svou životosprávu, začal více sportovat a chodit do přírody. Nediví se ovšem, že pacienti tíhnou k návykovým látkám jako je zmíněný kofein a tabák. Vinu vidí ve vedlejších účincích psychofarmak, kdy jsou pacienti velmi často psychicky utlumení a dělá jim potíže i vstávat z postele.

“to je lék, když jsem ho viděl... já jsem ho sám neměl, ale po šesti dnech vstát je skoro nemožný. Ten spánek vám nic nedá. Totálně unavený, už od rána jsou úplně vyřízený. Tak co to je za život”.

Tématem v rozhovoru byly i účinky samotných drog na komunikaci se závislým pacientem. Zde vidí rozdíl mezi pacienty s duální diagnózou a s duševní poruchou bez závislosti. Zatímco duševně nemocní pacienti bez závislosti jsou často velmi uzavření a bázliví. Přítomnost drog v anamnéze způsobuje dle respondenta veselejší náladu a rychlejší psychomotorické tempo. Práci s takovými pacienty respondent vnímá jako zábavnou.

“Když je člověk jenom na nějaký psychický medikaci a má strach a je takovej utlumenej a bojácnej, tak musíte být opatrnější, pomalejší. A ty lidi s tou duální diagnózou jsou většinou akčnější”.

Co se týče užívání návykových látek během účasti v programu organizace, existují pravidla, kterými se pracovníci i klienti musí řídit, a to, že se klient nemůže účastnit programu pod vlivem návykové látky. Nebezpečí přítomnosti návykové látky mezi klienty tkví také v možnosti ovlivnění ostatních klientů. Organizace má pravomoc při podezření na přítomnost návykových látek tuto skutečnost testovat. Zároveň respondent uvedl, že občas nelze rozeznat, jestli je klient pod vlivem drog a dává za příklad svou zkušenost s klientem, který pravidelně docházel na skupinu pod vlivem návykových látek a nikdo to dlouhou dobu nepoznal.

“Prostě když se snaží člověk abstinovat od pervitinu a soused nebo člověk na pokoji k němu přijde sjetej, tak to je nepříjemný”.

3. PRÁCE PEER KONZULTANTA

V současné době respondent pracuje na pozici peer konzultanta, práce naplňuje jeho očekávání, i přes občasnou frustraci. Zejména si váží možnosti projevit vlastní kreativitu a možnosti realizovat své vlastní nápady. V rámci své práce vedl terapeutickou skupinu zaměřenou na zotavení, se kterou se mimo jiné i věnoval umění, kdy pravidelně navštěvovali umělecké galerie.

“chodíme na Kampu, pravidelně do galerie hlavního města Prahy, u Kamennýho zvonu, do galerie Kooperativy, tam jsou krásný díla”.

Samotnou práci peer konzultanta vnímá jako smysluplnou s možností realizace lidí s psychickými potížemi a nabídnout svým klientům ukázkou toho, že lze bojovat s podobnými potížemi. Pokud se ovšem peer konzultant po vlastní prodělané léčbě závislosti na návykových látkách rozhodne pracovat také se závislými, měl by tak, dle respondenta, učinit až poté, co si sám opravdu vyřeší svou záležitost s drogami. Respondentovi prý například ze začátku dělalo potíže pracovat s klienty s duální diagnózou. Po konzultaci ohledně drog mu nebyvalo dobře. Tímto v současné době již netrpí.

“Stejně se říká, že pečeři by měli pracovat se závislejma až po svojí závislosti, třeba pět let, nebo po problémech”.

4. VLASTNÍ PRÁCE S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Součástí terapeutické skupiny, kterou respondent vedl, byl i klient s duální diagnózou, kterého respondent považuje za jednoho z neaktivnějších ve skupině. Tento klient vyjádřil své myšlenky tak, že napsal vlastní komixový příběh, v němž ho celá skupina podporovala a měli dle respondentových slov upřímnou radost z toho, že své umělecké dílo dokončil. Byl to jeho způsob jak sdělit okolí své bolestivé pocity

“To byl jeden z neaktivnějších lidí, příjemnej, veselej, sice občas takovej skeptickéj a pesimistickej, ale většinou to byl jeden z neaktivnějších a nejveselejších klientů”.

Na práci s klienty s duální diagnózou si respondent cení především možnosti vzájemné výměny zkušeností, kdy si mimo jiné může i on sám uvědomit či vyřešit své záležitosti a nejistoty, protože má také zkušenosti s duševním onemocněním i závislostí na návykových látkách. Respondent popsal, že mu při práci s klienty s duální diagnózou bylo občas špatně, podobně jako po užití návykové látky. V současné době už mu to tolik nevádí a při práci s takovými klienty se i ujišťuje v tom, že podobné stavy již nechce zažívat.

“Tak mi třeba někdy bylo blbě jako kdybych se sjel. Ted' už mi to tak nevádí, když jsem delší dobu od toho užívání”.

Respondent zdůrazňuje, že je potřeba si při práci s těmito klienty hlídat hranice vztahu. Zejména u závislostní problematiky je prý potřeba určitá přísnost. Občas se může objevit tendence mluvit s klientem na úrovni vztahu kamarádkého (myšleno tak, že obě strany vědí, jaké to je být pod vlivem drog).

“ komplikace jsou asi v tom udržení těch hranic, jakože nebavím se jako pod vlivem”.

Respondent také zmiňuje moderní pojetí duálních diagnóz, kdy se předpokládá, že každý závislý má psychické potíže. Podle tohoto předpokladu, pokud se někdo uchýlí k návykovým látkám, je to z důvodu toho, že není psychicky zcela v pořádku. Pro práci s klienty s duální diagnózou je dle respondenta zapotřebí především trpělivost, kdy nelze předpokládat, že se za krátkou dobu objeví úspěchy. Za velmi užitečné také považuje pomoci

člověku k aktivnímu tvoření a vytváření hodnot, díky kterým má klient či pacient pocit smysluplnosti, například formou umění.

“Něco pomáhám tomu světu vytvořit. dávám hodnotu nějakou. Můžu si sám sebe vážit, tím se mi zvýší sebevědomí”.

5. PODNĚTY PRO ZLEPŠENÍ V SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

V rámci reformy psychiatrické péče přišel respondent s návrhem na pobytové služby pro závislé (či klienty s duální diagnózou) bez nutnosti abstinence. Přínosy vidí ve snížení kriminality a nákladů státu spojených s životem závislých na ulicích bez domova. Bere si příklad ze zahraničí, kdy závislí v takovém zařízení dokonce sníží dávky návykové látky.

“Bylo by to i levnější postavit dům, nechat tam bydlet feťáky, který jsou na ulici, takže se tím sníží náklady na policii, krádeže, nemocnost se sníží a dokonce během jednoho dne, co bylo zavedeno tohle opatření, se snížilo množství užívaných látek”.

Klienti by v takové pobytové službě měli slušné zázemí, možnost se v rámci komunity starat o své bydlení, to vše pod koordinací peer konzultantů, kteří by sami šli příkladem toho, že se klienti mohou úspěšně léčit ze své závislosti.

“Ono to většinou funguje tak, že tam jsou mezi téma lidma peeři. A ty jim pomáhají koordinovat chod tý komunity”.

Respondent by si také přál, aby v budoucnu závislí nebyli bráni jako “špatní lidé” z důvodu užívání drog. Za příklad udává paradox, kdy někteří slavní lidé užívají návykové látky, ale lidé je obdivují, zatímco jiné závislé odsuzují. Také vidí problém v autoritativním přístupu současné psychiatrické péče, kdy může být vyvíjen nátlak na pacienty, což dle respondenta nevede k cílům léčby.

“spousta lidí v showbussinessu, umělců, kteří ty závislosti prostě mají, nebo respektive užívají, a my místo toho, abychom na ně ukazovali “feťák”, tak říkáme “Rolling Stones!!!”.

Shrnutí:

Výstupy rozhovoru s respondentem 1 nabízejí nejen profesní pohled peer konzultanta, ale také člověka, který sám prožil duševní onemocnění i závislost na návykových látkách. Respondent uvedl osobní i objektivní přínosy profese peer konzultanta. Hlavními tématy byly vlastní zážitky z psychickými obtížemi, práce peer konzultanta všeobecně a v souvislosti s léčbou duálních diagnóz a návrhy pro zkvalitnění systému služeb pro psychicky nemocné.

Hlavními přínosy plynoucí z tohoto rozhovoru vidím v nahlédnutí do práce peer konzultanta, který musí čelit podobným problémům, které měl on sám. Respondent nám introspektivně předkládá svůj pohled na práci s klienty s duální diagnózou, která v tomto případě zahrnuje mimo jiné sdílení vlastních zkušeností, potřeba vyrovnat se s vlastními potížemi či motivace klienta k aktivnímu vytváření hodnot, například formou umění.

Také vidím jako velmi cenné podněty ke zkvalitnění služeb pro klienty s duální diagnózou ve formě pobytových služeb pro aktivně užívající, či upozornění na nálepkování závislých a autoritativní přístup současných psychiatrických služeb.

Respondent 2

Pohlaví: žena

Zaměstnání: psycholog

Délka práce s lidmi s duální diagnózou: pět let

Typ zařízení: psychiatrická nemocnice

Témata rozhovoru:

1. SKUPINA PRO PACIENTY S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Respondentka nejdříve pracovala na oddělení závislostí v psychiatrické nemocnici, tedy se závislými na návykových látkách bez diagnostikované duševní nemoci. Vždy ji, dle jejích slov, nejvíce zajímala práce právě s duševně nemocnými. Souběžně s prací v psychiatrické nemocnici začala pracovat s těmito pacienty i v dalším zdravotnickém zařízení,

kde si začala sama i za pomoci kolegů všimnout svého talentu pro spolupráci s lidmi s duální diagnózou.

“Mě ale vždycky zajímala hodně práce s lidmi s psychózou, tak vlastně jsem dlouhodobě usilovala o to, abych mohla v rámci své práce, taky pracovat s lidmi s psychózou”.

Založila tedy terapeutickou skupinu specificky pro pacienty s duální diagnózou, respektive pro pacienty se souběhem závislosti a nemoci z psychotického okruhu. Tato užší specifikace byla z toho důvodu, aby pacienti ve skupině navzájem rozuměli svým potížím a cítili se bezpečně. Na skupinu docházeli klienti ze služby chráněného bydlení, kde byla zavedena určitá pravidla pro docházení na skupinu v intoxikaci (pod hrozbou vyloučení z chráněného bydlení). O tomto pravidlu pacienti předem věděli a povinností respondentky bylo nahlásit na chráněné bydlení, jestliže je jejich klient pod vlivem návykové látky. Ze začátku prý váhala, jestli má tyto skutečnosti opravdu hlásit, ale ze své povinnosti neustoupila.

“Takže když mi tam třeba chtěli dát nějakou poruchu osobnosti, nebo těžký deprese, tak jsem je odmítala. Protože jsem vlastně chtěla, aby to bylo bezpečný prostředí, právě pro ty lidi, kteří mají ty psychotický prožitky”.

Při testování na přítomnost návykových látek ve skupině byla určitá míra tolerance na přítomnost marihuany a alkoholu, a to z důvodu cíle skupiny, aby pacienti sociálně neselhávali. Atmosféru na skupině si respondentka chválí, byla více uvolněná, někdy spíše připomínala klub. Podle respondentky panovaly mezi pacienty přátelské vztahy a většinou neprobíhala příliš “hluboká” psychoterapie. Občas si také všichni společně zorganizovali výlet.

“ted’ navazuju na to, že ten alkohol a ta marihuana byli jakž takž tolerovaný, pokud ten člověk dokázal třeba chodit do chráněný práce, nebo měl tu účast, pokud si prostě plnil svoje povinnosti v životě, tak to nebylo, že jako nesmí”.

V současné době respondentka skupinu již nevede. Z důvodu čím dál vyšších kompetencí na ostatních pracovištích, byli ostatní pracovníci již schopni kvalitně pracovat s klienty s duální diagnózou a bylo problémem skupinu naplnit. Dalším důvodem byla

zvyšující se neschopnost dodržovat stanovená pravidla ze strany pacientů, čímž se skupina stávala nefunkční. Do budoucna si respondentka přeje pracovat s duševně nemocnými, ale ne s duální diagnózou.

“To, že jsem tu skupinu dokázala předat. To jsem ráda, že jsem jí předala. Pro mě bylo hrozně těžký tu skupinu ukončit, zvlášť tu ambulantní”.

2. SPECIFICČNOST PACIENTŮ S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Respondentka v rozhovoru často srovnávala pacienty s duální diagnózou s čistě závislými. Rozdíly viděla například v přístupu k testování na přítomnost návykových látek, kdy se pacienti s duální diagnózou narodil od těch závislých, nemanipulovali, nevymlouvali se a poměrně ochotně test podstoupili, i když věděli, že výsledek bude pozitivní. Dále takové pacienty považuje respondentka za více autentické a vřelé.

“To, co mě tam třeba přišlo zajímavý a jiný, bylo to, že jsem třeba na tý skupině dělala namátkový testy, a třeba stávalo se mi, že ten klient tam třeba přišel, on byl intoxikovaný, on byl ochotný ten test podstoupit”.

Pacienti s duální diagnózou prý neměli tolik problém pojmenovávat věci, tak jak je cítili, například že někdo nechce plně abstinovat. Také si všimla nižších ambicí co se týče uzdravení, nižší motivace. Užívání návykových látek jejím pacientům přivádělo často úlevu od duševní nepohody, i to pak vedlo k nižší motivaci k abstinenci. Z toho důvodu popisuje, že dochází k úspěchu v léčbě jen jednou za čas. Proto může u terapeuta docházet k určité frustraci a je zapotřebí podstupovat supervize. Zároveň si pak respondentka váží každého úspěchu v léčbě u pacientů.

“Samozřejmě nevíme, jak je to nadlouho, ale samozřejmě každý den a každý měsíc se počítá, takže to jsou takový věci, který nečekáte”.

Za dobu vedení skupiny pro pacienty s duální diagnózou se objevila tři úmrtí ve skupině, dvě z důvodu sebevraždy, u jednoho pacienta se důvod smrti nedozvěděla. Sebevraždu respondentka v tomto případě považuje za jediné východisko, které daní pacienti viděli. U těchto pacientů již nezabírala ani psychofarmaka a nemohli se tedy zbavit

psychotických projevů, jako jsou bludy a halucinace. Lidé ve skupině i ona sama tuto událost považuje za něco, co se v práci s touto klientelou může stát.

“To byli lidi, kteří třeba i abstinovali, ale svojí vinou si to psychotický onemocnění zhoršili tím, že do toho tak fetovali, zahnali do takový podoby, že žádný léky nepomáhaly, abstinence nepomáhala a vlastně pořád zažívali ty hodně nepříjemný hlasy a stavy, že spáchali sebevraždu”.

3. ODBORNÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Přístup k pacientům s duální diagnózou vnímá respondentka jako kombinaci přístupů k závislým a duševně nemocným pacientům. Dle slov respondentky je potřeba nakombinovat vřelý přístup s hlídáním si určitých hranic v terapeutickém vztahu. Také je potřeba být jako terapeut autentický a mít své pacienty rád.

“důležitý pro lidi, kteří jednak mají to psychotický onemocnění, ale i pro ty závislosti, je důležitý dokázat být jako terapeut nějakým způsobem autentický”.

Za velmi důležitou považuje edukaci pacientů s duální diagnózou, proto odborníkům, kteří se rozhodnou pracovat na poli duálních diagnóz doporučila naučit se teoretický základ o problematice závislosti, duševních nemocí a duálních diagnóz, aby jej později mohli předat svým pacientům. Za největší prioritu ovšem považuje onen vřelý a autentický přístup, dle jejích slov by měl ten, kdo se s lidmi s duální diagnózou rozhodne pracovat, mít své pacienty svým způsobem rád.

“Takže určitě je nutný těch klientům předat základní fakta o závislosti a to samý i o tom psychotickým onemocnění”.

4. REFORMA PSYCHIATRIE A PROBLEMATIKA SNIŽOVÁNÍ LŮŽEK

V neposlední řadě se respondentka vyjadřovala k probíhající reformě psychiatrické péče v České republice, konkrétně ke snižování hospitalizací. Její názor je, že tato oblast reformy stále neprobíhá, neboť po hospitalizaci chybí navazující služby. Z toho důvodu také založila skupinu pro pacienty s duální diagnózou, protože je nemohla posílat do žádné další

služby. Také je prý velké množství pacientů hospitalizovaných z důvodu toho, že čekají, až budou moci využít navazujících služeb.

“začínala jsem možná v roce 2012, tak tehdy jsem vlastně navrhla otevřít tady ambulanti skupinu, protože jsem ty pacienty, kteří chodili na ten program těch hospitalizovaných, jsem je absolutně neměla kam navazovat dál”.

Naopak si respondentka na reformě psychiatrické péče chválí čím dál vyšší informovanost a častější edukaci veřejnosti. Změny poznala například na adiktologické konferenci. Při návštěvě před zhruba deseti lety jen málokdo znal pojem “duální diagnóza”. Dnes již většina účastníků konference byla schopna o tomto tématu diskutovat. Připisuje to také narůstajícímu rozšíření návykových látek a nárůstu duálních diagnóz.

“ale potom tím, že opravdu byli různý ty projekty financovaný na vzdělávání odborníků pro ty duální diagnózy a stalo se to vlastně tématem populárnějším, třeba i na adiktologický konferenci, kam jsem jezdila”.

Shrnutí:

V tomto rozhovoru lze nahlédnout, jak vypadá práce s pacienty s duální diagnózou v klinickém prostředí, konkrétně v psychiatrické nemocnici, a to ve srovnání s čistě adiktologickou klientelou. Respondentka se často v rozhovoru vracela k jisté specifičnosti této skupiny pacientů, jako je schopnost pojmenovávat skutečnosti tak, jak jsou, nižší míra manipulace či vymlouvání, na druhou stranu nižší ambice a úspěšnost léčby než u závislých pacientů. Zajímavým a novým tématem bylo také vnímání úmrtí v rámci skupiny.

S respondentem 1 se shoduje v přístupu k léčbě duálních diagnóz, kdy oba zmiňují vřelý a vlídný přístup, zároveň nutnost hlídání hranic jak v terapeutickém vztahu, tak v samotné léčbě. K reformě psychiatrické péče se respondentka vyjádřila tak, že zatím nevidí žádné zásadní kroky, i když si chválí všeobecnou informovanost edukaci.

Respondent 3

Pohlaví: žena

Zaměstnání: psychoterapeutka, sociální pracovníce

Délka práce s lidmi s duální diagnózou: osm let

Typ zařízení: doléčovací centrum

Témata rozhovoru:

1. SPECIFICKÝ PROGRAM PRO KLIENTY S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Respondentka má bohaté zkušenosti na poli léčby klientů se závažným duševním onemocněním. Poté co se přesunula k problematice závislostí, využívala své znalosti z léčby duševního onemocnění u klientů s duální diagnózou. Pro tyto klienty byl velmi obtížný klasický program pro závislé a byl pro ně kontraproduktivní. S kolegy sestavili tým a zavedli nový program specializovaný právě pro klienty s duální diagnózou.

“najednou se v komunitě začali objevovat klienti, který měli závislost, ale k tomu měli psychiatrický onemocnění. A kolegové nebyli schopni to řešit a ty lidi propadávali systémem a já jsem vlastně byla schopná s nimi pracovat jiným způsobem”.

Do zařazení do zmíněného programu (přidruženému ke klasické pobytové komunitě) je potřeba náhled na své onemocnění a být soběstačný. Jedná se o doléčovací centrum, i když podle slov respondentky netypické, přizpůsobený dané klientele. Příkladem jsou obvykle dvě individuální terapie v týdnu, nepovinná skupinová setkání, integrovaný přístup, či přístup DBT.

“Nejsme schopni zajistit dvacetičtyřhodinovou péči. Musí to být člověk, kterej má trošku náhled. My bereme lidi, který jsou schopni něco dělat”.

DBT (viz. předchozí kapitoly této práce) popisuje respondentka jako vycházející z klasické kognitivně behaviorální terapie, přizpůsobený ovšem pro jinou klientelu a obohacený například o mindfulness, na které se zaměřují ve svém programu, kdy jednou týdně pořádají mindfulness skupiny. Za další příklad respondentka uvádí například deníkovou kartu jakožto nástroj DBT, do které si klienti každý den zapisují své prožívání. Klasická kognitivně-behaviorální terapie je dle jejich zkušeností příliš náročné pro pacienty s duální diagnózou.

“Tam máme i DBT, který teď dělá i pro klienty s duální diagnózou, a je specifickéj v tom, že je to jako škola a je to modulovaný program, kde se učí s emoce, učí se mindfulness, tady a teď”.

Respondentka ke konci rozhovoru zmínila úspěchy programu, kdy jej úspěšně dokončilo nejméně patnáct klientů. Díky prostředí, které je v programu vytvořené, často absolventi místo navštěvují a dále spolupracují jako dobrovolníci. Respondentka to vnímá tak, že zařazení do vřelého prostředí bylo pro mnohé poprvé v životě a dalo to jejich životům určitý smysl.

“nám se povedlo nějakých patnáct lidí vytrhnout z toho jejich nefunkčního prostředí a dát jim nějaký nový prostředí a projít programem, udržet je v programu a pomoci jim ten program absolvovat”.

2. TECHNIKA PRÁCE S KLIENTY S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Tématem rozhovoru byl i přístup k léčbě lidí s duální diagnózou, jelikož to byl právě důvod, díky kterému se respondentka a její tým rozhodli založit nový program. Klienti s duální diagnózou totiž nezvládali klasický program pro závislé klienty. Respondentka uvedla, že je potřeba spojit a vhodně vyvážit přístup k lidem s duševním onemocněním a závislým, k čemuž má pomoci integrovaný přístup. Respondentčin názor je dokonce ten, že jinak se s takovými klienty nedá pracovat. Zmiňuje integrovaný přístup jako velmi vhodný pro práci s klienty s duální diagnózou.

“integrovaně, jak se o tom mluví všude ve světě, ale tady v Čechách se to moc nedělá, že se soustředí na obě ty diagnózy a pracuje s tou zátěží z obou stran, takže se věnuje vždycky v každém okamžiku oběma těm věcem, takže neupřednostňuje závislost ani duševní onemocnění”.

Klienti programu mají prý nejvíce potíže při zařazení do kolektivu ostatních, na čemž nejdříve pracují při individuální terapii, proto je také nepovinný skupinově terapeutický program. Tyto potíže jsou typičtější pro duševně nemocné, čemuž zase nerozumí závislí klienti bez diagnostikované duševní nemoci. Ve službách pro závislé tedy dochází k nepochopení z obou stran. Proto respondentka vidí tyto služby jako nevhodné pro klienty s duální diagnózou. Také zmiňuje nevýhody autoritativního přístupu, kdy je dle jejich

zkušeností úspěšnější, pokud si klient přijde sám na to, proč je dobré abstinovat od návykových látek.

“V tý psychiatrický diagnóze bývají lidi hodně uzavření, ze začátku určitě bývají. Proto tam máme terapeuta, proto máme dva individuály tejdně, aby se ty lidi navázali”.

3. REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Jako u každého z respondentů došla řeč i na reformu psychiatrické péče, kterou respondentka vítá, ovšem má obavy, aby stát dostatečně podporoval činnost neziskových organizací. Takovou obavu prý sdílí s více odborníky pracujícími v neziskovém sektoru. Podporuje ovšem cíl reformy pro zavedení komunitní psychiatrické péče.

“Ono se to změnilo i v tom přístupu k těm duálními diagnózám. Ale pořád jsme jedinej doléčovák v Čechách, kterej je specifický”.

Ve službách pro lidi trpící duální diagnózou shledává značné nedostatky v tom, že pacienti takzvaně “propadávají” systémem, což vysvětluje tak, že je pro ně málokterá služba vhodná a ve své léčbě nemají kam navázat. Respondentka tvrdí, že bude potřeba po skončení jejich služby zavést například službu typu chráněné bydlení pro klienty s duální diagnózou. Dle jejího názoru chybí služby, které by nejenom vhodně navazovaly na jejich zařízení, ale které by mu i vhodně předcházelo a klienty připravilo.

“to je budoucnost, že my budeme muset otevřít program, kterej bude po nás následovat, a to bude třeba chráněný bydlení s nějakým case managementem”.

4. ÚSPĚŠNOST A MOTIVACE KLIENTŮ S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

K motivaci lidí s duální diagnózou k určité se změně se respondentka vyjádřila tak, že v jejich programu pracují už jen s těmi klienty, kteří o změnu usilují, ovšem mnoha dalším lidem s duální diagnózou motivace ke změně chybí a respondentka uznává, že úspěšnost léčby je v těchto případech malá, což musí odborník na polu duálních diagnóz umět ustát. Úspěšnost se v tomto případě hodnotí prý na jiné úrovni než u jiných klientů.

“protože to mají dvakrát těžší a v tom jak jsou odvážný, jak se musí od základu učit ty věci od základu”.

Na rozdíl od závislých klientů, u klientů programu pro duální diagnózy cítí pracovníci v týmu určité ochranné tendence. Je proto nutné prý vyvážit míru přísného přístupu a toho vlídného, občas prý mají respondentka i její kolegové tendenci přebírat za své klienty zodpovědnost, nebo jim dávat velkou míru svobody v rozhodování, ve které se následně ztrácejí.

“Zvládnout tu míru opory v tom, že tihle klienti nejsou tak samostatný a člověk má tendenci za ně přebírat odpovědnost”.

Respondentka také zmiňovala všeobecný postoj ostatních odborníků vůči lidem s duální diagnózou. Dle jejích slov je stále rozšířen postoj, že duální diagnózu léčit nelze a hodně odborníků se takové diagnóze vyhýbá. V této souvislosti mluvila i o nutnosti dále se vzdělávat v této oblasti a navštěvovat praktické stáže v českých i zahraničních organizacích, tím získávat praktické poznatky o léčbě duálních diagnóz.

“ A někteří naši kolegové říkají, my budeme pracovat jenom se závislejma, tak jim říkám, jednou nebudete pracovat s nikým”.

5. KONKRÉTNÍ PŘÍPAD

V rozhovoru patřila velká část také konkrétnímu případu klienta s duální diagnózou, který trpěl schizofrenií i závislostí na návykových látkách, ovšem zatím léčil vždy jen schizofrenii. Ze začátku v programu nespolupracoval, byl díky své nemoci ve velké míře odpojen od reality a zdálo se, že je pro něj program kontraproduktivní, což respondentka řešila i ve svém týmu, kdy zastávala názor, že by měl být z programu vyloučen.

“ byl čím dál víc psychotickéj a vlastně nebyl schopnej navazovat vztahy s ostatníma klientama a nefungoval ve skupině”.

Potom, co se pravidelně horšil klientův stav po návštěvě u sebe doma, si respondentka pozvala jeho matku. Přišla na to, že matka oného klienta popírala synovu nemoc i závislost, bludy a halucinace vysvětlovala jinak, dokonce mu zabraňovala v braní léků. Za pomoci psychiatra v týmu se podařilo takzvaně zaléčit klienta a motivovat ho k léčbě i s tím, že na čas nebude jezdit domů.

“A i mě byla schopna říkat, že ty hlasy nemá, anebo jenom něco neslyší a že mu říká, aby nebral léky. A mě teprve začlo docházet, co se tam řeší za problémy”.

