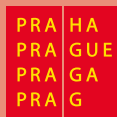


Podpora lidí s duální diagnózou

Johana Růžková (ed.)



**MARKÉTA DOLEJŠÍ | JIŘÍ DVOŘÁČEK | PATRIK FOLÍŘ | MIROSLAV GILJAN |
MARTIN KALOUS | TOMÁŠ KAŠPAR | GABRIELA MAHROVÁ | TOMÁŠ MÁLEK |
PETR NEVŠÍMAL | TEREZA PELANTOVÁ | MICHAL RŮŽIČKA | JAN SOBOTKA**



K vydání připravila Johana Růžková

*Texty Markéta Dolejší, Jiří Dvořáček, Patrik Folíř,
Miroslav Giljan, Martin Kalous, Tomáš Kašpar, Gabriela Mahrová,
Tomáš Málek, Petr Nevšímal, Tereza Pelantová, Michal Růžička,
Johana Růžková, Jan Sobotka*

Ilustrační fotografie pxhere.com

Obálka, grafická úprava a typografie Adam Friedrich



*S podporou Hlavního města Prahy
vydal*



*Metropolitní zdravotnický servis Praha, p. o.
U Mrázovky 1970/15, 150 00 Praha 5
www.mzspraha.cz*

ISBN 978–80–11–02592–2

Neprodejné

PODPORA LIDÍ S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Podpora lidí s duální diagnózou

Mgr. Johana Růžková (ed.)

Markéta Dolejší · MUDr. Jiří Dvořáček · Patrik Folíř
Mgr. Miroslav Giljan · Mgr. Martin Kalous · Tomáš Kašpar
Mgr. Gabriela Mahrová · PhDr. Tomáš Málek
MUDr. Petr Nevšímal · Mgr. Tereza Pelantová
Michal Růžička · Mgr. Jan Sobotka

M E T R O P O L I T N Í
Z D R A V O T N I C K Ý S E R V I S
2 0 2 3

Obsah

Úvod: Duální diagnóza – tekutý pojem a lidé, kteří jsou neviditelní	9
Charakteristika pojmu duální diagnóza	19
Terénní komunitní služby a lidé s duálními diagnózami ..	33
Case management pro klienty s duální diagnózou v kontextu adiktologické služby	51
Integrovaná léčba lidí s duální diagnózou v psychiatrické nemocnici Bohnice	61
Rezidenční léčba pacientů s duální diagnózou.....	73
Terapeutická komunita pro lidi s duální diagnózou	91
Služby bydlení a následné péče pro osoby s duální diagnózou	107
Závislost v kombinaci s poruchou osobnosti.....	121
Bezdomovectví a duální diagnóza.....	133
Pohled uživatele služeb a člověka se zkušeností s duální diagnózou	149
Epilog: Adiktologie a komunitní péče o duševní zdraví u jednoho stolu	157



© 2023 Markéta Dolejší, Jiří Dvořáček, Patrik Folíř,
Miroslav Giljan, Martin Kalous, Tomáš Kašpar,
Gabriela Mahrová, Tomáš Málek, Petr Nevšímal,
Tereza Pelantová, Michal Růžička, Johana Růžková,
Jan Sobotka

Edition © 2023 Metropolitní zdravotnický servis

ISBN 978–80–11–02592–2

Úvod

Duální diagnóza – tekutý pojem a lidé, kteří jsou neviditelní

■ **Johana Růžková**

Duální diagnózou rozumíme souběh duševního onemocnění (zpravidla se autoři shodují v tom, že jde o onemocnění z okruhu tzv. SMI – severe mental illness) a poruchy způsobené užíváním návykových látek. V prostředí české adiktologie je častým jádrem nesouladu otázka, zda se duální diagnózou míní souběh jakékoli psychiatrické zátěže (například úzkostí či mírnějších forem poruchy osobnosti) se závislostí, nebo se jedná o úzce vymezenou skupinu právě osob s SMI.* V angličtině se častěji setkáme s pojmenováním co-ocuring disorder (COD) nebo zkratka comorbidity. Zároveň je spektrum možností interpretace všech tří výrazů velmi široké a samo o sobě je někdy příčinou nepochopení nebo špatné indikace služeb podpory. Někteří autoři a instituce vnímají jako comorbidity souběh jakýchkoli dvou diagnóz, případně jím označují například kouření a depresivní poruchu (což je z hlediska pojmu samotného legitimní).

Lidé s touto dvojí (nebo multiplikovanou) zátěží jsou zpravidla marginalizováni i ve skupinách závislých nebo duševně nemoc-

* Rozkol těchto dvou termínů vychází právě z oné roztržitosti, v tomto případě mezi sociálními a zdravotnickými službami. Autoři v publikaci zpravidla užívají takový termín, jaký je zvykem používat v jejich kmenové organizaci.

ných. Jsou častěji nezaměstnaní nebo bez domova, častěji jsou obětí násilných trestných činů či zneužití, je pro ně náročnější čerpat podporu (podpůrné služby jsou pro ně hůře dostupné). Léčba duální diagnózy je časově, personálně i odborně náročná. Existuje velmi málo relevantních dat, která by napovídala, kolik takových lidí v České republice žije. Z každodenní praxe sociálních i zdravotnických služeb však víme, že jejich podpora vyžaduje specifické dovednosti a nastavení týmu i služby a představuje výzvu pro obě strany – pracovníky i klienty.

CHYBĚJÍCÍ DATA

Žádná z relevantních statistických institucí (Ústav zdravotnických informací a statistiky a Národní zdravotnický informační portál, vycházející z dat Ministerstva zdravotnictví, ani Národní registr hrazených zdravotních služeb neboli data z proplacených výkonů) nezohledňuje ve svých statistikách možnost souběhu diagnózy závislosti a závažného duševního onemocnění (a ostatně z nich nelze zjistit ani souběh jiných závažných diagnóz). Dílčí studie na téma komorbidit nalezneme v portfoliu pracovní skupiny Výzkum prevence a léčby závislostí Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ). Taktéž jsme díky Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a závislosti při Úřadu vlády České republiky (NMS) schopni vysledovat alespoň přibližné trendy u osob zachycených v síti adiktologických služeb. Stejně tak máme k dispozici data o pacientech s onemocněním z okruhu SMI*. Dalším vodítkem mohou být data European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA), které v nepravidelných intervalech vydává přehledové studie orientované na téma komorbidit u evropské populace. Realitou ale zůstává, že kvůli roztržštěnosti péče o klienty (pacienty**) s duální diagnózou a paralelnímu nebo ná-

vaznému modelu jejich podpory (kdy podpora plyne často v jiném čase a jiném místě, z jiné rozpočtové položky) nejsme schopni počet těchto lidí s přesností určit. Opíráme se o statistická srovnání s jinými státy nebo s úžeji vymezenou populací (např. pacientů psychiatrických léčen), ovšem – jak dokazuje tato publikace – spektrum prostředí, v němž se lidé s DD pohybují, je příliš široké, a tak tato generalizující data o realitě nevypovídají (například lidé bez domova často nejsou diagnostikováni vůbec). Komplexní přehled prevalence kombinace (závažného) duševního onemocnění a poruch způsobených užíváním návykových látek pro Českou republiku chybí.

Velká část klientů, kteří přicházejí z psychiatrických nemocnic do sociálních služeb, jednu ze složek duální poruchy diagnostikovanou nemá. Příčin je víc,[#] někdy jde o chybovost v diagnostice (kdy dochází k záměně symptomů důsledků užívání návykových látek, tzv. toxické psychózy, a dlouhodobého psychotického onemocnění), nezřídka lékař stanovující diagnózu z okruhu SMI o užívání návykových látek u svého pacienta (ať už v rámci hospitalizace nebo ambulantní péče) ani neví. A naopak – v mnohých sociálních službách mimo rámec adiktologie mají pracovníci ostých nebo pocit nedostatečnosti v kompetencích, pokud se mají svých klientů (například z cílové skupiny lidí bez domova nebo lidí s duševním onemocněním) ptát na užívání návykových látek, čímž může vznikat dojem, že klienti žádné látky neužívají.

* Některé studie uvádějí, že pacienty nebo klienty dělí podle toho, která problematika u daného člověka převládá, některé vůbec možnost komorbiditu nezhledňují nebo z nich nelze vyčíst, zda a jakým způsobem komorbiditu zohledňují (tudíž je nutné předpokládat, že nezohledňují).

** Někdy jde o účelové jednání, například se záměrem snížení stigmatizace a možných návazných komplikací spojených s diagnózou poruchy způsobené užíváním návykových látek (třeba zákaz řízení).

Mainstreaming duševního zdraví při optimalizaci intervencí u klientů s duální diagnózou.

SYSTÉMOVÁ ZMĚNA NENÍ MOŽNÁ BEZ DAT

Kvůli výše uvedenému můžeme jen komplikovaně identifikovat potřebnost, objem a charakter služeb podpory a reagovat systémovými změnami.

Nemůžeme dlouhodobě dělit tak velké množství lidí se specifickou potřebou do přibližných kategorií podle toho, jak lze intervence k jejich podpoře vykázat pojišťovně nebo v dotačním titulu, případně podle toho, jak nám „zhruba zapadají“ do jedné ze zvolených diagnóz a očekávat, že na takto vágním základně dokážeme vybudovat funkční systémovou změnu. Dokud lékaři napříč odbornostmi nezpřesní diagnostiku, sociální pracovníci a další nelékařské pomáhající profese nezačnou mnohem úžeji spolupracovat se systémem péče o duševní zdraví a jeho pracovníci zase nebudou ochotni označovat adiktologickou problematiku pravým jménem, neboli dokud všechny oblasti podpory nepřijmou za svůj přístup orientovaný na člověka a jeho fenomenologickou podstatu, budou rovněž všechny tyto oblasti podpory vždy spíše odsouzeny k tomu „dělat, co se dá“ a dál dělit lidi do zmíněných kategorií, přičemž nikdy nebudou zcela dokonale suplovat další aspekty podpory. Neboli – problematická diagnostika a s tím související nedostatek statistických údajů jsou symbolickým zobrazením a jedním ze symptomů absence tzv. integrované péče o lidi s duální diagnózou.

PRINCIP OTOČNÝCH DVEŘÍ

„Neexistence“ lidí s DD ve statistikách implikuje jejich „neviditelnost“ v systému stávajících služeb, což vede k dobře známému principu točitých dveří neboli opakovanému vypadávání klientů s DD ze standardního systému služeb. To vede jednak k opakující-

címu se snižování pocitu vlastní hodnoty a kompetencí u klienta samotného, jednak k bezúčelnému přetěžování služeb, které sice dočasně naplní kapacity a vykážou pokusy o podporu člověka s DD, ale reálně u jejich pracovníků narůstají frustrace z práce s touto cílovou skupinou a pocity beznaděje.

V této publikaci se vícero autorů zmiňuje, že se lidé s DD obvykle v různých službách objevují opakovaně a jejich postup napříč službami se obvykle nekryje s klasickým vývojem adiktologické podpory „od harm reduction přes léčbu až k doléčování a abstinenci“. Důvod je dvojitý – jedním je skutečnost, že přidružená záťaž duševního onemocnění celý proces recovery reálně zpomaluje a činí složitějším a člověk opakovaně čelí možnosti recidivy ve dvou různých oblastech, přičemž její prevence a zvládnutí ho stojí (minimálně) dvakrát tolik sil. Zároveň jsem ale přesvědčená, že druhým důvodem je malá připravenost různých složek podpory na práci s těmito lidmi. V některých službách stále užívaný termín „selhávání“ ve skutečnosti označuje selhání nás, pomáhajících, ve schopnosti pochopit potřeby lidí s DD a definovat práh a formát našich služeb tak, aby jim byly podporou, nikoli zkouškou, v níž je potřeba namísto selhání obstát a postoupit do dalšího kola.

INTEGROVANÝ PŘÍSTUP

V posledních letech zejména v adiktologických léčebných službách je tzv. integrovaná léčba postavená na multidisciplinaritě, vyváženém zastoupení zdravotnických a sociálních složek podpory, a současné léčbě obou problematik v rámci jednoho zařízení. Několik mimořádných pracovišť poskytujících takovou podporu je v publikaci zastoupeno. Na tom, že integrovaná léčba je nejvhodnějším modelem (oproti paralelnímu nebo následnému při-

stupu popisovaném v kapitole 2) panuje v zásadě odborná shoda. Je ovšem velmi nákladný a klade velké nároky na personální zajištění a kompetence týmu. I přesto u nás už několik takových týmů existuje.

Domnívám se, že vzhledem k uvedeným charakteristikám procesu úzdravy u lidí s DD je nutné, abychom si osvojili filozofii integrovaného přístupu i v ostatních složkách podpory. Termín *integrated treatment* zasluhuje rozšířený překlad – stávající nejčastěji používaná integrovaná léčba implikuje, že uvažujeme pouze o oblasti, kterou adiktologie označuje jako sekundární prevenci a v oblasti péče o duševní zdraví spadá do díkce ústavní léčby. Neboli – integrovaný přístup si pomalu zvykáme aplikovat tam, kde pracujeme s motivovaným abstinujícím klientem se zaléčenou akutní fází duševního onemocnění, jehož cílem je trvalá abstinence. Ale ve všech ostatních oblastech podpory (spadajících v adiktologii zejména pod *harm reduction* a v péči o duševní zdraví do komunitní péče, ambulantních a pobytových resocializačních služeb) zatím integrovaný přístup definujeme těžko. I průkopníci v této oblasti jsou v naší publikaci zastoupeni.

Myslím, že oběma oborům prospěje začít uvažovat také v horizontu integrované péče nebo integrovaného přístupu. Nejenom klienti v úzkém životním výseku stabilizace a abstinence zasluhují péči vzdělaných multidisciplinárních týmů s jasnou vizí komplexní podpory. Celostní pohled na člověka a propojení vnímání duševního zdraví a závislostní problematiky je úkolem nejen na úrovni služeb o závislé a služeb péče o duševní zdraví, ale i na úrovni institucí státní správy, bezpečnostních složek, legislativy, soudnictví a dalších.

Nepotřebujeme ve skutečnosti nové služby, nové kategorie a nové diagnózy – potřebujeme, aby lidé, kteří pracují v pomáhajících

profesích, akceptovali fenomenologický a humanistický bio-psycho-socio-spirituální přístup na všech úrovních podpory lidí s duální diagnózou, místo aby se komplexní problematiku snažili ohýbat do sobě srozumitelných stávajících kategorií. Jak píše ve své kapitole Jiří Dvořáček, je třeba, abychom pochopili problém duální diagnózy jako kontinuální proces s tendencí k určitým vlnám, ať už v projevech duševního onemocnění nebo závislosti, a tak také přistupovali k podpoře lidí, kteří jsou jím zatíženi. Nestačí pouze vytvořit integrovanou léčbu, musíme zajistit integrovaný systém, kontinuum podpory, v němž každý článek bude s tímto konceptem obeznámen a dokáže platně odpovědět na klientovu potřebu, třeba i navázáním na další z článků tohoto kontinua.

Dříve vcelku tradiční model, kdy služby adiktologického spektra byly pro klienty příliš zátěžové a konfrontační (a klienti jim připadali „příliš psychotičtí“ a „program nezvládali“), zatímco ve službách psychiatrie a komunitní péče o duševní zdraví neprosívali, případně byli vylučováni kvůli užívání návykových látek (byli „příliš toxičtí“), se v posledních letech začíná v Česku obracet – a je to právě (kromě mnohých dalších) díky organizacím a autorům zapojeným do tvorby této publikace.

PROČ VZNIKLA TATO KNIHA

Tato kniha je prvním originálním českým souhrnem dobré praxe v podpoře lidí s duální diagnózou. Její autoři jsou přední čeští odborníci na poli péče o lidi s duševním onemocněním a se závislostí, kteří se roky věnují tématu v praktické i teoretické rovině. Mnoho programů, o nichž tato publikace hovoří, je u nás průkopnických a nemá v našem kontextu obdobu. Mnozí z autorů odvážně reflektují i otazníky a neúspěchy, kterým v praxi čelí.

Stručným úvodem do teorií etiologie, diagnostiky a možností léčby duální diagnózy je druhá kapitola z pera Petra Nevšímala. Pojmoslovné a metodické otazníky nerozsuzuje, spíše s důkladností zkoumá různé aspekty vnímání této problematiky a vnáší do tématu více světla.

Jan Sobotka svou kapitolu věnoval představení spektra komunitně orientovaných služeb péče o duševní zdraví, přičemž do jejich kontextu zasazuje možnosti, jak efektivně pracovat s klienty s duální diagnózou, aniž by se musely přehodnotit dosavadní zásady a metody. Za ústřední východisko označuje celostní pohled na člověka a partnerský pracovní vztah mezi pracovníkem a klientem, v němž je otevřený a respektující prostor pro sdílení všech potřeb.

Praktickou aplikaci tohoto přístupu popisuje ve svém příspěvku Miroslav Giljan na modelu case managementu v pražské organizaci Progressive, o. p. s., Cenné jsou mimo jiné jeho poznatky o zvláště náročných na tým a překážkách, kterým může čelit adiktologicky orientovaná organizace při zavádění nové metody.

Podrobný popis oddělení duálních diagnóz v rámci velké psychiatrické nemocnice v Praze-Bohnicích, včetně procesu vzniku a kontextu zdravotnického zařízení, poskytuje ve své stati Tomáš Málek.

Naopak vhléd do intimnějšího, specializovanějšího rezidenčního zařízení Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, v němž dochází postupně k úplnému přerodu nejen metodiky, ale zejména myšlení a takřka filozofického přístupu k práci s pacienty, nabízí Jiří Dvořáček.

Pro kapitolu o terapeutické komunitě pro klienty s duální diagnózou spojili síly zástupci tří českých komunit, které se na práci s těmito klienty zaměřují – Markéta Dolejší (Magdaléna, o. p. s.), Gabriela Mahrová (Psychiatrická nemocnice Marie Oranžské Bílá Voda) a Patrik Folíř (Terapeutická komunita Sejšrek). Definovali společně specifika, jaká jsou podle nich pro terapeutickou komunitu pro lidi s DD oproti té klasické klíčová, a popsali vlastní praxi.

Zajímavou fúzi a také odvážnou výzvu k hledání alternativních cest nutně nesvázaných formálním zařazením služby představuje osmá kapitola, kterou společně zpracovali Tomáš Kašpar a Tereza Pelantová. Díky otevřenému myšlení a úzké předchozí spolupráci dokázali vystihnout, jaké prvky v pobytovém resocializačním programu jsou pro lidi s DD klíčové, přičemž každý z nich vychází „z opačné strany barikády“ – jeden k prostředí adiktologického doléčovacího programu Následná péče Kolping Brno, druhý z chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním Bona, o. p. s.

Devátá kapitola, zpracovaná Martinem Kalousem z organizace Kaleidoskop, z. ú., se věnuje specifické cílové skupině lidí s kombinací poruchy osobnosti a závislosti a dává nahlédnout na další část spektra služeb péče o duševní zdraví, včetně stručného úvodu do metody dialektické behaviorální terapie, která se v podpoře těchto klientů osvědčuje.

Také v desáté kapitole se věnují úžeji vymezené skupině osob s duální diagnózou, a sice lidem bez domova. Nabízím představení programu intenzivního case managementu v rámci služby stojící zcela mimo spektrum adiktologických i psychiatrických služeb, a sice terénního programu pro osoby bez přístřeší orga-

nizace Armáda spásy – sociální služby Praha, jenž představuje další z experimentů na poli integrované péče.

Poslední kapitolou publikaci uzavírá Michal Růžička, který svou odvahou a vytrvalostí inspiruje nejen klienty, ale i pracovníky v podpoře lidí s duální diagnózou. Sám byl dlouholetým uživatelem drog, jemuž byla diagnostikována schizofrenie, a je absolventem několika léčebných programů. Sdílí s námi své zkušenosti a pojmenovává ze svého úhlu pohledu silná i slabá místa adiktologických i psychiatrických služeb. Zároveň je mezi zastoupenými autory hlavním nositelem naděje, že lidé s duální diagnózou mohou dojít úzdravy, jakkoli jde o dlouhodobý a takřka nikdy nekončící proces, a najít své životní místo a pocit naplnění.



To je také hlavním poselstvím, které bychom chtěli touto publikací předat. Jakkoli často působíme kriticky a poukazujeme s nejlepšími úmysly na slabá místa systému podpory lidí s duální diagnózou, rádi bychom především inspirovali a předávali chuť a odvahu dalším kolegům i službám. Slovy Mahátmy Gándhího:

„Budme tou změnou, kterou si ve světě přejeme vidět.“

Charakteristika pojmu duální diagnóza

■ **Petr Nevšímal**

Pojem „duální diagnóza“ zahrnuje souběh škodlivého užívání návykových látek (NL) se závažným duševním onemocněním. Prvně se objevuje v 70. letech minulého století a Světová zdravotnická organizace (WHO) jej zavedla do své terminologie v roce 1995. V širším slova smyslu může zahrnovat souběh duševní poruchy způsobené užíváním NL* s jakoukoli jinou psychickou poruchou. V užším, běžně užívaném významu, se používá pouze ve spojitosti s tzv. vážným duševním onemocněním (SMI – severe mental illness). V posledních letech se poměrně často objevuje i termín vícečetných diagnóz (multimorbidita).

Význam komorbidit duševních poruch u uživatelů návykových látek souvisí s jeho vysokou prevalencí, klinickou a společenskou závažností, obtížemi ve využití obvyklých intervenčních strategií a se špatnými výsledky léčby u postižených osob. Osoby, které mají jak onemocnění způsobené užíváním návykových látek, tak další komorbidní duševní poruchu vykazují:

* Nemáme ambici tuto otázku naší publikací zodpovědět. Specifické diagnostické skupině lidí s poruchou osobnosti a závislostí věnujeme samostatnou kapitolu, ostatní autoři se orientují spíše na osoby s SMI či další přidruženou zátěží a závislostí.

- větší počet a závažnost hospitalizací,
- vyšší prevalenci sebevražedného a sebepoškozujícího jednání,
- častější výskyt chronických tělesných onemocnění.

Kromě toho uživatelé drog s komorbidními duševními poruchami vykazují zvýšenou míru rizikového chování, což vede k dalšímu psychosociálnímu postižení (jako je vyšší míra nezaměstnanosti a bezdomovectví, případně uvěznění) a agresivnímu, násilnému nebo kriminálnímu chování. Recipročně jsou často tyto osoby oběťmi zneužití nebo jiného kriminálního jednání.

Klinická praxe ukázala, že se komorbidní poruchy vzájemně ovlivňují a mají špatnou prognózu jak u psychiatrických onemocnění, tak u poruch způsobených užíváním návykových látek, pokud nedojde k efektivní léčbě. To znamená, že u osob s duální diagnózou existuje zvýšené riziko chronicity a kriminalizace, léčba je obtížná a nákladná a šance na uzdravu jsou nižší. Léčebné programy musejí být schopné pracovat s oběma typy poruch a kladou tak vyšší nároky na dovednosti personálu. Omezená dostupnost těchto programů zvyšuje práh vstupu klientů s komorbiditou do léčby. Vzhledem k zátěži pro zdravotní, sociální a právní systémy vede komorbidita užívání návykových látek a duševní poruchy také k vysokým celospolečenským nákladům.

ETIOLOGIE

Tuto komorbiditu lze vysvětlit řadou etiologických a neurobiologických hypotéz. Například může být podmíněna výskytem dvou nebo více nezávislých predisponujících faktorů. V některých případech je duševní porucha považována za rizikový faktor pro užívání drog, protože může vést k rozvoji užívání návykových látek. V jiných případech může užívání návykových látek vyvo-

lat rozvoj duševního onemocnění, které může probíhat následně samostatně. Konečně, dočasná psychická porucha se může vyvinout jako důsledek intoxikace určitým typem látky nebo jejího odnětí.

Hlavní hypotézy rozvoje komorbidity

1. **PREDISPOZICE** – užívání návykové látky a jiné duševní poruchy může vycházet ze stejných predisponujících faktorů (např. stres, osobnost, rodinné prostředí, genetické vlivy). Předpokládá kumulaci rizikových faktorů a kombinovanou interakci neurobiologické zranitelnosti se zranitelností prostředí. Představuje tedy různé symptomatické projevy podobných neurobiologických abnormalit a existujících rizik kognitivního vývoje včetně vlivu sociálního prostředí.
2. **AUTOMEDIKACE** – porucha způsobená užíváním návykových látek se vyvíjí jako výsledek pokusů jedince řešit problémy spojené s duševní poruchou, aby našel úlevu od rozvíjejících se příznaků nebo snížil vedlejší účinky její léčby (např. kompenzoval některé obtíže, které mohou vznikat při antipsychotické léčbě). V takovém případě se užívání nebo nadměrné užívání návykových látek stane samostatným dlouhodobým problémem a abususe lze zmírnit, pokud se prvotně existující duševní porucha léčí vhodnějším způsobem. Ovšem těžký abususe přecházející v závislost může pochopitelně pokračovat i v případě, že je prvotní onemocnění залéčeno adekvátně.
3. **SPOUŠTĚČ** – užívání návykových látek funguje jako spouštěč pro vývoj jiné psychické poruchy, takže psychická porucha pak probíhá samostatně. Užívání drog tak může pravděpodobně fungovat jako spouštěč jiné dlouhodobé poruchy.

4. **SIGNÁL** – dočasná psychická porucha vzniká jako důsledek intoxikace určitým typem látky nebo jejího odnětí. Např. přechodná psychotická porucha může vzniknout na základě intoxikace a následně odezní. Ovšem při dlouhodobějším sledování se může zjistit, že poruchy vyvolané návykovou látkou jsou pouze přechodným stavem před rozvojem nezávislého onemocnění.

DIAGNOSTIKA

Diagnostika psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek je problematická především proto, že akutní nebo chronické účinky užívání látek mohou napodobovat příznaky mnoha dalších duševních poruch.* Tím se obtížně rozlišuje mezi psychiatrickými příznaky, které jsou důsledkem akutního nebo chronického užívání návykových látek či jejich odvykání, a těmi, které představují nezávislé onemocnění. Vzájemné překrývání příznaků užívání látek nebo jejich odvykání s příznaky odpovídajícími různým duševním poruchám je matoucí a představuje pro diagnostiku komorbidit vážný problém. Potíží je při identifikaci těchto komorbidit také skutečnost, že psychiatrická onemocnění jsou definována syndromologicky (nejsou tedy dosud známy patofyziologie a platné a spolehlivé biologické markery, např. biochemické testy).

Pro diagnostiku obou onemocnění je k dispozici řada screeningových nástrojů (ať už detekčních** nebo diagnostických), které mohou být snadno administrovány proškolenými pracovníky po krátkém zaškolení. Jedná se např. o různé diagnostické rozhovory

* Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje spektrum nemocí různé tíže a klinických forem souvisejících s užíváním psychoaktivních substancí, např. intoxikace, závislost, psychotická porucha aj.