Pro respondentku byl silný zážitek z nedávné doby, kdy tento klient úspěšně zakončil program a dál s nimi spolupracuje jako dobrovolník. Respondentka tak uvedla příklad, že si nikdy nemůže dopředu odhadnout, jak bude klient úspěšný. Zásluhy na úspěchu také přisuzuje tomu, že v začátcích našla podporu v týmu. Zároveň pak zmínila, že do programu zahrnují i rodiče klientů, protože jsou klienti s duální diagnózou v pevném vztahu se svými rodiči, a je tedy potřeba ovlivnit v léčbě i je.

“A to je pro mě neuvěřitelný příběh toho, že já si nedovedu dopředu odhadnout, jestli ten klient bude nebo nebude úspěšnej”.

Shrnutí

Respondentka se z velké části shoduje v názorech s předchozími respondentky, například co se týče integrovaného přístupu, case managementu, či specifické odlišné povahy duálních diagnóz. Také se shoduje s respondentkou 2 v nedostatku odpovídajících služeb pro lidi s duální diagnózou. Respondentka popisuje, jak vypadá příklad motivovaných klientů, kteří chtějí změnu. Opět ovšem u těch ostatních uvádí nižší míru motivace. Za velmi obohacující považují zmínku o konkrétním případě klienta a jeho provázanost s názorem a vlivem rodičů.

Respondent 4

Pohlaví: žena

Zaměstnání: Adiktolog

Délka práce s lidmi s duální diagnózou: Tři roky

Typ zařízení: Centrum duševního zdraví

Témata rozhovoru:

1. ASPEKTY PRÁCE S KLIENTY S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Respondentka se k práci s lidmi s duální diagnózou dostala přes svůj zájem o psychiatrické pacienty. Původně vystudovala obor Všeobecná sestra, následně se rozhodla pro obor Adiktologie. Nejdříve pracovala jako všeobecná zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení v nemocnici. Na konferenci sociální psychiatrie poprvé slyšela o duálních diagnózách a než s nimi začala pracovat, vystřídala několik zaměstnání, například se závislými klienty. Nyní pracuje v Centru duševního zdraví na pozici adiktologa.

“ ta paranoidní schizofrenie, jsou pro mě lidi, kterým možná my nerozumíme, že možná my jsme ty omezenci”.

Na pracovišti se přímo respondentka specializuje na klienty s duální diagnózou, pracují zde spolu ve dvojicích na jednoho klienta, což respondentka považuje za zdravý přístup. Spolupracují také s dalšími organizacemi, například s Armádou Spásy, kde si také mohou navzájem poskytovat podporu a pracovat společně na konkrétních případech. Podle jejích slov je ale nutné pracovat i na svém duševním zdraví, protože je práce velmi vyčerpávající a frustrující.

“Dost si umím ohraničit tu práci a osobní život, s tím už problém nemám, ale tak tři roky zpátky to ještě nešlo, to jsem si domů tahala ty příběhy lidí”.

Za hlavní metodu pracoviště i celkově práce s lidmi s duální diagnózou považuje respondentka case management, tedy zaměření se na konkrétního člověka a spolupráce několika institucí na jeho uzdravení. Léčba je tak přizpůsobena konkrétnímu člověku “na míru”. Tento přístup ke klientům s duální diagnózou se podle respondentky rozvíjí díky reformě psychiatrické péče. Respondentka si svou práci chválí, ale nevidí v ní budoucnost své kariéry.

“A myslím si, že to je ta proměna toho přístupu díky té reformě”.

2. SPECIFIČNOST DUÁLNÍ DIAGNÓZY

Respondentka vyjadřuje určitou nelibost k pojmu “duální diagnóza” a přestává toto označení používat z důvodu její vnitřní teorie, že každý závislý má některou z duševních nemocí. Do budoucna by si přála, aby se pojem “duální diagnóza” přestal zcela používat. Nicméně vidí specifičnost u těchto klientů, například, že jsou “křehcí” pod svou drsností. Na duševní nemoci, konkrétně na schizofrenii v kombinaci se závislostí jí fascinuje, kam až se může lidský mozek dostat.

“když je to ještě v kombinaci teda s tou třeba paranoidní schizofrenií, tak mě napadá, kam všude se může ten lidskej mozek a to nevědomí dostat”.

Respondentka v rozhovoru zmínila i neschopnost klientů s duální diagnózou žít jiným způsobem, než který znali doposud. Často se prý vracejí zpátky k životu bez domova a do drogové závislosti. Na druhou stranu obdivuje to, jak dokáží zvládat životní krize.

“Co já jsem pracovala s těma lidma, tak ti byli tím životem už tak omletý, že byli zvyklý žít v totální bídě. To jsou fakt lidi, kteří se dostanou dost hluboko”.

3. KONKRÉTNÍ PŘÍKLADY

Respondentka také mluvila o několika konkrétních příkladech svých klientů. Prvním z nich byla klientka, u které nakonec byla vyloučena duální diagnóza, i když trpěla toxickou psychózou. I přes některé úspěchy se často vracívala ke svému obvyklému způsobu života, i když si jí lidé natáčeli na videa a byla poměrně známá. Nepřimnělo jí nic změnit svůj způsob života. Nyní se již ale úspěšně léčí ze své závislosti. Byl to příklad toho, jak je zaprvé duální diagnóza obtížně diagnostikovatelná a zadruhé, jak lidé se závislostí na návykových látkách těžko opouštějí svůj životní styl.

“byla taková známá pražská osobnost, že si jí i lidi natáčejí a má fakt děsný videa na youtube. Tak jsme jí to i pouštěli jako “podívej se, ať nespadneš zase dolů””.

Druhý příklad respondentka popisuje jako jeden z nejsilnějších zážitků za poslední dobu, a to kdy zjistila, že její klient se o ní a její kolegyni zmínil na svém blogu tak, že jsou pro něj jedny z nejdůležitějších osob. Respondentka pocítila, že mu skutečně pomáhají a jejich práce je dobře provedena. Nemyslí si, že by se o nich klient takto zmiňoval účelově. Naopak respondentce text přišel autentický a klient podle ní píše blog především proto, že mu psaní pomáhá. S tímto klientem navázali velmi pevný vztah.

“A nemyslím si, že by to psal účelově, že ví, že já se na to dívám, spíš mi to přišlo hodně autentický, ne manipulativní, to píše hlavně pro sebe, že mu to pomáhá”.

Posledním příkladem, na kterém respondentka demonstrovala přístup ke klientům s duální diagnózou, byl případ klienta, kterému respondentka ze začátku nechala hodně svobody v rozhodování, a on se více ponořil do závislosti i nemoci. Změnila tedy taktivu, kdy popisuje, že na něj začala být přísná a takzvaně mu “promluvila do duše” a on začal spolupracovat a sám přišel s několika návrhy na kontrolované užívání. Upozorňuje ovšem na nepředvídatelnost vývoje situace v léčbě klientů s duální diagnózou, tedy nemůže vědět, jak bude léčba pokračovat.

“Tak jsem změnila strategii, že jsem začala být jako drsná, tak jsem možná... takovej monolog drsnějšího rázu, než co byl zvyklej, a najednou se to zlepšilo”.

Respondentka se také často vracela k tématu nižší motivace klientů s duální diagnózou a práci s nimi popisuje jako “na houpačce”, tedy že nikdy nelze předem odhadnout, jak se bude léčba vyvíjet. Sama uvedla, že často musí revidovat nastavené plány s klienty, v některých případech i druhý den. Z toho důvodu je prý nutné naučit se snášet frustraci z neúspěchu, i když se zdálo, že se klientův stav zlepšil. Respondentka také doporučuje všimnout si miniaturních úspěchů, jako je třeba jen to, že klient dojde na schůzku.

“Umět najít jenom ty malý miniaturní úspěchy, ať už je to jenom to, že ten člověk vůbec dorazí na schůzku. To už je sakra velkej úspěch”.

4. ROZŠÍŘENÍ SLUŽEB V RÁMCI REFORMY

Reformu psychiatrické péče respondentka vítá a je ráda za založení center duševního zdraví. Sice považuje centra duševního zdraví v současné době za orientované jen na duševně nemocné, ale dle získaných informací by měly vznikat specializované týmy a služby pro lidi s duální diagnózou. Jako předchozí respondenti i ona pocítuje nedostatek služeb pro klienty s duální diagnózou, je ovšem optimističtější v tom, že pozoruje, že stávající služby rozšiřují své kompetence o pomoc právě těmto lidem.

“ I v rámci tý reformy rozšiřují ty indikace těch služeb, že dřív byli fakt jenom ambulance pro závislý, teď už to rozšiřujou pro duálky”.

Shrnutí:

Respondentka nabídla pohled někoho, kdo pracuje v nedávné době založeném centru duševního zdraví, tedy v přímé návaznosti na reformu psychiatrické péče. Samotnou reformu vidí optimisticky, kdy vítá především rozšíření služeb pro klienty s duální diagnózou. Nabídla také několik konkrétních příkladů klientů, na kterých demonstrovala a vysvětlila svá předchozí tvrzení, například neschopnost klientů žít odlišným způsobem života, či problematika nejasného úspěchu při práci s klienty s duální diagnózou. Velkým tématem byla také metoda case managementu, kterou respondentka vnímá jako osvědčenou možnost, jak s takovými klienty pracovat.

Respondent 5

Pohlaví: muž

Zaměstnání: Sociální pracovník

Délka práce s lidmi s duálními diagnózami: deset let

Typ zařízení: Kontaktní centrum

Témata rozhovoru:

1. PRÁCE V KONTAKTNÍM CENTRU

Do kontaktního centra, ve kterém respondent pracuje, dochází sto procent závislých klientů, většinou užívají nealkoholové návykové látky, potřebující akutní pomoc v podobě rychlé intervence, výměny jehel, edukace, a podobně. Respondent uvedl, že denně využije jejich služeb okolo osmdesáti lidí, takže ne všem je možné poskytnout například individuální konzultaci. Proto by si respondent v budoucnu přál pracovat v ambulantních službách pro klienty s duální diagnózou, kde by byla možná intenzivnější práce.

“Tak nám přijde denně kolem osmdesáti lidí. Což je strašně moc, že jo. A nemáte šanci se všema dělat individuál, ne všichni to samozřejmě chtějí”.

Respondent začínal svou kariéru jako street worker v dobrovolnickém programu na Slovensku, následně se rozhodl pro studium Sociální práce v Práce, od té doby pracuje v různých službách určených pro pomoc lidem závislým na návykových látkách.

“začal jsem dělat v terénu a od té doby jsem v drogovkách na různých pozicích a v různých službách tady”.

2. PRÁCE S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU A NÁHLED KLIENTŮ

Do kontaktního centra dochází i velké množství klientů s duální diagnózou. Někteří z nich mají diagnostikovanou duševní nemoc, jiní zatím ne, a také ne všichni svou nemoc léčí či chtějí léčit. Respondent uvedl, že klienti mají různorodý vztah k lékům, které mají užívat a někdy se stane, že podceňují účinek psychofarmak a odmítají je užívat. Takové chování má pak za následek absenci náhledu na svou nemoc, což je v kombinaci s užíváním návykových látek značně problematické pro komunikaci a motivaci takového člověka.

“Že je to jako fajn, že se s ní můžu bavit “když budeš brát tu medikaci, co ti předepsal psychiatr, tak nebudeš mít ty hlasy, nebo ti nebudou tolik nadávat””.

Co se týče využívání jiných služeb paralelně s kontaktním centrem, mnoho klientů jich zatím nevyužívá. Respondent to vysvětluje tak, že klienti kontaktního centra mají jiné starosti, jako je absence jídla, bydlení a základních potřeb. Nemají proto zatím kapacitu docházet třeba na individuální psychoterapii.

“A tyhle lidi nejsou ve fázi, kdy by byli ochotný absolvovat nějakou psychoterapii nebo něco podobného, protože mají úplně jiné potíže”.

Práce s klienty s duální diagnózou respondenta baví, protože dle jeho slov nelze s takovými klienty zapadnout do stereotypu, protože nikdy nelze odhadnout, jak se klientova situace bude vyvíjet a žádné setkání s ním není takové, jaké bylo předem naplánované. Práci s takovými klienty dokonce popisuje jako zábavnou. Rozdíl oproti klientům bez duševní nemoci je dle respondenta v tom, že se u závislých může odkázat na to, že jejich psychický stav je způsoben užíváním drog, což u klientů s duální diagnózou nelze. Ostatním

odborníkům by doporučil mnoho trpělivosti, protože u klientů s duální diagnózou jde málokdy něco podle předem daného plánu.

“Tak v tomhle to je jiné, že když pracuju s člověkem, co je uživatelem drog, tak se dá pracovat s tím, že tohle se ti děje, protože bereš drogy, což u těch duálních diagnóz není úplně stejné”.

3. KONKRÉTNÍ PŘÍKLADY KLIENTŮ

Podle respondenta je pro práci s klienty s duální diagnózou potřeba co nejvíce trpělivosti, protože se klienti málokdy chovají podle plánu. Respondent tuto skutečnost odůvodňuje tak, že tito klienti žijí v naprosto odlišném světě než ostatní. Také je prý těžké s klienty například s paranoidní schizofrenií navázat vztah. Jako příklad uvedl svou klientku trpící paranoidní schizofrenií, která ho obviňuje, že jí ubližuje. Tato klientka neguje účinky psychofarmak a respondent se občas cítí být zapleten do jejích paranoidních konstruktů. S takovým typem klientů je prý těžké navázat kvalitní terapeutický vztah. U závislých klientů se podobné potíže v terapeutickém vztahu také objevují, je to ovšem prý vždy navázáno na stav intoxikace. U klientů s duální diagnózou se ovšem jedná o trvalejší stav.

“takže silnej zážitek je, že jsem někdy zamotanej do jejich silnejch konstruktů různých, že je to strašně těžké pracovat s člověkem, ktorej vás občas obviňuje z toho, že mu škodíte”.

Respondent hovořil také o případu klienty, která respondenta a jeho kolegu oslovila na náměstí s tím, že potřebuje odvézt do psychiatrické nemocnice. Bylo jí prý velmi zle, jak se později dozvěděli, měla taktéž duální diagnózu, a byla pod vlivem pervitinu. Ve špatném stavu a silné psychotické atace (konkrétně s paranoidními bludy a halucinacemi) jí doprovodili do psychiatrické nemocnice, kde ji odmítli ošetřit z důvodu spádovosti. To byl pro respondenta jeden z nejsilnějších zážitků při práci s klienty s duální diagnózou, protože jim i klientce dalo velkou práci vůbec dojet do nemocnice. Nakonec zavolali sanitku, díky které byla klientka nakonec hospitalizovaná. Pro respondenta je tento zážitek i příjemný, protože tato klientka se od té doby úspěšně léčí.

“Tahle klientka od té doby neužívá pervitinu, je jenom na opiátech, což je dobrý. Má pořádku tu duální diagnózu”.

4. OTÁZKA REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

V rozhovoru došla řeč i na problematiku reformy psychiatrické péče, kdy respondent pociťuje, že se v poslední době díky reformě začínají zapojovat do jejich práce více peer workeri. Také vidí pozitivně, že se čím dál více klade důraz na metodu case managementu a individuálního přístupu ke klientům. V kontaktním centru, kde respondent pracuje, rozšířili nabídku svých služeb tím, že spolupracují s místní psychiatrickou nemocnicí, která jim posílá své pacienty z oddělení pro léčbu duálních diagnóz.

“ordinovaná péče case managementu, to je teď hrozně in, všichni to vytahují všude, myslím, že adiktologické služby to trochu přebrali od těch klasických psychiatrických služeb”.

Jinak byl respondent kritický k nedostatečné síti služeb pro klienty s duální diagnózou i pro klienty závislé. Stěžoval si na nedostatek kontaktních center a poddimenzované množství ambulantních služeb. Své klienty nemá kam odkazovat a s každým klientem prý musí on a jeho kolegové nově vymýšlet plán, kam ho odkázat. Z toho důvodu vítá zakládání center duševního zdraví, aby k řešení potíží svých klientů neměli k dispozici jen hospitalizaci.

“Takže zatím nepociťuju, že by pro naše aktivně beroucí a konkrétně vy se ptáte na duální diagnózy, tak že by vznikla nějaká síť třeba ambulantních služeb, kam bychom mohli klienty odkazovat”.

Shrnutí:

Tento rozhovor byl ukázkou toho, jak vypadá práce s klienty s duální diagnózou v kontaktním centru, tedy s mnohdy nezaléčenými klienty, kteří řeší a priori nedostatek základních lidských potřeb. Respondent nám nabídl zcela jiný pohled na práci s těmito klienty, například v souvislosti s obtížným navazováním vztahů. Shoduje se s předchozími

respondenty v nedostatečné síti služeb pro klienty s duální diagnózou, ve vhodné metodě case managementu či v nutné trpělivosti pro práci s klienty.

Respondent 6

Pohlaví: muž

Zaměstnání: Psycholog

Délka práce s lidmi s duální diagnózou: Tři roky

Typ zařízení: Psychiatrická nemocnice

Témata rozhovoru:

1. PRÁCE S DUÁLNÍMI DIAGNÓZAMI U JINÝCH CÍLOVÝCH SKUPIN

Respondent se setkává s pacienty trpícími duální diagnózou již třetím rokem, i když nejsou jeho přímou cílovou skupinou. Respondent začínal svou kariéru při práci s dětskými a mladistvými závislými, kde mohl pozorovat určité akcentované rysy osobnosti či psychotické projevy naznačující duální diagnózu, zde je ovšem určení této diagnózy velmi problematické. V psychiatrické nemocnici pracoval v době rozhovoru půl roku.

“byly tam prvky, u kterých bychom mohli uvažovat o velmi výrazných rysech osobnosti, o velmi výrazným dysharmonickým vývoji, popřípadě i o nějakých psychotických projevech, spíš ale toxických, čili tam už je ten diagnostický problém”.

Respondent zastává názor, že se lze setkat s duální diagnózou u každé klientely, u které se může vyskytnout adiktologický problém. S duální diagnózou se tedy setkal i ve dvou psychiatrických nemocnicích, ve kterých pracoval, a to na oddělení gerontologie, následné péče a v současné době i na oddělení ochranné léčby a toxikomanie.

“potom když jsem vstoupil do přípravy, tak jsem se s problematikou duální diagnózy setkal na všech odděleních, třech, na kterých jsem dělal, tedy na ženském gerontu, s duální schizofrenií často, v anamnéze abúsus alkoholu, taky na oddělení následné péče, kde většina

těch psychiatrických poruch byla vázaná taky na užívání nějakých návykových látek, v minulosti popřípadě i v přítomnosti”.

Respondent si všiml narůstajícího počtu duálních diagnóz na úkor pouze schizofrenie. Všimá si také, že velké množství (lze říci i většina) pacientů má v anamnéze abúsus či škodlivé užívání marihuany. Dokonce si všiml třeba dvou pacientů z třiceti pěti, kteří neměli zkušenost s THC. Shledává tedy jako velký problém dostupnost a toleranci marihuany ve společnosti.

“Ted’ mám třeba pokus o vraždu, ten člověk je psychotickéj, byl strašně floridní, napadl někoho nožem, ale on deset let kouřil trávu. Tak co to je za pacienta, to už je duální”.

2. LASKAVÝ RODIČ

Jedním z hlavních témat rozhovoru byl přístup ke klientům s duální diagnózou, kteří dle respondenta potřebují především pocit bezpečí, bezpodmínečné přijetí a laskavý přístup. Pocit bezpečí u těchto klientů považuje za základ psychoterapie. Bylo zdůrazněno, že si odborníci musí uvědomit, že jsou tito klienti zranění lidé, kteří zažívají osamění, odmítnutí ze strany rodiny i komunity závislých, potom co se u nich projevila duševní nemoc.

“To jsou dvě základní lidský potřeby, který se učíme od miminka, který potřebujeme od miminka a oni je potřebují strašně moc”.

Respondent uvádí, jak se mu líbí, jak pacienti reagují na přijetí a laskavost a jak onu laskavost opětvují. Respondent také zmiňuje takzvaný mód laskavého rodiče, tedy zmíněné bezpodmínečné přijetí, který považuje za takovou cestu k pacientovi. V této souvislosti popisuje případ pacienta s duální diagnózou, který po návratu na oddělení po recidivě obtěžoval svým chováním spolupacienty i personál (obtěžoval je neustálými opakujícími se dotazy nebo například opakoval dalším pacientům, že má chuť na pervitin). Po individuální konzultaci otevřel téma svého otce, který zemřel, a který se o něj postaral vždy, i když byl jeho syn na dně. Po jeho smrti zůstal tento pacient sám.

“oni na toho kritickýho rodiče, nebo na to velký nárokování, nebo popřípadě i nějaký zdravý logický argumentace moc úplně nejsou”.

Podle respondenta by bylo velmi snadné být na tohoto pacienta přísný, proto zvolil mód laskavého rodiče, přes který s pacientem vytvořil kvalitní terapeutický vztah. Pacient se v současné době úspěšně léčí a podal si žádost do terapeutické komunity. Jeden z nejsilnějších okamžiků bylo pro respondenta, když mu tento pacient řekl, že je hodný člověk a že ho má rád. To je pro něj potvrzení toho, že mód laskavého rodiče funguje. Také ostatním odborníkům by respondent doporučil, aby své pacienty měli především rádi. Pokud tomu tak není, neměli by svou práci dělat.

“on měl tatínka a ten tatínek... prostě když za tím tatínkem přišel kdykoliv, a byl špinavej, zfetovanej, jakejkoliv, na útěku z toho léčení, tak ten táta mu otevřel, žádnou policii nevolal, dal mu najíst, nechal ho osprchovat, dal mu krabičku cigaret, horký kafe”,

“Ale on si sáhnul na nějaký silný přesvědčení, že takhle žít nechce, což je úžasná zkušenost pro něj a může se na to kdykoli navázat”.

3. CHRONICITA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ

Za frustrující na práci s pacienty s duální diagnózou respondent považuje častou recidivu a nižší míru pokroku v léčbě. Po supervizi si respondent uvědomil, že si musí dávat pozor na ambice v léčbě, které si s pacienty klade, a soustředit se spíše na dílčí menší úspěchy. Za příklad dává svého klienta, který odmítá abstinenci od marihuany a zatím se daří jen velmi pomalu pracovat na jeho paranoidním bludu. Za typickou pro duální diagnózu považuje respondent její chronicitu. Konkrétně jeho pacienti se často stávají chronickými tím, že po stabilizaci přejdou do volnějšího režimu při hospitalizaci a nedokážou abstinovat. Z toho důvodu respondent vnímá i častější relaps u pacientů s duální diagnózou.

“jedna z věcí, se kterou se člověk setkává, je, že tohle jsou chronický pacienti, u kterých už to lepší nebude”.

Pro práci s pacienty s duální diagnózou respondent doporučuje studium, nejlépe z oblasti kognitivně behaviorální terapie, jak pracovat s bludy a akutními halucinacemi. Podle něj je přežitek, že by se s těmito příznaky nedalo pracovat. Také doporučuje studium

psychodiagnostiky, neboť považuje za velmi obtížné odlišit toxickou či akutní psychózu a například schizofrenii.

“Je to strašně těžký pracovat s bludama, musíš bejt strašně opatrná, protože ty lidi si ty bludy drží a je to strašně těžká práce”.

4. DRUHÁ STRANA REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

V rozhovoru jsme se i s tímto respondentem dostali k tématu reformy psychiatrické péče. Za složité považuje nedostatečnou přípravu nových pracovníků v klinickém prostředí, kdy manuály pro práci s určitými pacienty považuje za zastaralé. Jeho názorem je, že český systém psychiatrické péče potřebuje změnu, ovšem nabídl i pohled ze strany chronických pacientů, kteří jsou v psychiatrické nemocnici velmi dlouho a považují nemocnici za svůj domov, například na oddělení gerontologickém. Budoucnost tedy vidí takovou, že pacienti se schizofrenií, závislostí či poruchou osobnosti se stanou klienty ambulantních služeb, a chroničtí, mnohaletí pacienti zůstanou v psychiatrických nemocnicích.

“To je tam osm let, je psychotická a považuje to tam za domov a když jí dáte někam jinak, tak první, co udělá je, že udělá hroznej bordel v tom zařízení. Máte jí tam zpátky za tejdén”.

Shrnutí:

Poslední respondent nepracuje s pacienty s duální diagnózou jako svou primární cílovou skupinou, ale pravidelně se s nimi setkává na jiných odděleních v klinickém prostředí. Nabízí tedy zajímavý pohled toho, čím jsou pro něj tyto pacienti specifictí. Výrazným tématem byl i přístup k pacientům s duální diagnózou skrze bezpodmínečné přijetí, mód laskavého rodiče a vytvoření bezpečného prostředí. Tím se shoduje i s předchozími respondenty. V tématu reformy psychiatrické péče otevřel téma, co se může stát s chronickými pacienty v psychiatrických nemocnicích.

4.5 Interpretace získaných dat

V rámci interpretace získaných dat budou zodpovězeny nejdříve dílčí výzkumné otázky, následně bude zodpovězena i hlavní výzkumná otázka.

Dílčí výzkumná otázka 1: Jak se liší popisovaná specifika v návaznosti na typ zařízení, ve kterém respondent pracuje?

Tabulka 1

Typ zařízení	Popisovaná specifika
služba chráněného bydlení	veselejší nálada, rychlejší psychomotorické tempo, pracovitost a kreativita ve skupině, možnost výměny vlastních zkušeností s peer konzultantem, nutnost hlídání hranic, každý závislý má potenciál k duševní nemoci
psychiatrická nemocnice	potřeba bezpečného prostředí, spolupráce bez manipulace, nízká frekvence úspěchu, nízká míra motivace, úmrtí ve skupině, potřeba módu laskavého rodiče, zraněnost lidí, chronicita, nutnost hlídání hranic,
doléčovací centrum	nezvládnutí péče pro závislé ani pro duševně nemocné, potíže při zařazení do kolektivu, nízká míra motivace a úspěšnost mimo klienty doléčovacího centra, vysoká motivace místních klientů, nevypočitatelnost předpokládaného vývoje, každý závislý má potenciál k duševní nemoci
centrum duševního zdraví	křehkost lidí, neschopnost žít jiným způsobem, nízká motivace, nemožnost předem odhadnout úspěšnost a vývoj léčby, každý závislý má potenciál k duševní nemoci
kontaktní centrum	různorodý vztah k medikaci, neschopnost odhadnout vývoj situace, zapletení do paranoidních konstruktů, nemožnost odkázat se souvislost s drogami

První dva respondenti se shodli v nutnosti hlídání si hranic ve vztahu s klientem. U pěti ze šesti respondentů se objevilo téma nižší motivace lidí s duální diagnózou, ovšem v rámci doléčovacího centra respondentka popisuje motivace místních klientů vyšší. Typická také byla otázka křehkosti a zraněnosti těchto lidí a s tím související potřeba bezpečí a přijetí. Respondenti se také shodli v nemožnosti odhadu vývoje situace klienta/pacienta s duální diagnózou. Tři z respondentů také zmiňují teorii, že každý závislý má nějakou diagnostikovatelnou duševní nemoc.

Typické pro jednotlivá zařízení bylo například rychlejší psychomotorické tempo v návaznosti na užívání návykových látek ve službě chráněného bydlení, ona vyšší motivace klientů doléčovacího centra, či občasné odmítání medikace a zapletení pracovníka do paranoidních konstruktů v kontaktním centru. Tedy celkově se dle mého posudku popisovaná specifika příliš nemění v návaznosti na typ zařízení, jen v některých aspektech týkající se toho, v jaké fázi nemoci lidé s duální diagnózou zařízení vyhledají.

Dílčí výzkumná otázka 2: Jaké osobnostní či odborné předpoklady považují respondenti za důležité pro práci s lidmi s duální diagnózou?

Tabulka 2

Číslo respondenta	Osobnostní předpoklady	Odborné předpoklady
Respondent 1	schopnost hlídat si hranice, trpělivost	vyřešit si vlastní situaci jako peer konzultant
Respondent 2	umět kombinovat vřelý přístup s přísným, schopnost hlídat si hranice, autenticita	nutnost podstupovat supervize, vzdělávání se
Respondent 3	vlídný přístup, trpělivost	vzdělávání se
Respondent 4	umět pracovat na svém duševním zdraví, trpělivost, snášet frustraci, všimnout si miniaturních úspěchů	

Respondent 5	trpělivost	
Respondent 6	mít pacienty rád, vlídnost, mód laskavého rodiče	studovat postupy, KBT

Odpovědi na otázku jsou aspekty, ve kterých se respondenti shodovali, tedy z osobnostních předpokladů zmiňovali trpělivost, umění hlídání hranic terapeutického vztahu, umění snášet frustraci z neúspěchu, kombinace vlídnosti a přísného přístupu. Z odbornostních předpokladů pak respondenti doporučovali nejčastěji odborné studium a vzdělávání se v dané problematice.

Dílčí výzkumná otázka 3: Jaké pracovní postupy respondenti používají/doporučují pro práci s lidmi s duální diagnózou?

Tabulka 3

Číslo respondenta	Pracovní postupy
Respondent 1	skupiny vedené peer konzultantem, individuální práce, volnočasové aktivity, case management
Respondent 2	specializované skupiny, volnočasové aktivity, integrovaný přístup
Respondent 3	DBT přístup, integrovaný přístup, case management
Respondent 4	case management, integrovaný přístup
Respondent 5	individuální přístup, case management
Respondent 6	skupinová a individuální psychoterapie, KBT

Nejčastěji v této souvislosti respondenti skloňovali pojem case management. Někteří tímto způsobem již pracují se svými klienty, někteří jej doporučují či o něm slyšeli jako o jedné z

nejlepších možností. Dále je při práci s lidmi s duální diagnózou využívána skupinová a individuální terapie v závislosti na profesi respondenta, integrovaný přístup kombinující přístupy k závislým lidem a duševně nemocným, dvakrát se také v rozhovorech objevilo doporučení přístupů vycházejících z KBT a taktéž bylo dvakrát zmíněno zpestření programu volnočasovou aktivitou.

Dílčí výzkumná otázka 4: Jak respondenti vnímají vliv reformy psychiatrické péče v souvislosti s léčbou duálních diagnóz?

Tabulka 4

Číslo respondenta	Pozitiva reformy	Podněty pro zlepšení
Respondent 1		absence chráněného bydlení pro aktivně užívající, negativní přístup k závislým
Respondent 2	zvyšující se informovanost, zapojení peer konzultantů, case managementu	nedostatek služeb, neprobíhající snižování lůžek
Respondent 3	cíl komunitní psychiatrické péče	nedostatek služeb, nedostatečná podpora neziskových organizací
Respondent 4	zakládání CDZ, case management, specializované týmy pro duální diagnózy, rozšíření služeb některých organizací	nedostatek služeb pro klienty s duální diagnózou
Respondent 5	case management, zapojení peer konzultantů, individuální přístup, rozšíření služeb	nedostatek služeb pro danou klientelu
Respondent 6	změna v systému psychiatrické	otázka chronických pacientů,

	péče	nedostatek služeb
--	------	-------------------

Respondenti se ve všech případech shodují v nedostatku služeb pro lidi trpící duální diagnózou, u respondentky 3 se objevila i otázka nedostatečné podpory neziskových organizací, u respondenta 6 otázka umístění a práce s chronickými pacienty v psychiatrických nemocnicích. Respondent 1 navrhl chráněné bydlení pro aktivně užívající, dále si stěžuje na negativní přístup k závislým lidem.

Za pozitiva reformy psychiatrické péče pokládají respondenti většinou rozšíření některých stávajících služeb, například o spolupráci s peer konzultanty, case management, také vyšší informovanost veřejnosti i odborníků. Respondentka 4, pracující v centru duševního zdraví také zmínila přípravu specializovaného týmu pro duální diagnózy.

Dílčí výzkumná otázka 5: Jak vnímají respondenti dostupnost odborné péče pro lidi s duální diagnózou?

Tato dílčí otázka navazuje na předchozí, není tedy potřeba vytvoření příslušné tabulky. Všichni respondenti zmínili nedostatečnou síť služeb pro lidi s duální diagnózou. Většinou si stěžovali na skutečnost, že své pacienty/klienty nemají kam odkazovat. Zároveň ale připouštějí, že se tato situace mění a služby pro tuto klientelu jsou dále rozšiřovány.

Zbývá tedy odpovědět na hlavní výzkumnou otázku:

Jaká jsou specifika v odborné práci s lidmi s duální diagnózou?

Pro práci s lidmi s duální diagnózou je potřeba trpělivost, v práci s nimi je vyžadováno dodržování hranic, integrovaný přístup a vzdělávání se v dané problematice. Pacienti/klienti s duální diagnózou jsou specifičtí nízkou mírou motivace, nízkou mírou úspěchu léčby, potřebují vytvořit vlivné a bezpečné prostředí a nelze předem odhadnout, jak se bude jejich situace vyvíjet. Pro lidi s duální diagnózou není zatím vytvořená dostatečná síť služeb, což se mění s probíhající reformou psychiatrické péče.

5 DISKUZE

Diskuze slouží k celkovému zamyšlení nad tématy, o kterých jsem psala v rámci této práce a která bych tímto chtěla ještě doplnit a okomentovat. Konkrétně se jedná o aktuální výzkumy v oblasti duálních diagnóz a o výsledky v empirické části.

Vzhledem k tomu, že se sama v problematice práce s lidmi s duální diagnózou snažím sama zorientovat, výsledky výzkumného projektu této magisterské práce mne nepřekvapily. V mnohém jsem se s respondenty shodla a souhlasím s nimi. Díky proběhlému výzkumnému projektu nastala možnost pro náhled a případné porovnání do různých profesí a na různá odborná pracoviště, kde respondenti s klienty s duální diagnózou pracují.

Většina respondentů se v několika bodech shodla, což je sepsáno v odpovědích na hlavní a vedlejší výzkumné otázky. Například, že pro práci s duální diagnózou je potřeba trpělivost odborníka, jelikož postup v léčbě může být velmi pomalý, z důvodu nízké motivace pacientů a klientů s duální diagnózou, potřeby navázání bezpečného terapeutického vztahu a jejich určité křehké povahy.

Tato specifika jsou typická i pro lidi s duševním onemocněním, například z psychotického okruhu, i pro lidi závislé na návykových látkách. Tato skutečnost byla zmiňována v této i předchozí bakalářské práci. Tedy pokud se tyto potíže spojí, lze dle mého názoru předpokládat, že se zmíněná specifika u takových pacientů objeví.

Zde bych ovšem ráda zmínila, že nelze zapomínat na jedinečnost každého pacienta a klienta, se kterým odborníci pracují. Můj názor je takový, že mnoho pacientů může mít nízkou míru motivace, ale jeden pak může být motivovaný hned od začátku léčby. Je nutné se vyhnout takzvanému “nálepkování” pacientů a klientů.

Velkým tématem v rozhovorech byla i probíhající reforma psychiatrické péče v České republice. Všichni respondenti tuto reformu vítají, ovšem liší se v názorech na jednotlivé kroky v závislosti na tom, z jakého pracoviště pocházejí. Shodují se ovšem v tom, že pro lidi s duální diagnózou zatím není vytvořena dostatečná síť služeb. Uvedu zde citaci z roku 2016, kde Horná v diskuzi odpovídá na dotaz, jak se reforma dotýká péče o lidi s duální diagnózou.

“V rámci CDZ je s ohledem na tuto problematiku v oblasti personálního obsazení počítáno ve standardu s tím, že jeden z pracovníků s odborností všeobecná sestra či sociální pracovník se specializuje na problematiku práce s lidmi s duální diagnózou. V rámci pilotních provozů je možné, že se ukáže potřeba, aby na této pozici byl zaměstnán adiktolog, po pilotních provozech CDZ s největší pravděpodobností dojde k úpravě standardů. V této chvíli není adiktolog ve standardu CDZ uveden mimo jiné z obavy, zda by bylo možné tato personální kritéria ve všech CDZ naplnit. Také v rámci rozšířených ambulancí se počítá s tím, že bude možné rozšířit služby ambulance o služby adiktologické. Péči pacientům s duálními diagnosami mohou ve spolupráci s psychiatrem adiktologové poskytovat i ve svých samostatných ambulantních zařízeních” (Horná, 2016).

Vzhledem k tomu, že jedním z respondentů byla adiktoložka z Centra duševního zdraví, můžeme předpokládat, že se zmíněné cíle naplňují. Tedy i v případě, že nyní stále není vytvořena dostatečná síť služeb pro klienty s duální diagnózou, dle vyjádření výše bude snaha o vytvoření takové sítě služeb.

Dále uvedu několik názorů dalších odborníků, kteří se v oblasti reformy psychiatrické péče také aktivně pohybují. Na předchozí odstavec navazují názorem Anderse na nynější fungování Center duševního zdraví.

“První čísla, která máme z CDZ... jsou impozantní, u klientů tohoto centra ukazují zkracování počtu hospitalizačních dnů. Efekt je tedy měřitelný a my se na měření v reformě hodně zaměřujeme. Jsme si vědomi, že budeme pod velmi přísným drobnohledem, proto chceme použít nástroje, s jejichž pomocí budeme hodnotit efektivitu jednotlivých intervencí. Tyto intervence samozřejmě nejsou levné, protože pracujeme s lidskými zdroji a personálními náklady. Možná bude nový systém stát více, než ten současný. Bude ale kvalitnější a klientům umožní lepší život” (Anders in Cikrt, 2019).

Optimisticky vidí reformu psychiatrické péče i Radkin Honzák, který se vyjádřil k destigmatizaci duševně nemocných. “Deprese už není ostuda. Když se vrátíte mezi lidi a řeknete, že berete antidepresiva, tak je dnes bere už každý druhý” (Honzák, 2019).

Höschl chválí koncept reformy psychiatrické péče s tím, že zdůrazňuje potřebu obrátit pozornost společnosti na obor psychiatrie. “Celá medicína se zásluhou rozvoje technologií a molekulární biologie dramaticky posunula do nového století, zatímco psychiatrie v našich končinách až na výjimky zaostává. Je na čase obrátit k ní celospolečenskou pozornost a investovat do ní, protože lidský věk se prodlužuje a přibývá duševních poruch, takže po psychiatrických službách roste společenská poptávka” (Höschl, 2018).

Tento výběr názorů odborníků dokresluje vnímání situace v reformě psychiatrické péče odbornou veřejností. Nyní bych se ráda vrátila k výzkumům v oblasti duálních diagnóz, o které jsem obohatila kapitolu 3.2.

Prvním z nich byl výzkum týkající se kvality života lidí s duální diagnózou (Daigre, 2017, s. 3201). Fakt, že takoví lidé mají sníženou kvalitu života, zejména v duševní rovině se ve výzkumném projektu této magisterské práce objevil například při popisu životní situace některých klientů, se kterými pracují respondenti. Konkrétně například omezený počet blízkých lidí, život na ulici, ale i nedostatek institucí, ve kterých by s nimi byli schopni pracovat. Tito lidé pak “propadávají” systémem, jak zmiňovali respondenti.

Druhým byl experiment, jehož úkolem bylo zjistit, jak se zvýší odbornost pracovníků na poli duálních diagnóz, pokud projdou specializovaným výcvikem (Pinderup, 2016, s. 53-58). V rozhovorech několikrát zaznělo, že někteří odborníci stále nevědí, jak s lidmi s duální diagnózou pracovat. To se ovšem mění právě s reformou psychiatrické péče s tím, jak se zvyšuje povědomí odborníků i veřejnosti o této problematice.

Závěr

Tato diplomová práce nesla název Specifika práce s lidmi s duální diagnózou a svým obsahem navazovala na předchozí práci bakalářskou. Práce byla zaměřena na zjištění specifik při práci a léčbě duálních diagnóz. Byla rozdělena na pět kapitol, z nichž první tři byly teoretické a obsahují poznatky pro porozumění tématu práce.

Čtvrtá kapitola byla věnována výzkumnému projektu Specifika práce s lidmi s duální diagnózou a byla zde analyzována a interpretována data získaná metodou polostrukturovaného rozhovoru s odborníky napříč profesemi a pracovišti, kteří pracují s lidmi s duální diagnózou. Konečný počet respondentů byl šest. Při interpretaci dat byly zodpovězeny dílčí výzkumné otázky spolu s hlavní výzkumnou otázkou, jejíž znění bylo “Jaká jsou specifika v odborné práci s lidmi s duální diagnózou”.

Výstupy této práce mohou být užitečné v rámci právě probíhající reformy psychiatrické péče, kdy jsou do českého psychiatrického systému zaváděny nové metody a postupy v léčbě nejen duálních diagnóz. Také mohou být užitečné pro všechny, kdo se chtějí o duálních diagnózách dozvědět více, neboť práce obsahuje velké množství informací o tomto tématu z Čech i ze zahraničí.

Použité zdroje:

BALCAR, Karel. Pojetí psychoterapie. In: Josef LANGMEIER a Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010. 432 s. ISBN 978-80-7367-710-7

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. 759 s. ISBN 978-80-262-0617-0

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 648 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6

EVANS, Katie. a J. Michael. SULLIVAN. *Dual diagnosis: counseling the mentally ill substance abuser*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001. 292 s. ISBN 1572304464

FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3

GABRIEL, Josef. Příběhy. In: Josef GABRIEL. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. Praha: Sympathea, 2012. 90 s. [ISBN neznámé].

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 78, 161, 332, 345, 422, 424, 587, 699, 701. ISBN 80-7178-303-X

JAROLÍMEK, Martin. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

JAROLÍMEK, Martin. S čím zápasí duševně nemocní a jejich rodiny. In: Josef GABRIEL. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. Praha: Sympathea, 2012. 90 s. [ISBN neznámé].

JUNG, Carl Gustav. *Analytická psychologie: Její teorie a praxe: Tavistocké přednášky*. Přeložili LUKÁŠOVÁ-ČERNÁ Kristina a Karel PLOCEK. 2. vyd. Praha: Academia, 1993. 208 s. ISBN 80-200-0480-7

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. 696 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8

KOUKOLÍK, František. Předmluva. In: Michaela MALÁ. *Homo psychoticus*. Praha: Triton, 2015. 208 s. ISBN 978-80-7387-845-0

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize : aktualizovaná verze k 1.4.2014. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. 874 s. ISBN 978-80-904259-0-3

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 199 s. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8

NEVŠÍMAL, Petr, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9

OREL, Miroslav. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. Praha: Portál, 2015. 160 s. ISBN 978-80-262-0931-7

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 264 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9

PAVLOVSKÝ, Pavel. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19). In: Jiří RABOCH a Pavel PAVLOVSKÝ a Dana

JANOTOVÁ, *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4

PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie (F20). In: Jiří RABOCH a Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4

PĚČ, Ondřej aj. Psychiatrická rehabilitace. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3

PROBSTOVÁ, Václava. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

PROBSTOVÁ, Václava. Psychóza a psychoanalýza. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3

WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 69 s. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Geneva: WHO, 2013. 180 s. ISBN 978 92 890 0279 0

ZÁVIŠEK, Josef. Komplexní léčba u pacientů, kteří trpí psychotickou poruchou v legislativě ČR. In: Josef GABRIEL. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. Praha: Sympatheia, 2012. 90 s. [ISBN neznámé].

Elektronické zdroje:

ALTUNSOY, Neslihan, Safak Yalcin SAHINER, Merve CINGI KULUK, Tuncer OKAY, Semra ULUSOY KAYMAK, Cigdem AYDEMIR a Erol GOKA. Premorbid Personality Disorders in Male Schizophrenic Patients with or without Comorbid Substance Use Disorder:

Is Dual Diagnosis Mediated by Personality Disorder? *Noro Psikiyatri Arsivi*[online]. 2015, **52**(3), 303-308 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.5152/npa.2015.7679. ISSN 13000667. Dostupné z: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/eng/makale/3409/430/Full-Text>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>

Bona, obecně prospěšná společnost [online]. Praha: Bona [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/>

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Thematic analysis. *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* [online]. Washington: American Psychological Association, 2012, s. 57 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.1037/13620-004. ISBN 1-4338-1005-0. Dostupné z: <http://content.apa.org/books/13620-004>

CASPAR, Samantha M. a Artem M. JOUKOV. The Implications of Marijuana Legalization on the Prevalence and Severity of Schizophrenia. *Health Matrix* [online]. **28**(1), 27 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/hmax28&div=7&id=&page=>

CDZ8: Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 [online]. Praha: Fokus Praha, z.ú., 2017 [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://cdz8.cz/>

CICEKCI, Faruk, Dincer YUKSEKKAVAS, Adem AYDIN, Adnan KARAIBRAHIMOGLU a Ali Ulvi UCA. The comparison of socio-demographic and clinical variables between inmates using gabapentin for medicinal purposes and those abusing the drug. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* [online]. 2017 [cit. 2019-03-26]. DOI: 10.24165/jns.10014.17. ISSN 1302-1664. Dostupné z: <http://jns.dergisi.org/doi.php?doi=10.24165/jns.10014.17>

CIKRT, Tomáš. Reforma psychiatrie už není jako yetti. In: *Zdravotnický deník* [online]. 2018, 28.1.2019 [cit. 2019-06-30]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/reforma-psychiatrie-uz-neni-jako-yetti>

Constitution of the World Health Organization. In: *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 2016 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

DAIGRE, Constanza, Lara GRAU-LÓPEZ, Laia RODRÍGUEZ-CINTAS, Elena ROS-CUCURULL, Marta SORRIBES-PUERTAS, Oriol ESCULIES, Katia BONES-ROCHA a Carlos RONCERO. The role of dual diagnosis in health-related quality of life among

treatment-seeking patients in Spain. *Quality of Life Research* [online]. 2017, **26**(12), 3201-3209 [cit. 2019-03-27]. DOI: 10.1007/s11136-017-1668-4. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-017-1668-4>

DEGENHARDT, Louisa a Wayne HALL. Is Cannabis Use a Contributory Cause of Psychosis? *Can J Psychiatry* [online]. 2006, **51**(9), 566-74 [cit. 2016-04-26]. Dostupné z: <https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/august/cjp-august-06-degenhardt-IR.pdf>

DIMEFF, Linda A. a Kelly KOERNER. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press, c2007. ISBN 1-57230-974-1

Drogová situace: Přehled aktuální situace v oblasti drog v České republice. *Drogy-info* [online]. Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2017>

Fokus Praha [online]. Praha: Fokus Praha, z.ú. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: www.fokus-praha.cz

Honzák: Reforma psychiatrie musí být zakotvena v zákoně. In: *Terapie* [online]. Ambit media, 28.3.2019 [cit. 2019-06-30]. Dostupné z: <http://terapie.digital/zpravodajstvi/zdomova/honzak-reforma-psychiatrie-musi-byt-zakotvena-v-zakone.html?authToken=null#>

HORNÁ, Vanda. Názory a diskuze k reformě. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. 27.4.2016 [cit. 2019-06-30]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2014/06/12/zeptej-se-zakazniku/>

HÖSCHL, Cyril. Cyril Höschl: Co je psychiatrická reforma?. In: *Reflex* [online]. czech news center, 2019, 2.6.2018 [cit. 2019-06-30]. Dostupné z: <https://www.reflex.cz/clanek/veda/87570/cyрил-hoschl-co-je-psychiatricka-reforma.html>

KREMLÁČOVÁ, Edita a Jiří ŠUPA. Metodika práce s lidmi s duální diagnózou. In: *Portál podporovaného vzdělávání* [online]. [Brno: Práh, o.s., 2012 [cit. 2016-04-26]. Dostupné z: http://www.normalnestuduju.cz/údownload_jmk.htm

Magdaléna o.p.s. Program pro klienty s duální diagnózou. *Magdaléna o.p.s.* [online]. 2019 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.eu/cz/slu%C5%BEby-pro-z%C3%A1visl%C3%A9/1%C3%A9%C4%8Dba/program-pro-klienty-s-du%C3%A1ln%C3%AD-diagn%C3%B3zou>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Standard substituční léčby. In: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* [online]. Lisbon: EMCDDA, 2001 [cit.

2016-04-26]. Dostupné z:

www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231420_EN_CZ07_Standard%20substitution%20treatment%20Ministry%20of%20health.doc Standard substituční léčby

MOHR, Pavel. Reforma psychiatrické péče už stojí na solidních základech. *Zdravotnické noviny* [online]. 2018, **67**(9), 1 [cit. 2019-03-26]. ISSN 2533-3968. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf

Můj mindset. Duální diagnóza. *Můj mindset* [online]. 2019 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.mujsmindset.cz/nemoc/dualni-diagnoza/>

PINDERUP, Pernille. Training Changes Professionals' Attitudes Towards Dual Diagnosis. *International Journal of Mental Health and Addiction* [online]. 2017, **15**(1), 53-62 [cit. 2019-03-27]. DOI: 10.1007/s11469-016-9649-3. ISSN 1557-1874. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11469-016-9649-3>

PROTOPOPOVÁ, Dita. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. *Zdravotnické noviny* [online]. 2018, **67**(9), 2 [cit. 2019-03-26]. ISSN 2533-3968. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf

Psychiatrická nemocnice Bohnice [online]. Psychiatrická nemocnice Bohnice: Psychiatrická nemocnice Bohnice [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/>

SCHEANSOVÁ, Andrea. Specifika léčby závislosti u duálních diagnóz. In: *Andrea Scheansová* [online]. 2013 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <http://andreascheansova.cz/wp-content/uploads/2014/08/Specifika-1%C3%A9%C4%8Dby-z%C3%A1vislosti-u-du%C3%A1ln%C3%ADch-diagn%C3%B3z.pdf>

SCHORSCH, Kristen. In withdrawal The babies of Illinois' opioid epidemic. *Crain's Chicago Business* [online]. 2018, 26.3.2018, **41**(12), 1 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=5271d193-4211-4353-8460-6c548614e9e4%40sessionmgr4006&bdata=JmF1dGh0eXBIPXNzbyZjdXN0aWQ9czU0MDc1MjUmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#AN=128763275&db=bwh>

SHAHRIYARMOLKI, Khodayar a Tim MEYNEN. Needs assessment of dual diagnosis: A cross-sectional survey using routine clinical data. *Drugs: Education, Prevention and Policy* [online]. 2013, **21**(1), 43-49 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.3109/09687637.2013.796910. ISSN 0968-7637. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09687637.2013.796910>

SHARMA, Anita, Arvind SHARMA, Sanjay GUPTA a Satish THAPAR. Study of family burden in substance dependence: A tertiary care hospital-based study. *Indian Journal of*

Psychiatry[online]. 2019, **61**(2), 9 [cit. 2019-03-26]. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_123_15. Dostupné z: <http://www.indianjpsychiatry.org/>

Strategie reformy psychiatrické péče. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/10/08/vydani-strategie-reformy-psychiatricke-pece/>

SUBODH, BN., N. SHARMA a R. SHAH. Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis. *Indian J Psychiatry* [online]. 2018, 4.9.2018, , 8 [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_18. Dostupné z: www.indianjpsychiatry.org

Taking mental health into the community. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2014, **92**(10), 702-703 [cit. 2016-04-26]. DOI: 10.2471/BLT.14.021014. ISSN 0042-9686. Dostupné z: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/92/10/14-021014.pdf>

The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press, [2017]. ISBN 978-0-309-45304-2

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Romana Machová

Studijní program: Psychologie

Název práce: Specifika práce s lidmi s duální diagnózou

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 22159

Ostatní text: 168468

Celkový počet znaků: 191097

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: Machová_diplomová práce.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: Machová_diplomová práce.docx

Další soubory: žádné

PŘÍLOHY:

Celé rozhovory

Respondent č. 1

V: Jak dlouho pracujete s klienty s duální diagnózou?

R: Tři roky.

V: A jak jste se ve svém profesním životě dostal až sem?

R: Já jsem někdy v roce 2004 skončil Vysokou školu ekonomickou a pak jsem zkoušel pracovat jako asistent ředitele jedné firmy. Chvilí jsem byl i ředitelem jedné firmy, ale to moc dlouho netrvalo, zjistili, že na to nemám buňky úplně. Chvilí jsem i pracoval v zahraničí, byl jsem v Londýně. Tam jsem dělal na automyčce a v obchodu s koberci, byla to velká legrace a vrátil jsem se z té legrace. Pak jsem si udělal i dítě a byl jsem nějak nucen se starat o tu rodinu. A pak jsem to nezvládal, přišel jsem o práci, asistenta obvodního na evropských projektech, padal jsem úplně na hubu, do toho začaly úzkosti, začal jsem myslet na sebevraždu a začal jsem se léčit na psychiatrii. V tu chvíli mě to donutilo.. že se mnou nic nebude, když se nepůjdu léčit. Pomohlo mi to v tom, že já jsem měl takové stavy v těch úzkostech, že já jsem nebyl schopnej fungovat v práci. Horko těžko se mě na nějakým pohovoru jsem ukecal nějakou vedoucí, aby mi dali práci. Já jsem nebyl ani schopnej nastudovat pravidla. Ani pět deset minut soustředění nešlo. Bylo to hrozně blbý. Na to, že předtím mi nic nedělalo problémy, sice jsem nestudoval na červené diplom, ale v podstatě bez problémů jsem vystudoval veškerou. No a tady od toho jsem začal jako tápat. Vlastně čtyři roky jsem dělal na úřadě, což nebylo moc příjemný, mi začalo hrabat z toho. Rok a půl jsem tam seděl a nedělal jsem nic. Měsíc jsem třeba nic nedělal, pak přišel vedoucí a dal mi šest papírů, do zejtra to chci mít zpracovaný, a tak. No a tak jsem prostě něco udělal, oni mi pak snižovali hodiny, chtěli mě vyhodit. No a v podstatě takhle přes to budování si nějakýho svého světa, jsem si to prostě nějak vsugeroval až prostě jsem měl i halucinace. Prostě jsem tam odsud odešel kvůli tomu, že jsem... to mělo takovou podivnou souvislost. S kolegia v kanceláři jsme si moc nerozuměli. A jednoho jsem měl silnej pocit nenávisti k tomu jednomu kolegovi, že ho rozsekávám mečem. A on druhý den ke mně přišel a na mě promluvil „viděl jsi ve zprávách na Nově, jak někdo rozsekal nějakou holku mečem?“ A v tu chvíli jsem si řekl, to je prostě... že s tím musím něco dělat. Takže jsem vyhledal odbornou pomoc. V péči psychiatra jsem byl asi rok, pak jsem šel na zotavení, tam jsem si řekl, že to nejde takhle, že chci dělat ty věci, který jsou správný. Který jsou všeobecně správný. Takže jsem začal dbát víc na hygienu, začal jsem číst, začal jsem sportovat a chodit do přírody. A životosprávu jsem změnil, přestal jsem kouřit a pít alkohol, veškerý návykové látky. Pil jsem jenom čaj, bylinkovej, ani ne čaj, ale jako byliny. Jestli znáte machu, ten indickej čaj. No tak to mi moc pomáhalo. Od té doby už se to jako zlepšilo. Pracoval jsem v drogerii, v drogerii jsem v postatě poskytoval poradenství feťákům a narkomanům, jak se mají hlídat a rady osobní, jak s tím životem naložit. Tam jsem dělal jakoby sociální práci a terapii. A rok na to, co jsem tam skončil, jsem si udělal kurz. Dkotorka mi poradila, když nedáváte práci ve skladu na celý směny, tak se koukněte po něčem na polovic a poradila mi práci pro zdravotně postižený. Tak jsem jí poslech a viděl jsem inzerát: hledáme člověka ideálně

s onemocněním ze schizofrenního spektra, aby tady u nás pracoval. Tak jsem se přihlásil a oni mě vybrali. To mi spadnul kámen z krku, no a od té doby jsem tady.