** Např. úzkost, vztahovačnost, změny vnímání, poruchy spánku aj.

pro vyhodnocení psychiatrických poruch systematickým a standardizovaným způsobem nebo o nástroje určené k hodnocení problémového užívání alkoholu a dalších látek. Bohužel nejsou často pracovníky v pomáhajících profesích adekvátně využívány. Ke stanovení přesné diagnózy je proto třeba získat úplnou historii užívání všech návykových látek. Vedle toho by měly být vždy provedeny toxikologická analýza moči a relevantní krevní testy na specifické markery souvisejících patofyziologických procesů nebo tělesných onemocnění. Pro stanovení vzájemného vztahu užívání návykových látek a další psychiatrické poruchy je třeba určit věk při nástupu onemocnění, získat rodinnou anamnézu a zjistit výsledky předchozích léčeb. Často není možné provést potřebnou diagnostiku během jednoho vyšetření, mělo by se proto s odstupem opakovat při zajištění dostatečně dlouhého období abstinence. Bez důkladného vyšetření může snadno dojít k přehlédnutí výskytu psychiatrické komorbidity, zejména pokud pacient vyhledá pomoc ve službě s omezeným přístupem ke specializovaným odborným znalostem v oblasti duševního zdraví a/nebo adiktologie. V posledních desetiletích procento zastoupení duálních dg. ve vyšetřovaných vzorcích pacientů stoupá, pravděpodobně v důsledku zpřesnění diagnostiky.

LÉČBA

Psychiatrická komorbidita má velký vliv na klinickou závažnost, psychosociální fungování a kvalitu života. Komorbidní onemocnění se vzájemně ovlivňují, jsou provázána a prognózy obou komorbidních poruch jsou horší, pokud léčba neřeší obě zároveň. Terapeutický přístup k řešení duální diagnózy, ať již farmakologický, psychoterapeutický nebo obojí, musí vzít v úvahu obě onemocnění, aby zvolil nejlepší možnou léčbu.

Přestože představují duální diagnózy významný společenský i medicínský problém, nejsou dosud k dispozici vědecky podložené doporučené léčebné postupy, které by nabídly pracovníkům v pomáhajících profesích oporu při výběru léčebných intervencí. Existující doporučené léčebné postupy pro jednotlivá onemocnění problematiku komorbidit zmiňují částečně nebo vůbec nezmiňují.

V minulosti užívané léčebné modely jako tzv. návazný nebo paralelní se ukázaly jako nedostatečně efektivní. V návazném modelu pacienti nejprve absolvují léčbu jednoho onemocnění, zatímco léčba druhého je odložena, dokud první není alespoň stabilizováno. V paralelním modelu jsou léčeny oba problémy současně dvěma odlišnými, často oddělenými službami. Oba přístupy narážejí na nedostatečnou koordinaci, logistické potíže, nejistotu ohledně efektivity, stigmatizaci a jsou charakteristické vysokým rizikem vypadnutí z léčby a recidivou.

V současné praxi se nejlépe osvědčuje tzv. integrovaný model, kdy jsou obě duševní onemocnění léčena současně probíhajícími integrovanými programy. Integrovaný model předpokládá ucelený léčebný plán zabývající se jak poruchami duševního zdraví, tak poruchami způsobenými zneužíváním návykových látek, poskytovaný současně multidisciplinárním týmem. Obvykle zahrnuje široké spektrum sociálně zdravotních intervencí, respektuje vzájemné ovlivnění onemocnění, jejich cyklický průběh a klade si přiměřené cíle. Variant užívaných terapeutických postupů je celá řada, ovšem zatím neexistuje žádná strategie založená na důkazech (tedy tzv. guidelines), a to i pro farmakologickou léčbu. Neexistuje ani žádný specifický literární přehled o vedení medikamentózní léčby u uživatelů NL s různými komorbidními psychickými poruchami. Uváděné jsou pouze postupy léčby specifických kombinací duální dg. První verze strategií vznikají v posledním desetiletí např. ve Velké Británii (NICE – National

Institute for Health and Care Excellence). Vedle u nás běžně používaných postupů v léčbě závislostí s dlouhodobou následnou péčí zahrnují nově doporučované psychoterapeutické a psychosociální intervence také využití asertivních komunitních multidisciplinárních týmů, housing first nebo DBT programy adaptované pro pobytové služby.

NEJČASTĚJŠÍ KOMORBIDITY

Užívání návykových látek a deprese

Nejčastější psychiatrickou komorbiditou, která se vyskytuje u osob s poruchami způsobenými užíváním návykových látek, je deprese. Prevalence deprese se u nich pohybuje v rozmezí od 12 do 80 %. Klinická data ukazují, že osoby postižené závažnou depresí vykazují vyšší zranitelnost v oblasti rozvoje poruchy způsobené užíváním návykových látek, a zároveň, že lidé s poruchami způsobenými užíváním návykových látek mají během života vyšší riziko vývoje epizody velké deprese, než je tomu u běžné populace. Navíc současný výskyt obou poruch je prediktorem klinické závažnosti a prokazatelně zhoršuje průběh druhého onemocnění včetně vyšší prevalence pokusů nebo dokončených sebevražd. Také je spojen s nižší mírou úspěšnosti léčby jak u poruchy způsobené užíváním návykové látky, tak u deprese. Mezi osobami s poruchou způsobenou užíváním návykové látky je závažná deprese častější u žen než u mužů. U žen závislých na alkoholu je přitom dvakrát větší pravděpodobnost závažné deprese ve srovnání se ženami v celkové populaci, což činí tuto skupinu žen zvláště zranitelnou. Léčba depresivní poruchy antidepresivy bez ovlivnění abusu není obvykle efektivní, přesto je nutno léčbu deprese zahájit i u aktivních uživatelů. Perspektivně nejslibněj-

ší výsledky farmakologické léčby u uživatelů alkoholu vykazuje kombinace antidepresiv s dopaminergním nebo noradrenergním efektem (SSRI se jeví jako neúčinná) společně s anticravingovými preparáty nebo disulfiramem.

Bipolární porucha a užívání návykových látek

Obecné populační studie ukazují, že 40 až 60 % osob s bipolární poruchou trpí komorbiditou s užíváním návykových látek. Požívání velkého množství alkoholu nebo jiných látek se často vyskytuje během manické fáze bipolárního onemocnění. Manické příznaky pravděpodobně zhoršuje souběžné užívání např. stimulantů a konopí. Během depresivní fáze může být užívání návykových látek také vyšší, přičemž alkohol depresi prohlubuje, a naopak užívání stimulantů a konopí vyvolává přesmyk do mánie nebo epizodu smíšených příznaků. V období remise dochází u těchto osob obvykle ke snížení míry užívání NL. Zdá se, že přítomnost komorbidity předpovídá horší sociální adaptaci a horší výsledek léčby než u pouze bipolárních pacientů. Při farmakologické léčbě se nejčastěji užívají antikonvulzivní preparáty jako stabilizátory nálady – efektivnější než dříve užívané lithium se jeví valproát nebo lamotrigin.

Užívání návykových látek a úzkostné poruchy

Ve spojitosti s užíváním návykových látek se běžně vyskytují úzkostné poruchy, zvláště panické a posttraumatické stresové poruchy. Tento typ komorbidity je evidován až v 35 % případů. Nicméně i navzdory tak vysoké míře prevalence nejsou stále úzkostné poruchy dostatečně diagnostikovány. Jejich diagnostika je obtížná, protože jak intoxikace, tak syndrom z odnětí mohou být samy o sobě spojeny s příznaky úzkosti. U uživatelů konopí se

úzkost vyskytuje často, zejména u těch, kteří začali užívat v mladém věku. Intenzivní nebo častější užívání konopí je významným prediktorem úzkosti. Konopí může vyvolat úzkost nebo záchvaty paniky zejména u začínajících uživatelů. U chronických uživatelů má konopí spíše opačný účinek, kdy působí při intoxikaci více jako anxiolytikum. Předpokládá se, že úzkost může predisponovat lidi k problémům s užíváním konopí. Stejně tak je velmi častá prevalence úzkostných poruch mezi uživateli opiátů (cca třetina) a mezi uživateli amfetaminů, kokainu nebo extáze (cca pětina).

Samotná farmakoterapie úzkostných poruch při užívání návykových látek je komplikovanější než v obecné populaci. Je nezbytné vyhnout se preskripci benzodiazepinů z hlediska jejich návykového potenciálu a rizika rozvoje další závislosti, a tak jsou lékem první volby antidepresiva SSRI. Hlavním evidence-based doporučením pro léčbu této komorbidity je kombinovaná farmakoterapie SSRI s KBT psychoterapeutickými postupy.

Schizofrenie a užívání návykových látek

Komorbidita schizofrenie (SCH) a jakékoli poruchy způsobené užíváním návykové látky je běžná, přičemž výskyt dosahuje 30 až 66 %. Mezi lidmi s psychózou mají ti, kteří jsou současně uživateli návykových látek, vyšší riziko relapsu, hospitalizace a úmrtí. To je způsobeno tím, že užívání látky může zhoršit psychózu nebo ovlivnit farmakologickou či psychologickou léčbu. Kromě nikotinu jsou nejčastějšími užívanými drogami alkohol a konopí a v poslední době i metamfetamin. Navíc značná část těchto osob užívá v průběhu života a někdy současně různé návykové látky. Prodromální nebo časně nespecifické příznaky schizofrenie, jako jsou jemné změny osobnosti, sociální stažení, snížená péče o sebe a bizarní myšlení, se mohou vyskytovat již před zahájením užívání návykových látek, a mohou tak pomoci rozlišit mezi

schizofrenií a psychotickými symptomy vyvolanými návykovými látkami. Důvody pro zvýšené užívání návykových látek při schizofrenii vysvětluje hypotéza o automedikaci, která předpokládá, že lidé užívají návykové látky ve snaze vypořádat se s příznaky nemoci. Ukazuje se při tom, že osoby s touto komorbiditou vykazují méně negativních příznaků SCH onemocnění. Současně je ovšem tato komorbidita spojena se zvýšenou nemocností a horšími léčebnými výsledky. Dokonce i mírné užívání návykových látek může zhoršovat psychotické příznaky, které pacienta obtížněji vedou k redukci užívání návykové látky. Užívání návykových látek je významně spojeno s nedodržováním léčby (non-compliance) a vede k delšímu trvání neléčené schizofrenie.

Užívání konopí je spojeno s časnějším nástupem psychózy a zvýšeným rizikem hospitalizace po první epizodě SCH. Užívání konopí v adolescenci je spojeno se zvýšeným rizikem rozvoje SCH v pozdějším věku. Lidé s psychózou obecně neužívají konopí jako automedikaci ke snížení psychotických symptomů. Pacienty udávané důvody užívání konopí zahrnují sociální izolaci, nedostatek emocí nebo blízkosti druhých, nedostatek energie, nudu, potíže se spánkem, depresi, úzkost, agitovanost či třes. Tyto příznaky se objevují jako součást psychotického onemocnění nebo mohou být způsobeny dalšími úzkostnými či depresivními onemocněními a také vedlejšími účinky léků.

Nejvážnější komplikací léčby SCH z hlediska návykových látek je užívání stimulancií – pervitinu, který běžně sám o sobě psychotické symptomy vyvolává. Dlouhodobé a intenzivnější užívání stimulancií oddaluje úzdravu a zhoršuje prognózu u toxických psychóz.* Opakované užívání stimulancií může způsobit prodloužené psychotické stavy, které mohou trvat až několik měsíců po ukončení užívání. Klinicky toxická psychóza zahrnuje jak po-

* Např. rapid toxikologické testy.

zitivní, tak negativní symptomy, včetně paranoidně halucinatorních (sluchových a zrakových) stavů a bizarních myšlenek, stejně jako volních poruch; ty mohou být často nerozlišitelné od akutní nebo chronické schizofrenie. Akutní opětovný výskyt paranoidních stavů nebo relapsů do psychózy může být znovu vyvolán i jediným požitím stimulancia i řadu let po odeznění první psychózy a úplném zotavení z ní.

Redukce užívání návykových látek během léčby je spojena s celkovým snížením SCH symptomů u osob s psychózou. Navzdory nedostatku kontrolovaných studií se zdá, že osoby s touto komorbiditou vykazují lepší výsledky léčby na atypických než typických antipsychotikách. Clozapin v tomto ohledu vyniká nad ostatní farmaka jako nejefektivnější léčba a existují důkazy o její účinnosti jak vzhledem k psychotickým symptomům, tak vzhledem ke snížení užívání návykových látek u pacientů s psychózou. Dále jsou jednoznačně doporučována atypická antipsychotika, která mohou být s výhodou podávána ve formě dlouhodobého uvolňování, zejména u osob s nižší adherencí k léčbě (podle některých studií mohou klasická antipsychotika u pacientů s duální diagnózou dokonce zhoršit zneužívání návykových látek).

Podstatným faktem je, že integrovaná péče, včetně farmakoterapie, motivačních rozhovorů a psychoterapeutických intervencí, významně zlepšuje „pozitivní“ psychotické symptomy a redukuje užívání návykových látek.

Poruchy osobnosti a užívání návykových látek

Komorbidita tohoto typu je velmi častá (např. s antisociální nebo emočně nestabilní poruchou osobnosti) a osoby s touto komorbiditou mají více problémových důsledků užívání návykových látek než pacienti bez osobnostní poruchy. Užívají s větší pravděpodobností drogy intravenózně, zapojují se do riskantních sexuálních

praktik a dalších forem rizikového chování, které zvyšují pravděpodobnost nákazy infekčním onemocněním a vystavují je dalším zdravotním a společenským komplikacím (včetně zákonných důsledků). Navíc mají často potíže s pobytem v léčebných programech a s dodržováním léčebných plánů. Přesto je léčba užívání návykových látek u osob s poruchami osobnosti spojena s redukcí užívání látek a také se snížením pravděpodobnosti kriminalizace. Ve farmakoterapii se symptomaticky využívá antidepresiv, stabilizátorů nálady i atypických antipsychotik, efekt ale není dostatečně prokázán – na rozdíl od některých psychotherapeutických postupů, jako je např. dialektická behaviorální terapie u emočně nestabilní poruchy osobnosti.

ADHD a užívání návykových látek

Této komorbiditě se v posledních letech věnuje výrazná pozornost. Nedávná studie provedená v šesti evropských zemích zjistila, že prevalence ADHD u uživatelů drog vstupujících do léčby se pohybuje v rozmezí od 5 do 33 %. Ukazuje se, že adekvátní léčba ADHD v dětském věku snižuje pravděpodobnost užívání návykových látek v dospělosti. Vedle toho se účinně využívá farmakologické léčby čím dál častěji i u dospělých pacientů užívajících stimulantia (např. atomoxetin).

Poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek

Existuje také dostatek důkazů, že poruchy příjmu potravy a poruchy způsobené užíváním návykových látek mají tendenci ke společnému výskytu. Zneužívání drog a alkoholu se vyskytuje přibližně u poloviny osob s poruchou příjmu potravy, ve srovnání s přibližně 9 % u celé populace. Zároveň u více než 35 % osob s poruchou způsobenou užíváním návykových látek jsou hlášeny

poruchy příjmu potravy, na rozdíl od prevalence 1–3 % u obecné populace. Osoby s touto komorbiditou jsou náchylnější k problémům v různých oblastech impulzní kontroly, mají vyšší riziko sebevraždy, zkratkovitého jednání a častěji trpí poruchou osobnosti. Součástí běžných terapeutických intervencí jsou psychoedukace, dietní výchova a plánování, kognitivní práce s postoji a přesvědčeními o stravovacích poruchách a budování dovedností a copingových strategií, včetně prevence relapsu.

Literatura

- ALSUHAIBANI, R, SMITH, D. C.; LOWRIE, R; ALJHANI, S; PAUDYAL, V. Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2021 Apr 23; Vol. 21 (1): 209–232.
- ARCHIBALD, L., BRUNETTE, M., WALLIN, D., GREEN, A. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019; 40(1): 51–59.
- FLYNN, D., JOYCE, M., SPILLANE, A., WRIGLEY, C., CORCORAN, P., HAYES, A., FLYNN, M., WYSE, D., CORKERY, B., MOONEY, B. Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction science & clinical practice*. 2019 Aug 15; Vol. 14 (1): 28.
- HANNA, R., PEREZ J., GHOSE, S. Cannabis and development of dual diagnoses: A literature review. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 2017; 43(4): 442–455.
- KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Grada Publishing, Praha, 2015.
- MUESER, K., NOORDSY, D., DRAKE R., SMITH L. *Integrated treatment for Dual disorders. A guide to effective practice*. Guilford Press, 2003.
- PRINGLE, J., GRASSO, K., LEDERER, L. Integrating the Integrated: Merging Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) with Housing First. *Community Mental Health Journal*. Aug 2017; v. 53. n. 6: 672–678.

- REILLY, J., MCDERMOTT, B., DILLON, J. Standardized drug and alcohol questions at admission to an acute adult mental health unit: clarifying the burden of dual diagnoses across a five-year period. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2019 Jun; Vol. 27 (3): 270–274.
- TIRADO MUNOZ, J., FARRÉ, A., MESTRE-PINTÓ J., SZERMAN, N., TORRENS, M. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*. 2018 Jan 01; Vol. 30 (1): 66–76.
- TORRENS, M., MESTRE-PINTÓ, J., DOMINGO-SALVANY, A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. EMCDDA, 2015.
- VITALI, M., MISTRETTA, M., ALESSANDRINI, G., CORIALE, G., ROMEO, M., ATTILIA, F., ROTONDO, C., SORBO, F., PISCIOTTA, F., ATTILIA, M. L., CEC-CANTI, M. Pharmacological treatment for dual diagnosis: a literature update and a proposal of intervention Pharmacological treatment for dual diagnosis: a literature update and a proposal of intervention. Interdisciplinary Study Group CRARL – SITAC – SIPaD – SITD – SIPDip, *Rivista di psichiatria*. 2018 May–Jun; Vol. 53 (3): 160–169.

Terénní komunitní služby a lidé s duálními diagnózami

■ Jan Sobotka

KOMUNITNÍ SLUŽBY – ZÁKLADNÍ PRINCIPY

Základním rysem tzv. komunitní služby je primární respekt práva na sebeurčení člověka, kterému je služba poskytována, ať už se jedná o službu pobytovou, ambulantní nebo terénní. Princip komunitní služby spočívá také v tom, že je vždy poskytována s nejnížší možnou intenzitou – tedy nejprve terénní forma v běžném prostředí klienta, a až v případě nutnosti ambulantní nebo pobytová forma. V sociálních a zdravotních komunitních službách se používá metoda case managementu, kterou dobře popisuje např. Stuchlík.

Dalším principem komunitních služeb je jejich spádovost. Podle Národního akčního plánu pro duševní zdraví na roky 2020–2030 (dále jen NAPDZ) jsou komunitní služby budovány v konkrétní oblasti, která je vymezena počtem obyvatel, případně dojezdovou vzdáleností. Tím je zajištěna rozumná kapacita služby, tedy to, že služba je v regionu dostupná všem, kteří ji potřebují. Obvyklá spádová oblast má mezi osmdesáti a sto čtyřiceti tisíci obyvatel. NAPDZ stanovuje, že do roku 2030 bude v každém zhruba stotisícovém regionu vytvořena sociálně zdravotní služba – Centrum duševního zdraví (dále jen CDZ), tedy zhruba sto těchto sociálně zdravotních služeb pro celou ČR. Standard péče

v CDZ jasně říká, že mezi poskytované služby patří integrovaná péče o lidi s duálními diagnózami.

Důležitým principem komunitních služeb je také vytváření sítí služeb tak, aby zachytily ideálně všechny osoby z cílové skupiny, které pro svou nepříznivou sociální situaci nebo pro zdravotní komplikace potřebují podporu komunitních služeb.

SOUČASNÁ A OPTIMÁLNÍ SÍŤ KOMUNITNÍCH SLUŽEB

Současná síť komunitních služeb v ČR se postupně rozvíjí. Na mnoha místech ČR je velice děravá, v řadě jiných míst se potýká s dětskými nemocemi budování spolupráce zdravotního a sociálního sektoru a důsledné spolupráce s uživatelským hnutím, resp. jeho většího zapojení do tvorby a plánování služeb. Na druhou stranu současná síť obsahuje některé prvky sítě optimální, jejíž vybudování nám ukládá NAPDZ, a některé důležité principy, jež úspěšně fungují v USA, Itálii, Velké Británii či Nizozemsku. Daří se zapojování lidí se zkušeností do všech úrovní služeb, podařilo se začít s budováním CDZ a komunitních multidisciplinárních terénních týmů (dále MDT) jako páteře systému komunitních služeb. Dlouhodobý proces reformy péče o duševní zdraví v ČR je po šesti letech, dotovaných z EU, úspěšně nastartován, ale většina transformační práce je ještě před námi.

Pět úrovní podpory:

1. **Terénní služby:** CDZ, TDZ, terénní adiktologické programy, domácí detox, krizové služby

Multidisciplinární terénní služby mají tvořit páteřní síť služeb pro duševní zdraví a také první a nejméně invazivní pomoc. Dobré pokrytí službami pro pomoc v různých typech

krize pomůže včasnému zachytu potíží, a tudíž sníží riziko rozvoje vážných duševních onemocnění.

2. **Ambulantní služby:** psychiatrické ambulance, CDZ, TDZ, stacionáře, adiktologické služby, K-centra, denní programy, psychoterapie, krizové služby

Pokud bude celý systém efektivně fungovat, mohou být ambulantní služby, mnohdy v kombinaci s terénními, nenásilným prvkem, který udrží lidi s duševním onemocněním v běžných společenských rolích v přirozeném prostředí – doma v místní komunitě.

3. **Pobytové služby:** lůžková část nemocnic, terapeutické komunity (TK), detox, malé komunitní domovy se zvláštním režimem (DZR), krizová lůžka zdravotní i sociální

Pobytovým službám, především transformovaným nemocnicím, se v textu více věnují J. Dvořáček a T. Málek, terapeutickým komunitám pak M. Dolejší, G. Mahrová, P. Folíř.

4. **Služby v oblasti bydlení:** sociální bydlení, tréninkové byty, chráněné bydlení

Nabízí se zde otázka, proč oddělovat pobytové služby a služby v oblasti bydlení. Rozdíl je zde velice důležitý: pobytové služby, sociální i zdravotní, nabízejí svou formou nejintenzivnější podporu, která má být v zásadě krátkodobá, specializovaná a co možná nejrychlejší, a umožňují posun člověka do méně intenzivního typu služby. Oproti tomu služby v oblasti bydlení jsou zaměřeny na stabilizaci člověka v situaci jeho bydlení, to znamená co nejkratší podporu v rozvoji dovedností v bydlení a dlouhodobější podporu v jeho vlastním prostředí mimo sociální či zdravotní službu (vlastní byt, sociální byt, podnájem, spolubydlení).

5. Peer podpora: prochází všechny úrovně, ale funguje i samostatně mimo ně

Peer konzultanti, tedy profesionálové (pracovníci v sociálních službách či pomocný zdravotnický personál) s vlastní zkušeností se zotavením z duševního onemocnění, jsou velice důležitou součástí všech poskytovaných zdravotních a sociálních služeb. Nezastupitelnou roli mají i mimo tyto služby, v nízkoprahových klubech (např. Klub Mosty při Fokus Praha, z. ú.), destigmatizačních projektech (Studio 27 – zaostřeno na duši, z. s.) nebo lidskoprávních organizacích (Sympathea, o. p. s., VIDA, z. s.) a poradenská sdružení (Sdružení Ondřej, z. s.).

Optimální síť komunitních služeb je tvořena úzce spolupracujícími, rovnocennými subjekty, poskytujícími sociální a zdravotní služby ve spádové oblasti (cca 100 tisíc obyvatel, viz NAPDZ). Síť služeb si můžeme představit jako labyrint s turistickým značením, které pomáhá doprovodit klienta podle jeho potřeb z jakéhokoli bodu jeho situace do dalších úrovní. Žádoucím směrem je vždy vyšší úroveň zvládání jeho životních úkolů. Odborník tak vytváří značení na cestě, pomáhá s orientací na křižovatkách, podporuje klienta při chůzi i odpočinku. Odpovědnost za směr nechává klientovi a podporuje ho při rozhodování kudy dál, čímž klienta učí odpovědnosti za následky svých rozhodnutí.

Optimální síť služeb zahrnuje nejintenzivnější podporu v pobytových službách 24/7, jako jsou detoxifikační jednotky v nemocnicích, akutní a krizová lůžka na odděleních obecných nemocnic, případně psychiatrických nemocnic, nebo terapeutické komunity. Pobytové služby mají být poskytovány na nejkratší možnou dobu. I v této době je žádoucí průběžné navazování klienta na další druhy služeb s nižší intenzitou. V praxi se taková spolupráce děje např. tím, že pracovníci terénních a ambulantních

služeb docházejí na oddělení nemocnic za klienty s cílem vytvářet pracovní alianci a informovat o možnostech podpory po ukončení pobytu. Zde se klient za podpory case managera rozhoduje pro další typ služby, má ale právo jakékoli služby odmítnout. Odmítání mnohdy považujeme za selhání klienta nebo pracovníka, ale může být pouze projevem nedůvěry v systém pomoci. Člověk někdy potřebuje zažít to, že si neumí poradit sám a nezbyvá mu, než si říci o pomoc. V takových případech je chybou snažit se klienta přimět ke spolupráci, kterou nechce nebo se jí bojí, a minout tak společný cíl: klientovo vlastní rozhodnutí pro zotavení.

Po lůžkové formě komunitní služby následuje rozcestník s několika cestami. Klient může pokračovat sám bez podpory, nebo zvolí podporu ambulantních a terénních služeb, někdy i pobytových. Z pobytových služeb můžeme zmínit DZR (ideálně malá a komunitní) nebo chráněná bydlení s různou mírou podpory (intenzita 24/7 až pár hodin týdně). Komunitní DZR poskytuje nonstop služby v několika nízkokapacitních bytových jednotkách v běžné zástavbě tak, aby klienti zůstali ve společenském kontaktu a samostatně rozhodovali o denním režimu. Obě tyto služby, CHB i DZR, mají být primárně na omezenou dobu s cílem zvýšit dovednosti klienta a podporovat jeho samostatnost v životě mimo chráněné podmínky. Z ambulantních možností jmenujme ambulanci psychiatra nebo ambulanci s rozšířenou péčí (psychiatr, psycholog, sestra), případně adiktologickou ambulanci nebo i ambulantní stacionární péči – adiktologickou a další. Všechny tyto zdravotní služby umožňují klientům a pacientům docházet na domluvené schůzky nebo do programu s proměnlivou intenzitou.

Nyní se dostáváme ke kombinacím ambulantní a terénní formy poskytování služeb, především k sociálně-zdravotním CDZ a adiktologickým MDT, k sociálním komunitním týmům (KT) neboli Týmům duševního zdraví (TDZ). Tyto multidisciplinárně

postavené týmy nabízejí zdravotní služby sester, lékařů, psychologů, někdy i adiktologů či nutričních terapeutů, a sociální služby case managerů, peer konzultantů a pracovních konzultantů, případně specialistů na krize.

Úkolem CDZ, MDT a KT je zachytit v terénu či v pobytové službě osoby ohrožené vážným duševním onemocněním v regionu a poskytnout jim služby podle jejich potřeb a přání, případně krátkým poradenstvím vyhodnotit jejich situaci a nabídnout jim vhodnější službu – psychoterapii, ambulanci psychiatra, tréninkové bydlení nebo třeba volnočasové programy.

Lidé s duálními diagnózami jako cílová skupina komunitních služeb

Cílová skupina lidí s duálními diagnózami spadá pod cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, případně do skupiny lidí s návykovým chováním, ohrožených závislostí. V užším smyslu budeme mluvit o přítomnosti symptomů SMI (severe mental illness) spolu s návykovými problémy, v širším smyslu uvažujeme o jakýchkoli psychiatrických symptomech (depresivních, úzkostných a jiných) spolu s návykovými problémy. V souladu s NAPDZ se přikláním k postoji, že zastřešujícím pojmem je duševní zdraví, v němž lidé se SMI nebo ohrožení závislostí jsou podskupinami, a tak spadají do rámce komunitních služeb péče o duševní zdraví, v nichž je uplatňován princip multidisciplinarity. V základu se jedná o sociální a zdravotní služby, mnohdy doplněné o spolupráci s pedagogy, úředníky a dalšími profesemi. Do působnosti zdravotních služeb patří diagnostické vymezení cílové skupiny pro spolupráci s komunitní službou. Sociální služby se drží teoretického konceptu nepříznivé sociální situace, což znamená, že samotná přítomnost symptomů nebo lékařem diagnostikovaná duální diagnóza není nutně důvodem k poskytování sociálních služeb. Vycházíme z toho, že se tyto lidé ocitají v nepříznivé sociální situaci, a ta je už důvodem k poskytnutí sociální služby. Před-

pokládejme, že v případě pobytových, ambulantních a terénních zdravotních služeb je situace podobná, tedy že užívání alkoholu a dalších drog nebo úzkostné, depresivní a psychotické symptomy jsou důvodem k poskytování služby až v případě výskytu zdravotních, sociálních a vztahových problémů s tím spojených.

CASE MANAGEMENT V KOMUNITNÍCH SLUŽBÁCH A LIDÉ S DUÁLNÍMI DIAGNÓZAMI

Case manager jako pracovník komunitní služby (CDZ, MDT nebo KT) pro osoby se závažným duševním onemocněním páruje v komunitních službách přání a potřeby klienta s adekvátními a dostupnými zdroji přirozeného prostředí klienta a posléze s odbornými intervencemi – sociálními, zdravotními. Case manager je odpovědný za proces poskytování komunitní služby, tj. za tvorbu individuálního plánu podpory klienta. Je odpovědný i za navazování klienta na ostatní služby dle potřeb a přání klienta – to znamená, že nenabízí pouze solitérní individuální poradenskou podporu. Case manager nenese odpovědnost za klienta ani za jeho posuny v sociální a zdravotní oblasti. Za tyto kroky a zlepšení odpovídá vždy klient, neboť zotavení je jeho výsadou, pracovník služby jen napomáhá zotavení svým provázením.

Jak již vyplynulo z úvodu, značná část uživatelů různých návykových látek vykazuje symptomy duševních onemocnění. Stejně tak značné procento lidí s duševními problémy má historickou nebo současnou zkušenost s návykovými látkami, které obvykle užívá na zmírnění svých symptomů (viz kapitolu 2). Na základě toho, že obě skupiny symptomů mají podobnou etiologii vzniku, si dovoluji tvrdit, že u lidí s duálními diagnózami můžeme využít stejné způsoby práce, jaké používáme v současných službách pro lidi ohrožené závislostí nebo duševním onemocněním. Není po-

třeba hledat speciální postupy, ale je třeba důsledně ctít postupy již zavedené, jako je case management v rámci konceptu zotavení nebo spolupráce s rodinným systémem, a vždy důsledně podporovat rozhodování klienta, neboť je to rovnocenný dospělý člověk.

Mapování a individuální plán podpory

Pracujeme-li metodou case managementu u lidí s duálními diagnózami, ale i u všech ostatních uživatelů služeb, potřebujeme uceleně mapovat klientovy zdroje a silné stránky, na kterých může stavět, a potíže, které potřebuje překonávat. Pro mapování v terénních a ambulantních službách využíváme různé typy standardizovaných nástrojů, které mají společného jmenovatele – polostrukturovaný rozhovor, IROC (Penumbra), CARE (Hollander, 2011). Dalším zajímavým nástrojem, který slouží jako indikační vstup do CDZ, je GAF – škálování, které měří, co všechno klient nezvládá a kde tedy potřebuje podporu. Protože se nástroje snaží postihnout celou životní situaci, ptáme se na veškeré podstatné životní oblasti klienta. U lidí s duálními diagnózami budeme častěji narážet na nedůvěru nebo nechuť spolupracovat, což může být dáno zkušeností s předchozími službami, které, jak píše J. Dvořáček, očekávají spíše přizpůsobení se klienta službě, než by vytvářely službu na míru klientům, kteří jsou svěbytnými individualitami, a každý z nich je jiný. Mé zkušenosti ukazují, že budete jen velmi těžko hledat univerzality mezi lidmi s paranoidní schizofrenií, užívajícími pervitin a THC, nebo mezi lidmi užívajícími alkohol, který má mírnit jejich symptomy úzkosti. Vždy najdete větší množství odlišností než stejných příběhů, proto je důležité mapovat bez předchozích předpokladů a vytvářet konkrétní plány a dohody daným klientem. Cílem mapování je tedy pomoci klientovi zviditelnit jeho silné stránky a pomoci mu rozumět, jak symptomy duševních a návykových potíží nasedají na nevyře-

šené vývojové úkoly a traumata. Ano, je to velice ambiciózní cíl a mnoho klientových individuálních plánů podpory vypadá jinak. Plán teprve postupně zraje k takovému cíli. Při samotném mapování se na všechny oblasti ptáme klienta již od samého začátku, abychom žádnou z oblastí netabuizovali nebo neopomněli. Ptáme se samozřejmě citlivě, v některých oblastech neočekáváme okamžité odpovědi, spíše počítáme s tím, že si věci ujasníme, až bude v pracovním vztahu dostatečné bezpečí. Ptáme se bez předsudků na vše, „jako by to byla ta nejobyčejnější věc na světě“. Do našeho dotazování má tendenci se promítat náš postoj k tématu, a je rozdíl mezi otázkami „Vy jste bral i heroin?!“ a „Jaké všechny drogy jste v životě vyzkoušel a kdy to bylo?“

Úkolem case managera je vědomě kultivovat svůj postoj k tématům, která klienti s duálními diagnózami přinášejí. Mějme na paměti, že v případě duševního onemocnění se má za to, že dopady stigmatu spojeného s onemocněním mohou být destruktivnější než onemocnění samotné. Předpokládám, že u návykových onemocnění to bude podobné.

Obvyklými tématy k prozkoumání u lidí s duálními diagnózami jsou zkušenosti s návykovými látkami a cravingem. Ten běžně odhaluje nepříjemné prožívání, jemuž se lidé snažili pomocí návykových látek vyhnout. Dalším velkým tématem jsou symptomy duševních potíží, které přijímáme jako součást životního příběhu klienta. Po vytvoření dobré pracovní aliance pomáháme porozumět těmto symptomům, pracujeme s nimi stejně jako v případě návykových symptomů, jako s pokusy ochránit se od traumatizujícího prožívání. V případě psychotických symptomů, jako jsou vnitřní i vnější hlasy, ochranné myšlenkové systémy, tzv. bludy, například pomocí maastrichtského interview.

V terénní komunitní službě se jeví jako důležité od počátku mapovat možné zdroje a záchytné body v životě a historii klienta. A to proto, že pracovní aliance a bezpečí se v terénní spolupráci

vytvářejí delší dobu než ve službě pobytové. Ať už sečteme počet hodin setkání nebo porovnáme jistoty záchytné sítě, bezpečný a podpůrný vztah case managera s klientem se v terénu bude děle. Proto se s klientem zaměřujeme i na situace, které dříve zvládl, a na to, co mu pomohlo řešit jeho situaci – v rodinném systému, při zvládání cravingu a silných emocí, kdo působil podpůrně nebo jaké chování fungovalo.

Při mapování nezapomínáme na zdroje a silné stránky, porozumění symptomům návykových a duševních potíží, rodinný příběh, situaci bydlení a další životní aspekty, které se z mapování vynoří a upoutají klientovu pozornost jako důležité. Jak se ukazuje, mapování pomáhá pracovníkovi orientovat se v příběhu a potřebách klienta, ale snad ještě více je důležité pro klienta a jeho vnímání vlastní situace, možností a dovedností. Mapování často probíhá průběžně a je završeno vyslovením cílů spolupráce. Pro obojí platí, že case manager vědomě zastavuje své předpoklady a domněnky, aby nechal klienta přemýšlet, stanovovat cíle a pracovat.

Důležité se zdá podporovat klienta ve stanovení hlavního osobního cíle, který má být především silně emočně zabarvený. To může opět trvat delší dobu, ale vyplatí se, aby klientovým cílem bylo něco, po čem opravdu touží a na čem pozná, kým opravdu je. Potom je ochotný k cíli směřovat a dělat jednotlivé kroky. Zde zároveň platí, že cílem nemusí být něco, co se pracovníkům zdá uskutečnitelné. Stejně jako já máte pravděpodobně dostatek zkušeností s tím, že se v realizovatelnosti přání a cílů klientů často pleteme. Vzpomínám na různé „nerealistické“ cíle klientů ze své praxe ve službách. Za všechny nakonec splněné budu jmenovat jen tyto: „chci se učit surfovat na ostrově“; „budu se živit grafikami jako OSVČ“; „vrátím se k práci sládky“; „budu terapeut“. Základním předpokladem je zde fakt, že předem nevíme, co klient zvládne a dokáže, a co ne.

Šest (a více) zásad case managementu – nejen v práci s lidmi s duálními diagnózami

Řekněme, že úvod spolupráce, mapování a první stanovení cílů individuální podpory, máme v komunitní službě s klientem s duální diagnózou úspěšně za sebou. Jak je vidět, zde se práce formálně nijak zvlášť neliší od spolupráce s ostatními klienty. Tedy pomí- nu-li obsah a témata návykových a duševních potíží nebo různé, silné formy traumatizace. Ze zkušenosti ale mohu říci, že lidé s duálními diagnózami učili mě a mé kolegy pracovat důsledně individuálně, bez předpokladů a mimo obvyklé „škatulky“ sociálních a zdravotních služeb. Vnímám to jako obrovský přínos.

Po prvotním klientově stanovení směru a cílů podpory následuje průběžné budování pracovní aliance a podpora s revizí jednotlivých kroků klienta. Tím se dostáváme k šesti zásadám case managementu podle Stuchlíka (2001):

1. Zaměřujeme se více na silné stránky než na psychopatologii klienta

Budeme-li chtít klienta především léčit z jeho nemoci, pomáháme tím jeho identifikaci s rolí pacienta a podporujeme jeho závislost na odborné pomoci. Budeme-li budovat rovnocenný vztah a ukazovat klientovi jeho dovednosti, bude je zkoušet používat samostatně ve svém životě.

2. Důležitější je vztah klienta a case managera než plnění úkolů a plán intervencí

Plán intervencí je důležitým nástrojem, ale jednotlivé kroky a nezdravý klient se snáze reflektují s člověkem, kterému klient věří, který podporuje a je profesionálně autentický. Pracovník vědomě pracuje s nevyvážeností vztahu a snaží se ji postupně zmírňovat ve směru partnerské spolupráce s tím, jak rostou klientovy kompetence.

3. Klient rozhoduje o intervencích

S výjimkou některých situací (klient je nebezpečný sobě nebo okolí) necháváme o intervencích, krocích a plánování rozhodovat klienta. A to i v případech, kdy s rozhodnutími nesouhlasíme. To je velmi náročné na postoje a osobnost pracovníka, který musí umět využívat supervizi a sebezkušenostní rozvoj.

4. Asertivní podpora

Bylo by chybou spoléhat na to, že klient sám vyhledá pomoc v případě zhoršení stavu. Pracovník musí mít dobrý přehled o jeho situaci, což zařizuje tak, že schůzky a jejich četnost plánuje nejen v zařízení, ale častěji v běžném prostředí klienta, včetně doprovázení na úřady apod. (Standard péče v CDZ). To, že se klient schůzkám brání, není důvod na setkání rezignovat, naopak musíme citlivě spolupráci nabízet a klienta vhodným způsobem kontaktovat.

5. Lidé (i s duálními diagnózami) se mohou učit a vědomě měnit svůj život s naší podporou

Rozhodujícím pojmem je zde naděje, ale také podpora zachovaných dovedností. Pracovník si uchovává naději, často již jako jediný v klientově okolí, že klient může zvládat své běžné občanské role. Pracovník vnímá situaci klienta jako přechodný stav, ze kterého se klient dostane díky dovednostem, které může dále rozvíjet, a žít takový život, jaký si sám vybere. To je podstatou konceptu zotavení.

6. Využíváme v první řadě zdroje prostředí a komunity, potom služby

Je třeba vycházet z potřeb a přání klienta. Potřebuje klient „pěči denního centra“, nebo smysluplně vyplnit čas? Takové

uvažování vede k tomu, že case manager dokáže využít komunitních zdrojů určených nejen pro nemocné: knihovny, kavárny, kluby, tělocvičny apod. Zaměřujeme se vždy nejprve na možnosti v klientově okolí – přátelé, zaměstnání, rodina, protože tím podporujeme obyčejný život a dovednosti klienta spíše, než potvrzujeme jeho „sociální bublinu nemocného“ a osobní identifikaci s rolí pacienta z toho plynoucí.

K těmto šesti Stuchlíkovým zásadám si dovoluji – zvláště v případě spolupráce s lidmi s duálními diagnózami – doplnit další.

7. Spolupráce s rodinným systémem se vyplatí

Klientovy symptomy vnímáme vždy jako symptomy, které lze zároveň zařadit někam do rodinného systému, proto je vhodné se v první řadě pokusit porozumět tomu, do jakých vztahů symptom patří, co v rodině a dalších vztazích umožňuje a co znemožňuje. Teprve když s rodinou spolupráci navázat nelze, pracujeme pouze s jednotlivcem. Rodina může být nejen zdrojem potíží, ale i důležitým centrem podpory. Poučená rodina, která, spolu s jejím členem-klientem dostává podporu, dokáže lépe podporovat klientovo zotavení.

8. Case manager není agentem abstinence

Často slýchám o tom, že se pracovníkům komunitních služeb nedaří s klienty s duálními diagnózami pracovat. Takovými nezdary obvykle myslí fakt, že tito lidé mají relapsy na návykových látkách nebo se jim nedaří s užíváním látek přestat. Obdobně to platí o přítomnosti symptomů duševního onemocnění, které je s návykovými symptomy většinou svázané. Vracím se zde k zásadě „klient rozhoduje“ – v tomto případě rozhoduje o ne/užívání návykových látek a ne/přítomnosti ochranných symptomů duševního onemocnění. Platí zde pra-

vidlo, že tam, kde pracovník očekává abstinenci nebo vymizení symptomů duševního onemocnění, není už místo pro rozhodnutí klienta o ne/užívání látek. A mnoho tzv. symptomů duševního onemocnění si lidé s duálními diagnózami chtějí ponechat jako součást své osobnosti, svého příběhu. Náš tlak, byť přímo nevyslovený, vede klienta vcelku logicky k vymezování se a k odporu vůči spolupráci. Svoji energii klient investuje do souboje s pracovníky a pak mu chybí síla pro kroky v jeho zotavení. Navíc spolupracujeme i s klienty, kteří nikdy návykové látky užívat nepřestanou, a přesto vedou relativně uspokojivý život. Podobně jako mnoho lidí žije spokojený a produktivní život i s příznaky duševního onemocnění.

9. Kdo zajišťuje bezpečí ve službě?

Zde existují dvě polarizované cesty. Bezpečí může zajišťovat služba svými pravidly, převážně restriktivního charakteru. Odpovědnost v takovém případě leží na bedrech pracovníků, ale zároveň pracovníky i klienty chrání. Druhá cesta je pro službu náročnější, protože pracovníci podporují klienty v dovednosti zajistit si bezpečí vlastními silami. Namísto předem daných pravidel je klient podporován třeba v tom, aby si s členem své rodiny nebo dalším klientem domluvil bezpečný způsob společného fungování. Uvažujeme o tom, že druhá cesta lépe připraví klienty na život mimo sociální a zdravotní služby, ale vyžaduje větší otevřenost a flexibilitu pracovníků.

10. Práce s motivací

Termín motivace je v komunitních službách nejednou zmiňován. Bohužel až příliš často evokuje snahu klienta „motivovat“, myšleno přesvědčit ho k jednání, které se nám zdá vhodné, bezpečné v jeho vlastním zájmu. Většinou se tak snažíme klienta přimět k rozhodnutím, která sami považujeme za

správná. Práce s motivací by měla rozkrývat klientovy možnosti. Úkolem pracovníka je pomoci klientovi vidět všechny jeho volby v kontextu toho, co mu různá rozhodnutí mohou do života přinést. Práce s motivací znamená pomoci klientovi vidět různé možnosti, které se mu nabízejí, se všemi možnými důsledky. Práce s motivací znamená hluboký respekt k tomu, pro co se klient rozhodne. I zdánlivě špatné klientovo rozhodnutí (např. odchod z pobytové služby, návrat do málo podporující rodiny) může klienta něco důležitého naučit. Jako pracovníci máme za úkol pomoci klientovi poučit se z vlastních chybných kroků, což obvykle znamená tolerovat a přijímat chyby vlastní – a to je náročná disciplína.

ZÁVĚR

Komunitní služby pro lidi s duálními diagnózami (a pro všechny cílové skupiny lidí s duševním onemocněním) fungují efektivně, pouze tvoří-li ucelený systém sociálních, zdravotních a dalších služeb v terénní, ambulantní a lůžkové formě poskytování. Vysokým nárokem se zatím jeví potřeba kvalitní koordinace a rovnocenné spolupráce ve spádové oblasti. Zde spatřuji výzvu pro další kroky reformy péče o duševní zdraví.

Klienti s duálními diagnózami nemají dva oddělené typy problémů, na které se zaměřujeme. Oba typy symptomů poukazují na nezpracovaná traumata, která pracovník pomáhá klientovi zpracovat a podporuje zvyšování jeho životních kompetencí.

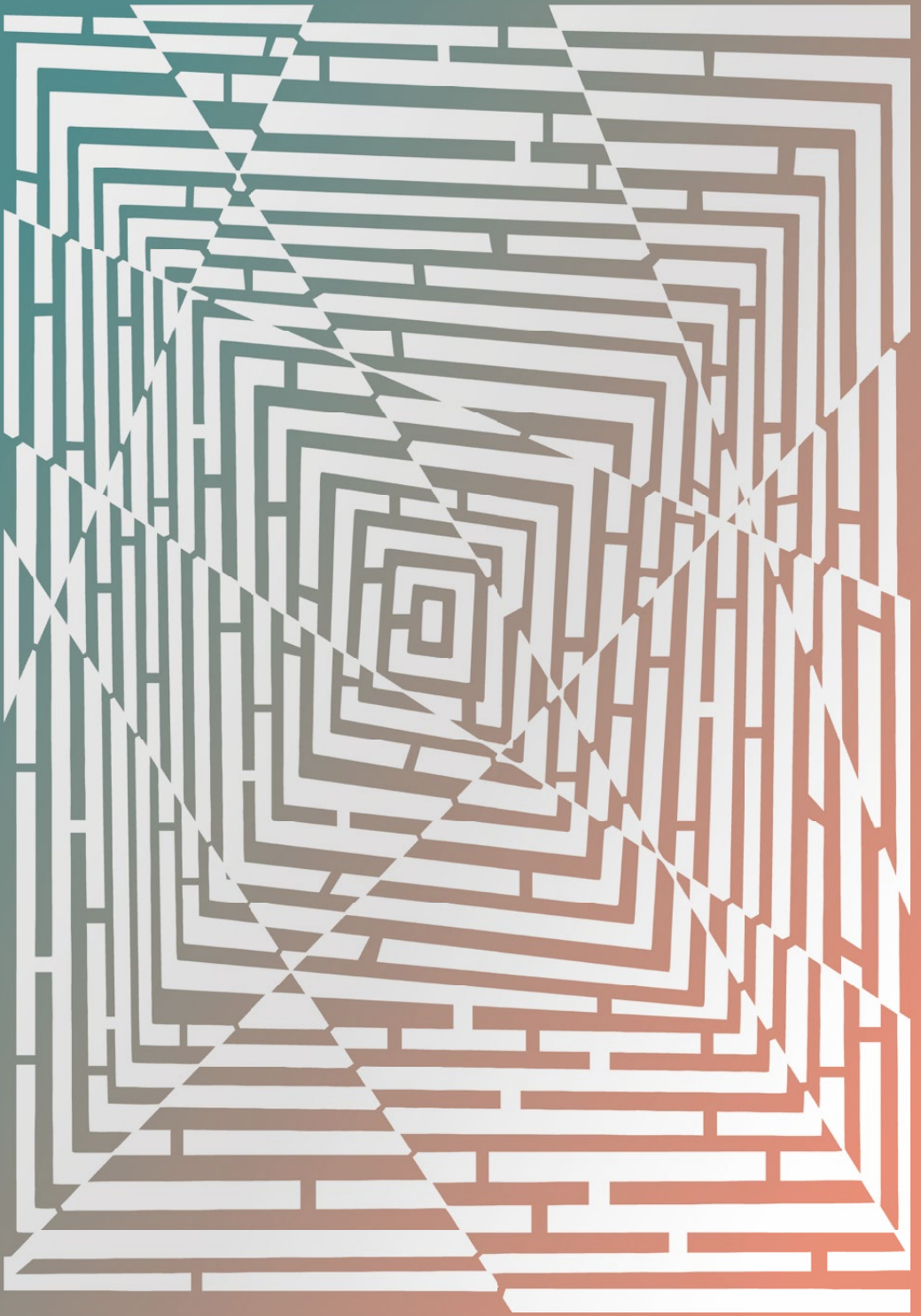
V souladu s ostatními autory této publikace konstatuji, že terénní sociální a zdravotní služby mají být první volbou podpory lidí s duálními diagnózami. Teprve když taková podpora nestačí, přichází v úvahu možnost pobytových, lůžkových služeb.

Přístup ke klientům s duálními diagnózami se v komunitních službách, resp. v systému terénních, ambulantních a pobytových služeb pro spádovou oblast zhruba 100 tisíc obyvatel, nijak významně neliší od přístupu k lidem s duševním nebo návykovým problémem. Odlišnosti najdeme možná v obsahu a konkrétních tématech spolupráce, ale proces a základní principy práce zůstávají stejné. Lidé s duálními diagnózami v našich službách nás upevňují v přesvědčení, že parametry služby musíme přizpůsobovat jejich konkrétním potřebám, přáním, možnostem a požadavkům. Nelze očekávat, že námi vymyšlená služba bude paušálně odpovídat možnostem a individuálním potřebám klientů. V této souvislosti mne napadá přirovnání, které jsem slyšel při jednom vzdělávacím semináři – je to, jako bychom akceptovali situaci, kdy přicházíme do restaurace a máme hlad, a číšník nám řekne: „Vy vypadáte, že chcete řízek s bramborem, takže vám ho přinesu...“ Zeptal se číšník, jestli chcete řízek? Nejste vy čirou náhodou vegetarián/ka, potýkáte se s celiakií nebo intolerancí k laktóze? Chutná vám řízek nebo brambory, máte na ně vůbec chuť? Na co dnes máte chuť a co zažene váš hlad – umí tohle rozhodnout číšník, nebo je to něco, co rozhodnete jedině vy sami?

Literatura

- ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990 s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. DOI: 10.1037/h0095655, 1993.
- BULLIMORE, P. recoverymatters.com.au/journal/
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L., *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál, Praha, 2005.
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L.: *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Portál, Praha, 2006.
- HELL, D., SCHUPBACH, D. *Schizofrenia*. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2005.

- HOLLANDER, D., WILKEN, J. P. Podpora zotavení a začlenění. Úvod do metodiky CARE. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 2019.
- FOITOVÁ, Z., PĚČ, O., WENIGOVÁ, B. Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. 2011.
- FOX, L., DRAKE, R. E., et al. Integrovaná léčba duálních poruch. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 2011.
- KALINA, K. Drogy a drogové závislosti, 2. díl. Úřad vlády ČR, Praha, 2003.
- KALINA, K. Terapeutická komunita. Grada, Praha, 2008.
- NEŠPOR, K. Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm u duševně nemocných: krátká intervence a další možnosti. Psychiatrie pro praxi; 13(1): 7–9. 2012.
- NAPDZ. mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/
- NAVRÁTIL, P. Sociální fungování a životní situace. In MATOUŠEK, O. a kol.: Encyklopedie sociální práce. Portál, Praha, 2013.
- NEPUŠTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M. a kol.: Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Úřad vlády ČR, Praha, 2013.
- RAGINS, M. Cesta k zotavení, Fokus Praha, 2018.
- SOBOTKA, J. Potřeby lidí s duálními diagnózami v terapeutické komunitě. Diplomová práce. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity. Brno, 2017
- STUHLÍK, J. Asertivní komunitní léčba a case management. Fokus Books a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 2001.
- Hearing Voices – Maastricht Interview: hearingvoices.org.nz/index.php/en/helpful-pamphlets-and-information-sheets/59-the-maastricht-interview
- PĚČ, O. Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné, cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra_brozura_04.pdf
- Penumbra – I • ROC, irowellbeing.com/about
- Věstník MZ ČR č. 8/2021: Standard péče v CDZ, mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/



Case management pro klienty s duální diagnózou v kontextu adiktologické služby

■ **Miroslav Giljan**

Case management (dále CM) je na poli adiktologických služeb v posledních letech stále častěji skloňovaným pojmem. Důvodů, kvůli kterým tomu tak může být, se nabízí hned několik. Asi tím nejdůležitějším je nárůst počtu adiktologických klientů, kteří se zároveň potýkají i s potížemi souvisejícími s jejich další psychiatrickou diagnózou. U velkého množství těchto klientů uvažujeme i v rámci kategorizace SMI, tedy závažného duševního onemocnění. Kromě toho se ve službách zvyšuje průměrný věk jejich uživatelů, což znamená, že lidé, se kterými pracujeme minimálně v nízkoprahových službách pro uživatele drog, stárnou. Vyšší věk s sebou nese další komplikace jak v zdravotní, tak sociální nebo i vztahové oblasti. Dokládá to například průzkum terénních programů Sananim, z. ú., Drop-In a Progressive, o. p. s. V roce 2008 byl průměrný věk injekčních uživatelů drog pohybujících se v centru Prahy 27,5 let. V roce 2019 stoupl průměrný věk respondentů na 37,16 let. Došlo tedy k zvýšení věku o přibližně 10 let.