V: a uspokojuje vás ta práce?

R: jojojo. Jsou tam nějaký propady, jako že toho mám dost. Někdy si říkám, že by to chtělo změnit. Naštěstí je ta práce kreativní a mám vedoucí, který mi umožňují realizovat si své sny. Zasloužil jsem se o to asi sám. Řekl jsem: já bych rád tohle, můžu? A oni: jo, super. Že ta aktivita byla velmi vítaná. Protože jsem si řekl, hele, to je poslední tvoje šance, kterou můžeš někde dostat.

V: takže tu máte možnost i vlastní iniciativy.

R: ano. Už to třeba budou skoro tři roky, co jsem začal chodit s klienty na výstavy. A chodíme na Kampu, pravidelně do galerie hlavního města Prahy, u Kamenného zvonu, do galerie Kooperativy, tam jsou krásný díla. Tak to je takovej jako bonus, s pomocí těch klientů, že vždycky nějak zavolám, řeknu, že jsme odsud a vyjednáme vám cenu zadarmo. Teď už to není tak častý, protože je málo času, děláme skupiny třeba hodně.

V: A vaše skupiny jsou zaměřeny na sdílení zkušeností s klienty?

R: ne ty skupiny, co jsem vedl loni.. . Nebo ne vloni, začali jsme od října loňského roku (2017) a skončili jsme v březnu. Tak to byla skupina zaměřená na zotavení podle knihy... to je taková peer-konzultantská bible, kde je popsáno, jak si zmapovat svoje silné stránky, jak si zmapovat svoje příležitosti a pak se pracuje na tom, aby si člověk utvořil postupně na krátkodobý a dlouhodobý cíle, jak toho dosáhnout.

V: měl jste v té skupině i někoho s duální diagnózou?

R: no, do té skupiny chodil jeden člověk, kterej měl duální diagnózu, ačkoli jsme ho neměli vedenýho jako duálního klienta. Projevilo se to až zpětně, že měl problémy i s návykovými látkami.

V: A jak mu to šlo v té skupině?

R: To byl jeden z neaktivnějších lidí, příjemnej, veselej, sice občas takovej skeptickéj a pesimistickéj, ale většinou to byl jeden z neaktivnějších a nejveselejších klientů.

V: a ještě jak jste říkal o té galerii..

R: ono to vlastně trochu člověka překvapuje, ale vlastně asi jenom toho, kdo nemá zkušenost s těma látkama. Že ty zakázaný látky mají za účel nahodit dobrou náladu a energii, a to jsou většinou dvě věci, který lidem chyběj. Kor když jsou utlumený lékař, jako je, nejhorší asi je... si teď nevzpomenu.. no, to je jedno. Liporex (?) to je lék, když jsem ho viděl... já jsem ho sám neměl, ale po šesti dnech vstát je skoro nemožný. Ten spánek vám nic nedá. Totálně unavený, už od rána jsou úplně vyřízený. Tak co to je za život. Tak já se nedivím, když do toho někdo kouří, to je taky droga a kafe je něco podobnýho.

V: jsem se právě chtěla zeptat, jestli ten klient s duální diagnózou byl v tom umění nějak aktivní.

R: on sám vytvořil komiks. Sám tvořil. A ta skupina.. jsme vždycky seděli tady dole v knihovně, seděli jsme v kroužku, bavili jsme se, ze začátku pět, pak to už byli jenom tři.

V: A jak on vnímal to umění?

R: On měl prostě sen, že chce vytvořit komiks, tak vytvořil komiks.

V: takže byl to aktivnější člen?

R: On měl v sobě nahromaděnou nějakou potřebu sdělit svojí bolest a vychrlit to ze sebe pomocí toho komiksu. My jsme měli všichni radost, že se mu to povedlo dotáhnout, že to dodělal, že se to takhle povedlo.

V: Co vás na ráci s duálními diagnózami nejvíce zajímá?

R: No mě to svým způsobem ukazuje nějaký moje chyby v životě a já jsem ze začátku měl i problémy pracovat s duálníma lidma. Protože teď se říká v pojetí moderních trendů, že kdo má nějakou závislost, tak je nemocný duševně. Protože normální zdravý člověk je šťastnej a nepotřebuje to. Jakmile někdo dojde k tomu, že teda je závislej na pervitinu nebo na čem.. na heroinu, tak to přece není v pořádku. Takže mě nejvíc zajímá, že já jsem vlastně hodně hulil trávu, hrál jsem v kapelách a kolem té muziky jsem dělal hodně. Člověk je muzikant a dokud je v té kapele, tak lidem je jedno, že přijde do práce krapet oželej. Takže mi to torelovali lid, no a jakmile jsem skončil s tím vystupováním a hraním v kapele, tak se to rozpadlo. A už jsem bylo jenom alkoholik. A mý kamarádi ne od muziky, ale od školy, který chodili jednou dvakrát do týdne někam, ale já jsem chodil s nima, že jo. A už je to ani nebavilo, oni mě nebrali mezi sebe. Tak to mi v podstatě pomáhá pracovat s těma duálníma diagnózama. Ujistit se v tom, že už to nechci. To je na mý práci dobrý, že si vyměňujeme vzájemně příběhy, a pomocí toho sdílení příběhů, těch zkušeností, většinou to bývá obousměrný, a vždycky ty témata, co probíráme s klientem, tak se mi vyčistí.

V: Co je podle vás potřeba pro práci s duálními diagnózami?

R: Já myslím, že ty hranice by si měl člověk umět stanovit. Kromě jiný práce s duševně nemocnými, tak u těch závislých musí člověk přesně znát ty hranice a nesmí je překročit. Jakmile někdo má prostě problémy s nějakou látkou, a já mu to jednou odpustím, podruhý mu to odpustím. Člověk musí být přísněj tady na to. Bohužel se nesmí používat fyzický tresty. Já myslím, že občas by se to hodilo.

V: Jak řešíte relapsy?

R: NO, tak my máme nějaký zásady, který musíme dodržovat, pravidla v organizaci. A podle toho se snažíme nějak fungovat, takže máme testery na látky návykový, takže pokud máme podezření, že někdo je pod vlivem návykový látky, tak ho testujem. Když vyjde pozitivní, že má v sobě nějakou tu látku, pokud on teda nenamítá nic proti tomu, to bychom to museli poslat tu testovat moč do laboratoře, ale jinak, nebo aspoň by to tak mělo být, většinou to tak nejde. Když přijde někdo opilej, tak člověk když nemá vyloženě zkušenost, tak to ani nepozná, pohledem, není to cejtít, když ten člověk nepříjde vyloženě zničenej, tak si toho nikdo nevšimne. Nebo když někdo dlouhodobě užívá, taky se to nedá poznat. Tak pod vlivem těch látek by lidi neměli být na chráněným bydlení. Protože můžou negativně ovlivňovat ty ostatní lidi. Měli jsme jednoho klienta, kterej upozorňoval na to „se tady sjížděj a vy s tím nic neuděláte“. Tak jsme to řešili, chvílku to trvalo, než se zareagovalo na to. Prostě když se snaží člověk abstinovat od pervitinu a soused nebo člověk na pokoji k němu přijde sjetej, tak to je nepříjemný. Teď už se to snad takhle nejděje nebo už je to ošetřený nějakýma pravidlami.

V: Jaký byste vypíchnul typické situace, které se při práci s těmito klienty opakují?

R: No, komplikace jsou asi v tom udržení těch hranic, jakože nebavím se jako pod vlivem. Což to člověka svádí, k tomu aby člověk byl na nějaký tý zábavě nebo v hospodě. Tak jako udržet si nějakou

jinou hladinu, jinej pohled. Když já jim třeba řeknu, že jsem prostě bral trávu každé den jsem hulil, nebo že jsem třeba bral kokain, jsem si dával, tak potom tam jsou tendence, aby se se mnou bavili jako „my tomu rozumíme“. Protože my asi máme ten pohled na ten svět pod vlivem té látky. Ale to moc prospěšný. Takže většinu času jsem si takhle „ošahával“ tu práci. Tak mi třeba někdy bylo blbě jako kdybych se sjel. Teď už mi to tak nevadí, když jsem delší dobu od toho užívání. Já většinou pomáhat se realizovat těm klientům.

V: Co je podle vás nejlepší a naopak nejtěžší na té práci?

R: To, že se dá těm lidem ukazovat, že se dá žít bez těch látek a bejt polej, magor, stejnej. I když nejsem pod vlivem něčeho, tak jsem schopnej se chovat stejně vesele. Co je nejtěžší. Nejtěžší je se od těch vztahů očist'ovat. Třeba když mám schůzku, tak většinou se dostanu hodně do blízkosti toho klienta. A musím to ošetřit tak, abych se cítil sám sebou. A myslím, že u lidí, co užívali to bejvá o hodně náročnější. Jednu dobu jsem se raději vyhýbal duálním diagnózám. Teď už jako... Můj první klient, když za mnou přišel, tak to bylo s duální diagnózou. Řešili jsme hodně to odvykání, tu abstinenci. Byla to sranda. Ono s těma lidma je větší legrace. Když je člověk jenom na nějaký psychický medikaci a má strach a je takovej utlumenej a bojácnej, tak musíte být opatrnější, pomalejší. A ty lidi s tou duální diagnózou jsou většinou akčnější.

V: Dokázal byste si vzpomenout na nějaký silný zážitek pozitivní i negativní?

R: No, pozitivní pro mě byl asi ten první klient, kterýho jsem měl. Takže doteď abstinuje. To je pro mě takový jako pozitivum. No, a něco negativního, jestliže mám v té skupině člověka pod vlivem látky. Nepoznával jsem to a nikdy jsem si toho nevšiml.

V: A co se potom dělo, když jste na to přišli?

R: No, museli jsme přistoupit k patřičným opatřením.

V: Takže asi pryč ze skupiny?

R: No, musel skončit v té komunitě. Já tady teď chráním jeho soukromí.

V: Jak vnímáte reformu psychiatrie v souvislosti s proměnou léčby duálních diagnóz?

R: No, já nevím, jestli jsem mluvil o tom, že by možná mohli začít vznikat zařízení, která nevyklučují užívání a poskytují sociální služby. Jo, že by lidem s duální diagnózou poskytli chráněné bydlení, i když užívají návykové látky. To je takový moje zbožný přání, který se mi podařilo posunout až k tomu kulatému stolu na ministerstvu. Ono se to i děje ve světě. S jednou paní kolegyní, která se tam schází s lidma, tak ona se mě ptala, co bych změnil na té reformě, tak jsem jí řekl, že by bylo dobrý, kdyby bylo chráněné bydlení, který by užívali lidé pod vlivem látky. Bylo by to i levnější postavit dům, nechat tam bydlet feťáky, který jsou na ulici, takže se tím sníží náklady na policii, krádeže, nemocnost se sníží a dokonce během jednoho dne, co bylo zavedeno tohle opatření, se snížilo množství užívaných látek. Že když jste na ulici, tak feťák potřebuje třeba pět dávek, amfetamin nebo tak, aby to přežil na té ulici. Když je v tom bydlení, když má střechu nad hlavou, tak potřebuje třeba dvě. Ty lidi tam nepotřebujou nějakou extra péči. Oni třeba potřebujou si tam čaj udělat, a tak si tam tak jako žijou. A to je ten přístup, ktrej zatím tady tak úplně není, Ty lidi se prostě pohybujou normálně na ulicích.

V: a jak tam tedy fungují ty sociální služby?

R: Ono to většinou funguje tak, že tam jsou mezi těma lidma peeři. A ty jim pomáhají koordinovat chod tý komunity. Že třeba jim pomáhají nějak zajistit produkci něčeho, jak si zajistit něco, co chtějí ty lidi. Samozřejmě ne nic extrémního. Když chce třeba někdo dělat výstavu, pomůžou jim s výstavou, pomůžou jim uvařit. Naučit takový ty zásady, jak se chovat, aby to fungovalo.

V: A může to být i jako taková přechodná stanice.

R: Může to být. Jsou tam lidi, kteří tvrdí „já jsem žil 15 let na ulici, pak jsem byl ve špitále, dva roky na odvykačkách a od té doby neberu. Žiju spokojenej život, mám svoje bydlení, někde pokoj, jezdím na kole, můžu k moři v létě. A co ty, chceš taky? Můžu ti s tím pomoci“. Tam je ten vlastní příklad toho, že to jde. Naděje nějaká.

V: Jak se proměnila práce s duálníma diagnózami od té doby, co jste s nima začal pracovat?

R: No, mě se to proměnilo v tom, že je to pro mě příjemnější ta práce. Že nemám už problém s tím, že se mi už tolik nevrací to závislostní chování. Stejně se říká, že peeři by měli pracovat se závislejma až po svojí závislosti, třeba pět, nebo po problémech. No a m se stalo, teď už je to víc jak pět let, že jsem si dal s kámošema lajnu kokainu, po dlouhý době, od té doby jsem měl blbý stavy, že jo. No, a teď už je to skoro pryč, no. Horší, že jsem nikde nebyl, nechodim do hospody, přestal jsem i pít. Co z toho.

V: A jak vidíte budoucnost léčby duálních diagnóz, kam myslíte, že se to bude ubírat?

R: No, když nám dovej ty fyzický tresty, bude to lepší (smích). Kam se to bude ubírat, já doufám, že ke svobodě. Si myslím, že bychom neměli dávat to rovnítko, neb rovnítko, prostě neměli bychom říkat, že ten člověk fetuje a proto je špatnej. Já si myslím, že to tak jakoby je, že spousta lidí v šoubusinessu, umělců, kteří ty závislosti prostě mají, nebo respektive užívají, a my místo toho, abychom na ně ukazovali „feták“, tak říkáme „Rolling Stones!!!“ Proto by bylo dobrý, kdybychom mohli poskytnout lidem, kteří už třeba padli na hubu, nějakou oporu i v tom užívání, aby si mohli užít života s pocitem, že něco tvoří. Protože věřím, že když něco tvoří, k žijou. Nebo se vzdělávat. Zkrátka tvořit, aspoň nco z toho, anebo obojí. Ta práce je totiž na sobě, že jo. Když prostě jenom ležím a nic nedělám, tak prostě se nic neděje. Když někdo bere dvacet let heroin, tak je skoro nemožný přestat. Prostě ty bolesti jsou obrovský.

V: Takže prostě vytvářet nějaký hodnoty.

R: No no no. Ono jde o to, že člověk je pak spokojenej. Nechává něco za sebou.

V: Že něco jako vytvořil.

R: Přesně. Něco pomáhám tomu světu vytvořit. dávám hodnotu nějakou. Můžu si sám sebe vážít, tím se mi zvýší sebevědomí.

V: Co se vám v poslední době povedlo? Za co byste se v práci pochválil?

R: No, s jednou paní, která měla takovou závislost na pervitinu a žila s člověkem, kterej i vařil pervitin, dokonce byla nějak při penězích, koupili si společnej pozemek, karavany, houseboutu. Pak se rozešli a ona to přepsala všechno na něj. Takže to ako věnovala jemu, jenom má jednu polovinu pozemku. A nám se podařilo s tříletou prací, ze začátku vůbec nekomunikovala, bylo to šílený, strašně úporná, jsme to nějak přestáli, že takhle ne. Teď jsme se dostali k tomu, že ona si přála teda žít na těch pozemcích v těch karavanech, tak že jí můžeme pomoci k tomu snu, aby se tam přestěhovala. To je jako jeden z největších úspěchů.

V: ;že plníte ty sny, to je hezký. A co byste doporučil odborníkům na poli duálních diagnóz?

R: Aby přehodnotili vystupování vůči klientům jako autorita. Ono, někdy se člověk musí zachovat autoritativně. U duálních diagnóz. Jako dát prostě najevo “hele, mě nesar”. Ale mslím si, že taková ta povaha tý psychiatrie naší je až moc autoritativní, i já třeba. Že bych na vás někdy působil moc autitativně. Kdž prostě někdo na mě bude vyvíjet tlak nějakéj, chce, abych něco udělal, tak to nebudu dělat. To nejtěžší je přimět ty klienty k tomu, že pro ně je to nejlepší, ale oni s musí sami rozhodnout, že přestanou. Já to vidím tady na tom peerovi, on prostě nebere a žije. Nebo si prostě řekne “ale já už nechci ty drogy brát”. Ale dokud to nechtějí ty lidi, tak s tím nemůžou nic dělat. Jo, takže tam je ta autorita, že musím něco dělat. Nevím, jak to máte vy, ale já radši dělám věci, který chci a ne, který musím.

V: A ještě doporučil byste něco kolegům, kteří začínají s touto cílovou skupinou?

R: Trpělivost aby měli. Ten člověk opravdu potřebuje velkou trpělivost a takovou shovívavost svým způsobem taky. Shovívavost a trpělivost. Nemůžu si myslet, že třeba za tři měsíce ty lidi všechny uzdravím, a takhle. Takže vydržet. A jsem zvědavěj, kam se to v tomto našem odvětví posune.

Respondent č. 2

Výzkumník: Jak dlouho pracujete s klienty s duální diagnózou?

Respondent: To bylo od roku 2011..? Jakoby přesně vám to teď asi neřeknu. Teďka s nima vlastně už nepracuju, tu skupinu jsem už předala. Ale rozhodně to bylo takových pět let. Čtyři, pět let. Rozhodně to bylo víc než pět let.

V: A jak jste se v profesním životě dostala až sem? Vyprávějte mi svůj profesní život.

R: Tak já jsem pracovala osm let tady v psychiatrický nemocnic na oddělení závislostí, kde jsem pracovala jenom s tou diagnózou závislosti. Mě ale vždycky zajímala hodně práce s lidmi s psychózou, tak vlastně jsem dlouhodobě usilovala o to, abych mohla v rámci své práce, taky pracovat s lidmi s psychózou. Kde ale jsem teda nemyslela na duální problematiku, prostě jsem chtěla s těmi s psychózou. Což vlastně jsem potom začala externě pro sanatorium (název), jednak potom tady v rámci nemocnice v mý pracovní náplni se to podařil denní stacionář pro lidi s psychotickým onemocněním, převážně jako prvnoléčby, druholéčby, a já jsem vlastně asi na čtvrtinu svého úvazku tam začala pracovat, vedla jsem skupiny a v rámci toho stacionáře se tam začala ukazovat skupina lidí s tou duální diagnózou. Byli nějakým způsobem specifičtí a nějak tak i kolegům se zdálo, že já z toho našeho týmu na ně nejlíp reaguju, mám pro ně víc pochopení a bylo mi navrženo, jestli nechci otevřít skupinu vyloženě pro pacienty s tou duální diagnózou. Takže takhle se to stalo.

V: A co vás na téhle skupině nejvíce zaujalo?

R: Pro mě tam byla ta kombinace obojího, co mě zajímalo. Jednak jsem pracovala s tou závislostí, takže to mi nějak bylo blízky a asi jsem v tom našem týmu jediná, která pracovala v tom denním stacionáři souběžně se závislostma a prostě zajímalo mě, že tam je ta komorbidita toho psychotickýho onemocnění, který zase ty lidi činí nějak odlišnými od těch

jenom závislých, který jsem měla na oddělení závislostí. Takže pro mě se to pak stalo takovou, že se tam sbíhali obě témata, která mě zajímali.

V: Co je podle vás potřeba pro práci s touhle diagnózou.

R: Určitě dokázat s těmi pacienty dokázat navázat vztah. Myslím si, že je důležitý pro lidi, kteří jednak mají to psychotický onemocnění, ale i pro ty závislosti, je důležitý dokázat být jako terapeut nějakým způsobem autentický, lidský, ale zároveň i nastavovat nějak hranice, požadovat po těch klientech něco, ale asi nestát příliš v té roli experta, ale jít do toho i nějak jako... autenticky.

V: A je v tom přímo pro ty duální diagnózy něco jiného?

R: Ne, já v tom právě nic nového, ani co jsem svojí práci supervidovala s mým jedním primářem tady, i to co i ta odborná literatura popisovala, je vlastně opravdu jednak práce se závislými a jednak práce s psychózou. S tím že ty nároky na tu duální diagnózu musí být nižší, ale musí tam být nějaké hranice. Oni musí cítit vřelý přístup od toho terapeuta, ale zároveň musí být nějaká pravidla a hranice.

V: Dokázala byste říci, jaké situace se opakují v práci s těmito klienty?

R: To, co mě tam třeba přišlo zajímavý a jiný, bylo to, že jsem třeba na té skupině dělala namátkový testy, a třeba stávalo se mi, že ten klient tam třeba přišel, on byl intoxikovaný, on byl ochotný ten test podstoupit, ten pak vyšel pozitivně a byli někdy v tom přístupu takový mnohem bezelstnější, s tím, že třeba ten jenom s tou diagnózou závislosti by si třeba vymlouval, na tu skupinu by nešel, prostě by se snažil to všelijak zmanipulovat, aby nedošlo toho, že stojíme před tím výsledkem toho pozitivního testu, a oni tihle můj klienti s tou duální diagnózou jsou takový spontánnější a nebyli tolik manipulativní. Tak to mi přišlo takový trochu jiný. Určitě se mi s nima pracovalo hezky v tom, že nelhali tolik. Tihle byli víc. Více pojmenovávali věci, tak jak jsou, nebyli tolik manipulativní, jako ta klientela, s kterou jsem se potkávala jenom na tom oddělení závislostí.

V: A co bylo nejlepší a co naopak nejtěžší na té práci?

R: Těžší pro mě bývalo to, když jsme.. Takhle to řeknu, já jsem tam mívala hodně klienty chráněného bydlení, kde bylo domluvená taková spolupráce, že aby jim bylo umožněno to chráněný bydlení, který vlastně ta organizace poskytoval pro lidi s psychózou, tak vlastně chtěli po nich, aby chodili na skupinu, protože jinak by to byla kontraindikace té závislosti, a aby byli testováni, s tím, že někdy takhle došlo k situaci, že ten test vyšel pozitivní a ten klient mě prosil, že příště už bude v pořádku, abych to nehlásila tomu chráněnému bydlení, což zase v kontraktu bylo, že to sdělit mám. A ze začátku jsem třeba uvažovala, že teď dojde k tomu, že ten člověk bude vyhozen z toho bydlení, že za chvíli ho tu budeme mít zase hospitalizovanýho na oddělení, protože ty lidi vlastně neměli žádnou záchranou síť. Oni tak jako zdatní závislý, kteří by uměli přežívat na ulici a žít se krádežemi, oni nebyli takhle delikventní. Takže to pro mě jakoby z počátku bylo hrozně těžký, protože jsem byla zvyklá z práce se závislými, aby byly ty hranice i v případě recidivistů velmi pevný a neoblomný. Ale časem jsem zjistila, že ty lidi s psychózou jsou naopak velmi benevolentní a že když jsem

potom mluvila vždycky s tím garantem toho člověka, tak jakoby jsem věděla, že to nebude rozhodnuto zbytečně tvrdě, že jsem z nich cejtla ten zájem o osud toho člověka, aby ho udrželi. Ale z počátku jsem tam ten strach opravdu měla a musela jsem to řešit na supervizi tady. Jestli jim to skutečně říct. Prostě svádělo mě to k tomu je chránit, ale naštěstí jsem to neudělala a nemrzelo mě to. A co nejhezčí? To že se jednou za čas stalo to, že se ten člověk dal do pořádku. S nima byl takovej vřelej vztah, někdy to bylo takový, že za mnou chodí jako do nějakýho klubu. Oni se rádi viděli, tam nebyla žádná hluboká psychoterapie, ale že tam bývala milá atmosféra. Přišli mi takoví autentičtější, vřelejší, na nic si nehráli. Že jsme třeba i dokázali, že se někdo rozjížděl v tý recidivě, ale že teď končíme, on dokázal pojmenovat, že teď ještě abstinovat nebude, že jsme prostě ukončili tu docházku, ale dokázal se třeba za čtvrt roku ozvat a zase docházet do tý skupiny, a že se ani mě neobávali říkat ty věci, tak jak by měli. A ani já jsem se za to na ně nezlobila, i jsem jim řekla, že to nebude mít asi dobrýho konce. Ale byli tam hezký momenty, třeba jednou za čas jsme šli opejkat buřty, nebo jsem jednou za čas udělala nějaký vejlet, a to bylo vždycky hrozně napínavý, protože všichni chtěli hrozně naplánovat místo skupiny. A jakoby když byl ten den, tak se začli všichni omlouvat a byl to dost velkéj adrenalin, jestli vůbec někdo přijde, nebo jestli bude jeden člověk, ale takhle někdy se to podařilo a to pro mě bylo fajn, když jsem takhle s několika klientka vyrazila. A bylo to fajn. A co ještě bylo těžký, asi by vás zajímalo, že v průběhu těch.. byli i tací, kteří zemřeli, v průběhu těch šesti let byli to tři lidi. A to je asi to, co k tý diagnóze patří. To byli lidi, kteří třeba i abstinovali, ale svojí vinou si to psychotický onemocnění zhoršili tím, že do toho tak fetovali, zahnali do takový podoby, že žádný léky nepomáhaly, abstinence nepomáhala a vlastně pořád zažívali ty hodně nepříjemný hlasy a stavy, že spáchali sebevraždu. V jednu případě nevim.

V: A jak to potom vypadalo na tý skupině?

R: Většinou jsem se to dozvěděla i od těch lidí, protože oni byli provázaní. To nebyli lidi, kteří by se sešli jenom na tý skupině. Takže ty to většinou věděli a asi se jich to nějak dotklo, mělo to na ně dopad, ale myslím, že to jsou věci, který se dějou mezi takovýma lidma, takže to nebylo zase... Bylo jim to líto.

V: Jak jste mluvila o těch těžkých situacích, tak jak pak musela vypadat ta domluva s tím člověkem, že to musíte sdělit, že byl pod vlivem?