Dalším faktorem, který popularizaci CM nahrává, je dlouhodobě téměř neměnná nabídka služeb pro uživatele drog. Jsme zvyklí, že máme kontaktní centra a terénní programy, které pra-

cují hlavně v oblasti harm reduction, služby ambulantní a pobytové léčby a doléčování, programy pro klienty v konfliktu se zákonem, případně substituční centra. Zajímavou alternativu ke standardním službám představují programy, ve kterých pracují samotní uživatelé drog s větší či menší mírou jejich participace (například Fixpoint – Progressive, o. p. s., Externí terénní program – Sananim, z. ú., Street support – Podané ruce, o. p. s.). Všechny tyto druhy služeb jsou potřebné a mají svoje opodstatnění. Co ale vnímáme napříč různými službami u nás v organizaci, je skutečnost, že spousta klientů tímto výčtem služeb propadává a kvůli nastaveným pravidlům jednotlivých programů z nich není schopna benefitovat.

Třetím důvodem, který můžeme zvažovat je, že služby komunitní psychiatrické péče adiktologickým službám v České republice prošlapaly cestu. Centra duševního zdraví, terénní komunitní týmy a další služby pro klienty se závažným duševním onemocněním začaly poskytovat své služby o pár let dřív, než jsme se v adiktologické obci začali tímto způsobem práce zabývat. To znamená, že máme o něco jednodušší pozici, než měli kolegové z organizací pracujících primárně s duševně nemocnými klienty na začátku reformy péče o duševní zdraví.

V tomto příspěvku se pokusím přiblížit stručný historický vývoj tohoto přístupu a taky to, jak nad takovým způsobem práce uvažujeme v Ambulantních službách organizace Progressive, o. p. s.

DEFINICE CASE MANAGEMENTU

Do českého jazyka se case management nejčastěji překládá jako „koordinovaná péče v síti (sociálních) služeb“. Konsenzus definice CM neexistuje. Szotáková a Nepustil (2013) chápou CM jako „koordinovanou spolupráci v rámci případu“. Vanderplasschen et al.

(2004) zdůrazňují CM jako jeden z nejdůležitějších pokroků v oblasti komunitní péče, jelikož jde o přístup zaměřený na klienta s cílem zlepšit koordinaci a kontinuitu péče zejména pro ty, kteří vypadávají ze systému služeb a mají více rozdílných potřeb.

Koordinace a navigace jsou základními procesy CM, při němž jde o pomoc člověku zorientovat se v nepřehledném či neznámém prostředí (ve službách), najít směr a ukázat, kam jít dál. Pro CM je typický intenzivní proaktivní vztah case managera s klientem, který je i základním prostorem a nástrojem přístupu. Case manager má s klientem navázaný blízký až neformální vztah. S kolegy ve službách působí formálně ve snaze prostoupit hranicemi služeb a tím získat návaznost péče pro klienta.

Nejsilnějšími stránkami CM s uživateli návykových látek jsou:

- zprostředkování pomoci a zdrojů užitečných k úzdavě,
- podpora kladných stránek osobnosti,
- uvědomění si těchto silných stránek samotnými klienty.

Zjednodušeně řečeno jde o „odklon od patologického“. Podle Libry (2015) má CM uplatnění především u problémových uživatelů drog, dlouhodobě nebo těžce závislých a také u klientů s duální diagnózou.

CM je tedy spojován s následnou péčí o klienty v konfliktu se zákonem, se zaměstnáváním klientů, s klienty nízkoprahových služeb, kteří vypadávají z léčebných služeb, či s klienty se zvláštními potřebami. CM je pro mnohé klienty jedinou alternativou k dlouhodobé hospitalizaci.

Rose a Moore (1995) definují tři základní funkce CM:

1. Uvědomovat si komplexní potřeby klientů.
2. Zprostředkovat klientovi zdroje, které jsou vhodné pro jeho potřeby.

3. Sledovat průchod službami a ujišťovat se o jeho efektivnosti.

Počátky přístupu CM je možné vidět v sedmdesátých letech minulého století v USA, kdy ve větší míře docházelo k deinstitucionalizaci psychiatrické péče a bylo potřeba v rámci práce s klientem koordinovat služby různých institucí. CM v tomto období je charakteristický provázením klienta sítí služeb. Už v tomto období vznikají projekty, které akcentují terénní práci a poskytování služeb v přirozeném prostředí klienta, a to jak zdravotním personálem, tak odborníky v oblasti sociálních služeb.

Naproti tomu v devadesátých letech vzniká ve Velké Británii odlišný, tzv. Brokerský model, který klade větší důraz na ekonomickou stránku a case manager v něm funguje spíše jako „nákupčí“ služeb. Jde o více úřednickou pozici (case manager je často zaměstnanec státní správy nebo místní samosprávy), u níž se nepředpokládá silnější angažovanost pracovníka, pracuje se „od stolu“, nepočítá se s tím, že by case manager pracoval i v terénu.

Dá se říct, že tyto dva základní proudy ovlivňují směřování a fungování CM týmů i v současnosti. V České republice se častěji setkáváme s projekty, které vycházejí spíše z americké tradice (například asertivní komunitní léčba a FACT model uplatňovaný v centrech duševního zdraví nebo model intenzivního CM v adiktologických službách).

CASE MANAGEMENT V PROGRESSIVE, O. P. S.

Myšlenka zavedení CM v Progressive, o. p. s., jsme se začali věnovat v roce 2017 ještě pod hlavičkou Kontaktního centra STAGE 5. V tomto období byli klienti do programu nabírání primárně z řad klientů tohoto centra. S navyšováním úvazkové kapacity jsme se postupně otevřeli i dalším institucím, zejména závislostním od-

dělením Psychiatrické nemocnice Bohnice. Po třech letech fungování pod kontaktním centrem došlo k osamostatnění programu a k založení Ambulantních služeb Progressive (dále ASP), které jsou aktuálně sociální službou – odborným sociálním poradenstvím a od roku 2022 zároveň zdravotní ambulancí s oprávněním poskytovat zdravotní služby v oborech psychiatrie a adiktologie. Aktuálně v ASP kromě programu CM nabízíme i individuální konzultace (sociální, terapeutické, adiktologické, psychiatrické), možnost psychiatrické medikace a abstinenčně orientovanou skupinu. Všechny složky programu kromě poslední jmenované skupiny mohou využívat i klienti, kteří aktivně užívají nelegální drogy nebo alkohol nebo jsou na substituci. O konkrétní podobě čerpaných služeb se domlouváme s klientem.

V ASP nabízíme program CM primárně pro klienty, kteří dlouhodobě neprofitují ve standardním léčebném systému, absolvovali už několik pokusů o léčbu, souběžně se potýkají s více problémy v různých oblastech života nebo mají duální diagnózu.

V rámci participace na programu nabízíme propojení klienta s dalšími vhodnými službami, asistenci a doprovod na úřady i do institucí a také pomoc při vyřizování praktických záležitostí, jako jsou bydlení, zdravotní péče a odborné poradenství. Klienty podporujeme při nacházení „zdravého“ způsobu trávení volného času. Potkáváme se s nimi jak v zázemí naší ambulance (zároveň kanceláře) v centru Prahy, tak v jiném prostředí. Komplexně se zaměřujeme na klientovu životní situaci, nikoli pouze na problematiku užívání návykových látek.

Jedním principem, z něhož v přístupu CM čerpáme, je recovery, do českého jazyka překládané nejčastěji jako zotavení či úzdava. „Recovery je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději

a činí jej potřebným pro druhé i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby.“ (Anthony, 1993)

Filozofie recovery nás učí nahlížet na klienta, se kterým přicházíme do kontaktu, optikou pozitivního vidění. Samozřejmě, že u klientů vnímáme adiktologické, psychiatrické nebo sociální potíže, snažíme se ale zaměřit na jejich zdravé stránky, podporovat jejich sny a cíle a vnímat je primárně jinak než v roli adiktologického klienta či psychiatrického pacienta.

Díky takovému nahlížení se snažíme co nejvíce podporovat silné stránky klientů. V úvodních kontaktech zjišťujeme, jaké má klient zdravé oblasti zájmů, které by se daly při práci s ním využít (například je zaměřený na sport nebo umění), a podle toho s ním párujeme pracovníka z týmu. V praxi to pak může vypadat tak, že case manager nejen koordinuje využívání služeb v naší organizaci i mimo ni, asistuje a poskytuje konzultace, ale v rámci socioterapií s klientem třeba také vyrazí na kolo, na výlet po Praze, do galerie nebo na kafe. Na tyto aktivity máme vytvořený speciální fond, z něhož lze čerpat. Věříme, že se nám podaří tyto finance udržet i do dalších let. Kromě prohloubení vztahu a budování důvěry mezi klientem a pracovníkem je cílem i posílení pocitu „normalnosti“ a znovunalezení zdravých stránek osobnosti, na kterých mohou klienti stavět do budoucna. Naším cílem práce s klienty je jejich zplnomocnění, vystoupení z „chronicity“ a větší samostatnost v různých oblastech.

Vzhledem k tomu, že se s klienty setkáváme i v jiném než primárně pracovním kontextu, musí mít pracovníci chuť a odvahu zkoušet nové formy kontaktů (socioterapie, konzultace mimo zázemí služby). V rámci tohoto přemýšlení se snažíme o to, aby kolegové neměli strach ze sankcí, třeba z toho, že něco nejde, protože je to mimo pravidla služby.

Jako case manageri u nás aktuálně pracují kolegové se vzděláním v oboru sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a adiktolog. Někteří mají ukončený psychoterapeutický výcvik. U tohoto typu poskytované péče vnímáme, že formální vzdělání není v práci s klientem úplně nejdůležitější, do popředí vystupují spíše jiné vlastnosti a schopnosti pracovníka bez ohledu na jeho profesní a teoretickou základnu.

Třecí plochy

1. Kontakt s abstinčně orientovaným personálem

V začátcích fungování programu bylo pro nás těžké obhájit naši službu před kolegy z abstinčně orientovaných služeb a organizací. Například pro personál z léčebných oddělení PN jsme zdánlivě nebyli nejvhodnější službou kvůli tomu, že pro účast v našem programu není vyžadována abstinence. To se postupem času měnilo jednak díky větší etablovanosti naší služby a jednak díky osobním kontaktům s personálem a vzájemné spolupráci u jednotlivých klientů. Ve chvíli, kdy jsme rozšířili portfolio našich služeb i o abstinčně orientovanou skupinu a o možnost využití psychiatrické péče, jsou do našeho programu distribuováni klienti i z oddělení a institucí, kde to bylo v minulosti více problematické.

2. Personální obsazení

Vzhledem k nastavení programu CM narážíme na to, že je velmi náročné najít vhodný personál pro podobnou spolupráci s klienty. Od pracovníků vyžadujeme osobnostní zralost, samostatnost, schopnost bojovat za zájmy klientů. Také je vhodné, když je pracovník pro klienty zajímavý a dokáže je nadchnout pro spolupráci. Když k tomu připočítáme i to, že umožňujeme překračování běžně stanovených hranic v prá-

ci s klienty, ale zároveň chceme, aby pracovník přemýšlel nad tím, proč to dělá, jaký to má účel, kam ho to ve spolupráci s klientem posune, tedy vyžadujeme důkladnou sebereflexi, dostáváme se k tomu, že hledáme na trhu práce velmi nedostatkové zboží. Více než standardní výběrové řízení se nám vyplácí distribuce ověřených kolegů z jiných služeb naší organizace.

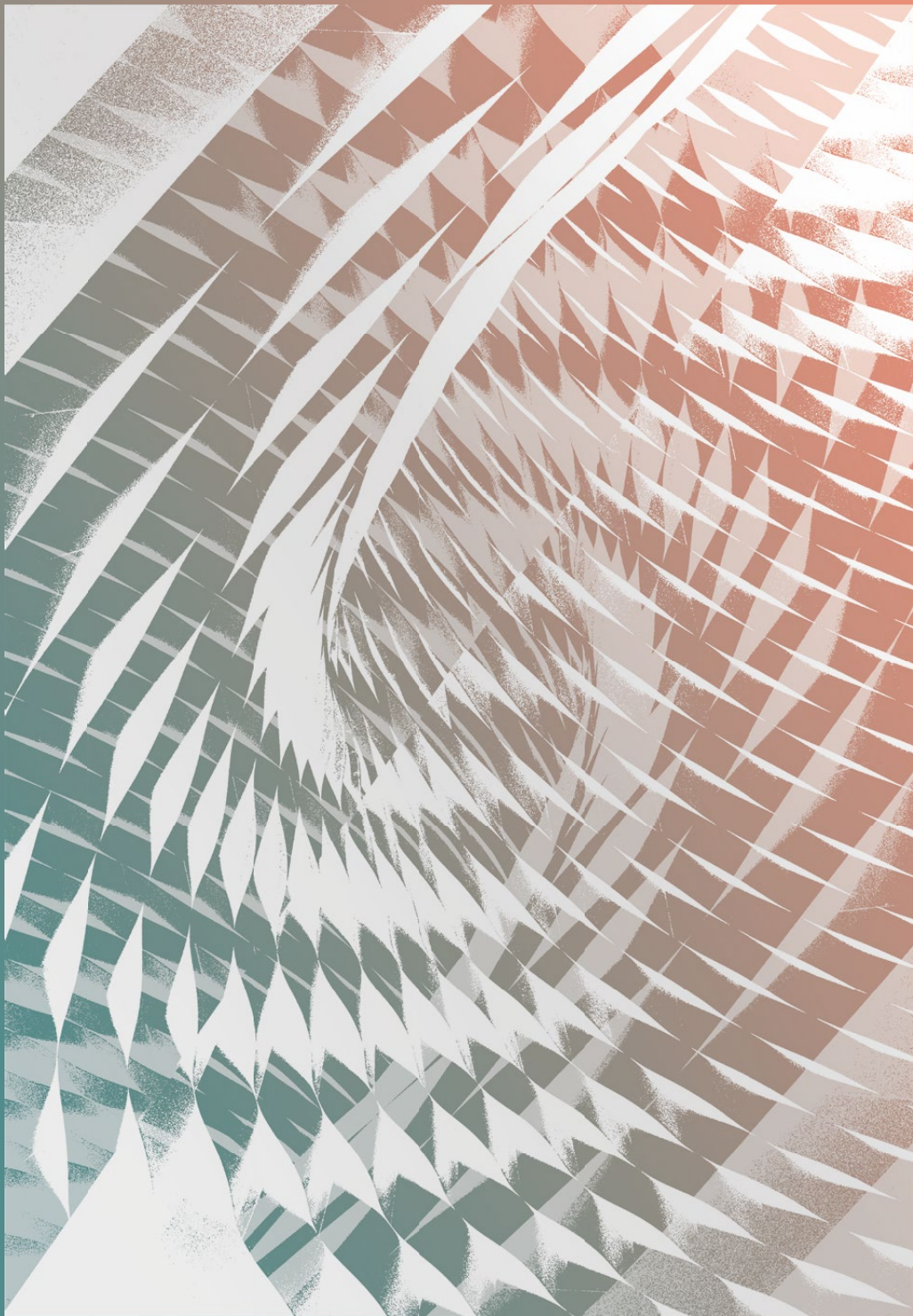
ZÁVĚR

V roce 2022 funguje program CM v Progressive, o. p. s. pátým rokem. Věříme, že tato forma spolupráce má velký význam právě pro lidi, kteří nejsou schopni benefitovat z jiných dostupných forem spolupráce. Osvědčuje se mít ve službě možnost využívat i jiné druhy péče (psychiatrie, skupinová terapie, další odborné konzultace). Je velmi pěkné vidět, že se díky intenzivnímu CM klient stabilizoval, daří se mu dobře a aktuálně k nám dochází spíše na podpůrné konzultace. Pestrost nabízených služeb je jednak dobrá pro klienty – je možné pro ně vytvořit program čerpaných služeb co nejvíce na míru, ale taky pro zaměstnaný personál, který může v přístupu ke klientům kombinovat různé postupy.

Literatura

- ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993. 16(4): 11–23. DOI: 10.1037/h0095655
- HERZOG, A., KOCIAN, M., PLAČEK, J. (2019). Zmenšování drogového trhu v centru Prahy. *Adiktol. prevent. léčeb. praxe*, 2(2): 98–105.
- Interní metodika Progressive, o. p. s.
- LIBRA, J. Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Psyché (Grada Publishing), 2015.

- NEPUSTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M. Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka. Úřad vlády České republiky, Praha, 2013.
- ROSE, S. M., & MOORE, V. L. Case management. In: RICHARD, L. E. (ed.), Encyclopedia of social work. NASW Press, Washington, 1995.
- VANDEPLASSCHEN, W., RAPP, R. C., WOLF, J. R., BROEKAERT, E. The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. Psychiatr Serv. 2004, Aug.; 55(8): 913–22. DOI: 10.1176/appi.ps.55.8.913.



Integrovaná léčba lidí s duální diagnózou v psychiatrické nemocnici Bohnice

■ **PhDr. Tomáš Málek**

Tato kapitola se věnuje tématu integrované léčby lidí s duální diagnózou v Psychiatrické nemocnici Bohnice. První část se zabývá aktuální podobou integrované léčby na specializovaném oddělení 16. Druhá část pojednává o dosavadním vývoji oddělení v rámci nemocnice.

ODDĚLENÍ 16 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE BOHNICE – ODDĚLENÍ PRO LÉČBU DUÁLNÍCH DIAGNÓZ

Oddělení 16 bylo otevřeno v září 2016 s cílem poskytovat integrovanou režimovou léčbu lidem s duálním onemocněním, kteří neprofitovali z léčby na stávajících typech oddělení (psychiatrická a závislostní). Nově vznikající oddělení mělo za úkol na jedné straně vyplnit mezeru v současném systému léčby a na straně druhé „odčerpávat“ lidi s duální diagnózou a tím uvolnit kapacitu na standardních psychiatrických a závislostních odděleních. Tyto dva úkoly jsou v určitém protikladu. Proti sobě stojí potřeba delší doby stabilizace a komplexnější (i finančně náročnější) péče

o pacienty s komorbiditou a potřeba rychlého a krátkého pohybu pacientů v lůžkovém systému zdravotnického zařízení. V posledních letech se navíc zvyšuje tlak na rychlý průchod systémem a na snižování počtu lůžek následné péče, aniž by ovšem došlo k vytvoření adekvátních pobytových sociálních služeb. Tento rozpor a jím generované napětí zůstávají přítomny po celou dobu fungování oddělení.

Charakteristika oddělení

Jedná se o oddělení otevřeného typu v režimu následné péče, kde je základním předpokladem souhlas pacienta k hospitalizaci (dobrovolný vstup), dostatečně stabilizovaný stav (závislostně i psychicky), umožňující zapojení do režimového psychotherapeutického programu, a samozřejmě i motivace k léčbě jako takové.

Fakticky se jedná o polootevřené oddělení, kde je volnost pohybu pacientů limitována aktuálním programem, ale také kontrolou abstinence (dechovou zkouškou) a přinášných věcí. Celková kapacita oddělení je 30 lůžek; jedná se o koedukované oddělení, kde není dán fixní počet mužských a ženských lůžek, ale flexibilitně se mění podle aktuální poptávky.

Věkové rozmezí se pohybuje od 18. do přibližně 65. roku života (33 % ve věkové skupině 20–29, 30 % ve věku 30–39, 24 % v rozmezí 40–49 let, Zachariáš 2021).

Z diagnostického hlediska oddělení pokrývá širokou škálu od úzkostně depresivních poruch přes poruchy nálady nebo osobnosti až po psychoticky nemocné pacienty s různou mírou kognitivního deficitu.

S ohledem na závislostní problematiku se jedná o celé spektrum od závislosti na jedné látce (nejčastěji alkoholu) až po polymorfní abus, který převládá u většiny pacientů na oddělení (Zachariáš 2021).

Pacienti jsou nejčastěji přijímáni překladem z jiného oddělení (detoxikační jednotka, akutní psychiatrická oddělení) Psychiatrické nemocnice Bohnice nebo z dalších nemocnic v Praze i Česku.

Z hlediska týmu zajišťují péči dva lékaři (aktuálně úvazek 1,7), psychologové (aktuálně 1,6), sociální pracovníce (aktuálně 0,5), adiktolog (aktuálně 0), peer konzultant (1× týdně), dokumentaristka* (aktuálně 1), sesterský tým (sestry a sanitářky). Dál oddělení využívá celonemocniční pracovníky, jako jsou bohničtí činnostní terapeuti z centrálních terapií, arteterapeut a ergoterapeuti.

Charakteristika léčby

Oddělení 16 poskytuje strukturovanou režimovou psychoterapeuticky orientovanou léčbu v rozsahu od pěti dnů až po osm týdnů. Principiálně léčba na našem oddělení cílí na první etapu léčby duální diagnózy, a to závislostní a psychickou stabilizaci. Další etapy pak probíhají v zařízeních následné péče (stacionáře, komunity, doléčovací centra, centra duševního zdraví apod.). U drtivé většiny našich pacientů je bez této návaznosti stabilizační efekt pouze dočasný.

Jednotlivé typy léčby a jejich rozsah

- Základní (první) léčba je v rozsahu osmi týdnů. Za určitých okolností lze po domluvě s terapeutickým týmem rozhodnout o prodloužení léčby o další dva až čtyři týdny. Prodloužení léčby bývá zvažováno v případě nepříznivého zdravotního stavu, případně k zajištění plynulého přestupu do terapeutické komunity nebo jiného typu následné péče.

* Dokumentaristka je administrativní pracovník zpracovávající chorobopisy a další písemnou agendu. Zajišťuje její evidenci, zařazení a pohyb mezi archívy a oddělením.

- Opakovaná léčba pro recidivu má většinou rozsah pěti týdnů.
- Stabilizační pobyt bývá umožněn u pacientů po relapsu, který se podařilo zastavit, nebo po zhoršení základního psychiatrického onemocnění bez závislostní recidivy. Léčba pak probíhá v rozsahu dvou až tří týdnů. Tento typ léčby je možný i pro klienty z terapeutických komunit a komunitních služeb (při zachování abstinence).
- Absolventská léčba se umožňuje pacientům, kteří řádně splnili základní léčbu v plném rozsahu, a slouží pro udržení abstinence a psychické stability. Je možné ji absolvovat nejdříve dva měsíce po propuštění, za předpokladu že udrželi abstinenci. Lze ji opakovat maximálně třikrát ročně.

Fáze léčby

Léčba na oddělení 16 je rozdělena do dvou fází. Do první fáze jsou zařazeni všichni nově příchozí. Slouží k zaléčení akutních obtíží, případnému dokončení detoxikace a postupné adaptaci na režimové nároky. Mapuje se duální problematika a zakázka pacienta, společně jsou pak stanoveny cíle léčby. První fáze trvá většinou dva týdny. Pro postup do další fáze musí pacient napsat životopis nebo popsat recidivu (průběh a ponaučení z recidivy, která předcházela opakování léčby) a úspěšně složit postupovou zkoušku do druhé fáze. Při postupové zkoušce pacient odpovídá na otázky, co si uvědomil během první fáze a na co se zaměří ve druhé fázi, a následně si vylosuje jednu otázku z domovního řádu a jednu otázku z oblasti závislostí.

V obou fázích musí pacienti naplňovat požadavek jedné aktivity dopolední a dvou odpoledních. Část aktivit je dána povinně fází a programovou skupinou, část si lze zvolit dle svých zájmů. Po celou dobu léčby jsou povinné ranní a večerní komunity, edukace, lékařské skupiny a celo-komunitní skupina.

Povinnou součástí první fáze jsou:

- skupiny prevence relapsu (vycházející z pojetí G. Alana Marlatta),
- motivační skupina (vycházející z motivačních rozhovorů W. Millera a S. Rolnicka a fází změny podle J. Prochasky a C. DiClementeho).

Pro většinu pacientů v první fázi bývá klíčové nastavení optimální farmakoterapie (kombinace, množství...). Z psychoterapeutického hlediska cílí první fáze především na rozvoj vnitřní motivace ke změně a na získání základních informací a nástrojů pro prevenci relapsu jak v oblasti závislosti, tak pro udržení psychického zdraví.

Ve druhé fázi léčby jsou pacienti zařazeni do jedné z programových skupin (bílá, modrá a oranžová). Rozdělování jsou podle motivace ke změně, afinitě k psychoterapii a podle dosavadního zapojení do skupinové i individuální terapie. Ve druhé fázi získávají větší svobodu samostatného pohybu po areálu nemocnice bez dohledu personálu a možnost expozičních propustek mimo PN Bohnice.

Programy ve druhé fázi mají podobu specializovaných skupin a cílí na oblasti, jako jsou psychotické zkušenosti, emoční (ne)stabilita, zvládání úzkostně depresivní symptomatiky a hlubší ponor do závislostní problematiky i významných osobních témat. Terapeutický program využívá širokou škálu psychoterapeutických přístupů a postupů od elementů kognitivně behaviorální terapie přes dialekticko-behaviorální terapii (skupiny tréninku dovedností), práci v terapeutickém pískovišti (sandtray), gestalt terapii, dialogickou skupinu, hagioterapii a arteterapii po činnostní aktivitu (dílny – keramická, svíčkařská, truhlářská, šperkařská...), kognitivní trénink a pohybové aktivity včetně zdravotních cvičení typu jóga a čchi-kung. Aktuální program je vždy výslednicí po-

třeb pacientů na jedné straně a silných stránek a kapacity terapeutického týmu na straně druhé.

Programové skupiny

- **BÍLÁ SKUPINA** představuje program s nejmenší zátěží a nároky. Je primárně určena lidem s psychotickým onemocněním a nižší funkční nebo kognitivní kapacitou. Lidé v této skupině mají možnost využívat proti klasické psychoterapii více činnostních aktivit. Základem zůstává prevence relapsu a práce na motivaci s tím, že pomyslné jádro tvoří skupina zaměřená na zvládání a zpracování psychotických prožitků. Jedná se o malou skupinu do pěti lidí, což vytváří dostatečně bezpečný prostor pro sdílení psychotických prožitků, edukaci, rozvoj dovedností zvládání spouštěčů, všímání si včasných signálů a zlepšení testování reality.
- **MODRÁ SKUPINA** je určena pro lidi, kteří mají větší kognitivní kapacitu pro léčbu, ale zatím nejsou dostatečně motivováni ke změně a jejich zapojení do léčby je spíše formální a v důsledku vnější motivace. Lidé v této programové skupině mají přístup k většině psychoterapeutických skupin a zároveň větší možnost využívat činnostní a pohybové aktivity. Záleží tedy na jejich volbě, jak moc a intenzivně budou využívat nabízený terapeutický program.
- **ORANŽOVÁ SKUPINA** je určena pro lidi s kognitivní kapacitou pro intenzivní psychoterapii a výraznější motivaci ke změně. Členové této skupiny nemají takovou volnost volby činnostních aktivit, jako je tomu v modré skupině. Závazek k intenzivnější práci na sobě samých je tu největší.

Kromě skupinových aktivit klademe důraz i na individuální sezení. Pacient má přiděleného jak svého lékaře, tak psychologa, se

kterým konzultuje zpravidla jednou týdně. Pravidelné individuální konzultace výrazně napomáhají udržet pacienty v léčbě (zejména u lidí s poruchami osobnosti) a snižují možnost „proplout“ léčbou s minimálním úsilím a efektem.

HISTORIE ODDĚLENÍ 16

Popsaný program integrované léčby lidí s duální diagnózou psychiatrické nemocnice Bohnice je výsledkem více než šesti let vývoje a získávání zkušeností. Specializované oddělení integrované péče o lidi s duální diagnózou má za sebou dosud tři pomyslné etapy vývoje.

- **Přípravné období týmu DD, paralelní model léčby**

Na ideové rovině s myšlenkou specializovaného oddělení pro léčbu lidí s duální diagnózou přišel v roce 2015 tehdejší ředitel Bohnic Martin Hollý. Tato myšlenka se pak mohla zformovat do hmatatelnější podoby v debatách s doktorem Miroslavem Novotným, vedoucím lékařem mužského oddělení a Kliniky adiktologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Fakticky se pak naplňuje příchodem zkušeného týmu MUDr. Novotného do Psychiatrické nemocnice Bohnice; ten si s sebou přinesl patnáct let zkušeností s modernizací klasického režimového oddělení vycházejícího z tradice doc. Jaroslava Skály.

Toto období trvalo od ledna do září 2016. Docházelo během něj ke stavebně technické přípravě pavilonu 16 pro faktické otevření oddělení pro lidi s duální diagnózou.

V této době tým pro léčbu duálních diagnóz sídlil v suterénu pavilonu 26 a poskytoval specializovanou adiktologickou péči ve formě paralelních programů pro psychiatrická oddělení,

především pro příjmová. Jednotliví členové týmu poskytovali konzilia na přidělených odděleních (1, 20, 21, 26), a především zajišťovali skupinovou terapii pro tři různé skupiny pacientů.

První představovali pacienti, kteří neměli možnost volného pohybu. Pro ně tým zajišťoval skupiny na jejich domovských odděleních (oddělení 1, 10, 20, 21). Pro pacienty s možností vycházek poskytoval paralelně běžící skupiny v suterénu pavilonu 26 a na Centru krizové intervence (CKI) v prostorách stacionáře (pacienti z oddělení 12, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 30). Na CKI také probíhaly skupiny pro ambulantní pacienty s duální diagnózou. Zde tým pro léčbu duálních diagnóz integroval již dlouhodobě fungující skupiny pod vedením Mgr. Andrey Scheansové.

Skupinová terapie byla vedena dvojicí terapeutů nedirektivní formou. Intervence byly zaměřeny především na podporu klientů a na vytvoření bezpečného prostředí, umožňujícího otevřít dosud spíše marginalizovanou problematiku užívání návykových látek. Hlavními tématy se zabývala interaktivní edukace v oblasti psychóz a užívání návykových látek. Cílovou skupinu v této etapě představovali především lidé s diagnózou duševního onemocnění z okruhu psychóz či bipolární poruchy, kteří měli v minulosti problém se zneužíváním návykových látek a byli motivováni ke střízlivosti.

V tomto období se tedy uplatňoval spíše paralelní model léčby, kdy tým pro léčbu duálních diagnóz poskytoval primárně adiktologickou péči, zatímco standardní psychiatrická péče byla poskytována na domovských odděleních pacientů. Na konci tohoto období byl tým pro léčbu duálních diagnóz začleněn do primariátu AT ženy MUDr. Otilie Bartákové.

- **Období etablování oddělení, integrovaný model léčby**

Po dokončení stavebních úprav, které se kromě technicko-provozních záležitostí zaměřovaly na humanizaci prostředí

a zmenšení velkých desetilůžkových pokojů na menší, byli v září 2016 na oddělení hospitalizováni první pacienti. V prvním roce se oddělení duálních diagnóz začleňovalo do celkového systému psychiatrické nemocnice, postupně ale také krytalizoval funkční režim a psychoterapeutický program. Tyto interní procesy pak byly završeny pod vedením MUDr. Terezy Koubkové.

Ve srovnání s klasickým režimovým oddělením bylo nové oddělení charakterizováno větší flexibilitou režimu, výrazně zjednodušeným bodovým systémem, větší svobodou pohybu pacientů a důrazem na možnost volby terapeutického programu. Jako vysoce funkční se ukázala větší míra volného času pacientů. Program probíhal pouze od 7 do 16 hodin a pacienti tak měli mnohem víc času na přemýšlení, kontakt se sebou samými, se svými problémy. To na jedné straně vedlo typicky ke zhoršení nálady po skončení řízeného programu (zejména o víkendech) a na druhé straně posilovalo motivaci k práci v terapeutickém programu (tlak duševní nepohody).

Už v této etapě se program snažil pomocí diferencovaných skupin specificky oslovovat problematiku hlavních diagnostických skupin (úzkostně depresivní symptomatika, poruchy osobnosti, psychotické onemocnění) a dvou hlavních závislostních skupin (alkohol + abusus léků a drogová závislost).

I během této doby pokračovaly v omezené podobě docházkové skupiny, které probíhaly mimo samotné oddělení 16 a naši adiktologové je vedli pro ostatní oddělení i ambulantní pacienti, a to až do září roku 2018, kdy byly ukončeny.

Důležitým úspěchem tohoto období bylo také zapojení oddělení 16 do pražské pracovní skupiny pro podporu lidí s duální diagnózou. Pracovní skupina se vyvinula ze společného projektu organizací poskytujících komunitní péči lidem s duální problematikou a umožňuje aktivní výměnu know-

-how v oblasti integrované léčby a péče o osoby s duální diagnózou i hladší spolupráci zapojených organizací.

- **Období programu zohledňující motivaci a kapacitu**

Od března 2021 jsme se soustředili na ještě intenzivnější individualizaci programu podle motivace a kapacity pacientů. Kromě dosavadního rozdělení na fáze F1 a F2, případně F0 určenou pro pacienty, jejichž stav aktuálně neumožňoval plnění všech nároků programu, jsme po přestupu pacientů z F1 do F2 začali pacienty dělit do již zmíněné bílé, modré a oranžové skupiny.

Rozdělení podle motivace a kognitivní kapacity pomohlo výrazně snížit demotivační atmosféru, která je odrazem prostého faktu, že většina pacientů přichází do tohoto typu léčby z jiných motivů (tlak rodiny, práce, sociálně finanční motivy, účelově), než je skutečná změna sebe sama a svého života.

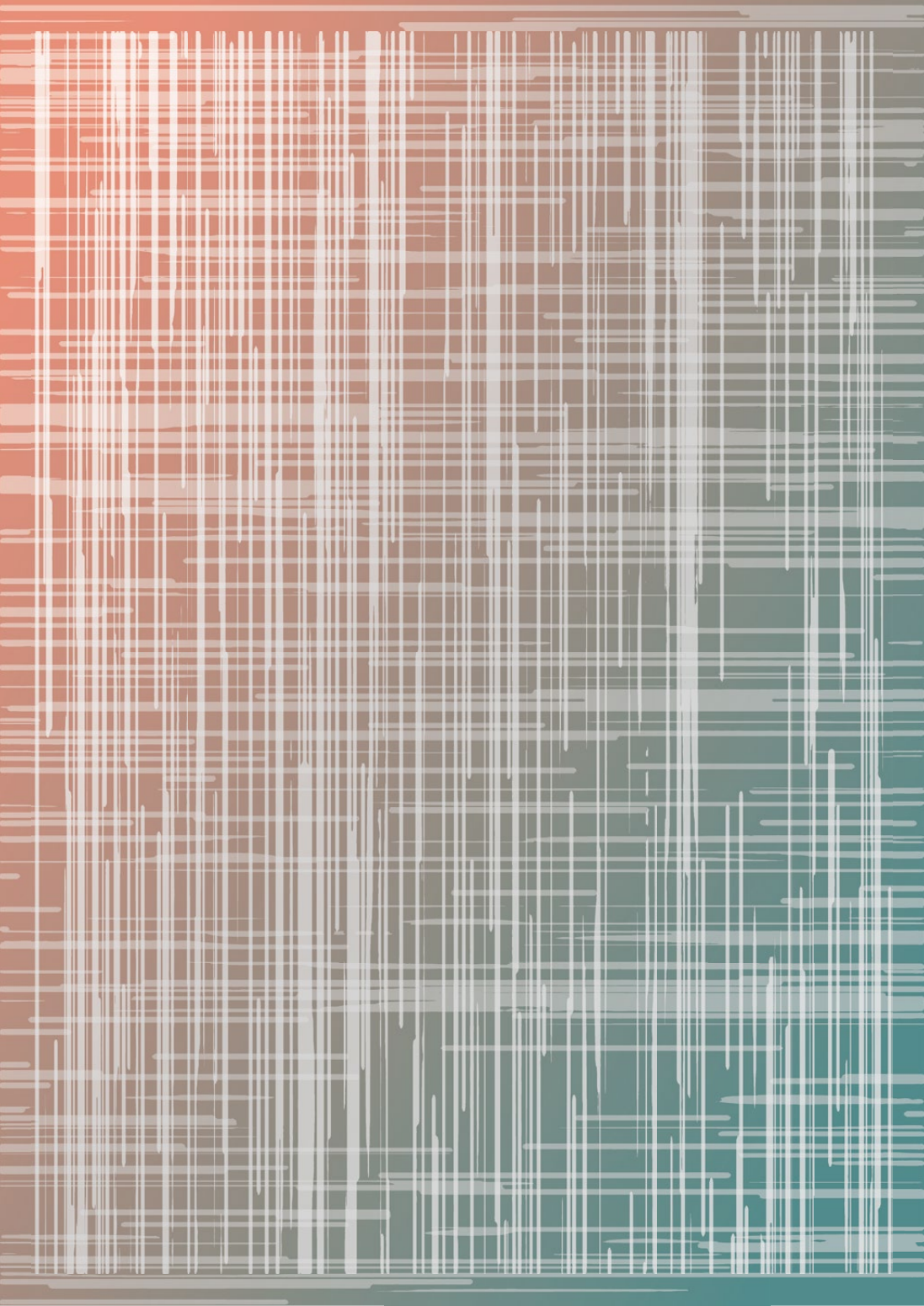
VÝHLEDY DO BUDOUCNA

Oddělení 16 má za sebou téměř sedm let vývoje, v němž se osvědčily principy lidského, zplnomocňujícího a flexibilního přístupu. I když se za uplynulých sedm let utěšeně rozrostl počet organizací pracujících s lidmi s duální diagnózou, návaznost na následnou péči stále zůstává jedním z nejkritičtějších okamžiků v léčbě našich pacientů. Přitom je léčba na našem oddělení pouze první (stabilizační) fází v dlouhodobějším procesu léčby. A tak hledáme nové možnosti, jak tuto mezeru překlenout. Jistě už teď jsou nápomocné pravidelné prezentace jednotlivých komunitních služeb pro pacienty. Další možnosti skýtá idea přechodového stacionáře pro naše absolventy, kteří by ambulantně docházeli ještě několik týdnů do programu na oddělení 16 – tím by se zvýšila přeno-

sitelnost zisků z vysoce chráněného rezidenčního prostředí do přirozeného prostředí pacientů. Hlavními limity realizace jsou nedostatek zkušených adiktologů v nemocnici a nasmlouvání ambulantních služeb s pojišťovnami.

Literatura

- MILLER, W. R., ROLLNICK, S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford Press (3rd ed.), New York, 2013.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. a DICLEMENTE, C. C. Změna k lepšímu: šestistupňový program pro překonání zlovyků. Portál, Praha, 2018.
- SOUKUP, J. Motivační rozhovory v praxi. Portál, Praha, 2014.
- VELASQUEZ, M. M., CROUCH, C., Stephens, N. S., DICLEMENTE, C. C. Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual. 2nd ed., Guilford Press, 2016.
- WAGNER, C. C., INGERSOLL, K. S., et al. Motivational interviewing in groups. Guilford Press, 2013.
- WALLACE, W., Pullin, J., KEANEY, F., FARMER, R. Prevence relapsu pro závislá chování – manuál terapeuta. Centrum adiktologie PK 1. LF UK, Praha, 2008.
- ZACHARIÁŠ, J. Léčba pacientů s duální diagnózou v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Atestační práce, nepublikováno, 2021.



Rezidenční léčba pacientů s duální diagnózou

■ Jiří Dvořáček

TRADIČNÍ MODEL POSTAVENÝ PRO „TYPICKÉHO“ ADIKTOLOGICKÉHO KLIENTA

V současnosti do rezidenční léčby závislostí přichází stále více lidí s tzv. duální diagnózou. Používání pojmu „duální diagnóza“ je v kontextu rezidenční léčby ovšem nepřesné a může mít negativní důsledky.

- Z praktického hlediska neuvažujeme mezi duálními diagnózami poruchy osobnosti: téměř všechny návykové látky mají potenciál druhotně člověka měnit k horšímu, dříve bychom nehezky řekli „psychopatizovat“; nestandardní osobnostní rysy sekundárně vytvořené užíváním drog patří v podstatě do běžného obrazu závislého člověka a klasické odvykací programy jsou vytvářené právě pro tento obraz (doplňuji, že tyto druhotně vytvořené osobnostní rysy lze často v dlouhodobé terapii odstranit).
- Pojem „duální diagnóza“ automaticky neznamená, že člověk terapeutický program nezvládne a že potřebuje zvláštní přístup. Mezi lidmi s duální diagnózou je mnoho těch, kteří zvládnou bez potíží „standardní“ program a nepotřebují

tedy nic zvláštního, a naopak mezi lidmi bez duální diagnózy je mnoho těch, kteří potřebují v nějakém směru odchylnou strukturu či obsah terapeutického programu nebo jiný přístup. Například lidé, kteří mají dramatictější nebo náročnější životní příběh, lidé, kteří mají své důvody nedůvěřovat druhým, lidé, kteří neprosperují v atmosféře jakéhokoli tlaku apod. Z hlediska organizace terapeutického procesu v ústavní léčbě by tedy bylo přesnější nahradit pojem „duální diagnóza“ pojmem „lidé, kteří potřebují odlišný přístup“.

- Označení „duální diagnóza“ může vést k rezignaci člověka samotného, jeho rodiny i terapeuta na některé recovery cíle.

V průběhu několika desetiletí se v českých podmínkách vytvořil model ústavního odvykacího programu vycházející ze Skálova modelu, který postupně ztratil projevovaný morální aspekt („závislost jako mravní selhání“, „terapie jako trest“), vstřebal do sebe myšlenku hierarchicky organizované terapeutické komunity a některé univerzální či integrované psychoterapeutické postupy a představy – v tomto smyslu se stal uživatelsky vstřícnější při zachování některých společných parametrů.

V ústavní léčbě je většinou nabízena paušálně stanovená délka léčby vycházející z konceptu tří měsíců jako minimální potřebné délky léčby závislosti (jak uvádí např. Simpson). Lidé, kteří potřebují ústavní část léčby z různých důvodů výrazně kratší, do programu často nevstupují nebo nejsou přijímáni či svůj plán zamlčí, program zahájí a skončí podle svých představ či možností dříve reversem či útekem. Rezidenční léčba bývá strukturována do logických fází, které v úvodu vnímají člověka jako nekompetentního ve vztahu k droze, abstinenci a do značné míry i k zodpovědnosti za svůj vlastní život a za cíle terapie. V průběhu terapie s postupem do dalších fází podle těchto idejí člověk kompetenci a zodpovědnosti získává.

Důležitým prvkem standardně organizované rezidenční léčby je, že probíhá ve skupinovém či komunitním prostředí. Vychází se z tezí, že léčebné společenství či terapeutická komunita je u typického závislého silným nástrojem změny (jak uvádí například Kalina) a že statistická efektivita komunitně organizované léčby je vysoká. Z představy o tom, jak typicky vypadá závislý člověk, je pak sestaven i terapeutický program jako komplexní, složený z více typů aktivit – některých psychoterapeutických, některých podporujících skupinovou či komunitní sounáležitost a některých spojených s konkrétními zodpovědnostmi a činnostmi. A protože léčba probíhá v komunitním prostředí, je stejný program nabídnut všem členům komunity, někdy jen s malými modifikacemi, nebo naopak důsledně dohlížený, aby žádné individuální modifikace (tedy například ani individuální rozhovory) u členů komunity nebyly.

Podstatným rysem standardního odvykacího programu je i vysoká míra strukturace ze strany týmu, přebírání mnoha kompetencí od léčeného člověka na tým a komplikovaný systém pravidel spojených se sankcemi, jimiž je převzetí zodpovědnosti týmem a respektování pravidel vymáháno a udržováno. Současně, v duchu ideje o malé kompetenci léčeného člověka za udržení své abstinence, je paušálně omezován jeho kontakt s vnějším světem a původním prostředím (různě se regulují návštěvy a propustky, různě se kontroluje kontakt s vnějším světem poštou, telefonem či internetem aj.). Z ostatních regulací a omezení zmíníme např. zákaz navazování vztahů dvou klientů a zákaz sexu mezi nimi.

Obecně je problematické formulovat jakékoli terapeutické postupy příliš explicitně a paušálně na potřeby „typického“ klienta: s touto statickou kategorií téměř nikdy nepracujeme, vždy spolupracujeme s konkrétním člověkem, který má jedinečný životní příběh, jedinečné možnosti a potřeby, jedinečné cíle. I samotná závislost, která je víc než přesně popsatelnou poruchou spíš kom-

plexním syndromem, se u každého člověka projevuje jedinečným souborem klinických příznaků a bio-psycho-socio-spirituálních důsledků.

SYSTÉM SE MĚNÍ

V současnosti se výše zmíněné prvky programu mění. V Koncepti rozvoje adiktologických služeb (2021) je zmíněno několik nových principů, které by zmíněné původní principy, neodpovídající potřebám současných lidí či hodnotám dnešní doby, měly měnit. Konkrétně mezi východisky a základními tezemi poskytování adiktologických služeb jsou zmíněny následující body (citujeme vybrané):

- Adiktologické služby jsou založeny na partnerském přístupu ke klientovi; takový přístup vyjadřuje respekt vůči klientovi a jeho životním hodnotám – klient je v procesu uzdravy a změny hlavním hybatelem a rovnocenným partnerem adiktologických služeb.
- Obor adiktologie preferuje poskytování služeb v přirozeném prostředí člověka tak, aby léčený člověk nebyl vytržen z běžných životních rolí a odpovědností.
- Adiktologické služby rozvíjejí komunitní principy práce, včetně participace klientů, jejich blízkých a dobrovolníků, např. z řad vrstevníků apod.
- Důraz adiktologických služeb je v komunitě (přirozeném prostředí člověka). V tomto smyslu je obor adiktologie ve shodě s procesy deinstitucionalizace v psychiatrii či v sociálních službách. Klientovi je nabídnuta taková služba, která jej pokud možno co nejméně vytrhne z fungujících životních rolí

a běžných povinností a současně odpovídá jeho možnostem a potřebám.

- Adiktologické služby jsou postaveny na plně partnerském přístupu ke klientovi – plán služeb i jejich poskytování jsou dohodnuty individuálně. Adiktologické služby minimálně odebírají kompetence klientům, případná omezení kontaktu s původním prostředím jsou minimalizována na nejnižší možnou míru.
- Adiktologické služby jsou důsledně individualizovány s ohledem na charakteristiku klienta, jeho stav a možnosti. To se týká i strukturovaných programů; jsou individualizovány a pravidelně revidovány s ohledem na aktuální stav a možnosti klientů za aktivní účasti klientů a jejich blízkých. V tomto ohledu je případové vedení klienta základním principem poskytování adiktologických služeb.

TĚŽKÉ PRVKY V ODVYKACÍ TERAPII

Pro lidi jen s adiktologickým problémem se v původní struktuře rezidenční léčby často dařilo vytvořit prostředí, kde za nevýhodnými výše zmíněnými parametry bylo možné vytvořit funkční terapeutický vztah s klientem nebo solidní skupinovou kohezi, a klient prosperoval. Lidé s duální diagnózou nebo s jinou specifickou potíží či životní zkušeností léčbu nedokončovali nebo se dlouho trápili s adaptací. Zmíníme několik pro ně těžkých momentů.

„Příliš mnoho lidí“

Lidé s duální diagnózou mohou mít mnoho důvodů, kvůli nimž je pro ně těžké zvládnout lidskou skupinu či komunitu v odvykací léčbě. U lidí s úzkostnou poruchou může tato

situace úzkosti zhoršit, případně se takoví lidé vůbec neodvážejí do skupiny vstoupit. Lidé s psychózou bývají velmi často křehcí, pomaleji vytvářejí vztahy s cizími lidmi a hůře k nim získávají důvěru. Skupina je může silně stresovat, což často končí odchodem ze zařízení. V dřívějším systému, kde byl tlak na terapii ve skupině či v komunitě podpořen sankčním systémem a přísným řádem, léčbu téměř nikdy nedokončili. Kromě potíží způsobených přímo základním onemocněním situaci zhoršovaly jejich dřívější negativní zkušenosti s lidmi a vědomí vlastní jinakosti.

„Strach z disociálních lidí“

Křehkost lidí s duálními diagnózami se neprojevuje jen v přítomnosti většího počtu lidí, ale také v přítomnosti lidí s disociálními prvky chování. Bohužel k obrazu závislého člověka často patří disociální chování během drogové kariéry, tyto stereotypy mají tendenci se samozřejmě projevovat zprvu i během terapie; ukazuje se, že jakékoli dramatické, impulzivní, hrubé, zastrašující chování nebo i připomínky pouličních kriminálních aktů okamžitě zhoršují pocit bezpečí lidí s duální diagnózou, a oni v takovém prostředí pak být nechtějí.

„Příliš velké nároky v programu“

Původní programy měly ambici být stenizující, vycházely z představy, že zátěž a stres jsou dobré a že člověka otužují (koncept Jaroslava Skály, 1982). V nové podobě se zejména terapeutické komunity držely podobné myšlenky (tzv. tough love). Odvykací programy vytvářejí také mnoho požadavků a nároků na přestupy do další fáze, na udělování vycházek, na dobré hodnocení aktuálního týdne, na zvládání zodpovědnosti aj. Chyby jsou často spojovány s nevýhodami nebo alespoň mezi ostatními veřejně označovány či kritizovány. Tyto nároky někdy přinášejí terapeuti, někdy je více vytvářejí spoluklienti.

Někdy se v programech neplánovaně, často ze strany klientů, vytvoří kult dokonalého klienta a v takovém prostředí je těžké zacházet se svými běžnými denními chybami a nedokonalostmi i pro „neduálního“ člověka, natož pro člověka s duální diagnózou, pro kterého mohou někdy být i obyčejné denní povinnosti velkým úkolem. Zvládání strukturovaného programu se všemi požadavky na úklid, dochvilnost, komunikaci apod. je pak bez nadsázky sci-fi.

„Příliš velký tlak“

Tlak terapeuta (spoluklientů, systému) – zvláště v kombinaci s právě zmíněnými velkými (či přímo nereálnými) nároky – velmi často vede ke stresu, k frustraci a k posílení pocitu selhání nebo nedostačivosti a opět vede k vypadnutí člověka z programu, k dalšímu potvrzení vlastního selhání a k posílení negativní nálepky. Ideálním řešením nejsou ani někdy volené výjimky z nároků nebo z programu pro člověka s duální diagnózou, neboť pro celé okolí i pro něj vytvářejí stav „normální je něco jiného a na to já nemám“.

„Nedosažitelné cíle“

Cíle odvykacích programů jsou tradičně formulovány velmi vysoko. K původnímu konceptu trvalé a důsledné abstinence (nikoli jako cíle maximálního, ale jediného možného) přibýly paušální cíle další – např. mít legální zaměstnání, někdy pokračovat ve škole, být finančně nezávislý, mít dobré vztahy s lidmi, a ještě se u toho všeho cítit dobře (subjektivní kvalita života či zvýšený well-being). Všechny tyto cíle jsou pro člověka s duálním problémem samy o sobě velmi náročné, mnohdy řešitelné dlouhodobě jen s velikou podporou dalších lidí, některé mohou být bohužel i nedosažitelné. S rezignací na absolutní, ideální terapeutické cíle v odvykací léčbě zatím neumíme plně pracovat. (Viz dále.)

„Komplikovaný návrat“

Ve standardním programu bylo úkolem klienta, který se blížil ke konci své rezidenční léčby, naplánovat si a zajistit přechod do původního prostředí: kde bude žít, s kým bude žít, za co bude žít a kde se bude doléčovat. K tomuto úkolu samozřejmě klienti přistupují různě a mnohdy končí ústavní program bez zajištění uvedených cílů; počítá se s tím, že si vše zajistí po léčbě. Pro člověka s duálním problémem bývají všechny podobné úkoly velmi těžké, bez časově náročnější asistence se pravděpodobně neobejde. Samostatný problém je zajištění návratu u lidí, kteří ukončili program předčasně – standardní adiktologické programy se o kvalitu návratu v těchto případech příliš nestarají (mnohdy to ani nejde, nemá-li klient sám zájem).

„Proměnlivá stabilita“

Některé duální problémy mají proměnlivý průběh, stabilita člověka může kolísat v čase a velmi často jde o problémy chronické. S odvykacím programem nelze počkat na dobu, až bude člověk z jiného psychiatrického hlediska stabilizovaný – jednak samozřejmě abstinovat potřebuje začít co nejrychleji (tedy i v dekompenzovaném duálním problému) a jednak bychom při uvedené chronicitě a proměnlivosti stavu takové načasování stejně neuměli zajistit.

PROGRAM OTEVŘENÝ LIDEM S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU – ODDĚLENÍ 3D PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNÝ ČERVENÝ DVŮR

Shledáváme (zatím bez přesných znalostí příčin), že počty závislých lidí s druhým psychiatrickým onemocněním (stále nezvažují poruchy osobnosti) razantně přibývají. Při pohledu na některé adiktologické doporučené postupy zahraniční (např. International standards for the treatment of drug use disorders: revised

edition incorporating results of field-testing, 2020) a na paralelní přítomnost zdravotnických ústavních léčeb a sociálních rezidenčních léčeb (terapeutických komunit) v České republice také shledáváme, že zvládání duálních diagnóz bude doménou ústavních programů ve zdravotnických zařízeních, zejména proto, že bude finančně efektivnější, aby zdravotně nekomplikované případy řešila levnější, tedy sociální služba.

V Červeném Dvoře jsme se pokusili reagovat na tuto situaci vytvořením tzv. 3D oddělení. Jednou z jeho zvláštností je snaha pracovat bez jakýchkoli myšlenkových paušálů a schémat. Nemít předem žádnou představu o tom, jak má klient být v programu dlouho, jaký má mít program, co má dělat právě dnes, jaké mají být cíle terapie, jak má vypadat jeho kontakt se světem. Cílem je vše domlouvat v danou chvíli v daném týmu ideálně s člověkem samotným na základě jeho možností a potřeb a samozřejmě jeho chtění. A domluvené věci pružně měnit, když se změní možnosti či potřeby člověka nebo když se ukáže, že je původní domluva v nějakém směru nepřiměřená. Jde o ambici komplikovaně dosažitelnou, protože lidský mozek si vytváří schémata i jen z jediné zkušenosti a vzdorovat všem snahám o abstrahování a generalizování vyžaduje velkou energii.