R: A tak to se vědělo, tak to oni měli podepsaný kontrakt s chráněným bydlením a věděli, že budou testovaný. Vědělo se, že, to jsme si na skupině říkali, když nastoupili. Jako já informuju jenom o závažných věcech, jako je neúčast, jak relaps. Jinak to zůstává mezi náma. Ale když ten klient nepřišel a neomluvil se a měl tam být, protože tam byli i nějaký podmínky, jako padesátiprocentní účast. Tam právě ani nebyl ten předpoklad, že bych je kryla, ne. To oni věděli, že na to mám právo a že to tak je domluvený a samozřejmě, že to zkoušeli, že příště přijde v pořádku, jestli... Ono teda na tý skupině byla teda určitá tolerance vůči marihuaně. Co prostě nebylo tolerovaný, byl pervitin, ale marihuana a alkohol, samozřejmě nemohli přijít intoxikovaný, ale když se v tom testu ukázala ta marihuana, tak jsem tam měla pravidla, že během dvou měsíců chci, aby tam byli čistý ty testy. Ale jinak jsem to tolerovala. Ještě jsem vám neřekla jednu věc, jak jste se ptala na ten styl tý práce. Jak

jsem říkala, že je to takovej průnik tý práce s těma psychózama i s těma závislostma, tak ale tady asi, co bylo tím kritériem, nebo když jsem vůbec formovala tu skupinu tehdy, u těch duálních diagnóz se bere, že je cílem, aby ten člověk sociálně neselhával. To teď navazuju na to, že ten alkohol a ta marihuana byli jakž takž tolerovaní, pokud ten člověk dokázal třeba chodit do chráněný práce, nebo měl tu účast, pokud si prostě plnil svoje povinnosti v životě, tak to nebylo, že jako nesmí. to je asi rozdíl od tý vyloženě abstinentsky zaměřený skupiny, která byla třeba na tom oddělení závislostí.

V: A máte nějaký nejsilnější pozitivní zážitek?

R: Ten je vlastně celkem z nedávný doby, kdy já už jsem skupinu předala, skupinu s hospitalizovanými, a skupinu ambulantní jsem rozpustila, protože už nějak neplnila účel, nebo měla jenom jednoho člena, který opravdu dodržoval ty pravidla, tak jak měl. A to je klient, kterýho jsem zažila během několika celkem dlouhých hospitalizací tady, kterej selhával, studoval tehdy na nějakýho zahradníka, to studium nedokončil, z chráněných bydlení ho párkrát vyhodili, ale měl takový vlny, kdy abstinovat a že jako bude užívat. Ale ten se potom, asi tak rok, kdy jsem tu skupinu vedla, se nějak stabilizoval a začal se orientovat na tu abstinenci, byť si na to taky musel přicházet sám, ale víc se dával o kupy, tak ten mě nedávno navštívil, s tím, že když jsme končili, tak on se hlásil na večerní gymnázium a teď vlastně končí první ročník a bude mít snad jenom jednu trojku a učí se a pracuje a celkem abstinuje. Ta práce s tou klientelou je hrozně náročná, protože tý motivace u těch lidí je hrozně málo. Protože jak jsou nemocí i tím psychiatrickým onemocněním, tak nemají třeba takový ambice, jako mají lidi, kteří se dostanou jenom do závislosti. Ty drogy jim navíc často ulevujou od nějaký duševní nepohody. Takže získat je pro tu motivaci k abstinenci je hrozně těžký. Většinou se to nedaří moc, jenom tak u pár lidí. Takže když potom tohle vidíte, tak to je prima Něco podobnýho jsem zažila i v tý skupině hospitalizovaných, že tam byl pacient mnoha mnohaletej, kterýho jsem o tý doby, co jsem tady začala pracovat, někdy v roce 2005, tak jsem ho různě potkávala ještě na oddělení závislostí, pak už tady, že už jako nepřežije, byl bezzubej, úplně zničenej. Pak dostal ochrannou soudní léčbu a začal abstinovat, pak nastoupil do chráněnýho bydlení a taky o sobě dával vědět, že je v pořádku, takže to je takovej zázrak vždycky, kterej se stane a vůbec nevěříte, že někdo už takhle zničenej, komu už nikdo nedává šnaci, tak se takhle zvedne. Samozřejmě nevíme, jak je to nadlouho, ae samozřejmě každěj den a každěj měsíc se počítá, takže to jsou takový věci, který nečekáte.

V: A naopak nejsilnější negativní zážitek?

R: mrzela mě smrt toho jednoho klienta. toho jsem taky znala hodně let a nějak jsme spolu docela měli takovej blízkěj terapeutickěj vztah a ten vím, že se hodně trápil a už dlouho abstinovat. Rozumím tomu, že to pro něj bylo jediný východisko a nic s tím nejde dělat, Takový věci se dějou. Pak tam byl zase jinej, kterej byl dvakrát, třikrát na skupině, tvářil se všechno dobrý a pak za týden nepřišel, jsem se dozvěděla, že zemřel a nic. Tak to jsou věci, který k tý práci patří. To je asi to, co se mě nejvíc dotklo.

V: CO si myslíte, že přinesla reforma psychiatrie?

R: No, já si myslím, že jako úplně ještě neběží, protože je důležitý, aby byli finance na tu reformu psychiatrický péče a měla spočívat v tom, že se budou snižovat lůžka v nemocnicích a léčebnách a bude se to nahrazovat širšími sociálními službami. Aby mohli být zapojeni v tom běžném životě, ale nejdřív musí být služby, aby bylo možný ty lidi propouštět, a to zatím moc není. Tady je v týhle nemocnici tolik lidí hospitalizovaných, protože čekaj dlouho, půl roku, rok, na chráněný bydlení. Prostě ty služby nejsou, nemaj kam jít bydlet. A není dostatek těch služeb, který by to nahradily. Ano, pomalinku občas něco vznikne. Tady sem tam nějaký centrum duševního zdraví. Takže já nemám dojem, že by se něco příliš reformovalo.

V: Jak se z vašeho pohledu proměnila práce s klienty s duální diagnózou od doby, co jste s nimi začala pracovat?

R: Ještě doplním k té minulé otázce: Tady v nemocnici, to můžeme nazývat reformou, tak jsou tu tzv. peři na mnoha odděleních, když to vidím. Ta edukace běží daleko líp, ale pokud bychom se bavili opravdu o snižování těch lůžek tak, jak to bylo požadovaný, tak by to... Ale jinak samozřejmě za ty roky se spousta věcí mění, i k lepšímu. Pacienti dostávají mnohem víc kontaktů a propojení s těma komunitními službami. Ten rozsah je mnohem větší, než byl třeba před deseti lety, to nepochybně jo. Samozřejmě, že se věci mění, ale záleží, co si vydefinujeme, že má být. Já jsem tu reformu nestuduju, ale pokud vím, tak se tam měly snižovat ty lůžka. To zatím úplně moc nejde. A co se změnilo. Asi že jsem rozpustila tu ambulantní skupinu. Za ty roky, co jsem tu skupinu vedla... začínala jsem možná v roce 2012, tak tehdy jsem vlastně navrhla otevřít tady ambulantní skupinu, protože jsem ty pacienty, kteří chodili na ten program těch hospitalizovaných, jsem je absolutně neměla kam navazovat dál. Protože jsou tu služby jenom pro ty lidi s psychózou, kde vůbec se neprobírala ta problematika těch návykových látek. A zase oni nezvládali nároky těch služeb jenom pro ty závislý, protože tam zase že jsou divný. Protože ty ostatní neměli zkušenost s těma psychotickými prožitkami, který měli oni. Vlastně v té mé skupině, tak já jsem brala opravdu teda... zase záleží, jak si vymezíte duální diagnózu. Já jsem to měla definovaný jako opravdu jenom lidi s psychotickým onemocněním či bipolární poruchou. Takže když mi tam třeba chtěli dát nějakou poruchu osobnosti, nebo těžký deprese, tak jsem je odmítala. Protože jsem vlastně chtěla, aby to bylo bezpečný prostředí, právě pro ty lidi, kteří mají ty psychotický prožitky. Aby se tam o tom mohlo úplně otevřeně hovořit, aby se člověk necejtil, že je nějak divnej. Takže vlastně jsem zjišťovala, tehdy když jsem tu skupinu otvírala, že žádná taková skupina nebyla. Musela jsem to dělat nad rámec své pracovní doby. A nebyla to úplně moje, nebylo to nic, co bych potřebovala, ale prostě neměla jsem ty lidi kam posílat. Takže během těch let ale potom tím, že opravdu byli různý ty projekty financovaný na vzdělávání odborníků pro ty duální diagnózy a stalo se to vlastně tématem populárnějším, třeba i na adiktologický konferenci, kam jsem jezdila. Pamatuju, když jsem tam jela, prostě jsem tam byla jediná, která měla pojem o duálních diagnózách. Teď je už to běžné. Takže se to hodně začalo rozšiřovat, a tím pádem já jsem začala zjišťovat, že už jako je mnohem obtížnější ty skupiny zaplnit, protože svého času já měla ty skupiny dokonce paralelně, pak vlastně už bylo těžký obsadit vlastně i jednu. Což bylo ukazatelem toho, že ty jednotlivý chráněný bydlení už tam posílali, už byli vlastně trénovaný s tou problematikou pracovat,

Sananym otevřel pro duální diagnózy a i jinde se to rozšiřovalo. Takže určitě se to začalo měnit.

V: A jak to vidíte do budoucnosti?

R: Tak já myslím, že to téma se stalo.. jakoby ten trend je v pozornosti nejen odborníků, ale i lidí od těch různých grantů, a jelikož těch lidí je více a více, a protože jsou ty návykové látky tak rozšířené, tak věřím, že se tomu budou věnovat odborníci. Aby ty lidi, kteří pracují s těmi duálními diagnózami, aby mohli mít sami od sebe takovou péči, aby... že jo, to je asi to, když jsem k tomu tématu přicházela, s tím svým nadřízeným, který ten projekt v minulosti sám vedl, jinde, tak mi říkal, když jsem se ptala: “hele, na co mám dát pozor”, a on říkal “jediným tvým úkolem je, že když to vydržíš, tak tu práci budeš dělat dobře”. Ale tam je prostě hrozná frustrace velká.

V: Co se vám v poslední době při práci povedlo?

R: To, že jsem tu skupinu dokázala předat. To jsem ráda, že jsem jí předala. Pro mě bylo hrzonš těžký tu skupinu ukončit, zvlášť tu ambulantní, a tak jako jsem se v tom plácala a s vedením jsem to musela řešit, tak jsem to dokázala ukončit. Asi to nezní tak vážně, ale potom když tam máte dva tři lidi... nebo ono to bylo tak, že všechny strašně mrzelo, že tu skupinu uzavírám, ale nikdo nebyl schopen dodržovat ty pravidla přesně tak, jak bylo potřeba. Tak asi jakoby dokázat povzbudit a říct, já tu nejsem sama, mám možnosti jiný a uvědomit si, že mám právo se věnovat taky jiným věcem pracovním. Tak jakoby tohle nějak udělat, abych neměla pocit, že jsem někoho zanedbala, abych měla nějaký pocitu viny, nebo abych nebyla naopak zmanipulovaná do nějakých takových bezhraničních kontaktů, že ty lidi za mnou budou chodit na oddělení. Nebo takový to “a můžu vám zavolat, a můžu se za váma stavit?”. To nebylo pro mě snadný si tohle nějak vyřešit.

V: Co byste si přála do budoucna pro svou práci?

R: To máte se mnou fakt těžký. Protože já teď úplně jakoby se nechci s těma duálníma diagnózama zabývat dlouho a teď nemám ambice v tom pracovat. Teď se víc soustředím na psychodiagnostickou práci a ničemu se nebráním, ale nemám ambice v tom nějak... jo? Určitě mě zajímá ta práce s lidma s psychotickým onemocněním, ale možná že spíš s těma lidma, co mají jenom to psychotický onemocnění. Ta diagnostika mě zajímá taky, jak rozpoznat tu skutečnou schizofrenii od psychóz, který jsou vyvolaný drogama. Ale v tý terapeutický práci s těma duálníma diagnózama myslím, že jsem si zažila hodně, hodně moc jsem se od nich naučila, ale už jsem se chtěla věnovat něčemu jinému.

V: CO byste doporučila ostatním odborníkům na poli duálních diagnóz?

R: Určitě, aby je měli rádi, ale to určitě mají ti, co se s nimi rozhodnou pracovat. Aby prostě dobře balancovali tu vřelost s tím nastavováním hranic. Aby pečovali o sebe. Aby měli supervizi, to určitě taky maj, aby nevyhořeli. V dnešní době, když slyším třeba příspěvky na tý adiktologický konferenci, tak ti kolegové dělaj svou práci dobře.

V: Co byste doporučila začínajícímu kolegovi?

R: Asi tam nebudu žádnou novou odpověď. Tak určitě by měl získat nějaký teoretický znalosti, určitě z adiktologie, to si myslím, že je fakt důležitý, aby věděl nějaký základní věci, že když má někdo s nějakou návykovou látkou dlouhodobě problémy, že nejlepší je abstinence. Že existují nějaký spouštěče ty recidivy závislosti, že je potřeba ty lidi vést víc k tomu, aby se vyhýbali rizikovému prostředí. To co je nutný edukovat otom, co to je závislost. Aby ty klienti přemejšleli nad tím, zdali jsou závislý nebo ne, aby o některých věcech se už nemuselo potom diskutovat. Takže určitě je nutný těch klientům předat základní fakta o závislosti a to samý i o tom psychotickým onemocnění. Zase kdybych se bavila o tý práci s nima, tak to zase musí být průnik toho obojího. Jednak aby věděli, co to je duševní psychotický onemocnění, jak se identifikují s tím onemocněním, nakolik jim to vadí, nevadí, nakolik se za to stydí, jakej vztah mají k medikaci, kterou, užívaj, prostě ab rozumněli, co se vlastně děje v tom jejich mozku, když mají hlasy. To je prostě ta edukace pro lidi s psychotickým onemocněním a zároveň ta edukace pro ty lidi, který trpěj závislostí. Takže obě tyhle složky tam mít. A potom si myslím, že už je to hrozně jednoduchý, pak už když ty lidi máte ráda, tak díky těmahle dvěma oblastem víte, že je nutný držet nějaký hranice a něco po nich chtít, vést je k tý zodpovědnosti za sebe, ale zároveň nebýt příliš konfrontační, protože to pro ně není. Takže laskavě držet hranice, něco po nich chtít. Když se sečtou ta oblast těch závislostí a ta oblast těch psychóz v tom terapeutickým výstupu, tak je to ono.

V: Takže hlavně mít je rád?

R: To i kohokoli jinýho, to určitě. Ale je to něco, co prostě je pro ně důležitý. Jeden psychiatr, kterej je velmi zkušeněj a dobrej terapeuticky s psychotickými lidmi, tak vlastně říká, že aby ten terapeut nebyl takzvaně emočně sterilní. A to si myslím, že to je vystihující. Oni to poznaj, když si na ně člověk usmívá, ale není v tom opravdu.

Respondent 3

V: Jak dlouho pracujete s klienty s duální diagnózou?

R: Osm let. Jsem předtím pracovala ve Fokusu, kde jsme taky měli duální klientelu, ale nevěděla jsem o tom, že je to duální klientela. Protože jsem pracovala s duševně nemocnýma klientama. Takže jsme tam měli závislosti, ale nijak jsme to neřešili.

V: Jak jste se dostala ve svém profesním životě až sem?

R: No, tak jak jsem říkala, nejdřív jsem pracovala s lidma s duševním onemocněním, asi deset let ve Fokusu, na Ondřejově na krizovým oddělení. Na pozici psychoterapeutky, zatím jako sociální pracovnice jsem pracovala s duševně nemocnýma lidma. A pak jsem vlastně chtěla změnu, tak jsem šla k závislejím. Ale nějak se mě to drželo a ty duální klienti šli za mnou. Takže najednou se v komunitě začali objevovat klienti, který měli závislost, ale k tomu měli psychiatrický onemocnění. A kolegové nebyli schopni to řešit a ty lidi propadávali systémem a já jsem vlastně byla schopná s nimi pracovat jiným způsobem, jako case manager, prostě člověk, co ví u tý nemoci. A díky tomu jsme potom začali brát, díky tý

mý specifický dvouoborovosti jsme začli brát víc lidí s duální diagnózou, začli jsme se na to profilovat, ale zjistili jsme, že to není vhodný pro úplně všechny klienty s duální diagnózou, protože oni se srovnávají s tou běžnou klientelou a ten systém je pro ně náročný. A pak propadávají. Takže pak jsme zjistili, že to, co jim nabízíme je kontraproduktivní a že jim tím víc ubližujeme než pomáháme. Tak jsme říkali, že to buď nebudeme dělat a budeme děla věci se závislejma, anebo, že postavíme program specificky pro klienty s duálkou. Tak jsme začli asi před čtyřmi lety sbírat lidi, kteří o to mají zájem stejně jako já. Částečně lidi, kteří se mnou původně dělali na doléčováku, částečně se ten tým odloučil dělat běžnou klientelu do Prahu, a my jsme vlastně postavili nový multidisciplinární tým, že vlastně tam mají obě ty polarity, že mají zkušenost z Kaleidoskopu, nebo si třeba dodělali nějaký vzdělání, aby vlastně měli obojí. Máme program pro osm klientů, kterej je vlastně takovej hodně bezpečnej, hodně zavřenej, a kterej vlastně dělá tointegrovaně, jak se o tom mluví všude ve světě, ale tady v Čechách se to moc nedělá, že se soustředí na obě ty diagnózy a pracuje s tou zátěží z obou stran, takže se věnuje vždycky v každém okamžiku oběma těm věcem, takže neupřednostňuje závislost ani duševní onemocnění. Protože tam docházejí klienti s duálkou z různých zařízení, ať už z jiných zařízení, který řeší závislost, nebo třeba z Fokusu a neziskovek, který pracují s duševním onemocněním a se závislostí neumějí nic. Takže tím pádem umí buď to onemocnění psychiatrický nebo závislost. Tak my je to učíme obojí.

V: A jak to potom vypadá?

R: Jak my vnímáme duální diagnózu, tak jí vnímáme v širším slova smyslu, takže jsou to lidi s poruchou osobnosti, nebo s nějakýma dalšíma závažnýma poruchami jako s úzkostnýma stava nebo s bipolární poruchou jsme taky měli klienty, takže ne specificky schizofreni. A vypadá to, že každej ten klient má svého individuálního terapeuta, je to hodně individuálně zaměřžený. Má dva individuály tejdně, což běžná praxe na doléčovácích bývá jeden individuál za čtrnáct dní a většina ty energie se dává do skupiny, tak tady je to naopak. My máme skupinovej program, hodně strukturovaněj program. Takže kombinujeme doléčovací a komunitní program. My jsme chlapskej doléčován, jako následná péče, takže pracujeme s lidmi, kteří mají absolvovanou komunitu, nebo nějakěj jiný typ léčby, protože chceme, aby už zvládali ty běžný věci kolem sebe. Nejsme schopni zajistit dvacetičtyřhodinovou péči. Musí to být člověk, kterej má trošku náhled. My bereme lidi, který jsou schopni něco dělat. Nepracujeme s člověkem, kterej ví, že je závislej, ale nechce brát medikaci. Potřebujeme lidi, kteří vědí, že mají duální diagnózu. Ty lidi musí vědět, že mají nějaký povinnosti, že mají ráno komunitu, žijou spolu, že mají nějakou odpovědnost, starší klienti se starají o ty mladší. Ale nemáme to jako v klasický komunitě, že nemáme mimořádky, neboucháme do gongu. Ty lidi musí být schopni něco ustát, mají tam větší míru ty samostatnosti. V ty psychiatrický diagnóze bývají lidi hodně uzavřeni, ze začátku určitě bývají. Proto tam máme terapeuta, proto máme dva individuály tejdně, aby se ty lidi navázali. Protože oni nejvíc ztroskotávají na tom, že se nemůžou dostat do komunity, že zůstávají na okraji. A ten skupinovej program, na rozdíl od běžného doléčováku, běžný komunity, není povinou terapií. Takže je víc orientovaná na zvládání dovedností, na KBTčko a na takový specifický programy. Tam máme i DBT, který teď dělá i pro klienty s duální diagnózou, a je specifickěj v tom, že je to jako škola a je to modulovanej program, kde se učí s emoce, učí se mindfulness, tady a teď.

To je vlastně jejich hlavní nástroj při řešení všech situací. A učeť se jak se orientovat v mezilidských vztazích. A je to tak, že je jednou týdně skupina, kde se dělá mindfulness, pak se dělá opakování, mají nějaký úkoly, jako klasika KBTčko. To si vždycky procvičují v tom týdnu. Tohle je získávání dovedností. Je to vlastně odnoš KBT, založila to v Americe Marscha Lineham v sedmdesátých letech. A vlastně rozdíl od KBT kalsickýho je v tom, že tady vlastně duální klienti by nebyli schopni zvládnout klasický KBTčko, tak tady vlastně je to KBT hodně intenzivní, s tím, že to zvládnete, jsme tady s váma, jsme tu pro vás, budeme to s vámi opakovat a budeme vás tím provázet. Protože jinak mi přijde KBT pro duálního klienta velmi náročný program. Plus je tam to mindfulness. Kdy převedli ty zenový meditace do západní formy, kdy se mindfulness učí v širokém smyslu i ve školách a školkách s dětma s poruchami učení a tak. Takový krátký meditační cvičení, který pomáhaj, aby lidi byli schopni si všimnat toho, že tady teď je nejdůležitější a pomáhá jim to, aby se nepitvali v minulosti. A ještě to, že jim člověk nebere tu jejich pravdu, ale ukazuje jim jinou polaritu. Takže neřikám jim striktně “nebudeš brát drogy”, ale vlastně bavím se s nimi o tom, jaký jsou výhody toho brát a nebrat a rozhodnutí nechám na nich, protože oni mají tendenci jít do odporu. Takže tohle je vlastně ten základ toho našeho programu, tohlencto, skupina a pak ještě vlastně deníková karta, taky nástroj dBT, kterou ty klienti vyplňují každý den, aa ta si píšou věci jako dnešní chování, jestli měli nějaký závislostní chování jestli měli chuť, jak to vypadalo. Protože oni mají tendenci říkat, je to všechn špatný, nebo je to všechno dobrý a nemůžou se podívat na ty detaily každodenní, tak takhle se učeť zastavit a pozorovat a pojmenovávat t detaily. Takže si myslím, že je učíme pracovat se sebou, tak jak se pracuje s tím závislým, ale i v oblasti tý nemoci. Protože co já jsem si všimla, tak ono to duševní nemoci, ta terminologie, třeba relaps, tak je to dost podobný, jak to funguje u tý závislosti. Propadají se do psychotický ataky z nějakýho důvodu, protože přijde nějaká krize, oni jí neumějí zpracovat, tak se odpojují od reality. Stejně jako te závislej se odpojuje od reality, tím že užije, Takže je to dost podobný.

V: A proč jste si vybrala tuhle cílovou skupinu?

R: No, protože mám ráda ty lidi a protože nám to bylo líto, že ty klienti, kterých je čím dál víc, tak propadávají tím systémem, buď končí v psychiatrických nemocnicích, nebo se točeť v tom kruhu závislosti. A je na nich vidět, že chtěť. Jsou trochu jiný než ty závislý klienti, ne lepší nebo horší. Oni nemají moc možnost se sebou něco dělat, protože s nimi nikdo pracovat neumí nebo nechce. Takže když už do toho vstoupěť, tak jsou hodně ochotný. Druhá věc je, pohyb k tý změně, což je teda velmi náročný, protože není efektivní. Ta míra úspěchu se hodnotí jinde, nebo pro nás je úspěch, když ty lidi jsou schopný být třeba na stejný úrovni, ale už třeba zakládaj rodiny. Protože ty lidi potřebujou pomoct a protože byla díra v službách. Jsme se jeli vzdělávat do Anglie, specificky v tomhle směru, v tom dBT, spolupracovali jsme dlouho s Kaleidoskopem, ale některý lidi se tam rozfetovali, protože se prostě zbláznili.

V: A co vás na týhle skupině nejvíce přitahuje?

R: No, jakoby ta ochota ke změně a vlastně to, jak ty lidi mají pevnou vůli. Protože vlastně jsou s dvojí zátěží. Vždycky když vidím, jak jsou schopný a ochotný bojovat za tu změnu,

protože to mají dvakrát těžší a v tom jak jsou odvážný, jak se musí od základu učit ty věci od základu. A jsou jako pokornější.

V: co si myslíte, že na práci s duálníma diagnózama nejtěžší?

R: Zvládnout tu míru opory v tom, že tihle klienti nejsou tak samostatný a člověk má tendenci za ně přebírat odpovědnost a dělat věci a nebo třeba nějaký kolegové to mají tak terapeuticky postavený, že jim nechávají hodně svobody a oni se pak v té svobodě ztrácejí. Takže najít tu hranici, kdy říct tohle už je dost, budeme dělat tohle, anebo naopak jim dát tu svobodu a rozhodnout se, abychom nešli mojí cestou, tak to si myslím, že je na tom nejsložitější, a ustávat ty jejich neúspěchy. Nebo jako ty maličkatý krůčky k té změně a nemít velký očekávání. Víím, že oni jsou schopný, ale vidět jejich realitu a jít s nima postupně. Ovládat náročnost té diagnózy, protože my všichni, co tam pracujeme, jsme zvyklý pracovat se závislými. A s nima se pracuje trochu jinak. Hodně je to orientovaný na režim, na pravidla, na body a takovýchle věci, a ty klienty s duševním onemocněním to mají úplně naopak a potřebují spíš tohle nemít, protože pravidla, režim a řád, je dost často, třeba hraničáře, vede k tomu, že se vzdávají, nebo jdou do odporu. Takže vlastně pro nás, nebo i pro ně, protože jsem s nima pracovala s těma psychiatrickejma lidma, tak i tohle je pro mě náročný se v tom zorientovat, kdy nebýt přísnější anebo naopak nebýt moc ochranné, protože jak známo, tak lidi se závislostí manipulují, jdou hodně blízko do kontaktu s námi, a zkouší naše hranice a nás to vede k tomu být přísný a tak. A naopak ty klienti s tou psychiatrickou diagnózou neumí navazovat ty vztahy, takže vlastně někdy vede k tomu, že se naštváme na ty klienty, máme tendenci je kvůli prkotině vyhazovat a pak prostě musí přijít psychiatr a říct “hele, tenhle člověk potřebuje ještě půl roku na to, aby se dal do kupy”. Jakože jsme moc náročný a někdy je to naopak, že tam držíme lidi, kteří vypadají, jako že jsou motivovaný, ale nejsou a jenom to s náma jakoby umějí, těžko ale říct, jestli jakoby umějí, anebo je tam někde naše slabý místo. To si myslím, že je na tom to nejtěžší, to ustát v tom týmu, když jsem na pozici toho vedoucího, tak myslet na to, jak to hýbe s týmem. Ale což je zase výhoda, že jeden klient naštvává vždycky někoho, ale většinou má zase nějakýho svého obránáře. Že se zase většinou povede, že ty lidi nevyhazujeme pro nic za nic. Ale dokážou v nás vytvářet hodně emocí, hodně negativních emocí, a hodně i takových těch záchranářských komplexů. Třeba že toho nemůžeme vyhodit, protože skončí na ulic a nevíme, co s ním bude. To se se závislostí tolik nestává. Že bychom si řekli, že toho nemůžeme vyhodit, i když nám kašle na program, ruší skupinu. Jako děje se nám to, chce to hodně trpělivosti. Myslím, že pro ty klienty je to dobře, ale je to pro nás náročný. Abysme to byli schopný odhadnout. A abychom byli schopný nebejt tak rigidní v tom, pořád připravený na to, že přijde člověk. Jako nemoc je něco, závislost je něco, ale ten člověk přijde jako celek, a teprve až s ním se učíme, jak s ním budeme pracovat, a ne na základě toho, že hraničář má nějak, nebo člověk, kterej má závislost má něco... Bejt připravený na konkrétního klienta.

V: Jaký je váš nejsilnější zážitek?