Původním cílem tohoto přístupu nebyla přímo snaha vytvořit prostředí pro léčbu lidí s duálním problémem. Chtěli jsme pro „standardního“ klienta navodit úvodní stav bez většího zadání ze strany terapeutů a čekat, až se zadání (a následná dohoda) k terapii vynoří z člověka samotného – tedy bez přebírání zodpovědnosti z klienta na tým. Velmi rychle se ale ukázalo, že v tomto prostředí (teprve v tomto prostředí) dokážou vydržet i lidé s duálním problémem. Další rozvoj programu nebyl formován ani tolik našimi představami jako spíše reálnými možnostmi a potřebami lidí s duálním problémem, a my nevnímáme, že by tvar programu mohl být někdy konečný.

Zmiňme některé rysy programu a terapie, jež se zdají podstatné pro práci s lidmi s duálním problémem v rezidenčním programu.

Plná individualizace programu

Potřeby lidí s duálním problémem jsou jen v některých rysech společné, v naprosté většině jsou ovšem velmi individuální a zcela individualizovaná musí být i celá terapie. V případě somatického hendikepu dnes jistě nikoho nenapadne navrhnout nějaké univerzální uzpůsobení místnosti či nějakou univerzální pomůcku, protože i laik ví, že každý problém je v takovém případě jedinečný. U duševních poruch stejná míra porozumění pro individualizaci přístupu ještě široce akceptována není.

Vážně míněný partnerský přístup

Pojem „partnerský přístup“ bývá zaklínadlem snad ve všech typech programů, ale při práci s člověkem s duální diagnózou je nutnou podmínkou. Odvykácí léčba u lidí s duálním problémem většinou nebývá jednorázovým „zážitkem“, ale spíše častěji se opakujícím procesem. Je také součástí dlouhodobého terapeutického kontinua, ve kterém je mimořádně důležité, aby člověk při řešení problému kooperoval i mezi případnými stabilizacemi v ústavní léčbě, tedy aby se zvolenými řešeními byl v souladu a sám je cítil jako důležitá. Jinak všechny terapeutické prvky a dohody, které by přijal v ústavním programu jen pod tlakem nebo aby vyhověl autoritě, po odchodu ze zařízení hned odvrhne.

Důkladná rozvaha a domluva v úvodu

Vyplatí se více než u „neduálních lidí“ se v úvodu terapie (před zahájením terapie a v jejím prvním období) s člověkem s duálním

problémem skutečně setkat a více než na všech nálepkách, škatulkách a diagnózách stavět na osobním poznání. Ideální je současně se domluvit s rodinou či jinými blízkými lidmi a s profesio-nály, kteří člověka znají a dlouhodobě s ním spolupracují. Realitou bývá, že člověk s duální diagnózou je do služby doporučován proto, že ho jinde nechťejí nebo že si od něj chtějí odpočinout – on pak samozřejmě chápe, jakou obtíž lidem dělá, a podvolí se tlaku na zahájení ústavní léčby, aniž by proběhla společná rozvaha o možnostech, o potřebách, o cílech, o případných limitech. Stavět na samotných diagnózách samozřejmě stoprocentně nejde – jednak kvůli obecné proměnlivosti stavu (půl roku staré doporučení nemusí popisovat současnost), jednak i proto, že žádná explicitně formulovaná kategorie nedokáže vystihnout komplexnost a dynamiku reality. Důkladnou domluvou v úvodu lze předejít velkým nedorozuměním v dalším období.

POKUS O VYTVOŘENÍ KOALICE ZMĚNY

Reforma psychiatrie se snaží kromě jiného zmenšit dobu strávenou klientem v ústavním zařízení a maximalizovat péči v původním prostředí, zejména v rodině. V adiktologii v případě odvykací léčby tomu bývá často naopak: rodina usiluje o co nejdelší pobyt člověka v chráněném prostředí. A nejvýrazněji je to vidět právě u lidí s duální diagnózou. Většinou nelze terapii pojímat tak, že probíhá v bezpečném prostředí a jednoho dne je dotýčný „vrácen“ do původního prostředí, do rodiny – naopak je velmi výhodné a někdy i nezbytné, aby rodina či partner nebo jiný blízký člověk byli součástí užší skupiny lidí, která zná smysl odvykací léčby i obtíže návratu a která sdílí terapeutické cíle a kooperuje na nich. Klíčovou roli v této koalici změny (klient + rodina + terapeuti) má samozřejmě samotný klient.

U lidí s duálními problémy bývá bohužel obvyklé, že rodina je po předchozích zkušenostech k výsledku terapie skeptická a případné snahy o maximální zplnomocnění klienta ze strany terapeutů či klienta samotného může vnímat jako naivní. Sdílené uvažování o budoucích možnostech života, překážkách a rizicích je proto mezi léčeným člověkem, jeho terapeuty a jeho blízkými lidmi nezbytné. Zdůrazňuji: Samotný kontakt těchto třech účastníků procesu není ještě koalicí změny; pro možnou změnu se musí společně nadchnout a věřit v její možnost i přes případné dílčí neúspěchy.

Podpora zajištění návaznosti léčby

Rezidenční léčbu nelze většinou vnímat jako zázračné období, ve kterém se vyřeší všechno. Pro člověka vždy bývá výhodné uvažovat spíše o terapeutickém kontinuu než o jedné konkrétní službě, tedy o dlouhodobějším plánu celkového recovery. Rezidenční léčba je pak jen jednou, byť důležitou etapou. Klíčovou pro udržitelnost stability je ale péče poskytovaná dlouhodobě v původním prostředí. U závislých lidí bez duálního problému lze nicméně mnohdy vystačit i bez následné péče (například proto, že nabídka vhodných služeb není všude rozšířená), nebo tato péče může probíhat jen s nízkou frekvencí a intenzitou. U lidí s duálním problémem je naopak udržení této kontinuity většinou nezbytné, někdy v podobě intenzivního case managementu, jindy v podobě chráněného zaměstnání, chráněného či podporovaného bydlení nebo nějaké jiné formy asistence. V ideálním případě do ústavní léčby člověk z dobře fungujícího kontinua péče přichází a může se do něj zase vracet, často je ale vytvoření tohoto kontinua důležitým cílem léčby, a to o to těžším, že klient si musí na nové lidi zvyknout, musí je poznat – proto je ideální, když takové vytváření kontinua probíhá osobně.

Nutnost reálné multidisciplinarity

V případech závislých lidí bez duálního problému často mluvíme o společné snaze obnovit všechny běžné životní role a zodpovědnosti – o návratu k těm rolím, které fungovaly před drogovou kariérou. U lidí s duálním problémem je cíl velmi podobný, ale je ztížen dvěma momenty: Zaprvé fungování bývá zhoršené ve více oblastech a bez asistence alespoň v úvodu návrat není snadný či možný a zadruhé mnoho lidí s duálním problémem přichází z rezignovaného světa (opakované hospitalizace, opakované neúspěchy, oficiální zneschopnění v různých oblastech) a prvky „běžných životních rolí“ se musejí po letech teprve vytvořit nebo obnovit. K tomu je výhodná asistence multidisciplinárního týmu, ovšem nikoli sestaveného paušálně z konkrétních profesí, nýbrž individuálně z těch profesionálů, kteří co nej přesněji reprezentují životní aspekty, ve kterých se klientovi nedaří.

Probouzení k odvaze

Duální diagnóza je silná nálepka nejen pro okolní svět, ale i pro člověka samotného. Celý stav, mnohdy samozřejmě odůvodněně, je zvýrazněn všemi možnými formálními zneschopněními (omezená svéprávnost, invalidní důchod, nevydaný řidičský průkaz). Dalších zneschopnění si je vědom člověk sám – ví, že se mu třeba daří obtížně udržet práci, mít vztah, může mít všelijaké zkušenosti s tím, jak se mu v minulosti nedařilo. V některých případech jsou samozřejmě cíle odvykací léčby „jen“ stabilizační či jako terciární prevence případných dalších škod, většinou se ale dá usilovat o zlepšení života a o rozvinutí potenciálu, na který dotyčný už mohl rezignovat. Zvláštním úkolem v terapii je proto pomoci člověku, aby našel odvahu ke změně, nesmířil se s danou mírou zneschopnění, někdy i opustil bezpečnou pohodlnost spojenou

se zneschopňující nálepkou. Tato motivace k odvaze musí být pro něj i pro jeho blízké uvěřitelná a realistická (viz již zmíněnou koalici změny), ale současně postavená tak, aby odvaha a vůle ke změně neskončily s prvními případnými neúspěchy.

Jiné „dávkování“ ústavní léčby

Vzhledem k jedinečnému spektru potíží každého člověka a vzhledem k různě složitému návratu do původního prostředí je nutné u lidí s duální poruchou zacházet i se samotnou délkou léčby jako s nástrojem, který se nastavuje podle potřeb a možností. Někdy může léčba probíhat „standardně“ v podobě několikátýdenního či několikaměsíčního bloku, kdy je kontakt s původním prostředím reprezentován hlavně propustkami, jindy může jít spíše o různě dlouhou sérii kratších stabilizačních pobytů. Velmi užitečné ale mohou být tzv. frakcionované léčby – ústavní léčba se přeruší na různě dlouhou dobu (týden, dva týdny, měsíc), člověk se vrátí domů, v původním prostředí se realita ozve jinak než v prostředí chráněném a dotyčný se pak vrátí zpět do terapie. Když zjistí, že vše funguje, jak má, a že je kontinuum péče dobře připravené, může být návrat do terapie i velmi krátký. Někdy může jít o sérii frakcí – kratší pobyty v původním prostředí jsou přerušovány kratšími hospitalizacemi, aby se klient na přechod do původního prostředí dobře připravil, nabral jistotu a současně měl záda krytá možností pokračování léčby v chráněném prostředí.

Různě náročné programy

Přítomnost duálního problému neznamená automaticky rezignovat na standardní terapeutické cíle, na plnou obnovu životních kompetencí. Neznamená ani automatické přijetí nebo přeložení člověka na oddělení s méně náročným programem. Mnoho lidí

s duálním problémem zvládne a chce zvládnout běžný, komunitně organizovaný odvykací program. Je proto výhodné, když má zařízení k dispozici více programů s různou mírou komunitního přístupu versus individuálního programu a s různou mírou programové náročnosti. V případě našeho zařízení je 3D program (oddělení bez myšlenkových schémat a předem daných terapeutických struktur) doplněn oddělením komunitně organizovaným a oddělením stojícím mezi těmito dvěma přístupy (rozvolněná komunita ve smyslu individuálnějšího přístupu v komunitním přístupu, čili „3D-like“ komunita), přičemž i klasická komunita by měla být schopna zvládnout člověka se specifickými problémy v duchu inkluze.

Environmentální enrichment

Texty o terapii se většinou soustředí na dílčí prvky terapie, na jednotlivé aktivity či obsahy, na terapeutický vztah a pomíjejí zásadní vliv celkového kontextu terapie – prostředí. Dnes máme dostatek ověřených dokladů o tom, že zvýšit šanci na úspěšnou terapii a úspěšné recovery můžeme, když budeme terapeutické prostředí formovat podle principů environmentálního enrichmentu (EE), tedy využívat pozitivního vlivu okolí na mozek i na duševní onemocnění. Prostor – a zvláště obohacené (EE), nikoli jen charakteristiky prostoru, ale i lidských vztahů a postavení člověka v tomto prostoru – může mít silný terapeutický potenciál. Klíčovými prvky obohaceného prostředí podle autorů Saleho, Solinase nebo Galaje jsou:

1. Možnost, aby se každý člověk dobrovolně zapojil do kognitivních, percepčních a motorických aktivit, které jsou předmětem jeho zájmu.
2. Přítomnost nových prvků vyvolávajících zvědavost a touhu zkoumat.

3. Přítomnost adekvátní sociální interakce a fyzický kontakt, zejména u velmi mladých lidí.
4. Možnost mít volbu svého prostředí a kontroly nad ním.
5. Prostor by měl být nehostilný a bezpečný a mělo by zvyšovat well-being.

Bohužel, běžné terapeutické prostředí ústavní či rezidenční léčby svým tradičním příklonem ke stenizující terapii či k chladným institucionálním standardům ohromný potenciál prostředí reparovat i hardwarové poruchy mozku nevyužívá. EE může mít dvě úrovně: obecnou (pasivní) a individuální (aktivní). Obecným EE jsou základní parametry léčebného prostředí – celkově vlídné, příjemné, inspirativní a podpůrné prostředí jako obecné nastavení zařízení a vztahů v tomto zařízení. Aktivní složkou EE jsou myšleny ty aktivity a momenty, které jsou individuální, specifické pro každého člověka – v terapii by je měl člověk objevit či znovuobjevit, měly by mu být nabídnuty jako možnosti, nikoli jako další povinnost, a měl by být motivován k jejich objevení a ideálně i k přenesení do dalšího života.

ZÁVĚR

Uvažovat o uzpůsobení rezidenční léčby tak, aby ji zvládli lidé s duální diagnózou, není jen dílčí úkol vyhovět okrajové skupině lidí se specifickou potřebou. U lidí s duálním problémem je jen více vidět potřeba individualizace přístupu, ze které by ale profitovali všichni. Jinými slovy by takové terapeutické prostředí mohlo být novou normou. Kdyby se podařilo formovat léčebné rezidenční programy s výše uvedenými parametry pro všechny lidi, mohli bychom omezit používání nálepky „duální diagnóza“ a nahradit ji co nejpřesnějším uvažováním o individuálních možnostech a potřebách v terapii. Terapeutům, terapeutickému vztahu i celé-

mu léčebnému procesu by ostatně prospělo, kdybychom uvažovali více o lidech než o komplikovaném a neosobním výčtu diagnóz. Takovýto přístup by samozřejmě vyžadoval tým, který si kromě nadšení a důvěry v dobrý výsledek terapie co nejdéle udrží myšlení bez schémat a bez pocitu, že porozuměl obecným kategoriím.

Literatura

- ADAMEČEK, D., a RADIMECKÝ. J. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. Klinická adiktologie. Grada Publishing, Praha, 2015.
- DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, K. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky, Praha, 2003: 195–200.
- GALAJ E., BARRERA, E. D., RANALDI R. Therapeutic efficacy of environmental enrichment for substance use disorders. *Pharmacol Biochem Behav.*, 2020. DOI: 10.1016/j.pbb.2019.172829.
- GOSSOP, M., MARSDEN J., STEWART D., KIDD T. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year follow-up results. *Addiction*, 2003: 291–303. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2003.00296.x.
- International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Geneva, 2020.
- KALINA, K. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Grada, Praha, 2008.
- RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. Filosofie léčby. In: NEVŠÍMAL, P. Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe. Středočeský kraj, Praha, 2007: 31f34.
- SALE, A., BERNARDI, N., MAFFEI, L. Environment and brain plasticity: towards an endogenous pharmacotherapy. *Physiol Rev.* 2014 Jan; 94(1): 189–234. DOI: 10.1152/physrev.00036.2012.
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky, Praha, 2021.

- SIMPSON, D. D. Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 Aug; 38(8): 875–880. DOI: 10.1001/archpsyc.1981.01780330033003.
- SKÁLA, J. Problematika ústavní péče. In: SKÁLA, J. a kol. Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Avicenum, Praha, 1982: 45–53.
- SOLINAS, M., THIRIET, N., CHAUVET, C., JABER, M. Prevention and treatment of drug addiction by environmental enrichment. *Prog Neurobiol*. 2010 Dec; 92(4): 572–592. DOI: 10.1016/j.pneurobio.2010.08.002.
- WEST, R., BROWN, J. (ed.) A theory of addiction. John Wiley & sons Ltd., 2013

Terapeutická komunita pro lidi s duální diagnózou

■ **Markéta Dolejší, Patrik Folíř, Gabriela Mahrová**

ÚVOD

V České republice v současné době fungují tři pobytové programy, které nesou prvky terapeutické komunity (TK) nebo jsou samostatnou terapeutickou komunitou pro lidi s duální diagnózou (DD). Jedná se o TK Sejřek, TK Tao a Chrupa Magdaléna. Příspěvek je výsledkem spolupráce autorů pracujících v těchto zařízeních. Terapeutická komunita pro lidi s duální diagnózou je jednou z částí systému péče o lidi s vážným duševním onemocněním (SMI), formálně může být sociální nebo zdravotnickou službou. Čím širší je spektrum služeb, tím širší je možnost výběru a každý klient může zvolit ten typ zařízení, které vyhodnotí jako nejlepší možnost pomoci.

Terapeutická komunita není vhodná pro každého klienta a její volba by neměla být prvoplánová a unáhlená. Rezidenční péče není ve spektru podpory první volbou řešení náročné životní situace. Člověk s duševním onemocněním a adiktologickým problémem nemusí být vždy někam „umístěn“. Než zvolí terapeutickou komunitu, je nezbytná podrobná psychiatrická i adiktologická diagnostika.

V následujícím textu uvádíme základní stavební kameny komunity pro lidi s DD tak, jak je vnímáme a jak se o ně opíráme v naší praxi.

Bio-psycho-socio-spirituální přístup

V principech terapeutické komunity pro člověka s DD je nezbytné zakotvení bio-psycho-socio-spirituálního přístupu. V oblasti, kde vstupuje do centra zájmu i závažné duševní onemocnění, stále narážíme na zastaralý medicínský model postoje ke klientům – pacientům. Zejména ve zdravotnických službách se setkáváme s paternalistickým přístupem. I v sociální práci se stále vyskytuje rigidní představa o tom, že „problémové“ klienty tohoto typu je potřeba primárně kamkoliv umístit.

Recovery

Dalším významným prvkem je recovery přístup, který přenáší odpovědnost za cíl terapie na klienta s důrazem na zplnomocnění a zodpovědnost při hledání smysluplné životní role a pohody i s omezeními přinášnými nemocí (jak o něm píše např. Sobotka, Dvořáček nebo Kašpar s Pelantovou). Klienti s DD často procházejí mnoha službami, jsou schopni dosáhnout jen části svých cílů a obvykle se do služeb opakovaně vrací, aby pokračovali na cestě ke spokojenému životu s ohledem na vlastní přání i limity. Klientovo vnímání úspěšnosti léčby je zásadní pro další směřování a spolupráci s ním. Domníváme se, že v rámci léčby nelze obsáhnout všechny problematické okruhy života. Za úspěch považujeme každou dílčí změnu, jež klientovi pomůže zkvalitnit život, byť by byla jen jedna. Léčbu v terapeutické komunitě vnímáme jako epizodu v životě, po níž může následovat ještě dlouhý proces uzdravy. Jako úspěch vnímáme, pokud klient objeví naději a chuť do života.

Vyváženost individuálního a skupinového přístupu

V základech přístupu se shodujeme na tom, co je nejtěžší – propojit výrazné skupinové zaměření (které vychází ze základních principů komunity) s nutností individuálního přístupu k lidem s duševním onemocněním. Pokud tato základní linka vinoucí se celou terapii není vyvážená, dostává se celá terapeutická komunita do problémů a konfliktů. Proto věnujeme velkou pozornost individuálnímu plánování, které by mělo v co největší míře odrážet zájmy skupiny a podporovat vztahovou dynamiku a kohezi komunity jako celku. Pro tým může být velmi těžké neudělat za klienta i komunitu volbu, a co je důležitější, vybalancovat rovnováhu.

Skupinová práce s touto klientelou má také určitá specifika. Nemůžeme plně využít sílu skupinové dynamiky, neboť klienty příliš ohrožuje. Ve standardní skupině závislých klientů dynamiku přirozeně vytvářejí oni, terapeut procesy spíše usměrňuje. Zde aktivitu přebírá terapeut, podněcuje ostatní k interakcím, je více direktivní; rozhýbat dynamiku je víceméně na něm. Klienti při skupinách často mlčí – kvůli únavě, medikaci, přítomnosti či nepřítomnosti bludné projekce, silnému strachu, úzkosti. Klienti se velmi málo pouštějí do skupinových interakcí. Také je pro ně obtížné vstupovat do konfliktů, struktura jejich osobnosti jim neumožňuje vytvořit si dostatečné obrany pro podobné situace, často se cítí vydáni domnělému agresorovi na pospas. Proto není vhodné, aby ve skupině byli klienti, jejichž problematika souvisí s nezvládnutím vlastní agrese. To je zásadní kontraindikace pro přijetí do programu (v obecné rovině je potřeba zajistit bezpečí v programu TK, to je důvodem pro pečlivé provedení přijímacích pohovorů). Nemůžeme také očekávat, že klienti budou sami od sebe přinášet do skupiny situace, které nejsou v souladu s pravidly TK. Důvody jsou zmíněny výše, absence obran, strach z konfliktu, psychotic-

ké produkce. Klienti si s nimi prostě nevědí rady, opět je to terapeut, díky němuž se tyto situace dostávají do skupinového dění.

Při práci s cílovou skupinou je třeba mít na paměti, že tito klienti často mají sníženou míru empatie, ale vysokou vnímavost. Všechno má zdánlivě smysl, všechno v jejich subjektivním vnímání něco znamená, každý detail může být významný. To znamená, že do této skupiny nepatří ironie, dvojsmysly, černý humor.

Metafora skupinové práce, jak ji vnímá tým TK Sejřek: „Okolo zamrzlého jezera sedí skupina lidí, nikdo se neodvážá vstoupit na led. Terapeut je ten, který musí vyšlapat cestičky mezi jednotlivými členy, propojit je a také je ubezpečit, že je led se vším, co mají, bezpečně udrží.“

Nároky na tým a multidisciplinarita

Práce s klienty s duální diagnózou klade vysoké nároky na tým. Základem je pestrost profesí, tedy multidisciplinarita. Nesmí chybět alespoň jeden pracovník se zkušenostmi z oblasti léčby závislostí a jeden se zkušenostmi z komunitně-psychiatrických služeb. Důležité jsou spolupráce a zapojení psychiatra. Klíčovým faktorem je týmovost – rozhodujeme společně, všichni jsme stejně významní v procesu léčby klienta i v zodpovědnosti za program. Terapeut se často dostává do náročných situací s klientem a potřebuje podporu a zpětnou vazbu od týmu. Tento prvek výrazně snižuje riziko drop-outu klienta. Dalšími specifiky práce terapeuta jsou:

- Větší angažovanost – tým musí být klientům neustále k dispozici, často i v každodenních činnostech.
- Trpělivost – klienti často zapomínají, nedovedou udržet strukturu; je to terapeut, kdo tato témata opakovaně a trpělivě přináší.
- Schopnost improvizace – s individuálním přístupem a volnějšími pravidly vyvstávají nové a nečekané situace.

- Vytváření a kultivace bezpečného respektujícího a destigmatizujícího prostoru ke sdílení zkušeností.

Na závěr teoretického úvodu můžeme zodpovědně říct, že využití metody terapeutické komunity při práci s lidmi s DD nic objektivně nebrání. Jako každá metoda se může modifikovat a adaptovat při zachování všech účinných terapeutických faktorů. Jak sociální, tak zdravotnický systém má možnosti tuto metodu využívat. Terapeutická komunita se jeví jako vhodná metoda pro vhodně identifikovanou část klientů s motivací ke změně.

PRVNÍ PŘÍKLAD Z PRAXE: TK SEJŘEK

Terapeutická komunita Sejřek se koncipovala ze standardní komunity pro drogově závislé. Původně se pokusila začlenit klienty s duální diagnózou mezi klienty s čistě drogovou závislostí. Ukázalo se, že to není efektivní model, jde o dvě cílové skupiny s odlišnými potřebami. Postupně se tedy vyprofilovala na komunitu specializovanou na lidi s duševním onemocněním z okruhu SMI. Přizpůsobila svůj program i složení terapeutického týmu. Jejich uplatnění v praxi mělo vývoj, zachované principy účinných faktorů metody terapeutické komunity jsou ovšem zásadní.

Významným prvkem je délka programu. Klienti jsou v TK až jeden rok, což je doba, která umožňuje dostatečně dlouhou adaptační fázi (může trvat až šest měsíců). Klienti, kteří přicházejí do TK Sejřek, se hůře a déle sžívají s novým prostředím, s novými lidmi, déle se u nich buduje pocit důvěry a bezpečí. V počáteční fázi pobytu se nekladou na klienta téměř žádné nároky, je víceméně na něm, jakou míru zapojení do programu si zvolí. Cílem je snížit zátěž a umožnit individuálnější přístup, s velkým důrazem na základní bezpečí.

Cílová skupina

Do komunity nastupují většinou klienti po stabilizačních pobytech na odděleních psychiatrických nemocnic, kteří tuto možnost využívají především proto, aby mohli nemocnici opustit. Část z nich tvoří „chroničtí“ psychiatrickí pacienti, kteří se nikdy neléčili ze závislosti a mají za sebou opakované dlouhodobé pobyty na odděleních bez režimu a psychoterapie. Ti se v počátku pobytu v TK často identifikují s rolí pacienta, tedy někoho bezmocného, pasivního, odkázaného na péči ostatních. Vzhledem k systému podpory je to často jediná role, kterou znají a která může na počátku pobytu přinášet určitou subjektivní míru bezpečí. Jedním ze základních cílů programu tedy je vrátit klientovi kompetence a odpovědnost za jeho život a pomoci mu uvědomit si jeho další životní role.

Klienti přicházejí bez valné vnitřní motivace ke změně, komunitu vnímají jako další instituci, kam se dostali.* Proto je při příchodu nového klienta na prvním místě práce na motivaci a pomoc při hledání důvodů, proč v komunitě vůbec být. Teprve když se to podaří, je klient schopen uvažovat o své další zakázce.

Klienti také hůře zvládají některé zátěžové momenty pobytu, jako jsou např. adaptace na nové prostředí, období přestupu do vyšší fáze nebo blížící se odchod z TK. Často hůře snášejí jakýkoli tlak ke změně. Tyto momenty mohou přispět k rozvoji psychotických příznaků a program TK se jim přizpůsobuje.

Klíčové prvky programu:

- Posílení sebehodnoty: získání vědomí vlastní identity – intenzivní podpora terapeutického týmu pro klientovo zapojení do programu. Oceňování a mapování silných stránek klienta.

* Poté, co se z těla vyplavily psychoaktivní látky, které psychotický stav vyvolaly, odeznívá toxická psychotická porucha většinou alespoň částečně do 1 měsíce, plně pak do 6 měsíců.

- Posílení kontaktu s realitou: časté reflektování a kotvení běžné každodenní činnosti – je možné mluvit o démonech, ale je také potřeba vnášet realitu.
- Akceptace psychotické zkušenosti: sdílení s ostatními, vytváření bezpečného prostoru pro sdílení.
- Zmapování spouštěčů psychózy, identifikace varovných signálů: specifická prevence relapsu.
- Zlepšení komunikace s okolím.
- Realističtější náhled na nemoc a její přijetí. Jde o velmi vysoký cíl, většina klientů si nechává kousek nepřijetí s vírou, že se může své nemoci někdy nadobro zbavit.

Spolupráce s psychiatrem

Na psychiatra jsou kladeny zvýšené nároky na flexibilitu poskytování intervencí klientům i konzultací se členy týmu na základě aktuálního psychického stavu klientů – nezbytná jsou například možnost telefonické intervence nebo příležitostné výjezdy klientů do ambulance psychiatra.

Psychofarmakologickou léčbu klient v průběhu pobytu v komunitě s psychiatrem ladí do optimální podoby. Chráněné prostředí komunity je ideálním místem pro hledání minimální nutné dávky medikace a/nebo jiných, lépe vyhovujících léků. Klient je veden k převzetí kompetencí ohledně vlastní medikace i jejího optimálního nastavení; cílem je, aby za svoji medikaci, její nastavení i užívání převzal odpovědnost. Míra týmové asistence a kontroly užívání předepsaných léků se stupňuje v rámci postupu a posunu ve fázích léčby – od vysoké kontroly až k úplné samostatnosti.

Terapeutická komunita má jako sociální služba jistou kapacitu pro akutní krizové psychické stavy klientů. Proto těm, u nichž to indikuje psychiatr, umožňujeme dočasné a někdy i dlouhodobější

vysazení z pracovní a terapeutické zátěže komunitního programu. Dříve jsme takto dekompenzované klienty automaticky posílali na stabilizační pobyt do psychiatrických nemocnic, odkud se potom z různých důvodů do komunity nevraceli. Zkusili jsme je proto nechávat v komunitě, kde je jejich psychický stav pod dohledem komunitního psychiatra. Ukázalo se, že je to efektivnější a také vlídnější metoda. Pro případ nutnosti psychiatrické hospitalizace je důležité mít s klienty dohodnut krizový plán, jenž za daných okolností jasně definuje předem dané postupy, a pravidelně ho obnovovat.

DRUHÝ PŘÍKLAD Z PRAXE: TK TAO

Součástí Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě je terapeutická komunita Tao. Program je přizpůsoben zájmům malé skupiny a každý člen při tom vytváří svůj vlastní individuální terapeutický plán. Protože má větší možnost volby a přizpůsobení programu svému aktuálnímu stavu, nepodléhá příliš vysokému tlaku na přizpůsobení skupině; program není striktně nastaven, klient se na něm aktivně podílí. Ve zdravotnictví bývá i předem neurčená délka doby hospitalizace, proto je nutná vysoká míra propojenosti se sociálními službami už v nemocnici. Spolupráce s terénními pracovníky i návštěvy center následné péče jsou pevnou součástí programu.

Péče o dům a činnostní terapie by měly mít co nejširší nabídku a rovněž možnost volby. Terapeuti pomáhají členům komunity s rozhodováním, jak si program sestaví. Může se stát, že všechna práce nebude hotová, to ale nevádí, neboť vycházíme z přesvědčení, že terapie prací nemusí mít vždy hmatatelné výsledky. Důležitá je činnost a dobrý pocit z ní. Ne vždy lze spolupracovat s ostatními, každý má nárok na čas potřebný k tomu, aby pro ko-

operaci získal motivaci a důvěru. Většinou však společná činnost vede k získání terapeutického materiálu pro další zpracování. Cílem je získání pozitivního náhledu na součinnost a ochotu někam patřit.

V komunitě využíváme také individuální terapii a její propojení se skupinovou. Součástí programu jsou sociální nácviky, metakognitivní trénink nebo tématické skupiny. Ve zvýšené míře zařazujeme muzikoterapii, arteterapii a relaxaci. Rodinná a vztahová terapie je na vyžádání. Komunita se do jisté míry zapojuje i do doléčování. Prioritně motivuje své členy k zařazení do komplexního programu následné péče. V nabídce komunity jsou i tzv. opakovací pobyty, pobyty v případě krize a možnost opakované léčby.

Jako velká výhoda se jeví multidisciplinární tým se zdravotnickým zaměřením. Denní přítomnost psychiatra dává možnost konzultovat medikaci podle potřeb klienta. V týmu jsou psycholog, adiktolog, zdravotní sestry, sociální pracovník, činnostní terapeut a peer pracovník. Všichni zároveň umějí vytvářet komunitní prostředí. To je pak základem pro dobrou spolupráci jak skupinovou, tak individualizovanou. Nevýhodou je institucionalizovaná struktura.

Terapeutická komunita pro lidi s duální diagnózou může fungovat v prostředí psychiatrické nemocnice za předpokladu, že bude podporován bio-psycho-socio-spirituální přístup. Zní to jednoduše, ale opustit zastaralý medicínský postoj bývá složité. Legislativně tomu nic nebrání, je to věc osobního rozhodnutí. Multidisciplinární složení týmu vede k opuštění často hýčkané zdravotnické hierarchie. Pokud je tým demokratizován, má zdravotnictví velkou výhodu v zabezpečení kontinuální péče o osoby s onemocněním z okruhu SMI. Klienti mají možnost získat dobré zkušenosti v úzké spolupráci s lékařem, jsou partnery při své léčbě. Zvyšují svoje kompetence v péči o vlastní duševní zdraví.

Komunita ve zdravotnictví může plně uplatnit všechny účinné terapeutické faktory. Hodně ale zápasí s ambivalencí klient versus pacient. V komunitním systému je nutné odbourat patientské charakteristiky: Pacient je zbaven povinností, které jinak patří k jeho životním rolím. Pacient není odpovědný za svou situaci. V komunitě tento přístup nemáme, základ by měl být už v samotné filozofii léčby. Transformace psychiatrie nás přivedla na myšlenku nedívat se na člena komunity jako na pacienta ani jako na klienta, vidíme ho jako člověka, čímž posouváme základní přijetí lidí s duševním onemocněním do roviny humanity a péče o lidská práva. V tomto pojetí není důležitá ani diagnóza, ani onemocnění, podstatný je člověk jako jedinečná bytost a člen komunitního společenství. Život v komunitě ne vždy vede k úplné úzdavě, dává však zúčastněnému možnost vybudovat individuální životní styl, který propojí reálné možnosti a potřeby jednotlivce s těmi společenskými. Každý člověk s duální diagnózou nemůže ve všech ohledech dlouhodobě naplňovat všechny představy o vlastních životních rolích; cílem je, aby byl spokojený. Vždycky se to nepodaří hned napoprvé, někdy vůbec.

TŘETÍ PŘÍKLAD Z PRAXE: NÁSLEDNÁ PÉČE CHRPA

V roce 2014 jsme začali v Magdaléně uvažovat o potřebě změny přístupu ke klientům s DD. Tradiční nástroje, které jsme byli zvyklí používat v rámci komunity (úlevy, volna, individuální plány), nefungovaly. Klienti vypadávali z léčebných programů. Měli jsme ideální podmínky, podporu ředitele-psychiatra i potřebný zkušený multidisciplinární personál, který chtěl vytvořit program pro klienty s DD, respektující jejich potřeby i limity. Začali jsme sbírat zkušenosti doma i v zahraničí. Vzdělávali jsme se v nových přístupech (DBT, case management, psychiatrické minimum). Byli

jsme konfrontováni s tím, že klienty namísto integrace separujeme. Utvrdili jsme se, že s klienty s DD se dá pracovat skupinově, vytvářet a udržovat společenství, přebírat odpovědnost, zplnomocňovat je. Začátkem roku 2016 jsme otevřeli program Chrupa. Myslím, že jsme se radovali a obávali zároveň. Věřili jsme, že jdeme správným směrem a byli připraveni zkoušet nové věci, dělat chyby a učit se z nich.

Chrupa je propojení modelu terapeutické komunity a doléčovacího procesu. Vnímá sama sebe jako společenství, do kterého se mohu začlenit – stejně jako do rodiny – a které mě přesahuje. Proto, abych mohl/a patřit do komunity, musí v ní být podobní lidé, jako jsem já. Klienti s duální diagnózou jsou mnohdy z běžných společenství vyčleňováni. Komunita složená pouze z tohoto typu klientů jim často přináší první bezpečné prostředí, kde mohou otevřeně mluvit o všem potřebném, kde jim ostatní rozumějí a řeší podobné problémy. Mohou se také chovat přirozeně – přestat se snažit a začít se autenticky projevovat. Aby se klienti cítili bezpečně, je skupina malá (osm osob) a má své vlastní zázemí se vším potřebným. Aby nebyla opuštěná, je v těsném sousedství klasické TK ve společném areálu v lese kousek od Mníšku pod Brdy a je s TK propojena společným stolováním, volnočasovými akcemi, aktivitami a rituály. Aby byla v rámci společenství přínosná, účastní se dění v rámci areálu společně s klienty klasické TK, společně se stará o farmu, zahradu a dům.

Rituály a společné akce přispívají k propojení s místní komunitou i s bývalými klienty. Lidé, kteří se sami dlouhodobě vnímali jako outsideri a žili své životy „za sklem“, prodávají ve stáncích adventní věnce, slaví svůj absolventský rituál společně s ostatními i se svými blízkými, setkávají se s bývalými úspěšnými klienty – spokojenými lidmi, kteří před pár lety byli tam, kde jsou oni teď. Pevná struktura dne i týdne pomáhá postupně uspořádat chaotický život klienta.

DBT přístup

Při práci s klienty, lze doporučit DBT metodu (viz str. 122). Je založena na kombinaci principů humanistické psychologie, dialektického postoje, psychodynamického přístupu a kognitivně behaviorální terapie. Klade důraz na učení se flexibilitě a na hledání rovnováhy místo extrémů, na pochopení principů vlastního chování a na behaviorální nácvik nových dovedností. Tým uplatňuje prioritizaci cílů a témat na základě použití DBT pyramidy. Řídíme se závazky pracovníků DBT týmu:

1. **ZACHOVÁVAT DIALEKTICKÝ POSTOJ.** Neexistuje absolutní pravda, úkolem týmu je usilovat o shodu, nikoli o pravdu. Dialektický postoj nevylučuje ostré názory ani nevnímá existenci polarit jako nežádoucí. Naznačuje směr, kudy se ubírat, aby-
chom udrželi jednotu týmu.
2. **KONZULTACE PROBÍHÁ SMĚREM KE KLIENTOVI.** Podstatou plánování léčby v DBT je princip, že terapeuti neplní pro klienty roli prostředníků ve vztahu k dalším profesionálům, ostatní členy týmu nevyjímaje. To však neznamená, že by členové týmu neplánovali léčbu svých klientů společně, nevy-
měňovali si mezi sebou informace o nich (včetně jejich potíží s dalšími členy terapeutického týmu) a nediskutovali společně nad problémy, které se objevují v léčbě.
3. **SHODA V OTÁZCE KONZISTENCE.** Selhání, která přicházejí v souvislosti s naplňováním cílů léčby, jsou pro klienty pří-
ležitostí, jak se naučit vypořádat s reálným světem. Úlohou týmu není poskytovat klientům dokonalé prostředí. Tým pro-
to souhlasí s tím, že není možné očekávat neustálou shodu. Každý terapeut může mít vlastní pravidla a podmínky terapie, pokud jsou v souladu s programem.
4. **ZKOUMÁNÍ LIMITŮ.** Členové týmu se zavazují zkoumat své osobní a profesní limity.

5. **FENOMENOLOGICKÁ EMPATIE.** Terapeuti usilují o nepejorativní a fenomenologicky empatickou interpretaci klientova chování. Závazek je založen na základním předpokladu, že klienti dělají, co nejvíce mohou, a chtějí se zlepšit, spíše než by sabotovali terapii a manipulovali se svým terapeutem. Členové týmu se tedy snaží podporovat se navzájem v držení nehodnotícího DBT rámce.
6. **SHODA NA OMYLNOSTI.** Terapeuti jsou chybuující. Nemí třeba být v obraně, neboť se všichni shodneme na tom, že terapeuti možná udělali problematickou věc, ze které jsou obviňováni. Protože v principu všichni terapeuti chybují, je jasné, že budou nevyhnutelně porušovat všechny závazky zde diskutované. Až se tak stane, budou spoléhat jeden na druhého s cílem vykreslit polarity a posunout se k nalezení shody.

Klíčové prvky programu:

- Vztah tzv. garanta s klientem – klient je v intenzivním a blízkém kontaktu s garantem, individuální setkání probíhají v pravidelném rytmu, v případě potřeby se intenzita zvyšuje, a naopak.
- Otevřenost vychází z principů doléčování. Přestože je program velmi strukturovaný a ohraničený, poskytuje klientovi velký prostor hledat své vlastní směřování – orientaci na život venku, přístup k práci jako součásti každodenního života nebo v trávení volného času.
- Case management (CM). Díky integraci CM přebírají na začátku pracovníci hodně odpovědnosti. Postupně, jak klient v procesu osobnostně roste, se zodpovědnost předává do jeho rukou. Nakonec tedy dojde ke zplnomocnění a samostatnosti v souladu s cílem programu. S nastavením na principy CM pokračujeme i po léčbě a klienta navazujeme na další CM v přirozeném prostředí (mimo komunitu)

- Spolupráce s rodinou a blízkými klienta. Věříme v možnost změny nejen u klienta, ale i u celého rodinného systému. Bez ní by byl klientův návrat do původního prostředí obtížný. Od začátku klienty podporujeme v tom, aby byli se svými blízkými v kontaktu. Stejně tak od počátku poskytujeme rodinná sezení společně s klientem, abychom podpořili obnovu a upevnění rodinného systému. Součástí rodinných sezení je i edukace v oblasti závislosti a duševní poruchy. Rodiče či blízcí jsou často přítomni přijímacímu procesu, během kterého již probíhají základní edukace a vysvětlení výhodnosti a potřeby další spolupráce.

ZÁVĚR

S určitou mírou nadsázky můžeme konstatovat, že to, co prospívá klientům v terapeutické komunitě, není jen dobře odvedená psychoterapie nebo dobře zpracovaná terapeutická zakázka, ale hlavně společenství lidí, kteří se vzájemně respektují, kde si každý jednotlivec může zažít to, že je platný a potřebný pro ostatní, a kde ho mají rádi a chovají se k němu s respektem a důstojností.

Literatura

- FOX, L., DRAKE, R. E., MUESER, K. T., BRUNETTE, M. F., et al. Integrovaná léčba duálních poruch. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 2011.
- HILL, D., PENSON, W., CHARURA, D. Working with Dual Diagnosis: A Psychosocial Perspective (Foundations of Mental Health Practice). 1st ed. Springer, 2015.
- KOOYMAN, M. Terapeutická komunita pro závislé. In.: NEVŠÍMAL, Petr. Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj. Praha, 2005.
- LINEHAN, M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1st ed. Guilford Press, 1993.

- LINEHAN, M. DBT Skills Training Manual. Second edition. Guilford Press, 2015.
- MAGDALÉNA, o. p. s. Metodika práce s klientem s duální diagnózou. 2018.
- MAGDALÉNA, o. p. s. Operační manuál Chrupa.
- RAGINS, M. Cesta k zotavení. Fokus, Praha, 2018.
- TORRENS, M., MESTRE-PINTÓ, J-I., DOMINGO-SALVANY, A. Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Úřad vlády České Republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Praha, 2017.



Služby bydlení a následné péče pro osoby s duální diagnózou

■ **Tomáš Kašpar, Tereza Pelantová**

V době vzniku této publikace existuje v rámci služeb chráněného bydlení nebo následné péče málo programů, které by se cíleně a koncepčně zaměřovaly na klienty se zkušeností s duální diagnózou (DD). Mnoho podobných programů se ale u klientů s touto problematikou stále častěji setkává a pak je třeba hledat cestu, jak na ni adekvátně reagovat. V českých podmínkách chybí odborná literatura k danému tématu. Náš příspěvek se tedy opírá o zkušenosti ze dvou pobytových programů, kde se s klienty s DD pracuje. Každý má vlastní kořeny a zaměření a každý svým způsobem reaguje na danou problematiku a vytyčuje tak dva možné přístupy.

Prvním programem je komunitně psychiatrická služba dlouhodobého chráněného bydlení pro osoby se závažným duševním onemocněním. Klienti s DD zde procházejí specifickým programem podpory v abstinenci. Druhý přístup přináší doléčovací služba následné péče pro klienty s DD. Zařízení vychází z adiktologické tradice a poskytuje klientům strukturovaný doléčovací program, který je ale od počátku orientován na práci s lidmi s DD.

Dalo by se říci, že první cestou je vytvoření specifické metody práce s klienty s DD, která je součástí již existujícího progra-

mu podpory klientů s duševním onemocněním. Tento přístup je zatím obvyklejší v komunitně-psychiatrických službách. Druhou cestou může být vytvoření specializovaného programu pouze pro klienty s DD. To se v českých podmínkách uplatňuje především v původně adiktologických službách. Vznikají tak nejen terapeutické komunity pro klienty s DD, ale i pobytové programy následné péče pro tuto cílovou skupinu.

Každý z přístupů má svá pro i proti, v tomto příspěvku se chceme zaměřit především na aspekty, které se nám v obou přístupech jeví jako důležité.

HLAVNÍ VÝCHODISKA

Práce s člověkem jako s celistvou bytostí

Ve vědách o člověku už dávno zdomácněl bio-psycho-socio-spirituální model zdraví a bytí vůbec, jehož základem je snaha vidět život jedince holisticky. Tento způsob uvažování vnímáme při práci s klienty s DD jako užitečný. Je dobré mít na paměti, že k nám přichází člověk s jedinečným příběhem, jehož součástí se staly užívání návykových látek i zkušenost s duševním onemocněním. Takového člověka je důležité brát jako jednotnou bytost a v přístupu k němu zohlednit jak obě skupiny zkušeností, tak vše další, co k danému člověku patří.

Sociální služby se v současném nastavení orientují hlavně na práci s přesně definovanou cílovou skupinou. Pracovníci velmi dobře znají svou oblast, často však mají menší povědomí o oblastech dalších, a tak si mnohdy netroufají se na ně ani ptát. V pobytové službě musíme důsledně zmapovat všechny podstatné oblasti života člověka a umět se zeptat, zda má např. hlasy nebo jiné nezvyklé zkušenosti, jak často pije alkohol nebo zda užíval

nelegální návykové látky injekčně. Při tom musíme brát na zřetel, že každý klient je jedinečný – pro někoho je velmi složité mluvit o své minulosti, a než se nám otevře, může to trvat delší dobu. Dobré mapování obojí problematiky by ale mělo stát na začátku každé spolupráce. Na konkrétní organizaci zůstává, zda takové mapování udělá jeden pracovník proškolený ve všem potřebném, nebo zda půjde o dva či více spolupracovníků v týmu, kteří si informace předají. Na klientovi pak záleží, jak dlouho takové mapování bude probíhat. Není neobvyklé, že k některým věcem ze života klienta se dostaneme až třeba po půlroce a k jiným vůbec. Vnímáme jako důležité nadále se zkoušet ptát, ale vždy respektovat hranice a přání klienta.

Napínavé začátky a problematika příjmů a náhledu

Proces přijímání klientů může mít různou podobu. Služby pro klienty s DD by neměly mít příliš vysoký práh, uvažovat o několika základních kritériích při přijímání klientů ale vnímáme jako důležité.

Ve většině pobytových programů se klienti setkávají, často i bydlí společně, tvoří komunitu. Základním kritériem pro nástup bývá to, že je klient schopen života s dalšími lidmi. Významnou část klientů tvoří lidé s psychotickým onemocněním, pro které bývá kontakt s druhými lidmi často složitý. Většina programů pro osoby s DD se tedy vyhýbá přijímání osob s agresivními projevy chování nebo těch, kteří mají výrazné tendence používat druhé k dosažení svých cílů (bývá to součást psychopatologie jedince). Jejich přítomnost ve skupině často představuje pro ostatní klienty nepřiměřený stres a tlak, v jehož důsledku se stahují a někdy z programu i odcházejí.

Významnou, ale poměrně složitou otázku při příjmech klientů představuje zjišťování náhledu na onemocnění i na závislost. Jako

náhled se v psychiatrii označuje uvědomování si různých aspektů a symptomů svého onemocnění. V rámci vstupního screeningu obvykle potřebujeme zjistit klientův postoj k vlastnímu onemocnění i k závislosti; podle našich zkušeností zejména postoj k závislosti výrazně determinuje to, jak klient (ne)zvládne začátek programu. Mnoho klientů si v chráněném prostředí nemocnice nepřipouští – a často ani nemá možnost vyzkoušet si v realitě – že mají problém s užíváním návykových látek. Během hospitalizace takoví lidé abstinují rok i několik let, v nechráněném prostředí ale velmi rychle selhávají. V ideálním případě doporučujeme klientům před příjmem čtené vycházky, kde si mohou kontakt s běžným prostředím natrénovat.

Složitější situaci představuje náhled na onemocnění. Někteří klienti své příznaky „prostě žijí“, jsou součástí jejich každodennosti a sebeobrazu, a přestože pak podle psychiatrie nemají náhled (což se možná během jejich života už nezmění), jsou schopni obstat v životě mimo nemocnici. Takovým klientům by měly být pobytové služby otevřené. Dobrým pomocníkem k alespoň základnímu zjištění, jak klient zvládá nároky života mimo nemocnici, může být třeba zkušební pobyt nebo docházení do našich zařízení.

Do pobytových služeb se klienti nejčastěji dostávají z psychiatrických nemocnic nebo rezidenčních léčebných programů. Přicházejí tedy aspoň z částečně chráněného prostředí a přechod do pobytové služby pro ně bývá velkou změnou. Současný život je plný stresu a klade na všechny silné nároky, jež mohou při přechodu z chráněného prostředí klienty zatížit a u některých vedou k dekompenzaci psychického stavu. Po určitou dobu bývají někteří z nich úzkostnější, vracejí se jim a zesilují mnohé příznaky onemocnění, s čímž je dobré při vstupu klienta do programu počítat. V takovém případě postupně s klientem hledáme rovnováhu mezi

výraznější podporou a zátěžovou expozicí. Délka adaptační fáze může být různá, u někoho trvá i několik měsíců. Počáteční období v programu je podobně složité i pro závislostní problematiku. Klienti jsou v běžném životě vystaveni různým podnětům (otevřené zahrádky a restaurace, intoxikovaní kolemjdoucí, nabídky drog...), což mnohé z nich přivede k silné chuti na drogu; ty je důležité monitorovat a zpracovávat. Pro část klientů bývá počáteční období ve službě velmi složité, ale jsou i takoví, kteří s ním problémy nemají.

Balancování mezi pevnou strukturou adiktologie a podpůrným přístupem zaměřeným na práci s onemocněním

U klientů s DD často v průběhu pobytu v pobytové službě dochází k proměnám v tom, jaká problematika je v popředí. Každý klient je jedinečný a takový je i jeho obraz DD. V praxi to znamená, že můžeme mít v programu klienty, u kterých se výrazně manifestuje aktuální dekompenzace onemocnění, a současně klienty, kteří jsou v rizikové fázi závislosti (mají silné chutě, pohybují se v rizikovém prostředí), přičemž se obojí může současně nebo postupně kombinovat i u jednoho klienta. Tato „duálnost“, rychlé překlápění v čase, klade velké nároky na program i pracovníky, protože ke každé problematice se v základu přistupuje rozdílným způsobem a obojí má své pevné místo v programu, který reaguje na potřeby klientů.

Příklad z praxe

Kolega přináší na supervizi otázku, jak dál pracovat se dvěma konkrétními klienty. Má v péči dva muže, kteří na první pohled působí hodně podobně. Při programech často mlčí, hodně času tráví v bydlení, často spí. Něco mu ale nesedí na tom, přistupovat k oběma stejně. První je asi šestadvacetiletý muž s dia-

gnózou paranoidní schizofrenie. Prakticky neustále slyší hlasy, kvůli nimž obtížně zvládá prostředí města, každá nová zkušenost ho stojí mnoho sil a pak se potřebuje stáhnout do bezpečného prostředí bytu. Závislost má v anamnéze, ale aktuálně s ní nemá problémy, zvládá nechráněné prostředí i bez většího bažení. Díky postupné trpělivé podpoře zkouší nové věci, třeba shánět si práci nebo chodit do bazénu. Na trpělivé nabízení reaguje postupnými změnami a otevíráním se, nepřiměřený tlak u něj ale vede k výraznému vnitřnímu stažení a ke zhoršení psychického stavu. Druhý, asi čtyřicetiletý muž, má také paranoidní schizofrenii, ale je dlouhodobě bez výraznějších psychotických symptomů. Nové prostředí zvládá dobře, pokud jde o duševní onemocnění, má ale silné bažení, nedokáže naplnit volný čas, pak se nudí a padá do cravingu. Přestože o tom ví, zůstává hodně pasivní. Na mírnou pozvolnou podporu nereaguje. Jako přiměřenější cesta se zde jeví spíše adiktologický přístup s větším tlakem na klienta. Jasný a časově omezený plán by mu mohl pomoci vystoupit z pasivity spojené s dlouholetým užíváním drog.

PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE PRO KLIENTY S DD KOLPING BRNO

Zjednodušeně se dá říci, že v resocializaci člověka se závažným duševním onemocněním se uplatňuje trpělivý podpůrný přístup s eliminací většího tlaku na klienty, zatímco v adiktologii se více používají pevná pravidla, jasná struktura, časové mantinely. Adiktologický přístup by se dal charakterizovat jako více nárokový. V práci s klienty s DD je třeba uplatňovat oba přístupy, doplňovat jeden druhým a někdy mezi nimi i velmi rychle přepínat. To bývá složité i pro zkušené pracovníky. Pomoci nám v tom mohou

některé dobře nastavené prvky tak, jak je využíváme v Programu následné péče Kolping v Brně.

Pobytový program pro klienty s DD musí mít správně nastavená základní pravidla – stručná, jasná a srozumitelná. Program bez pravidel nebývá bezpečný a mezi klienty obvykle vede k rozšíření relapsů, program s přehnaně svázanými pravidly zase vede k předčasnému ukončování služby, protože je pro klienty nepřiměřený a oni mu z mnoha důvodů nedokážou dostat (časté změny psychické kondice, velká únava, potřeba mnohonásobně delšího času ke změně a možnost opakovaných přešlapů).

Významným pomocníkem může být také přiměřený týdenní nebo měsíční program. Je-li dobře nastaven, přináší klientům časovou strukturu, aktivizuje je, poskytuje jim bezpečí a alespoň základní kontakt s ostatními. Pracovníkům umožňuje postupné navázání vztahů s klienty, jasně vytyčuje minimální nutnou aktivitu klientů a představuje přirozený diagnostický nástroj. Podle praktických zkušeností se dá celkem jednoznačně říci, že pokud klient přestane navštěvovat program, který má aktuálně naplánovaný, něco se s ním děje. V takovém případě se jeví užitečné rychle, citlivě a důsledně reagovat a klienta oslovit. Důvody mohou být různé.

Program by měl být jasně definovaný, ale také dostatečně pružný. Klienti by měli vědět, že je důležité se ho zúčastnit, zároveň je ale možné – a někdy stejně důležité – na něm nebýt. Takový program klientům pomáhá rozvíjet schopnost odhadnout vlastní potřeby a síly a adekvátně na ně reagovat. Pomocníkem při práci s programem může být respektující atmosféra jednotlivých setkání. V následné péči pracujeme s programem tak, že první měsíc je pro klienta povinný a po něm si klient plánuje účast společně se svým garantem tak, aby odpovídala jeho potřebám a energii nebo mu umožňovala chodit do práce a navštěvovat další aktivity.