R: Zrovna teď končil klient s rituálem, zrovna jsem už odcházela na mateřskou, byla jsem ještě na rituál, i když jsem měla holčičky, to byl můj klient, který byl u nás. Byl to kluk, kterej má schizofrenii a závislost, ale vlastně vždycky léčil jenom schizofrenii a tu závislost

nikdy, protože to nikdo nevnímal, že by to pro něj bylo nebezpečný, dokonce i rodina to měla tendenci racionalizovat, že jenom hulí a pije, a bral perník. Ale on sám to vnímal jako problém. Ale on absolvoval všechny chárněny programy, byl dlouhou dobu v komunitě Slavětín, která je specifická pro lidi s duševním onemocněním a vždycky vlastně ztroskotal na tom, že měl relaps nebo recidivu a vrátil se zpátky. Ale vlastně nikdy nebyl schopnej pracovat do takový míry, aby to uznal jako problém. A když přišel, tak byl totálně psychotickéj a byl úplně odpojenej od reality. Jako první čtyři měsíce, já jsem ho měla jako garant, a na každý poradě jsem říkala, že už to nedám, že to nezvládneme, že ten kluk není do naší komunity, protože nedělá pokroky, že mu to ubližuje. Protože pořád se zhoršoval a byl čím dál víc psychotickéj a vlastně nebyl schopnej navazovat vztahy s ostatníma klientama a nefungoval ve skupině, dělal problémy a vlastně jediný, co viděl jako východisko, že se vrátí do tý závislosti, že zase bude brát a pořád mluvil jenom o tý psychóze. A pak jsme vlastně začali pracovat s mámou, což se ukázalo jako dost podstatný. Protože maminka přestože je sociální pedagožka a pracuje sama v psychiatrický nemocnici s dětma s autismem, tak vlastně nikdy neuznala, že by její syn měl schizofrenii. Přestože se od šestnácti let léčí a je mu takřka třicet. A i mě byla schopna říkat, že ty hlasy nemá, anebo jenom něco neslyší a že mu říká, aby nebral léky. A mě teprve začlo docházet, co se tam řeší za problémy. A on vždycky, když jel na výjezd domů, tak se zbláznil, protože máma ho úplně ještě rozjížděla v tý nemoci. On se pak začal hodně zhoršovat a vypadalo to, že ho budem muset nechat hospitalizovat. Ale díky tomu, že máme psychiatra v týmu a mohli jsme ho vlastně přecpat trošku práškama, aby se zklidnil, a zakázali jsme mu jezdit domů nějaký čas, než začne máma spolupracovat a chodit na ty rodinný setkání a nezačne vlastně dělat něco s tím, aby přijala jeho diagnózu, tak jsme si říkali, že je to buď a nebo. Že ten kluk se sebere a odejde, protože máma je jeho nejdůležitější v životě, která ho nějak chápe a se kterou má vztah. Tak on byl na to schopnej reagovat pozitivně a vzal to a začal vlastně přemýšlet, že nechce už takhle dál žít, že se teda rozhodl pro abstinenci a začal fungovat a spolupracovat, přestal bejt psychotickéj. Začal mluvit o tý psychóze úplně jiným způsobem, přestal si to rozjíždět. Protože jak on pracoval tak, jak pracujou závislý s chutěma, že si to rozjížděj, tak on se pouštěl do tý psychózy. |Protože to bylo jediný, kdy byl svobodnej, kdy ho nikdo neměl pod kontrolou. A přestal to dělat a začal víc medítovat a začal pracovat, začal utvářet vztahy s lidma, povedlo se mu najít práci a vlastně odešel na chráněný bydlení do Prahy, a dodneška je s námi v kontaktu a dělá nám jako dobrovolník s dalšíma klientama. A to je pro mě neuvěřitelnej příběh toho, že já si nedovedu dopředu odhadnout, jestli ten klient bude nebo nebude úspěšnej, protože kdyby to bylo na mě, a kdyby mě ten tým nepodržel ze začátku, tak já bych ho poslala pryč. Ale vlastně se ukázalo, že ta trpělivost a ten čas je strašně důležitěj prvek v tom procesu a že ty lidi potřebujou nejdřív navázat nějaký bezpečí, pak těm lidem s duální diagnózou to trvá mnohem dýl. Když se necejtěj bezpečně, tak se nejsou schopný zařadit do toho kolektivu a potřebujou naší intenzivní péči. Druhá věc je spolupráce s rodinou, to jsem zapoměla říct, že to specifikum toho programu, my těm klientům tím pomáháme, ale chceme, aby rodiče vstoupili do tý terapie, kde se rodičům často vysvětlí, co to je duální diagnóza, protože rodiče často nechápou a nemyslí si, že jejich děti jsou nemocný, ani, že jsou závislý, ani že jsou nějak duševně nemocný, anebo že mají jenom jednu část z toho. A vlastně neumí s tím zacházet a neumějí s nima komunikovat. Tak jejich děti vypadávali z programu, tak stejně jejich rodiče vypadávali z programu, protože vůbec neměli šanci tam vstoupit. To běžný

doléčováky nedělaj, ale my jsme si řekli, že bez toho to není možný. Protože ještě navíc ty děti jak jsou hodně vytlačený z tý společnosti, tak mají extrémní vztahy s těma rodičema, tak jsou na ně navázaný a jsou to jejich ústřední osoby, často je mají jako opatrovníky, nebo prostě bydlej s nima, ty rodiče jim říkají, co mají v životě dělat. Jsou to pro ně ústřední osoby a není možný je nezatáhnout do spolupráce, protože jinak měníme jenom součástku. Tím, že se snažíme systemicky pracovat jak je to možný, nebo systémově. I když je to náročný na naší práci, to jsem možná zapoměla říct, pracovat s duálníma klientama je náročný, pracovat s jejich rodičema je velká výzva pro každého terapeuta. Protože se tam člověk potkává s tím odporem těch rodičů, který to nechtěj přijmout. Ale kdybych byla v kůži těch rodičů, tak je to pochopitelný. Hlavně tam vidí člověk, z čeho to ty klienti berou. To je velká část. Není to jenom o tom, že duální diagnóza nevzniká v rodině, ale a rodina a ta výchova má velkej vliv. To tam jede a jede to tam většinou několik generací, takže to by bylo zajímavý se tomuhle věnovat, kde ty děti to všechn načerpaj, že to takhle s nima jede dál.

V: Jak se podle vás proměnila práce s duální diagnózou od té doby, co s nima pracujete?

R: Tak stejně jako se proměnila psychiatrická péče, nebo vůbec jako tím směrem k tý komunitní psychiatrii, nebo ke komunitním službám, což je skvělej směr a doufám, že ta transformace, nebo jak se tomu říká, bude úspěšná, že půjde tím směrem, že se ty léčebny skoro zavřou, nebo tam budou ty, který to opravdu potřebujou, ale jinak ty lidi budou venku v běžným prostředí. Ono se to změnilo i v tom přístupu k těm duálním diagnózám. Ale pořád jsme jedinej doléčovák v Čechách, ktorej je specificky, nebo ono se ani nedá říct, že jsme doléčovák. My sice jsme registrovaný jako doléčovák, ale kombinujeme prvky několika věcí. Tak jsme jediný a nám se ukazuje, že je hrozná díra před námi a po nás, to je budoucnost, že my budeme muset otevřít program, ktorej bude po nás následovat, a to bude třeba chráněný bydlení s nějakým case managementem. Zatím jsme ty lidi všechny odkazovali do běžnejch služeb s duševním onemocněním, tak tam se zase potkávají s tím, že s tou duální diagnózou neumějí pracovat. Takže to tak byl strašák. Stejně jako byl strašák, když jsem začala pracovat s duševně nemocnýma lidma, tak byl strašák hraniční porucha osobnosti, nikdo s nima nechtl dělat. Dneska si myslím, že už to trošku pominulo, dneska je na špici duální diagnóza. Ono se to nikde oficiálně neříká, ale říká se, že pokud budeš mít duálku, tak tě do komunity nevezmou. Takže nenapišou, že má duálku a stejně tam půjde. Nebo nevezmou tě do toho chráněnýho bydlení, když budeš závislej, tak jak máme spoustu předsudků a jsme v tom stereotypní. I spousta kolegů i u nás v komunitě, což je paradoxní, protože ten program máme, tak my narážíme na ty hranice a na ty stereotypy, jako nejvíc u nás v organizaci, protože hned vedle nás je komunita, kde ale ten program nedělaj, a přesto si myslej, že s těma pacientama jsou schopný dělat a my jenom víme, jak ty klienti přijdou do tý komunity, na začátku jsou dobrý, pak začnou problémy, protože kvůli tý psychiatrický diagnóze nezvládaj ten program, oni pořád že dobrý dobrý, my říkáme, že ten klient potřebuje něco intenzivnějšiho, pak možná by byl u nás. Oni říkají nenene, pak ten klient nakonec vypadne. Takže někteří kolegové dodneška říkají, že duální diagnóza neexistuje. Doufám, že se to brzy změní a že se ten integrovaný přístup u nás rozšíří, protože jinak jinde to tak je, tak doufejme, že to bude tak i tady. Jinak s těma lidma pracovat nedá. Když budu pracovat jenom s jednou částí, tak ta druhá se rozpadne, to je jasný. Protože když chodim do terapie a chci řešit, já

nevím, svojí minulost, tak mi asi nebude moc dobře v životě, budu to něčím balancovat, tak se asi dočasně zhorším. Takže ty lidi se buď zblázní nebo se začnou prát, protože jinou volbu nemají. [Takže, co je problematický je, že se s těma lidma nedá nic dělat. Že jim není pomoci, nebo se říká, že duálkám není pomoci. Já si to nemyslím, protože jako jiným klientům, kteří chtějí tu změnu... to je to, že my děláme s tou špičkou ledovce, s klientama motivovanejma. Tak to samozřejmě je většina duálních klientů, kteří tu změnu nechtějí. Takže si myslím, že je to jenom o tom našem stereotypním nastavení, co ty lidi mají jako v životě dokázat a kam to mají posunout, stejně i s touhle klientelou, no.

V: Jak vnímáte reformu psychiatrie?

R: No, já se trochu bojím toho, jaká pak bude realita toho, kdo to všechno nakonec vyhraje a jakým směrem... takhle tím směrem komunitním v té psychiatrii to určitě půjde, ale jaká pak bude realita, kdo ty služby bude poskytovat, a jestli třeba, že jo, tady velkej poskytovatel péče Bohnice, tak že si to tam jenom tak jako přestavěj a začnou tomu říkat komunitní, tak to doufám že se nestane a že ta realita bude taková, že opravdu to dostanou ty neziskovky, a budou se moct rozšířit jako služby Fokusu a komunitní týmy, a budou pokryty všechny úrovně těch klientů, ať už nemotivovaných, služby typu Most, a prostě bude se s nima dělat na nějaký úrovni harm-reduction, pak se bude dělat s lidma, který jsou schopný změny, nebo který jsou schopný terapie, a že to prostě půjde tímhle směrem, doufám, ale myslím, že to bude ještě dlouho trvat. Trochu se bojím toho lobby, ale myslím, že asi čas ukáže. Ono jde vidět už na Fokusu, od té doby, co tam nepracuju, tak tam mají daleko víc těch komunitních týmů a už jsou schopný obstarat strašný množství klientů, a šli vlastně hodně nad úroveň harm-reduction, že oni dneska vlastně pracujou s jakýmkoli klientem. Dřív byla služba case-managementu výběrová a dostali se k ní jenom ty nejlíp motivovaný, ale takový ty klienti, kteří to nejvíce potřebujou, protože nebyli schopni být doma, takový ty chronicky nemocný lidi, kteří nikam nedojdou, tak ty často byli v těch blázincích. Že už na to dosáhnou i tyhle lidi, což je super. Nebo lidi z ulice, že už jako choděj i za z lidma z ulice, pracujou s lidma, kteří jim nechoděj na schůzky, což mi přijde super. Takže jednoznačně vítám, doufám že bude stat ale dostatečně podporovat neziskový organizace. Jestli mají know-how, aby vlastně nevytvářel vlastní služby a neřikali uděláme to v baráku z Bohnic.. Protože o tom slyším. My teď máme takovou platformu, spolupracujeme s Bonou, Kaleidoskopem a Fokusem už třetí rok, pracujeme na přístupu ke klientům s duální diagnózou, na vytváření nových přístupů, napříč těmahle organizacema a vlastně každý tam měl nějaký svůj panel, navzájem jsme se seznamovali. Ale ptali jsme se jich i na tu reformu a oni nejsou tak optimistický jako já. Protože oni v tom žijou a viděj, že ten stát se to snaží hodně zatím držet pod sebou. Ale snad se to nestane, tak že by to úplně pohltili.

V: Jak vidíte budoucnost na poli duálních diagnóz?

R: No, jak jsem říkala, my jsme jenom malej střípek pro ty motivovaný. A jsme malej program, je tu vlastně místo pro osm klientů a je to jako roční program, nebo devítiměsíční program. A i po nás i před námi ty služby chyběj, a jsme jenom pro lidi, kteří jsou fakt schopni terapie a tak. Tak bysme měli být jenom jeden ze střípků toho, jak se bude pracovat s lidmi s duální diagnózou, od těch nemotivovanejch, a ty by měli mít přístup ke case

managementu a harm reduction službám, bez toho, že by je někdo vylučoval z programu, a měli by mít přístup k psychiatrický péči samozřejmě, jak k práci se závislostí, tak samozřejmě... mělo by to být po skupinkách, tak jako je to v těch službách pro závislé, tak by to mělo jít i u těch duálních klientů. Aby měli možnost projít celým tím programem. Teď už se to vlastně, mě přijde, že bychom měli... nebo doufám, že přijde ta změna tý odborný veřejnosti, že to začne vnímat, jakože tohle není jako skupina, se kterou nebudeme pracovat, ale tohle je naše budoucnost, protože velký počet těch duálních klientů je a bude, protože odborníci jsou k tomu víc všímaví a víc se to diagnostikuje a ty drogy taky postupují. A taky se říká podle moderní teorie, že drogy může brát jenom blázen. A když se na ty závislý klienty podíváme, tak oni nejsou úplně v pohodě, určitě by se u nich dalo diagnostikovat u všech něco. Takže budeme muset tuhle škatulku si v hlavě nastavit, že to k naší práci prostě patří a naučit se pracovat s tím, co ještě jde. Protože oni nevymřou. A někteří naši kolegové říkají, my budeme pracovat jenom se závislejma, tak jim říkám, jednou nebudete pracovat s nikým. A můžete mít ty služby pořád pro ty klinicky závislý, ale nikdo už je nebude potřebovat, protože oni budou potřebovat něco jinýho, že jo. Takže ty služby se musí měnit podle klientely a ne klientela podle služeb.

V: Co byste doporučila novým odborníkům na poli duálních diagnóz?

R: Doporučila bych mu, aby šel na stáže, aby se jel podívat do ciziny, aby se dovzdělal v tý oblasti, ve který to vzdělání nemá, ale ne teoreticky, protože teoreticky jsme všichni vzdělaný až moc, ale vlastně prakticky. Aby to viděl, aby v praxi zažil case management, nebo aby v praxi zažil komunitní léčbu, aby šel někam na dlouhodobou stáž, aby vlastně mohl načerpat ty zkušenosti, aby se scházel s lidma, který s těma lidma s tou duální diagnózou dělaj, a mají otevřenou mysl, aby načerpal nějaký inspirace od nich. Takže myslím, že univerzitního vzdělávání máme dost, ale to nám nestačí, je to potřeba zažívat. Takže co nejvíc v tom být.

V: Co se vám v poslední době v práci povedlo?

R: No já myslím, že ten program je tak mladej, ale nám se povedlo nějakých patnáct lidí vytrhnout z toho jejich nefunkčního prostředí a dát jim nějaký nový prostředí a projít programem, udržet je v programu a pomoci jim ten program absolvovat. A potom jsme vlastně pomohli těm patnácti, možná i více lidem, jestli to funguje, tak je to, tak jsme jim pomohli dostat se do nějaký skupiny lidí, do nějaký přirozený komunity, a zařadit se často úplně poprvé v životě, stát se součástí něčeho, co má smysl, a vlastně se jim může ukázat nějaký další smysl do jejich života. Změnit jim to uvažování o tom, že jsou úplně sami k tomu žv jsou součástí komunity. A vlastně se nám i stává, že ty absolventi se nám vracej, protože my vlastně pracujeme i s absolventama, nabízíme jim, aby u nás dělali dobrovolníky, tráví s námi čas, jezdí s námi na výlety a tak, protože bejváme jim často rodinou, která je jediná chápe, takže s k nám fakt často vracej a je to pro nás i pro ně důležitý. To si myslím, že se nám povedlo, jim najít smysl.

Respondent č. 4

V: Jak dlouho pracujete s klienty s duální diagnózou?

R: Co vím, tak to bude pátým rokem. Ale jako se závislostí pět let a ty duálky tak poslední tři roky.

V: A jak ses vlastně dostala k těm duálkám?

R: Tak já jsem vlastně vždycky chtěla dělat na psychiatrii tu pschiatrickou sestru a nakonec jsem si ještě zvolila tohle studium tý adiktologie a tím pádem to šlo ruku v ruce jako psychiatrický onemocnění a ta závislost, což já ani nerada rozděluju, protože já si stejně myslím, j nebo moje vnitřní teorie nějaká je, že duální diagnózu má v podstatě každý člověk se závislostí. Úplně á nemám moc ráda ten pom duální diagnóza, i když jsem taky psala diplomku na duální diagnózy, ale myslím si, že, možná úplně poprvý, ještě když jsem byla na bakaláři a byla jsem myslím na konferenci sociální psychiatrie, možná tam jsem poprvé slyšela ten pojem a řekla jsem si “jo, to mě zajímá”. Asi takhle nějak. No a pak jsem se prostě rozhodla v prvéku na magistru napsat o tom diplomku. Protože jako pak jsem to jako dala tak, aby to šlo ruku v ruce.

V: A pracovala jsi ještě někde jinde předtím?

R: Pracovala jsem chvíli v... , jako kontaktní pracovník, zdravotní sestra pro kontaktní centrum v terénu, pak jsem ještě dělala ještě koordinátorku dobrovolníku pro jeden preventivní program v rámci nočního života na akcích, na párty, na festivalech. Pak jsem ještě chvíli dělala sestru na substituční klinice, na metadonu. A předtím jsem ještě dělala klasickou nemocniční sestru, ale pak jsem se specializovala na tu psychiatrii a na ty závislosti.

V: Takže jsi to mělo všechno takový podobný, byly tam ty závislosti.

R: Protože jsem věděla, že nic jinýho nechci dělat.

V: A co tě na tom tak fascinuje?

R: Ty lidi. ta práce je s nima tak specifická... Já to mám tak, že ty lidi, co mají primárně tu závislost... stejně, co bylo dřív, slepice nebo vejce, duševní nemoc nebo závislost, co na sebe nasedá, myslím si, že to jde ruku v ruce. Ale pro mě lidi, co mají primárně tu závislost, tak tou osobností mi přijdou jako hrozně křehký lidi a zároveň jsem se od nich při své praxi naučila úplně nejvíc, a když je to ještě v kombinaci teda s tou třeba paranoidní schizofrenií, tak mě napadá, kam všude se může ten lidskej mozek a to nevědomí dostat. Že ta závislost je pro mě záležitost hodně křehkejch lidí. A k tomu ta paranoidní schizofrenie, jsou pro mě lidi, kterým možná my nerozumíme, že možná my jsme ty omezenci. Mě přijde, že od těch lidí se máme hodně co učit. A zatím s tou duální diagnózou se od nich učim nejvíc. Pro mě osobně, ne jako profesně, spíš jako v rámci nějakého sebepoznání možný. Skz tu jejich citlivost a zároveň drsnost svým způsobem. Taky záleží co to berou, na čem jsou závislý.

V: Že jsou na oko drsný?

R: No, ale jsou hrozně křehký.

V: Co myslíš, že je potřeba, aby mohl člověk pracovat s duálníma diagnózama?

R: Mě teď docela ovlivnila open dahl, se přiznám. Že chodím teď na open dahl výcvik, a tam se učíme principu umět přijímat nejistotu a být s tím nějak v pohodě, to si myslím, že by měl mít pracovník, který pracuje s lidmi s duální diagnózou, tak vědět, že nemůže očekávat, že ten člověk bude hned zdravěj, nebo nějaký řešení, tlačit na něj, jít se léčit, a jestli se chceš jít léčit na detox nebo na klasickým psychiatrickým oddělení, naučit se být s tím člověkem jenom tady a teď. Být tak nějak trpělivej a jako pracovník snášet tu nejistotu, že nikdy nevím, jak ten člověk bude druhý den vypadat. To si myslím, že by primárně měl mít člověk, co doprovází ty lidi.

V: On je to opravdu běh na dlouhou trať.

R: Právě. A snášet tu frustraci, i když svítá na lepší zítřky, tak vteřinu od vteřiny se to mění. A je to taková práce na houpačce a člověk si občas přijde, že to vlastně nemá žádný smysl. Umět najít jenom ty malé miniaturní úspěchy, ať už je to jenom to, že ten člověk vůbec dorazí na schůzku. To už je sakra velký úspěch. A být s ním a naslouchat mu. A i když ten člověk občas přichází s pitomejma nápádama, nerealistickejma, tak být tam a podpořit ho, no.

V: Jsou nějaký specifický situace, který se opakují jenom s těmito klienty?

R: Jsou dost specifický tím kolísáním ty motivace. A to mi přijde, že když má člověk jenom schizofrenii, tak je podle mě víc motivovanej a nejsou tam ty píky, tako že pád a pak zase vrchol. Hrozně to skáče. Tak třeba teďka mám dva v péči v tom case managementu a opakuje se to, že se aspoň snažíme nastavit kontrolovaný užívání návykových látek a každý dva tejdny se to musí revidovat. Takže mi přijde, že s nima ty plány, který si oni sami nastaví, se musí častěji revidovat. Tejden co tejden, někdy hned druhý den se to mění. To je právě ono, že je to jak na houpačce. Ale zároveň je dobrý, že oni těch životních krizí zvládnou strašně moc. Co já jsem pracovala s těma lidma, tak ti byli tím životem už tak omletý, že byli zvyklý žít v totální bídě. To jsou fakt lidi, kteří se dostanou dost hluboko. A ten jejich život je obdivuhodnej v tom, co všechno oni dokážou, tak málo a že furt stojej na těch nohách a pak se není čemu divit, že inklinují k těm návykovým látkám, aby aspoň vypli tu hlavu, která jim furt jede. Já mám ještě konkrétní příklad, s klientkou, která byla půl roku na soudně nařízený léčbě v Bohnicích, a ona se z toho dostala, a nám pořád přišlo, že má paranoidní schizofrenii, posléze jsme se dosvěděl, že to asi všechno bylo v toxický psychóze, ale my jsme si fakt mysleli, protože jsme jí měli ve spolupráci nějaký tři roky. Jsme si říkali jasně, to je člověk se schiofrenií. A potom půl roku, co vyloučili všechna psychiatrická onemocnění, tak se nám to nechtělo ani věřit, že ten člověk vlastně duálku nemá. Přitom nám přišlo evidentně, těch x lidí, co jsme měli v péči, kde jsem pracovala předtím, tak z toho asi sto klientů, co chodilo tak nějak pravidelně za rok, tak z nich bylo třeba jenom sedm, co bys řekla, že mají echt duálku, že tam ještě něco jede dalšího vedle toho, něco psychotickýho. Depresivní je podle mě každěj. Proto to já přestávám používat ten pojem duální diagnóza. Ale tahle slečna byla nakonec v uvozovkách úplně normální po nějakým tom dlouhodobým detoxu, ona teda brala

asi brala asi patnáct let, žila i na ulici, a my jsme mysleli, že jak má to onemocnění, že padá hloubš a hloubš, a vyšvihla se, jako našli jsme jí ubytovnu a ona se stejně rozhodla se vrátit zpátky na tu ulici a užívat ty návykové látky, i když jsme už měli v uvozovkách důkazy, že byla fakt šílená, že byla taková známá pražská osobnost, že si jí i lidi natáčejí a má fakt děsný videa na youtube. Tak jsme jí to i pouštěli jako “podívej se, ať nespadneš zase dolů”, a ona to všechno viděla, přijala, možná teda vytěsnila, ale fakt že jsme nikdo nečekal, že si vybere ten život, kterej žila předtím. Neuměla těch posledních deset let žít jinak. To je takový dost specifický u těch lidí, si myslím. Že i když se z toho nějak dostanou a nám připadá, že jsou na tom nejlíp a zdraví a v pohodě, tak oni si stejně vyberou tu druhou stranu tý mince, že jdou třeba zpátky na tu ulici. Že vlastně ani nechťejí se integrovat mezi normální společnost. Je to fakt součást jejich identity. Proto mě to fascinuje, co je za tím. Ještě jsem na to nepřišla. Jasně, různý traumata, jasný. Ale kdybychom to všechno analyzovali, co se děje v těch jejich příbězích. Obdivuju je, no. Ale to specifikum je, že nemůžu mít jako pracovník nějaký vysoký nároky, ani požadavky, ani jako sám na sebe, naučit se jenom být... naučit se snášet tu nejistotu, nepodsouvat nic svýho, klasika, co by měl asi terapeut mít, ale u nich je to fakt důležitý. S tou nejistotou je to pro mě primární. Dneska jsem se zrovna dozvěděla, že můj klient, u kterýho jsem si myslela, že bude bydlet ještě tři měsíce na ubytovně, tak přišel s tím, že ho vyhodili. Teď se tomu diví, zároveň nemá kde být.. Člověk si myslí, teď to šlape, ubytovna super, a ze dne na den se to celý zase zhroutí. Ale tak krize a беру to tak, že teď se budu snažit už po nějakým stopadesátým pokusu ho nějak namotivovat do Čemy.

V: A jak to máš s tím, aby sis to nebrala osobně?

R: Mě přijde, že tou praxí jsem už tak ošlehaná. Tak nejsem z kamene nebo z oceli, taky mi to je dost často líto. Jako využívám třeba individuální supervize, nebo tak, když si třeba nevím rady a přijde mi, že už půl roku se nic nestalo a nevidím žádný posun k lepšímu, spíš k horšímu, ale je to fakt... nevím jak to říct, no. Dost si umím ohraničit tu práci a osobní život, s tím už problém nemám, ale tak tři roky zpátky to ještě nešlo, to jsem si domů tahala ty příběhy lidí. Kolegové mi pomáhají dost, my to máme dobrý, že v tom Centru duševního zdraví jsme na toho klienta s celým týmem, takže když nevím, tka předávám po kolezích. Že působíme po dvojicích, takže se střídáme u klienta, což je taky takový dost zdravý.

V: Že jste tam třeba va adiktologové?

R: Ne to ne. To jako vyloženě dostávám ty specifický klienty já. A i když jedna kolegyně říkala, že už bych se měla vyprdnout na tyhle duálkáře, to jako si nemusím brát jenom já, že jako fakt funkčně.. protože my máme i různý škálování a tak, bohužel jsou nejnáročnější podle těch škál. Já zastupuju jako zdravotníka, takže ke mě je sociální pracovník, no. Plus jako tím poskytujeme tu péči formou case managementu, což znamená, že hledáš v tý komunitě i různý zdroje. Tak já vím, že si umím říct o pomoc i různým organizacím, takže já spolupracuju i třeba s Armádou Spásy a i s lidma, co poskytujou péči lidem třeba bez příšeší a tak.

V: co je na téhle práci nejtěžší a naopak nejtěžší?

R: Nejtěžší je naučit se nehledat, co bylo dřív, co je čím způsobený, vůbec se v tom nenípat. To je asi nejtěžší. Zároveň se občas uklidňuju “tak je takovej, protože...” že hledám viníka v těch návykových látkách, třeba. Že za to můžou ty drogy, pervitin. Což třeba lidi, kolegové, co maj vyloženě ty lidi se závažným duševním onemocněním, tak si nemůžou říct “no, tak ten se teď zhoupnul, má nějakou psychotickou krizi kvůli tomu, že si dal včera lajnu pervitinu, třeba”. Svým způsobem se to dá omluvit. Ale zároveň zas když je tam ta závislost, tak je to těžká práce.

V: A co je nejlepší?

R: No, jsou hrozně roztomilý ty lidi. Nejhezčí mi fakt přijde ten proces toho, když se jim člověk začne dostávat pod tu drsnou skořápku. Pod tím je to křehký, to je roztomilý. A ty příběhy, jsou fakt zajímavý.

V: Jaký je konkrétní nejsilnější zážitek?

R: Mám jednoho klienta, kterej právě jako má duální diagnózu, paranoidní schizofrenii, závislost na marihuaně, závislost na pervitinu a gamblerství. To je jen takový intro těch nálepek. A on píše blog a kreslí obrázky. A on v tom blogu o mě psal jako o terapeutce a bylo to hrozně hezký. Mám od něj povolený přístup. A on tam vystavuje ty svoje obrázky a tak, a na konci roku, když měl nějaký svoje vnitřní bilancování, tak se tam zmiňoval o mě a ještě o jednu kolegyni, která ho má ve dvojici, že mi přišlo, že jsme jedny z nejbližší, nejdůležitějších osob v jeho životě momentálně. Takže to bylo hrozně hezký, a i když chodí s tím, že vůbec nechápe, proč za námi chodí a že si přijde jako hospitalizovanej, akorát že je doma, chodí jednou dvakrát tejdně, tak mu to přijde jako dost častej kontakt. Ten vztah s ním jako navázanej je dost hluboce. Je to můj blízkěj klient a vím, že s tou kolegyní o něm často přemejšlim. Takovej privilegovaněj, zajímavěj. Má to vhlavě dost srovnaný, ale zároveň je to ještě takovej puberťák. Ale je s ním sranda práce. Je to sním příjemný. Když se objevila naše jména v tom blogu, tak mě to dost potěšilo. A nemyslím si, že by to psal účelově, že ví, že já se na to dívám, spíš mi to přišlo hodně autentický, ne manipulativní, to píše hlavně pro sebe, že mu to pomáhá.

V: Jaký si myslíš, že má přínosy reforma psychiatrie pro léčbu duálních diagnóz?

R: Jsem ráda, že se děje to, co se děje. Sice teď ty CDZka jsou nastavený primárně pro ty lidi se závažným duševním onemocněním, ale budou vznikat i speciální týmy pro duální diagnózy a pro závislosti. Specializovaný komunitní týmy pro duálky, závislosti, děti a gerontopsychiatrický. Ty CDZka jsou teď takový specifický, a že by se měly vykrystalizovat i týmy pro tyhle lidi, protože i když je v (psychiatrický nemocnici) oddělení pro duální diagnózy, tak já si nejsem jistá, jestli to tam funguje. Mám zprávy od klientů, že to tam spíš oddělujou. Vycházím z toho, co říkají klienti, že se tam klade víc důraz na tu závislost. Nechci to nějak hanit, opravdu nevim. Mám v plánu se tam jít podívat na stáž. Je ale dobrý, že aspoň je to oddělení, ale co je dobrý, je ta komunitní péče, protože fakt některý, spíš všichni, propadají tím zdravotnickým systémem a nejsou pro ně služby. Buď jsou služby adiktologický, nebo psychiatrický a není nic jim šitý na míru. Třeba i ta metoda case managementu, co děláme my, to jde ruku v ruce s tou reformou, tak je to v přirozeným

prostředí, že i když ten člověk třeba nemá, kde bydlet, tak ty týmu, i to představuju, že budou třeba chodit někam do squatu za lidma bez příšeší a oni za nima. A nebude to takový “aha, vy máte závislost, tak vás nemůžeme přijmout” nebo “aha, vy máte schizofrenii, to máte smůlu, protože my bereme jenom lidi se závislostí, tohle je kontraindikace”. To se děje. I v rámci tý reformy rozšiřují ty indikace těch služeb, že dřív byli fakt jenom ambulance pro závislý, teď už to rozšiřují pro duálky, nebo i ten Červenej Dvůr bere duálky, terapeutický komunity už se začínají otvírat v tý indikaci, že už to nejsou jen závislosti, ale třeba Sejřek je pro duálky. a Podaný ruce v Brně mají taky spoustu služeb pro duálky, Sananym tady. A je to posledních asi pět let. Dřív to moc nebylo. A myslím si, že je to v rámci tý reformy, že se začíná tlačit na tuhle problematiku. A myslím, že se taky začíná tyhle dvě pole psychiatrie a adiktologie propojovat. Z pozice adiktologa mi přijde, že se to spojuje. Dřív jako závislost, ježišmarja, to není žádný problém, za to si člověk může sám. A teď lidi začínají chápat, že je to taky duševní onemocnění. e nejdřív to bylo tak nějak problém a celkově i to povědomí, destigmatizační programy jsou nakloněný k tomu, že všeobecná veřejnost začíná tušit, začíná se o tom mluvit. Vic teda o tom duševním onemocnění než o tý závislosti, ty závislosti jsou tak jako na okraji společnosti, ale přijde mi, že lidi začínaj přemýšlet jinak nada těma věcma.

V: A co se proměnilo od doby, co jsi s nima začala pracovat?

R: Tak já vím třeba, že fakt ten case management, to bylo slovo, který před asi pěti lety se vůbec neskloňovalo, a teď se dostává i do služeb. Jsem právě v tom mým minulým zaměstnání jsem se stala šéfkou manuálu case managementu a začala se zabývat touhle problematikou, což nebylo už jenom o výměně jehel a těhle harm-reduction věcí, ale bylo to o tom, že když aktivní uživatel dennodenní potřebuje si popovídat o svých problémech mimo třeba kontaktní centrum, tak jsme s nimi začli třeba chodit do kaváren. By si člověk nepředstavil, že půjde s takovým člověkem do normálního prostředí. Nebo jsme začali dělat i socioterapeutický věci a hledat nějaký zajímavý kulturní akce, a chodí pořad, nebo i vaření. Takový základní uspokojení základních potřeb, ale ne formou “vyhrabu si jídlo z kontáku”, ale s nějakou partou docela fajn lidí si něco uvaříme, nízkonákladový jídlo. A myslím si, že to je ta proměna toho přístupu díky tý reformě. Je to ze západu, z toho Norska a tak, a třeba deset zpátky si to vůbec nedokážu představit. Já bych vyzdvihla ten case management, to si myslím, že je základní technika práce s lidmi s duální diagnózou. Case management a důraz na individualitu a nějakej empowerment těch lidí. A vymazat úplně pojem duální diagnóza v ideálním případě. A recovery přístup ještě.

V: CO se ti v poslední době povedlo?

R: Teď jsem zrovna teda, že... Tak vezmu třeba poslední měsíc. U toho jednoho, co mám, tak moc velký úspěchy nevidím... Ale u toho druhýho jsem mu právě nechávala volnost a zodpovědnost za jeho život na něm, a nechávala jsem tomu volnej průběh a už mi přišlo, že se ten plán rozjížděl a začal se zhoršovat, začal víc užívat a víc pít a víc rozhazovat peníze za gambling a podobně. Tak jsem změnila strategii, že jsem začala bejt jako drsná, tak jsem možná... takovej monolog drsnějšího rázu, než co byl zvyklej, a najednou se to zlepšilo. Sám přišel stím, jak bude pravidelně užívat, on sám přišel s tím, v jakých dávkách, jak často. I

když jsem byla drsná, tak jsem mu promluvila do duše a vzal si to k sobě, tak to považuju za velkej úspěch. Ale říkám, to se stalo před dvěma tejdnama a to co bude za týden,, kdo ví.

V: Jak vidíš budoucnost léčby duálek?

R: Asi jak jsem říkala, smazat pojem duální diagnóza, já si myslím, že je to na dobrý cestě, ale můj přístup je takovej smazat všechny diagnózy. A rá člověka jako individualitu a jedinečnej příběh, nesnažit se je škatulkovat. Každopádně je to na dobrý cestě. Máme se pořád jako Česká republika ještě hodně co učit, ale i díky tý adiktologii, která je jenom u nás a v Americe, jakože ty adiktologové k tomu mají co říct, tak to bude čím dál tím lepší. Vidím to optimisticky.

V: A co si přeješ pro svou kariéru?

R: Ráda bych si udělala psychoterapeutický výcvik a vím, že nebudu moct tuhle práci dělat dlouhodobě, jako v rámci svýho duševního zdraví. Myslím si, že těm lidem dávám dost a nevidím se, že tohle budu dělat do konce života. I když mě to hrozně zajímá a jsem tím fascinovaná, tak maximálně deset let a to je fakt jako max. Takže moje kariéra v týchle problematice bude pět max deset let a potom budu dělat úplně něco jinýho.

V: Co bys doporučila začínajícímu odborníkovi na duální diagnózy?

R: Ať je hlavně uatentickej a ať se nebojí, že jediný, čeho se může bát, je on sám. To je, taky si myslím, že se lidi obávaj toho, že je to náročný. A jako jo, je to náročný, ale když se s tím člověk sám jako pracovník naučí dělat, tak je to fakt obohacující a sebezkušenostní. Takže doporučila bych, aby byl odvážnej a autentickéj.

Respondent 5

V: Jak dlouho pracujete s lidmi s duální diagnózou?

R: Přibližně deset let, jedenáct, tak nějak. Něco málo přes deset let.

V: I s těma duálníma diagnózama?

R: Jako ona žádná z těch služeb nebyla specifikovaná, tak že by to bylo speciálně pro duální diagnózy, ale máme spoustu lidí s duální diagnózou, co k nám docházejí do káčka. Nebo ještě taky záleží na tom, jak to chápete tu duální diagnózu. Je to jasně, souběh závislosti a duševního onemocnění, ale to duševní onemocnění je co?

V: (vysvětluji, jak to v práci pojímám - souběh s poruchou psychotického okruhu, může být i porucha osobnosti, afektivní porucha..)

R: Máme určitě spoustu klientů, kteří užívají drogy, zároveň mají duální diagnózu, někdo to má i diagnostikováno, že třeba někam docházeli nebo byli v léčbě, a spoustu klientů nemá oficiálně diagnózu, ale myslíme si, že jsou taky jako duální, no.

V: A jak jste se dostal k týhle klientele?

R: Tak já jsem začínal ještě na Slovensku jako street worker, v takovém dobrovolnickém programu, protože tam ty služby moc nefungují pro uživatele drog, a pak jsem začal studovat tady ve městě navazující magisterské a začal jsem dělat v terénu a od té doby jsem v drogovkách na různých pozicích a v různých službách tady. Teďka aktuálně ve (název zařízení) jako vedoucí.

V: A z jakého důvodu jste si vybral tuto skupinu?

R: Nevím, asi nějaké osobní důvody. Ne, že bych užíval, ale spousta lidí kolem mě brali nebo berou, tak jsem se k tomu takhle nějak dostal.

V: A co vás nejvíce zajímá na duálních dagnózách?

R: No, nikdy se s nima nenudíte s těma klientama, je to hodně zábavný. Hodně intenzivní práce s těma lidma. Když chcete nějak spolupracovat, je fajn mít ve vztahu klienta, který s vámi nějak spolupracuje, o něco se snaží. Těžko říct, jestli je to o moc jiné, než u klientů, kteří v uvozovkách jenom berou a nemají další diagnózu, ale mě na tom baví to, že se nikdy nenudíte s těma klientama. Je tam furt co dělat a žádné setkání, žádná konzultace s klientem není taková, jakou si ji naplánujete předem. Něco domluvíte s klientem, ale pak je to úplně jinak, tak tohle je to dobrý. Nestíháte zapadnout do stereotypu s těma klientama.

V: A jak konkrétně vypadá ta vaše práce s duálkami?

R: No, my se pohybujeme v nízkoprahovém kontaktním centru. Takže sto procent lidí, kteří k nám přicházejí, jsou uživatelé drog, většinou nějakých nealkoholových. Většinou jsou to tvrdé drogy. A tyhle lidi nejsou ve fázi, kdy by byli ochotní absolvovat nějakou psychoterapii nebo něco podobného, protože mají úplně jiné potíže. Jsou na ulici, nemají kde spát, nemají co jíst, potřebují čistý injekční materiál, nemají úplně kapacitu podstupovat nějakou terapii. ALe někteří z těch klientů mají náhled na to, že se jim nedějou dobré věci, že se jim nedaří úplně dobře. Jsou ochotni třeba podstupovat i nějakou medikaci a tak dále, i když nejsou zrovna v nějaké psychotické atace, takže někteří mají na to náhled. Pracuju s jednou klientkou, která má diagnostikované nějaké duševní onemocnění a taky jsem s ní prožil, prožívá ona toxické psychózy, někdy na základě metamfetaminu, ale i když ho neužívá, tak má různé hlasy a tak dále, a tohle je třeba klientka, která neneguje účinek těch psychofarmak. Že je to jako fajn, že se s ní můžubavit “když budeš brát tu medikaci, co ti předepsal psychiatr, tak nebudeš mít ty hlasy, nebo ti nebudou tolik nadávat”. Ale zároveň mám jinou klientku, která je na tom dost podobně, a ta úplně odmítá užívání jakýchkoli léků a do toho ještě užívá opiáty a metamfetamim, tam moc náhled není, ta je pořád v nějakém paranoidním konstruktu. Záleží od klienta, jestli je schopen a ochoten nějak si jako uvědomit, co se děje. A není to jenom v těch akutních fázích, ale někdo to prostě odmítá. Mám teďka

klienta, kterej má diagnostikovanou schizofrenii, má na to invalidní důchod, tuhle diagnózu úplně odmítá, říká, že co se mu děje, není v souvislosti nemocí. No, tak...

V: A co je podle vás potřeba pro práci s touhle specifickou klientelou? Kdybych za vámi přišla, že chci pracovat s lidmi s duální diagnózou, tak co byste mi řekl?

R: Spousta trpělivost určitě. Spousta trpělivost, jak ve vztahu ke klientům, protože tam nic nepůjde podle plánu, nebo málokdy něco bude tak, jak si představíte, že by to mohlo fungovat, protože ti klienti prostě žijí v úplně jiných reáliích než my. A taky protože pro tyhle lidi není vytvořená síť služeb. Takže neustále řešíte, jak je tomu klientovi, jak co prožívá a tak, ale zároveň řešíte, že nemáte... Třeba psychiatrická péče pro duální diagnózy, což znamená pro člověka, kterej aktivně bere a zároveň má nějakou duální diagnózu, je v podstatě nulová tady ve městě. Žádný psychiatr nechce mít v péči klienta, kterej má nějakou diagnózu a zároveň třeba užívá pervitin. Je to hrozně těžké najít někoho podobného, takže neustále řešíte, že ty klienty nemáte, kam posílat, je to náročné, protože neexistuje, nebo není vypsán žádný systém služeb pro tyhle lidi. V podstatě je nemáte kam odkázat. S každým klientem to vymýšlíte nanovo, co s ním budete dělat.

V: Jak myslíte, že péči o duální diagnózy ovlivnila reforma psychiatrické péče?

R: To vám možná odpoví lépe ty lidi z CDZek a tak, protože já se pohybuju hlavně v těch adiktologických službách, které jsou a hlavně v těch nízkoprahových, které jsou tady totálně poddimenzované, protože tady ve městě jsou jenom tři káčka, na čtrnáct tisíc injekčních uživatelů. A pro tyhle lidi jsou jenom tři kontaktní centra. Takže je to hrozně poddimenzované. A těžko se snažíme, že se jednak snažíme obhospodařit obrovskou počet lidí a zároveň pracovat s klientama nějak individuálně. Takže zatím nepocituju, že by pro naše aktivně beroucí a konkrétně vy se ptáte na duální diagnózy, tak že by vznikla nějaká síť třeba ambulantních služeb, kam bychom mohli klienty odkazovat, tak to není a pořád to tady chybí. Myslím, že v uvozovkách klasický psychiatrickí klienti jsou na tom o trochu líp, než ti adiktologičtí, co se týče těch ambulantních služeb.

V: Jsou třeba nějaké konkrétní situace, které se typicky s duálními klienty opakují?

R: Nevím, jestli nějak speciálně rozlišujeme ty služby u nás. Myslím že ne, že ty služby jsou dostupné i pro ty, co nemají duální diagnózu, co jenom berou, i pro ty, co tu duální diagnózu mají. Myslím, že třeba v tom procesu práce s tím klientem oproti klasickým toxikům, že když někdo blázní z drog, když má někdo toxickou psychózu, tak se s ním bavím "když vysadíš to párně a vyspíš se, bude to dobrý a nebudeš slyšet hlasy, nějaký vidiny a tak dále". COŽ u tadytěch klientů neplatí. Že on když přestane s těma drogama, tak neustále může mít nějaké hlasy. A nějaké nepříjemné stavy. Tak v tomhle to je jiné, že když pracuju s člověkem, co je uživatelem drog, tak se dá pracovat s tím, že tohle se ti děje, protože bereš drogy, což u těch duálních diagnóz není úplně stejné. Jinak co se týče služeb, tak myslím, že se na ně navazuju lidi s duální diagnózou i bez ní,

V: A máte nějaký konkrétní hodně silný zážitek?

R: Nevím, mám třeba jednu klientku, která totálně paranoidní spousta let a moc se to nelepší, protože ona zrovna neguje účinky těch psychofarmak. A do toho zneužívá metamfetamin, takže silnej zážitek je, že jsem někdy zamotanej do jejich silnejch konstruktů různých, že je to strašně těžké pracovat s člověkem, kterej vás občas obviňuje z toho, že mu škodíte. Což právě klasický uživatelé drog taky dělaj, to je jasný, ale většinou je to spojeno s tou intoxikací, což tahle klientka má ty paranoidní konstrukty, i když není intoxikovaná. No, tak v tomhle je to náročnější třeba, mít vztah s někým, kdo vás obviňuje, že mu škodíte.

V: Máte nějaký zážitek hodně pozitivní a naopak negativně zbarvený?

R: Jo, jednou jsme ještě v terénu s kolegou asistovali klientku, která má duální diagnózu, nevím jakou, a asistovali jsme klientku v toxické psychóze, kterou jsme potkali na Venclu, na Václaváku a bylo jí blbě, bylo jí fakt blbě, byla překoplá pikem, spousta dní nespala a do toho měla duální diagnózu, ale bylo jí prostě fakt špatně. Měla ty různý pronásledování, úzkosti a tak dále. Takže jsme asistovali klientku z Václaváku v hrozné atace, předtím měla pocit, že jí neustále někdo pronásleduje a měla různé hlasy, co jí říkali nepěkné věci a požádala nás, abychom jí odasistovali do psychiatrické nemocnice, že nás o to požádala, že je jí fakt špatně a že b si tam chtěla odpočinout. Tak to jsme udělali a doprovodili jsme jí na příjem, kde nám řekli, že nám jí nepřijmou, a to z toho důvodu, že jsou spádovou oblastí, odargumentovali nějakou spádovou oblastí, že ona myslím, že měla trvalé bydliště v jiné části města. A chtěli, abychom se otočili s tou klientkou, a doprovodili jí někam na Karlák, nebo k Apolináři na psychiatrii, že se jí tam ujmou, tak to byl hodně nepříjemnej zážitek. Protože jsme jí tam dovedli s vypětím všech sil a myslím, že pro ni to bylo taky hodně náročné cestovat z centra metrem. A vůbec jsme nečekali, že nám tu klientku odmítnou, ještě v takovém akutním stavu. Nakonec jsme to vyřesili tak, že jsme zavolali sanitku, že jsme před bohnickým blázincem a že prosíme, ať nám vezmou klientku a zavezou jí na Karlák, což je samozřejmě totální nesmysl. A oni to vybavili tak, že řekli tý psychiatrický nemocnici, ať nám jí přijmou, no. Takže jí naštěstí vzali. Tahle klientka od té doby neužívá pervitinu, je jenom na opiátech, což je dobrý. Má pořád tu duální diagnózu, ale ten stav, kterej si uhnala byl díky té intoxikaci pervitinem.

V: To je docela překvapivý, že jí takhle nevzali. A nějaký třeba pozitivní zážitek?

R: Tohle byl taky dobrý zážitek, že se to nakonec povedlo. A ta klientka se drží, užívá z drog v uvozovkách jenom subutexy. A je to dobrý. Jsem rád, že se to nakonec povedlo. To vystihuje i tu práci s těma klientama, že máte něco černé nebo bílé.

V: Jak se podle vás proměnila práce s těmito klienty za dobu, co s nimi pracujete?

R: Já do toho zase vidím jenom v té oblasti adiktologických služeb, ale myslím, že poslední léta, otázka je, jestli je to tou reformou, nebo i něčím jiným, tak se hodně zdůrazňuje individuální přístup ke klientům, ordinovaná péče case managementu, to je teď hrozně in, všichni to vytahují všude, myslím, že adiktologické služby to trochu přebrali od těch klasických psychiatrických služeb. A je to super, že se to děje, protože je to určitě potřeba koordinovat tuhle péči. Jo, a další věc, která je tak trochu z klasickéjch psychiatrickéjch služeb, že se do našich služeb více zapojují peer workeři. To se teďka děje, že do našich

služeb více přesahuje práce peer workerů, a že se více snažíme více koordinovat tu péči v tom case managementu i v drogovkách, což je dobrý. A pár let zpátky se to nedělo, nebo ne v takové míře.

V: CO se vám v poslední době při práci s klienty povedlo?

R: Začínáme teďka navazovat práci s Bohnicema s oddělením duálních diagnóz, kteří nám posílají do casu své pacienty od nich, kteří třeba nikam dál nepokračují do léčby. Tak z toho mám radost, to je fajn, protože jsou to lidi, kteří by jinak vypadli z Bohnic a neměli by žádnou další péči. Nemyslím teď na konkrétní lidi, ale jde o to, že teď rozšiřujeme naše služby mimo klasické okruh nízkoprahových klientů, což je dobrý. Protože ty lidi, kteří odcházejí z jiných služeb a nejsou v tom sociálním propadu, jako naši klienti, tak ty si taky zasloužej tu péči, a to teďka rozšiřujeme.

V: A jak vidíte budoucnost léčby duálních diagnóz?

R: To nevím. Přál bych si, aby bylo více ambulantních služeb. Aby lidi nemuseli být v blázinci, když je jim špatně. Na to navazuje ta reforma psychiatrické péče, to že vznikají CDZka, tak to bychom potřebovali, těhle služeb aby bylo co nejvíc, aby lidi k řešení svých problémů neměli jenom hospitalizaci.

V: Jak vidíte svoji budoucnost?

R: Moc rád se budu věnovat duálním diagnózám. V nějaké ambulantní službě, která nebude tak průtoková jako naše kontaktní centrum. Tak nám přijde denně kolem osmdesáti lidí. Což je strašně moc, že jo. A nemáte šanci se všema dělat individuál, ne všichni to samozřejmě chtějí. Ale líbilo by se mi pracovat v nějaké ambulantní službě, která bude poskytovat individuální péči pro klienty.

V: Co byste doporučil dalším odborníkům na poli duálních diagnóz?

R: Sebezkušenost nějaká výcviková je moc fajn, a to nejenom pro duální diagnózy, ale projít si nějakou vlastní terapií, to je moc příjemné. A odpočívat hodně. Protože práce je hodně zahlcující, že se můžete ponořit do toho ani nevíte jak. Tak myslet hodně na sebe a nemyslet jenom na klienty.

Respondent 6

V: Jak dlouho pracuješ s lidmi s duální diagnózou?

R: Jo, tak závislostní problematice se věnuju už delší dobu, takový tři čtyři roky, u těch mladistvých je ta závislost taková problematičtější a hůř diagnostikovatelná, i když i tam jsou nějaký rysy do budoucna, a jinak v klasický ústavní psychiatrii půl roku.

V: Takže máš zkušenosti s oběma problematikama duální diagnózy?

R: Vzhledem k tomu, že ta duální diagnóza vyžaduje tu závislost, jako jednu z těch diagnóz, tak kdo pracuje v adiktologii, se setkává i s problematikou duální diagnózy, řekl bych.

V: Každé závisléj má nějakou diagnostikovatelnou poruchu?

R: To ne, ale například když se setkávám s kolegama z pavilonu 18 nemocnice, což jsou klasický alkoholický a protitoxikomanský léčení, tak i oni říkají, že vždycky mezi pacientama nacházejí nějaký, u kterých by šlo uvažovat o duální diagnóze?

V: A jak jsi se k nim dostal?

R: K duálním diagnózám?

V: Ano.

R: Tak více či méně náhodou. Já jsem se přes stáž dostal do nemocnice Pod Petřínem, tam jsem působil tři roky, to je dětský a dorostový detoxifikační centrum, tam to bylo složitější, protože říkám, že to byli mladiství, ale takhle v brzkém věku dětí je dost složité uvažovat o další diagnóze, vůbec duální diagnóza je diagnosticky dost složitá záležitost. Ale jako byly am prvky, u kterých bychom mohli uvažovat o velmi výrazných rysech osobnosti, o velmi výrazným dysharmonickým vývoji, popřípadě i o nějakých psychotických projevech, spíš ale toxických, čili tam už je ten diagnostický problém. No a potom když jsem vstoupil do přípravy, tak jsem se s problematikou duální diagnózy setkal na všech odděleních, třech, na kterých jsem dělal, tedy na ženském gerontu, s duální schizofrenií často, v anamnéze abusus alkoholu, taky na oddělení následné péče, kde většina těch psychiatrických poruch byla vázaná taky na užívání nějakých návykových látek, v minulosti popřípadě i v přítomnosti.

V: Kde konkrétně teď pracuješ?

R: V psychiatrické nemocnici a ochranném léčení psychiatrickým a protitoxikomanským.

V: Co si myslíš, že je potřeba pro práci s duálními diagnózami?

R: No tak to je otázka, na jaké úrovni. Ten tým v dnešní době je složen z lékařů, psychologů, z dalšího terapeutického týmu, jako jsou nějaký sociální terapeuti a tak dále. Někdy s výcvikama, někdy bez, je tam sociální pracovník v tom týmu, taky samozřejmě ošetrovatelskej personál, čili těch prvků, které intervenují, je relativně hodně.

V: Na pozici tvé.

R: Z profese psychologa se tý problematiky duálních diagnóz řešíme dvě věci, a to je psychoterapeutický přístup a potom je otázka psychodiagnostiky, to jsou dvě hlavní odvětví, kterým se musí psycholog věnovat na poli duálních diagnóz.

V: A co osobnostně?

R: No, tak to je strašně složitá otázka. Ale určitě tohle je cílová skupina, která vyžaduje hodně trpělivosti, pokrok je tam relativně malej, ty pacienti jsou hodně složitý, ten proces změny je strašně pomalej, jsou tam velký výkyvy, který odrážej ten psychiatrickej stav, který

odrážej relapsy, z mé zkušenosti, nebo to je i podložený, jsou u nich mnohem čtenější, než u klasických závislostních pacientů. No, a taková hlavní věc, který jsem si všimnul a není to jenom z mé hlavy, tak tihle pacienti potřebují hlavně bezpečí, to je základ všeho. Potřebují navázat důvěru, čili jako ten psycholog musí umět vytvořit nějaké prostředí bezpečného přijetí, nesmí moc tlačit na ty pacienty, nějaké překonané tvrdé postupy proti závislosti tady nemají místo. To ty pacienti akoát zarazej a zaseknou se a nebudou vám pak věřit.

V: A když jsme u té konkrétní práce, tak jsou nějaké konkrétní situace, které se třeba objevují při práci s těmito pacienty?

R: Já tu hlavní zkušenost mám s pacienty z ochranného léčení, tedy ty odejít nemůžou. Čili typická situace u duálních pacientů je, že utečou. Když máte pacienta z výkonu trestu s nějakou disociální poruchou a závislostí, tak ten si velmi rychle srovná režim, čím musí projít a projde tím, pokud to už není nějaká silná disocialita, že už není schopen toho kontaktu s autoritou. Ale ten duální pacient, když se dostane do toho volnějšího režimu, kdy může na vycházky, asi na základě té vyšší abulie, tak zrecidivuje, a to je strašně častý. Čili tihle pacienti se pak stávají chronickými, což není nic nezvyklého, a myslím si, že tenhle obraz se dá přenést i do jiný.. ne ochranného léčení, protože ty pacienti jsou v nějakém akutním stavu přijatý, dostanou dejme tomu detenci, protože se někde zfetují, zpsychotí, jsou floridní, načež někde dělaj nepořádek, ona je najde policie, nebo v lepším případě se oni sami nebo příbuzenstvo je nějak dokope na příjem, většinou na neklid, tam je stabilizují, daj jim antipsychotika, který přestanou užívat, oni chvilku zůstanou v nějakém programu následný péče, a pak pokud se jim ta detence zruší, tak jdou a zfetují se, popřípadě mají omezenou svéprávnost a jsou nějakou dobu drženy na základě té omezený svéprávnosti. A pak už je otázka jak ošetřující lékař usoudí, jestli je stabilizovaněj, dneska je tlak na to mít pacienta krátkou dobu na lůžku, takže pacienta propustíte, on se zase zfetuje, zase se tam vrací, to už jsou takový ty pacienti, který už ten personál zná, vrací se opakovaně, není tam víra v to, že se něco změní. Což je zajímavá otázka, jedna z věcí, se kterou se člověk setkává, je, že tohle jsou chronický pacienti, u kterých už to lepší nebude. Takže to budou klasický situace, ta recidiva. Že by pacienti nechodili na skupinu, to se mi nestalo. Že nechoděj na jiný programy, to řeším denně. Že nechodej na arteterapii, do dílny, to řeším furt, že dostávají nějaký sankce, to je jim úplně jedno. Pokud by to nebylo kouření, ale na to jim sáhnout nemůžeme. Do těch skupin se jim taky nechce, jsou dost složitý, ale můžeme dělat skupiny.

V: Co je na té práci hezkého a co naopak třeba negativní?

R: No, já začnu trošku ze široka. Já jsem už říkal, že ty pacienti potřebují hlavně bezpečí a potřebují taky přijetí. To jsou dvě základní lidský potřeby, který se učíme od miminka, který potřebujeme od miminka a oni je potřebují strašně moc. Jsem se potkal s kolegou, kterej dělá v NUDZU výzkum s psychadelikama, a v rámci toho mají nějaký stánky na festivalech pro lidi, který se zfetují a jdou do psychóz, a on říká, že tam je krásně vidět, že oni když jim tam přijdou v nějaký halucinóze, tak jak strašně na ně funguje to vytvoření toho bezpečného prostředí. Čili tohle je potřeba mít na paměti, že co je cesta k tomu pacientovi, je vlastně ten mód toho laskavýho rodiče. Oni opravdu, mám ten pocit, oni na toho kritickýho

rodiče, nebo na to velký nárokování, nebo popřípadě i nějaký zdravý logický argumentace moc úplně nejsou. A tohle je něco, co mě baví jim toho laskavého rodiče dělat. Protože oni ti pacienti, všichni, já jsem nezažil někoho, kterej ne, a neprošlo mi jich málo třeba rukama, všichni jsou za to strašně vděční. A strašně to potřebujou. Je potřeba si uvědomit, že to jsou lidi zraněný, který nemaj rodinný zázemí, jsou to bezdomovci třeba a takový sociální případy, lidi, který jsou zvyklý na zlo kolem sebe, protože ten drogový život je plnej zla. A když pak začnete bláznit, tak vás okolo nepřijímaj. A je to strašný, když dřív jste patřili do té skupiny těch uživatelů drog, a když jste se zbláznili, tak najednou nikam nepatříte. Oni opravdu jsou v tomhle hrozně zraněný lidi. A je to hezký, jak pak za vámi choděj, oni jsou potom takový naléhavý a náročný a daj se odklonit, nezažil jsem, že by se nedali odklonit, a jsou vděčný, a tu laskavost vám nějakým způsobem vracej. A je to fajn. To je jedna z věcí, která se mi líbí, že tam vzniká takovej hezkej vztah, jak oni reagují na tu laskavost. A to frustrující, například, je frustrující, že recidivujou, je frustrující, že je to nadlouho, to co je na tom hodně frustrující je to, že já jsem pevně přesvědčen, že chtěj. Oni se chtějí pokusit o změnu, když se povede navázat vztah a proběhne řádná motivační intervence, tak oni jsou leccos schopni si uvědomit, ale pak najednou se dostanou do toho volného režimu, kde víc chodí ven a oni to prostě nevydržejí a zfetujou se. A jak se zfetujou, tak jdou do té kompenzace a jsou roztěkaný, často jsou floridní, jsou znovu strašně naléhavý a celej ten proces, kterej tomu člověk věnuje, začíná znova. Což možná je práce, já v tom zatím nejsem tak dlouho, tak ještě uvidíme. Ale je potřeba připravit se na to, že to k tomu patří.

V: Máš nějaký silný zážitek s těmi duálními pacienty?

R: Tak já mám pacienta teďka v péči, mám ho v péči tři a půl měsíce, což je čtyřicetiletý pacient, kterej je duální, má diagnózu schizofrenie a je závislej na pervitinu, marihuaně, alkoholu a všem ostatním, čím se může sjet. Když jsem tam nastupoval, tak on byl v tom volnějším režimu a prošel tou recidivou a vrátil se velmi rychle, protože utekl a našli ho někde v metru jak spí po perníku, což samo o sobě vypovídá něco o stavu toho člověka. A on přišel, byl hroznej, všechny štvál, pacienty, ošetřovatele, tým. Protože on chodil, furt se na všechno ptal stokrát, otravoval ty spolupacienty s tím, že by si dal perník, a měl hrozně toxický řeči. Furt byl takovej... bylo vidět, že ho to poškodilo, ta recidiva. To je vlastně mimo jiný, někdo, kdo to měl v životě takový jako nahnutý, různě fetoval a všechno postupně ztratil. A on měl tatínka a ten tatínek... prostě když za tím tatínkem přišel kdykoliv, a byl špinavej, zfetovanej, jakéjkoliv, na útěku z toho léčení, tak ten táta mu otevřel, žádnou policii nevolal, dal mu najíst, nechal ho osprchovat, dal mu krabičku cigaret, horký kafe. A řekl mu, hele, ale ráno odejdeš, protože tady bejt nemůžeš, ale jestli chceš, já tě odvezu do léčebny. A on zase když byl v nějaký hrozný nouzi, tka přišel a zase tam ten táta byl. To byl ten laskavej rodič. A ten táta mu umřel asi před třema rokama, a on už je úplně sám. On už nemá nikoho, kdo by byl jako ten táta, když přijde v tom nejhorším, kdo by mu řekl, já tě nikdy neopustím. To ten laskavej rodič dělá, že nikdy neopustí, ať se děje, co se děje. No, a já jsem s nim měl nějaký pohovory a protože byl dekompenzovanej, ak jsem si ho vzal na starost v tu chvíli a začali jsme to řešit. První individuál, na skupině furt odcházel. A to bylo těžký, ten protipřenos, protože je strašně lehký ho zprdnout. To je strašně jednoduchý. Ale tam postupně jsme se dostali k tomu tátovi, on mi to řekl a nějak jsme si to společně prožili toho

tátu. A on se postupně začal zvedat. A bylo to pomalý a hrozně důležitý a on byl na mě postupně navázaný, furt chodil, bylo to nepříjemný, protože jsem měl třeba nějaký jiný starosti, a furt si mě odchytil a udrželi jsme tu hranici. Já jsem ho potom předal do individuální terapie kolegyni, což mě trochu mrzí, jinak ho mám na skupině, kde si furt povídáme. On furt za mnou chodí, že by chtěl ke mě, ale já na to nemám kapacitu. A teďka už postoupil v tom léčení, výorně postoupil, funguje na tom oddělení líp, než kdykoliv předtím, a má podanou žádost do terapeutický komunity a chce tam jít. To je teďka status quo. Ona je velká pravděpodobnost, že si něco dá, to o tom není, že bych teď čekal, že půjde do terapeutický komunity a uzdraví se. To ne. Ale on si sáhnul na nějaký silný přesvědčení, že takhle žít nechce, což je úžasná zkušenost pro něj a může se na to kdykoli navázat. Ale to, co je pro mě ten silnej moment v týhle kazuistice je to, že jsme se několikrát potkali, naposledy včera, jsem ho potkal v tom horním patře, už je mezi těma lepšíma pacientama. A mi říkal, vy jste hrozně hodnej člověk, já vás mám rád. Tak to se mi líbilo. Bylo vidět, že to funguje, to přijetí. Že ten vztah je dobrej a je dobře navázaný. To bylo hezký, budu mu držet palce. Tam je to důležitý, a říkám to všem duálním pacientům, zůstat v tom bezpodmínečném přijetí. A to je to, že kdyby se něco stalo, jako že ono se často něco stane, tak se nic neděje. Oni nejsou vůbec v tomhle, oni to opravdu nepochopí tak, že si dají a bude to v pořádku. Oni nejsou v tomhle hloupý. Že by dostávali nějaký bíanco šek k tomu si dát a bude to dobrý. To se dá velmi dobře odlišit v tý terapii. Ale je tam to důležitý, že on přichází po recidivě zfetované a není na místě být na něj zlej. A strašně se to dělá. V tomhle je náš systém ještě velmi zkostrnatělý a revmatický.

V: Tak když jsme u toho systému, co říkáš na reformu psychiatrie, jak se odráží v duálních diagnózách?

R: Já se přiznám, že nemám přístup k nějaký dostatečný literatuře, abych o tom mohl nějak zasvěceně hovořit. Čili to budou spíš takový dojmy. Reformu si netroufám hodnotit, projekt jistě dobrej, myslím, že to je dobrej směr. Že to je potřeba s tím něco udělat, s tou psychiatrií naší. Ty blázince velký - já jsem dělal ve dvou psychiatrických nemocnicích velkých, oni to vnímaj dost negativně. Takovej ten průměrnej dlouholetej personál, zejména ošetrovatelskej, ale oni i lékaři, který tam dělaj dlouho, jsou skeptický. Ale oni zase viděj tu realitu . nedostupnost jakýchkoli sociálních skužeb. To jako v Praze sranda. Do NUDZU nabere me ty nejlepší schizofreniky, dáme jim nejlepší následnou péči a řekneme, proč to takhle nedělaj ostatní. Tak to je trochu takovej Potěmkin. Když jsme v Kosmonosích a ty lidi jsou ze severu, tak tam na nějaký CDZ nikdo nedosáhl. Nemoc - blbý. Tak kam chcete dát pacienta nebo pacientku, která je tam osm let? To je tam osm let, je psychotická a považuje to tam za domov a když jí dáte někam jinak, tak první, co udělá je, že udělá hroznej bordel v tom zařízení. Máte jí tam zpátky za tejdén. Ten personál zase po právu říká, co to je za blbost tohle, vždyť oni tu jsou doma. Tak ty CDZka vznikaj. CDZka vznikaj u všech velkých psychiatrií. Je dobrý si uvědomit, že jsou pacienti, který nikdy v CDZku fungovat nebudou. Ale ono taky se trochu počítá s tím, že ten vývoj bude takovej, že takový ty "lepší" pacienti, s léčitelnou poruchou osobnosti a akutní schízou a další třeba závisláci, to všechno z tý velké psychiatrie postupně odejde, protože to se dá dobře léčit, a takový ty chroňáky a geronta tam prostě budou zůstat. Možná že bude ten obraz tý psychiatrie, že tam budou ty chronici.

Takový strašně blbý slovo - chronik, chronický. Je to hrozně blbý, ale... ty už pak potřebujou jinou péči. Z pohledu duální diagnózy... na to nejsem schopnej odpovědět. Ono totiž je potřeba si taky uvědomit jednu věc, jo. Mě to dost rezonuje v tý reformě. Že prostě jsou nějaký paradigmatata, nějaký základní postupy, který je potřeba u určitých poruch mít na zřeteli. A ta informovanost o tom, jakým způsobem s těma pacientama zacházet, je stále dost malá. Čili to, jakým způsobem pracovat s floridním psychotikem, jakým způsobem pracovat s člověkem, který je závislej a zároveň má psychiatrickou poruchu, to jsou postupy, který ne každěj zná. ALe ono je to těžký, ty pschiatrie jsou plný preatestantů, který to neznaj. Teď ono vás tam rozhoděj jak kuželky. Vás vezmou na poruchy osobnosti, tak najednou musíte rozumnět poruchám osobnosti, když děláte schízý, tak najednou musíte rozumnět schízám, když děláte duálky, tak musíte rozumnět duálkám. Většinou na tom oddělení je zavedenej nějakěj systém péče, co děláte na skupinách je každému úplně jedno. Důležitý je, aby ta skupina byla, čili ten psycholog si tam s nima může povídat o filmech. Jako vlastně to je jedno. Třeba ten systém péče u nás je velmi dobrej, ale taky už je třeba dvacet let starej. Takže ten systém léčení běží podle nějakýho dvacet let starýho mustru, že jo. KDe pak jsou nějaký nový poznatky, jestli tam vůbec byli, jestli to znali ty lidi před těma dvaceti lety, když se to zakládalo. Čili teďka je otázka, jak se zakládaj ty CDZka a ta péče pro ty lidi, tak aby ten personál tam skutečně věděl, co má dělat. To tam můžou mít nějaký mlad'ase, který se o to nebudou zajímat, tak to prostě bude k ničemu. Jako ano, reforma psychiatrický péče určitě ano, ve formě CDZek a nějaký dlší ambulantní péče atd. ,ale taky pozor na to, kdo to bude dělat. Aby to byli lidi, který maj tu praxi... ale ono nejenom ta praxe, to taky úplně nestačí. Jsou nějaký poznatky, který je neustále potřeba reflektovat.

V: Co se ti v poslední době poedlo při práci s duálkama?

R: To mě se daří s duálkama (smích). Já tam přijíždím, jaký mám pacienty, mám jich tam hodně, je to složitý. Já jsem teďka měl nějakou supervizi ohledně těchle pacientů, a uvědomil jsem si jednu věc. Že jako je potřeba si dát pozor na ambice, který s těma pacientama mám. Že někdy je strašně těžký stanovit si za cíl, že budou zcela abstinovat. Se mi vybavuje jeden pacient, se kterým to docela jde, máme dobrej vztah, pracujeme na nějakých problémech, ale on kouřit trávu nepřestane, protože mu dělá dobře a tu spojitost s tou schizofrenií po všech edukacích, po všech sokratovskejch argumentacích prostě odmítá. Je bludnej, je paranoidní, na tom bludu prostě pracujeme, pomalu pozvolna propátráváme ten blud, vždycky do něj tak jako ťuknu, když je nějaká příležitost. On samozřejmě hned zostraží, protože to hrozně těžká práce s tím bludem, a ten blud drží. Co já vlastně... A ono mu to ochranný léčení brzo skončí. Tak co já vlastně od toho pacienta můžu chtít? Asi to nedopadne tak, že si nezahulí, a když si zahulí, tak půjde do tý paranoie.

V: A je tam nějakěj krůček v tý práci na tom bludu, že se něco daří?

R: Daří se to, že on se furt se všema hádal. A teď jako chce mluvit. to se daří. Daří se navázat ten vztah. Daří se třeba to, že on připustí, že má schizofrenii a že některý věci z toho bludu jsou psychotický, to on řekne. Tak to jsou dílčí úspěchy. Daří se nějaká stabilizace v tom, aby věděl, co dělat, když bude hůř, jo. Jsou to menší úspěchy. On to brát nepřestane.

V: Třeba ty větší úspěchy přijdou později.

R: A tak to uvidíme. Mě o to ani tak zase nejde. Tam prostě to, že budou dlouhodobě trvale abstinovat, to prostě je složitá představa. Ty úspěchy jsou v tom, že ty lidi se třeba nějak navážou a najednou jako vykouknou z té bubliny, kterou kolem sebe mají. Jsem si teď představil ty pacienty vedle sebe. Oni jsou strašně nedůvěřiví a strašně se bránějí a když tam jsou někdy... u těch schizofreniků se s tím hodně setkávám, protože oni pak choděj do toho, že je pak někde odchytili ta policie, že začnou halucinovat jsou floridní, no. A u tý schizofrenie, když člověk vidí ty negativní příznaky, tu emotivitu, která je prostě oploštělá, tu kognici, která je prostě jiná, zbrzděná, tak oni jsou opravdu takový, aby se vůbec dostali do nějakýho kontaktu s něčím. Úspěch je, že řeknou, že jim tenhle stav nevyhovuje a myslej to upřímně. A to pár takovjech určitě je. Na to jsem si přišel, úspěch je, že na to nahlídnou.

V: Co bys doporučil ostatním odbróníkům na poli duálních diagnóz?

R: Buďte na ně hodný, mějte je rádi. Pokud je nemáte rádi, tak to nedělejte a nezlomte nad nima nikdy hůl.

V: Co bys doporučil někomu novému?

R: Studujte. Je dobrý přečíst si nějaký věci z KBT, to je důležitý. Jak pracovat s akutní halucinací a bludem, dá se to, to je překonaný, že se to nedá. Je to strašně těžký pracovat s bludama, musíš bejt strašně opatrná, protože ty lidi si ty bludy drží a je to strašně těžká práce. CO teďka začínám, tak je to hrozně vyčerpávající práce pracovat s akutníma bludama. Takže naučit se ty postupy, jak se to dělá a zkusit si to někde. Připravit se na diagnostiku, je to složitější než to vypadá. Protože ty závislý budou chodit do toxickejch, budou chodit do akutek, takže tam potom diferenciálně diagnosticky určit, kdy už je to proces schizofrenní třeba, nebo kdy je to porucha osobnosti, to je diagnosticky dost těžký, tak prostě se to naučit, no. Ještě řeknu mimo tu otázku, je dost zajímavý, že aspoň co já vidím a co slyším od těch zkušenějších kolegů, tak těch duálních pacientů hrozně přibývá, a přibývá jich na úkor, řeknu, čistejch psychotiků. Je to hodně markantní. Třeba u nás na oddělení, z těch jakoby psychiatrickejch pacientů, jsou dva, kde lze vyloučit abúsus drog. Dejme tomu, že ten alkohol je skoro u všem, nějaký nadužívání alkoholu aspoň v nějakým období, bohuže taky. To je zkreslující. Tam je marihuana spousta. To jsou pacienti dva z pětaticeti, který nemaj nějaký zkušenosti třeba s THC. Ted' mám třeba pokud o vraždu, ten člověk je psychotickej, byl strašně floridní, napadl někoho nožem, ale on deset let kouřil trávu. Tak co to je za pacienta, to už je duální. Prostě desetiletěj abúsus marihuany už není jenom nějaká epizoda, že si občas zakouřim. A těch pacientů je opravdu mraky, všichni to tam maj. Další pokud o vraždu taky, on má ty predispozice psychotický, ale on každěj den si zakouřil trávu. Těch duálek opravdu strašně přibevjá. Většina těch psychotiků, co přicházej, tak se u nich v anamnéze zjišťujou drogy. A většinou ne nějaký experimenty s jedním jointem, opravdu dlouhodobý užívání, přinejmenším tý marihuany.

V: Že přibývá drog?

R: No, já nechci spekulovat, ale je otázka, to že ty drogy jsou teďka dostupný, tak jestli to nemá efekt na výskyt těch psychotických stavů. Nakonec nějaký výzkumy ukazují na to, že lidi užívající marihuanu jsou subklinicky psychotický. To znamená, že en potenciál v té trávě je. A na to je víc výzkumů, že ta manická složka té trávy vede k psychotickým stavům. Takže teď jakoby přibývalo lidí, kteří jsou psychotický, ale na základě abúsu návykových látek. Ale já jsem o tom dost přesvědčen, že to tak je. Že ty lidi nezvládají tu závislost a přesmykávají se do těch psychóz. To vidím furt - chlastal, hulil, občas nějaký perník a najednou začal bláznit, toxicky, ale to je ještě zajímavý odlišovat ty toxický stavy od těch psychotických.

**Posudek vedoucí diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení autorky: Bc. Romana Machová
Studijní program: Psychologie
Název práce: Specifika práce s lidmi s duální diagnózou
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 22159

Ostatní text: 168468

Celkový počet znaků: 191097

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co vás při provedení výzkumu nejvíce překvapilo?

Jaké jsou Vaše doporučení pro vylepšení péče o tyto klienty?

Teoretická část práce je věnována schizofrenii, problematice závislostí a duálních diagnóz. Teorie je zpracována kvalitně, s dostatečným objemem odborné literatury. Výzkumnou část tvoří tematická analýza 6 rozhovorů s profesionály, kteří s duálními diagnózami pracují. Analýza je provedena metodologicky správně, prezentace výsledků je adekvátní. Při práci s autorkou oceňuji její samostatnost a iniciativu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

VÝBORNÝ

Datum, podpis:

29.08.2019



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení autorky: Bc. Romana Machová
Studijní program: Psychologie
Název práce: Specifika práce s lidmi s duální diagnózou
Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 22159

Ostatní text: 168468

Celkový počet znaků: 191097

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké se u Vás objevili vlastní otázky a názory, očekávání k danému téma v rámci předporozumění před samotným výzkumem?

Uvádíte, že výsledky, které jste předložila jsou užitečné pro odborníky pracující s lidmi s duální dg. a pro samotnou reformu psychiatrické péče. Je vůbec možné uvažovat na základě výsledků s několika respondentů o doporučení pro lidi, kteří pracují s klienty s duální dg. a pro které odborníky konkrétně? nebo spíš výsledky přinesli informace, které mohou být užitečné pro další odbornou diskusi k danému tématu?

Jakým směrem by se dle Vás mohl ubíral další psychologický výzkum v dané oblasti na základě Vámi získaných výsledků?

Práce s klienty s duální diagnózou má své specifika, které se projevují i specifickou prací různých odborníků a práce multidisciplinárních týmů. Vaším cílem bylo zmapovat, jak se s klienty s duální dg. pracuje v různých zařízeních různými odbornostmi a kvalifikací, různé délce praxe atd. Moje otázka proto je, jaké jsou úskalí takto nastaveného výzkumného designu?

Autorka předložila diplomovou práci na téma: „Specifika práce s lidmi s duální diagnózou“. Teoretická část práce je věnována schizofrenii: psychickému zdraví a nemoci, schizofrenii v kontextu psychotických onemocnění, symptomatice schizofrenie, léčbě schizofrenie i novým poznatkům z oblasti schizofrenie, v další kapitole autorka pojednává o syndromu závislosti na psychoaktivních látkách-užívání drog a návykových látek, syndromu závislosti na návykových látkách, některým druhům léčby syndromu závislosti na návykových látkách a také novým poznatkům z oblasti užívání návykových látek. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na duální diagnózy: specifika léčby duálních diagnóz, aktuality z oblasti léčby duálních diagnóz. Autorka zmiňuje i reformu psychiatrické péče a uvádí aktuální vybrané výzkumy v oblasti duálních diagnóz. Nakonec uvádí některé vybrané organizace pro léčbu duálních diagnóz.

V celé teoretické práci je znát snaha autorky poskytnout ucelený přehled k dané problematice. Je zde předložen text, který poskytuje mnohé důležité informace, který je však místy zbytečně informativně zahrnující na úkor vlastního odborného diskurzu samotné autorky, což v práci postrádám. Danou jinak kvalitně zpracovanou práci by to obohatilo víc vlastním názorům autorky a diskusí s teorií a vlastního odborného vkladu k danou problematikou, což se od diplomanta, diplomantky práce očekává. Mohlo to být způsobeno právě tím, že autorka má snahu sama tématu porozumět a odvaha vnášet vlastní myšlenky není snadná. Na kvalitě samotné práci to však nic neubírá, jenom vzhledem k tomu, kolik práce si sama autorka dala s nastudováním literatury atd. tak bych se ráda více dozvěděla o jejím odborném uvažování, kritickém myšlení, které by mohlo práci obohatit, a i čtenáře více vtáhnout do odborné diskuse.

Celkově ale teoretickou část pokládám za zdařilou a kvalitní, poskytující mnoha důležitých informací. Je znát precizní práce s odbornou literaturou a zájem o danou problematiku. Vzhledem k tomu, že je jedná o náročné téma jak teoreticky, výzkumně i s přesahem do praxe oceňuji že se autorka rozhodla tématu věnovat a zase o kousek i svojí prací přispět k dané problematice. Oceňuji také, že je práce doplněna výzkumy v dané problematice a že sama autorka se tématu věnuje i na základě vlastních zkušeností získaných v rámci studentské praxe, jak sama uvádí.

V empirické části si autorka stanovila hlavní výzkumný cíl, a to zjistit, jaká specifika se sebou nese práce s lidmi s duální diagnózou. Bylo osloveno 6 respondentů s různou odbornou kvalifikací, typem práce s klienty s duální diagnózou i typem zařízení, kde se s klienty pracuje. Autorka pracovala formou polostrukturovaných rozhovorů a získaná data analyzovala použitím vhodné zvolené metody tematické analýzy. Uvádí výsledky a odpovědi na své výzkumné otázky. Výzkumná část je taky zpracována precizně, je přehledná a čtivá. Uvítala bych v diskusi hlubší zamyšlení samotné autorky nad výsledky a kritické zhodnocení, návrh dalšího výzkumného směřování na základě získaných výsledků.

Tím, že se jedná o diplomovou práci, která sebou nese jiné nároky jak práce bakalářská, jak v části teoretické, tak praktické myslím, že i když zde uvádím některé své připomínky, tak si myslím že se samotná autorka předložená práce s nárokem vypořádala moc dobře a předložila zajímavou práci. Vzhledem k uvedeným skutečnostem hodnotím danou diplomovou práci jako zdařilou a kvalitní a podpořila bych studentku, aby při samotné obhajobě při zodpovídání otázek v diskuse vnesla ještě víc osobní vzhledem k dané problematice, který myslím, že bezesporu má. Oceňuji výběr tématu i snahu co nejlíp zachytit téma teoreticky i v rámci výzkumu a jeho zacílení.

Předloženou diplomovou práci doporučuji k obhajobě a navrhuji hodnocení velmi dobře až výborně dle výsledků obhajoby.

Datum, podpis: 5.8.2019