Týdenní program

Skupinové aktivity

- | | | |
|-----------|-------------|-------------------------------|
| • Pondělí | 9.00–10.00 | Ranní komunita |
| | 10.30–11.45 | Skupina |
| • Úterý | 9.00–10.00 | Ranní komunita |
| | 12.30–14.30 | Volnočasová společná aktivita |
| • Středa | 9.00–10.00 | Ranní komunita |
| | 13.00–14.30 | Velká komunita (1× za 14 dní) |
| • Čtvrtek | 9.00–10.00 | Ranní komunita |
| | 16.00–17.15 | Skupina |
| • Pátek | 9.00–10.00 | Ranní komunita |

V případě zakázky ze strany klientů je možné svolat po domluvě s terapeutem skupinu i v jiný čas. Podoba a obsah skupin se odvíjí od aktuálního stavu a potřeb klientů, zahrnují skupiny dynamické, tematické a prevenci relapsu.

Individuální program

Probíhá denně v pracovní dny, ideálně mimo čas společných aktivit. Podobu svého týdenního programu si klient určuje ve spolupráci s garantem tak, aby vyhovoval jeho možnostem a potřebám. Naplánovaný program je pro klienta závazný. Zahrnuje:

- Individuální terapii a poradenství.
- Párovou a rodinnou terapii.
- Sociální, dluhové a pracovní poradenství.
- Psychiatrickou konzultaci.
- Doprovody na úřady, pracovní schůzky apod.
- Krizovou intervenci.

Když s kolegy hledáme účinné faktory podpory klientů s DD, mnohokrát si uvědomíme, že jedním z nejpodstatnějších je prostě čas.

Považujeme za důležité, aby takové programy byly dlouhodobé. Dalším významným prvkem je trpělivá práce s relapsy.

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ A PODPORA V ABSTINENCI PRO OSOBY S DD V BONA, O. P. S.

Pobytové sociální služby pro klienty s cílovou skupinou závažného duševního onemocnění se v posledních letech setkávají s dramatickým vzestupem počtu zájemců se zkušeností s poruchami způsobenými užíváním návykových látek. Výrazně se tak mění skladba našich klientů, jejich životní zkušenosti a potřeby. Opakovaně jsme se setkávali s tím, že zneužívali návykové látky, a toto jednání mělo zásadní vliv na symptomy jejich duševního onemocnění. V následujících řádcích uvedeme základní pilíře programu podpory v abstinenci pro klienty s DD v chráněném bydlení Bona, o. p. s., který vznikl v reakci na tyto skutečnosti.

Zájemci o služby chráněného bydlení se u nás typicky skládají ze dvou základních skupin – první přicházejí z nevyhovujícího prostředí domova, druzí z psychiatrických nemocnic; velmi často jde o hospitalizace dlouhodobé či často se opakující. Zájemci za sebou v drtivé většině nemají žádný předešlý kontakt s adiktologickými službami (nebo pouze minimální), což je zásadní odlišnost od následné péče, případně adiktologickou léčbu ukončili nebo jim byla ukončena předčasně. Dá se tedy říci, že průběžně propadávají síti podpory.

Klíčové prvky programu podpory v abstinenci

Jeden ze základních principů, který se dotýká všech klientů využívajících služby chráněného bydlení, je princip čistého bydlení. Do prostor bydlení nemůže vstoupit žádná osoba pod vlivem návy-

kové látky a není možné tam takovou látku vnášet a přechovávat ji. Tím se snažíme vytvořit a udržet bezpečné prostředí pro všechny klienty a pomoci jim tak v zotavení. Za důležité také považujeme možnost si tuto skutečnost vždy ověřit, v čemž nám pomáhá orientační testování na přítomnost návykových látek a alkoholu.

Zájemci, kteří jsou na základě vstupního screeningu indikováni, jsou po nástupu do služby zařazeni do specifického programu podpory pro klienty s duální diagnózou, přičemž aktivní zapojení do něj ze strany klienta je nezbytným předpokladem k přijetí do služby. Programem rozumíme vyšší míru podpory pro klienty, jejichž cílem je abstinence. V rámci programu klienti pravidelně (obvykle jednou týdně) docházejí za adiktologem, který poskytuje základní adiktologické poradenství, případně pomůže sítovat další vhodné návazné služby. Dále jsou klienti testováni na přítomnost návykových látek (minimálně po dobu prvních šesti měsíců spolupráce). Testování vnímáme jako ochranu společenství lidí využívajících naši službu a potvrzení abstinence i akcelerace vzájemné důvěry. Testování má přesahovat kontrolu a ideálně slouží jako prvek posilující klientovu motivaci a sebekontrolu. V následné adiktologické péči je tento princip zpravidla zakotven přímo v pravidlech.

Ve vzájemné spolupráci se nám nejvíce osvědčilo kardinální pravidlo otevřené komunikace. Věci spojené s užíváním návykových látek jsou pro řadu našich klientů velmi citlivé až tabu, nejsou zvyklí o nich mluvit. To se snažíme postupně odbourávat už od příjmového procesu, ve kterém má adiktolog klíčovou roli. Nicméně často se témata spojená s užíváním návykových látek a hlubší práce na nich objevují až ve spolupráci po relapsu užívání. V tu dobu je ale už klient navázán a je tak větší předpoklad, že relaps s naší podporou zvládne a náležitě ji využije. Relaps považujeme za součást rehabilitačního procesu a v zásadě není důvodem k ukončení spolupráce s klientem. Při relapsu je v přístupu ke

klientovi zásadní otevřená komunikace. Pokud je relaps odhalen až na základě namátkového nebo pravidelného testování na návykové látky, klient je sankcionován za porušení pravidel; pokud klient relaps naopak přizná hned po návratu do bydlení, sankce nenásleduje. V obou případech je ale třeba ochránit komunitu a dotyčného z bydlení vykázat do doby, než u něj pominou příznaky akutní intoxikace. Od relapsu je nutné odlišit recidivu, tedy opětovné propuknutí aktivní fáze onemocnění, kdy klient není schopen s užíváním přestat. Když si recidivující klient uvědomuje problémy vyplývající z opětovného užívání návykových látek a je k abstinenci motivován, je podmínkou jeho dalšího setrvání ve službě podstoupení vhodné adiktologické léčby. Pokud není motivován situaci řešit, je služba ukončena, má-li ale zájem, pomáháme mu s hledáním navazujícího bydlení. Zde je ze strany pracovníků nutné držet hranice služby, neboť další setrvání klienta může být pouze mechanismem prodlužujícím možnost užívat, který téměř jistě povede i ke zhoršení symptomů duševního onemocnění a k následné úplné dekompenzaci. Z našeho pohledu platí, že recidiva závislosti není slučitelná s úspěšnou rehabilitací osob s dalším duševním onemocněním.

Služby chráněného bydlení se také vyznačují výhodou dlouhodobosti nabízené podpory – až pět let v komunitním chráněném bydlení a další až tři roky v navazujícím bydlení individuálním. Délka podpory skrze program pro klienty s DD je velmi individuální a odvíjí se od aktuálních potřeb klienta, přičemž minimální je šestiměsíční. V praxi se ale setkáváme i s dlouhodobou adiktologickou podporou v řádu několika let.

Program pro podporu v abstinenci zahrnuje:

- Pravidelné schůzky s klíčovým pracovníkem.
- Pravidelné schůzky s pracovníkem zaměřeným na prevenci užívání návykových látek (adiktolog).

- Kontrola užívání návykových látek (testování).
- Pravidelné návštěvy ambulantního psychiatra.
- Vytvoření plánu prevence relapsu a krizového plánu při relapsu.
- Spolupráci s nejbližším okolím klienta (rodina, přátelé), je-li to možné.
- Volitelné docházení do psychoterapeutické či jiné léčebné skupiny.

ZÁVĚR

V tomto stručném příspěvku jsme se snažili přiblížit základní prvky pobytového programu pro osoby s DD. Sociální služby, ve kterých pracujeme, jsou odlišné, ale v základních principech podpory klientů s DD se shodují. V obou službách se tyto principy ukázaly jako účinné.

Klienti s DD představují velmi různorodou skupinu, proto i programy, které se zaměřují na jejich podporu, mohou mít různé podoby. Pro mnoho odborníků jsou tito klienti stále obávanou cílovou skupinou. Rádi bychom stručným výčtem prvků, které v našich programech fungují, přispěli k rozšíření takových služeb a podpořili naději, že i s klienty s DD je možné účinně pracovat. Na začátku každé takové spolupráce totiž podle nás musí být právě naděje a víra, že přes všechny komplikace a těžkosti je možné klienty s DD adekvátně doprovázet v procesu zotavení.

Literatura

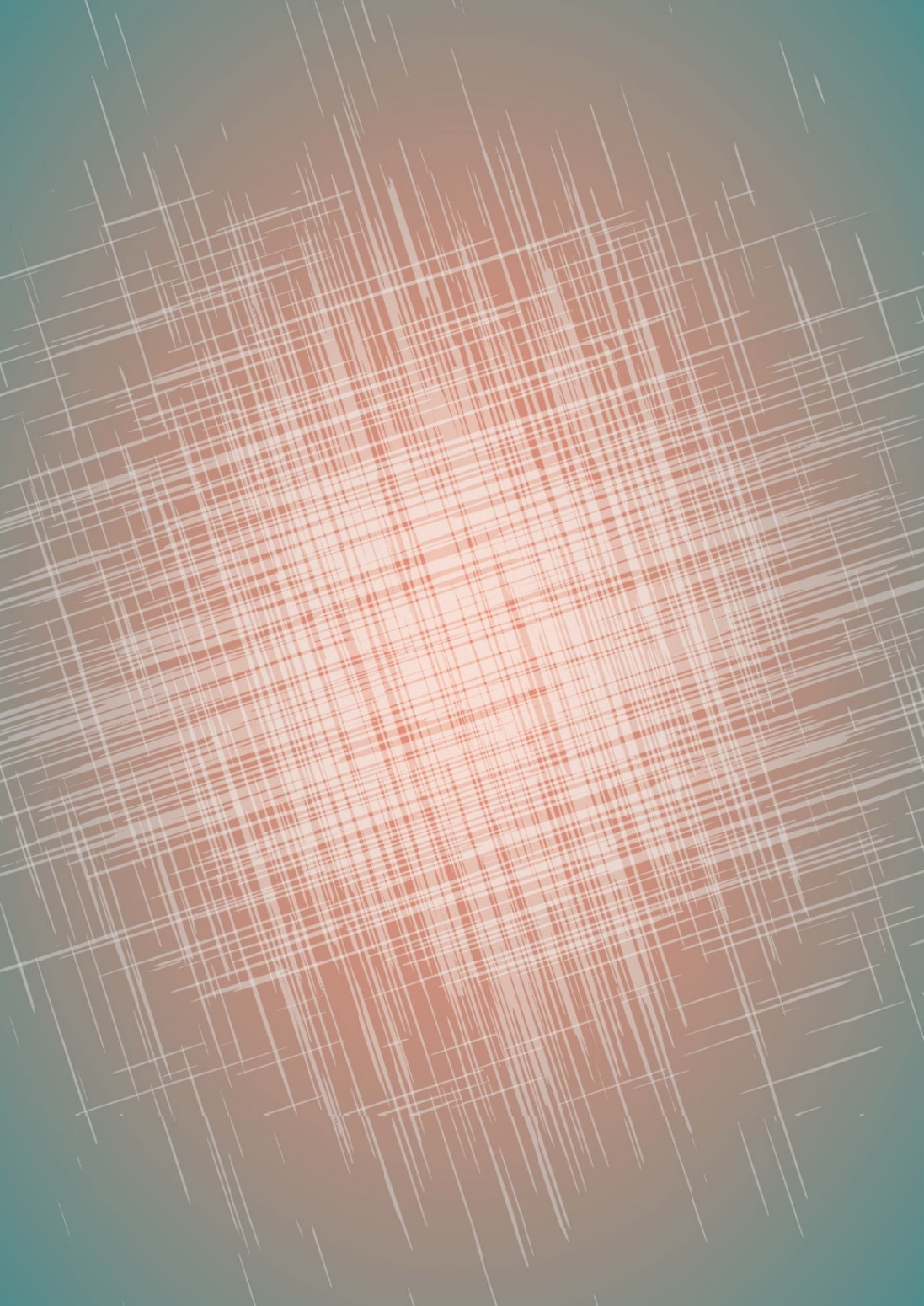
- BONA, o. p. s. Vnitřní pravidla – Spolupráce s klienty s duální diagnózou. Praha, 2019.
- FOX, L., DRAKE, R. E., MUESER, K. T., BRUNETTE, M. F., et al. Integrovaná léčba duálních poruch. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 2011.
- KALINA, K. et al. Klinická adiktologie. Grada Publishing, Praha, 2015.

NÁSLEDNÁ PÉČE KOLPING BRNO. Operační manuál. Brno, 2022.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Triton, Praha, 2009.

RAGINS, M. Cesta k zotavení – sebrané spisy Marka Raginse. Fokus Praha, 2018.

TORENSINI, L., MEZZINA R. (ed.). Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Fokus Praha, 2017.



Závislost v kombinaci s poruchou osobnosti

■ **Martin Kalous**

Následující text se zabývá jednou z možností, jak přistupovat k léčbě specifické formy duální diagnózy, již je kombinace závislosti a poruchy osobnosti. Porucha osobnosti (PO) zahrnuje velmi pestrout škálu projevů chování a má několik diagnostických podkategorií. Pro zjednodušení zde zmíním ty, u kterých se nejčastěji setkáváme s označením „problematický klient“, tedy většinou hraniční, histrionskou a narcistní poruchu. Tito klienti pod tlakem svých trápení vytvářejí sociální situace, které narušují jinak běžné fungování ve společnosti, jistotu pravidel a pocitu bezpečí ve skupinách a velmi obtížně hledají služby, ve kterých by vydrželi a prosperovali. To se v současnosti mění, a tak snad v budoucnu již nebude platný jeden starý vtip: „Co uděláte jako první, když k vám přijde klient s poruchou osobnosti? Pošlete ho jinam.“

Pro klienty s PO jsou typické některé fenomény, které s nimi prožíváme a které definují samotnou podstatu osobnostní problematiky. Dlouhodobé působení neblahých, často velmi traumatizujících raných zážitků může způsobovat mimo jiné rigidní vzorce neadaptivního chování, dominantní obranný mechanismus štěpení či výraznou emoční labilitu. To vše značně komplikuje adaptaci na nové situace a vnáší výrazné problémy do inter-

personálního i intrapersonálního prostoru. Pochopitelně se tito klienti mohou potýkat s celou škálou komplikací, k nimž patří:

- sebepoškozující chování v širokém spektru – nejen automutilace, ale i promiskuitní chování, vystavování se nebezpečným situacím; mohli bychom tak chápat i škodlivé užívání návykových látek;
- depresivní prožívání na základě nedostatečných copingových mechanismů (méně často endogenní varianta deprese);
- komorbidita s ADHD;
- sociální potíže – např. exekuce v důsledku riskantního chování.

Tento koktejl někdy znesnadňuje orientaci v tom, co je v danou chvíli nejzásadnější a čemu je vhodné se s klientem věnovat. V kontextu práce terapeutické komunity (TK) Kaleidoskop postupem času vykrystalizovala nejvýhodnější varianta pro léčbu, kdy je pacient schopen řešit primárně témata emotivity a vztahů. Pokud toho klient schopen není a jiná témata jsou pro něj v danou chvíli důležitější (např. nemožnost ukončit aktivní užívání drogy, ale i akutní psychotická epizoda, porucha příjmu potravy, závažnější suicidální tendence aj.), posíláme jej do vhodnějšího zařízení (detox, klasická adiktologická komunita, psychiatrická hospitalizace). Myslím, že zjevná snaha každé služby řešit jedinou nejvýraznější věc je dobrým základem pro „rozdělení práce“ a nejvíce produktivní postup pro klienta i pro pracovníky – uplatňujeme tak v rámci možností sukcesivní model léčby.

DIALEKTICKO-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (DBT)

Přístup DBT popsala Marsha M. Linehan původně v reakci na potřeby terapie u sebevražedných klientů. Později se vyvinul jako

terapeutický směr pro lidi s poruchou osobnosti. Sama začala v rámci terapeutického procesu vnímat konflikt mezi potřebou vztahu, kterou nabízejí dynamické směry, a doplněním chybějících dovedností (přístup kognitivně-behaviorální terapie – KBT). V obou případech ale druhá stránka chyběla.

V TK Kaleidoskop využíváme DBT jako sjednocující filozofický i praktický základ práce. Rozvíjíme behaviorální dovednosti klientů a nabízíme alternativy nejen k závislostnímu chování, ale také k dalším navyklým destruktivním vzorcům s nadějí, že si klient nakonec vybere smysluplnější život raději než sebezničení, a to ruku v ruce s rozvíjením reálných vztahů s klienty i s terapeuty tak, jak je v komunitních službách standardním základním stavebním kamenem.

Moduly DBT

DBT Marshy Linehan je podle oblastí, kde klienti nejčastěji zažívají problémy, členěno na tzv. moduly:

- Všíímavost.
- Emoční regulace.
- Stresová tolerance.
- Efektivní mezilidské dovednosti.

V jejich rámci získávají klienti znalosti a dovednosti, které jim mohou pomoci svobodněji procházet životem a tvořit ho více podle svých představ, s méně rigidními a zatěžujícími životními scénáři. V dalším textu bych rád nabídl krátké vysvětlení jednotlivých částí.

Cílem modulu **VŠÍMAVOST** je naučit klienta záměrně pracovat s pozorností. Rozvíjí schopnost třídit mezi rozumem a emocemi a poté obě složky přijímat současně. Tyto dovednosti jsou

tzv. corové, tedy je využíváme v rámci všech dalších modulů, a ideální stav jejich využití se nazývá „moudrá mysl“.

V rámci **EMOČNÍ REGULACE** sledujeme s klienty několik různých cílů. Prvním je emoční edukace: Jaké emoce máme, jak se u daného člověka projevují, proč vznikají a k čemu nám mohou sloužit. Tím se snažíme také nabourávat přesvědčení, že některé emoce jsou „nepřítel“, je potřeba se jich zbavit a nedávat jim váhu. Poté se trénují dovednosti, které mají pomoci pracovat s přílišnou intenzitou emocí, s jejich nepřiléhavostí ke konkrétní situaci, případně s variantou, kdy není efektivní podle prožívané emoce v danou chvíli jednat. Dále posilujeme možnosti klientů emoce cítit a snášet bez následných dekompenzací z jejich přílišné intenzity. Také to znamená, že vzniká vyšší psychická odolnost vůči bolestivým emocím. A na závěr je do této kategorie zařazena část o hodnotách, kdy mluvíme o budování smysluplnějšího života, který stojí za to žít.

Ve **STRESOVÉ TOLERANCI** se definuje, co je krize (zde krátkodobý stav, ve kterém převažují emoce nad rozumem, a je velmi těžké chovat se efektivně – lidé nemají „moudrou mysl“, viz výše), a následně je blok rozdělen na dvě části. V první se učí dovednosti pro přežití krize. Jedinou ambicí pro danou chvíli je nezhoršit si podmínky do budoucna a vyhnout se problémovému chování. Zde se rozšiřuje portfolio dovedností, které má být alternativou k různým destruktivním způsobům chování (například užívání návykových látek, sebepoškozování apod.). Druhá část se týká schopnosti přijetí reality v případech, kdy klient bojuje se skutečností takovou, jaká je, tvoří si iluze a to mu znemožňuje hledat adekvátní strategie řešení problému.

Posledním blokem jsou **EFEKTIVNÍ MEZILIDSKÉ DOVEDNOSTI**. Zde pomáháme klientům zorientovat se v mezilidské komunikaci,

posilovat různé složky vztahů a zvyšovat šance na dosažení vlastních potřeb.

DBT plánování terapie

Podstatným východiskem při plánování terapie je tzv. hierarchizace cílů. V případě závislostního chování podle této pyramidy zvažujeme, v jakém rozsahu ovlivňuje užívání návykové látky klientův stav: zda se nacházíme v nejnižším patře (chování ohrožující např. předávkování, sebepoškozující chování), nebo u chování zabraňujícího terapii, které se nachází v hierarchii výš (klient chodí na sezení pod vlivem, zapomíná na schůzky), či ještě výše – u chování zhoršujícího kvalitu života (např. rozpad vztahů kvůli užívání, vyhazov ze školy nebo práce).

V úvodních fázích pobytu v TK se zaměřujeme zejména na to, aby klient vydržel jeho nároky. Je nutné, aby nebyl akutně ohrožen na životě a zdraví, seznamoval se s metodou DBT, znal pravidla komunity, postupně se zapojoval do programu a začlenil se do života v komunitě.

Až poté cílíme na tvorbu a rozvíjení copingových strategií při krizích a na získávání dovedností pro práci s emocemi. Soustředíme se na běžné životní situace, zejména vztahová témata, dodržování programu, snášení frustrace, ale také na nároky, které s sebou nese samotný terapeutický proces. Ten zahrnuje nutnost výrazné introspekce, na kterou nejsou přivyklí ani lidé, kteří nemají problém se ve své identitě vyznat.

Dále je to setrvávání v nepříjemných emocích, v nichž mají klienti naučené využívat jako únikovou strategii poškozující chování – automutilaci, a také impulzivní ukončování vztahů nebo zneužití návykových látek. Orientace na terapii traumatu probíhá až později v rámci předpokladu, že klient se musí udržet v běžném fungování, aby mohl začít hojit zranění a tvořit smysluplný

život. Toto rozdělení je samozřejmě do jisté míry umělé, v praxi se jednotlivé fáze do značné míry překrývají.

Nároky na pracovníky a tým

Projevy klienta s poruchou osobnosti jsou velmi pestré a vyvolávají v nás různé reakce. Ne všechny jsou svým vlivem na okolí výrazné, například pokud má klient dominantní depresivní prožívání, bude vyvolávat spíše lítost, přestože ryze diagnosticky by svými rysy taktéž do oblasti PO patřil. Jak je uvedeno výše, jako problematičtí se v praxi jeví zejména ti, kteří jsou nositeli hraniční, histrionské či narcistní poruchy osobnosti. Právě ti budou ve svém okolí s velkou pravděpodobností vzbuzovat spíše podráždění a frustraci nebo na druhé straně přehnanou lítost, která v důsledku zabraňuje terapeutické změně.

Obecně se v komunikaci či soužití s nimi často objevují silné zážitky:

- testování hranic a limitů, zejména v nastavených pravidlech;
- velká nejistota stability vztahu;
- intenzivní emoční rozlady;
- idealizace a devalvace terapeuta i dalších osob.

Jejich interpretace událostí bude zpravidla odlišná od běžně žité zkušenosti, mohou být více vztahovační, dávat nadměrný důraz na zdánlivě nepodstatné části sociálních událostí nebo být „neodbytní“ v prožívání svých i cizích domnělých či reálných problematických vlastností. Platí, že většina těchto jevů je přítomna i u vyrovnanější populace. To, co definuje poruchy osobnosti, není přítomnost jevu samotného, ale vnitřní dynamiky, kterou jsou tyto životní zážitky zpracovávány. Pro konkrétnější představu: Všichni známe strach z opuštění ve vztazích. Klient s hraniční poruchou osobnosti jej ale vnímá jako extrémní existen-

ciální ohrožení, bojuje proti němu všemi dostupnými prostředky a je jím natolik pohlcen, že nemá možnost zabývat se jakýmkoli jiným tématem.

Při práci s těmito klienty je zcela podstatné si uvědomit, že naše prožívání je z velké části zrcadlem toho, co se děje v klientovi. To ovšem není nikterak snadný úkol, jak by se zprvu mohlo jevit, zejména jsme-li v přímém kontaktu. Pokud takový klient není součástí naší dennodenní práce, jen stěží si můžeme vytvořit automatické návyky a dostatečný prostor pro reflexi specifického terapeutického procesu. Vše je „tak nějak navíc“. Avšak nic není tak zásadní jako právě nadstandardní reflexe prvků, které jsou pro přítomnost člověka s PO v terapii typické, a paralelní sebereflexe toho, co s námi bouřlivé prožívání problematického klienta dělá.

Právě proto je nezanedbatelnou součástí práce v TK Kaleidoskop reflexe paralelního procesu, tedy toho, který se zrcadlí na straně klientské skupiny i pracovního týmu. Nakažlivost štěpení, která je u klientů s poruchou osobnosti dominantní, se u pracovníků projevuje tím, že snadno sklouzávají do situací, kdy obhajují protichůdné názory, čímž v rámci týmu vznikají silné konflikty. V jiném případě se mohou objevit čistá devalvace klienta, propad do pocitů bezmoci a rezignace na možnost zvládnutí situace místo snahy o pochopení, co nás k takovému ne-terapeutickému chování vede. O to více je nutné si podobných pocitů všimnout a reflektovat je jako nutnou součást terapie, nikoli jako „reálné“ hádky o „reálných“ problémech. V praxi se například klientův tlak na změnu pravidla nemusí týkat samotného pravidla, které je organizací špatně nastavené – je nutné zvážit, zda nejde právě o „zástupnou“ reakci, která klientovi pomáhá vyhnout se nepříjemnému prožitku. Přemýšlení nad terapeutickými situacemi z více úhlů pohledu je nutnou součástí psychohygieny.

Další nepřehlédnutelný přínos zvládnutých pocitů uvnitř týmu spočívá v tom, že částečně zprostředkovává žitou zkušenost zvládání těchto prožitků i klientům (tzv. kontejnace emocí), což je často latentní, avšak nenahraditelná součást procesu změny. Té je nemožné dosáhnout pouhým pochopením problémů, je k ní často potřebný tajemný „aha moment“, kdy klient opravdu pochopí nebo zažije, co přesně znamená daná intervence terapeutem. V praxi to může vypadat třeba tak, že skupina klientů řeší konflikt, který se začne objevovat i v týmu terapeutů – například nálepkování nebo zaujímání definitivních názorových postojů. S terapeutickým týmem se pak věnujeme danému fenoménu při supervizi, a když pochopíme jeho podstatu, dojde ke smíru a možnosti dále spolupracovat, „zázračně a mimovolně“ se také uvolní atmosféra u klientů, aniž by se daná situace explicitně mezi klienty řešila. Přeneseně a lehce dynamicky podbarveně by se dalo říct, že klient mohl zažít hádku mezi rodičovskými figurami, která nebrání dalšímu soužití, byla bezpečná, bylo možné ji prožít a ne se jí jen vyhnout, čímž se posílí pocit základního bezpečí.

Naši klienti jsou až neuvěřitelně citliví na autenticitu. Adaptované sociální chování často chápou jako lživé a nejsou schopni se v něm vyznat. Je pak snáze představitelné, proč tak často prožívají až nesnesitelnou nejistotu a obavu o vztahy, která je v běžné populaci obtížně pochopitelná. Nároky na autenticitu terapeuta jsou tedy extrémně vysoké. Pokud klient cítí nesoulad, bude se v sobě zabývat pouze jím a další terapeutický posun nebude možný, dokud se nesoulad nevyřeší. Není v reálných terapeutových silách se všem podobným situacím vyhnout. Je ale naprosto zásadní být si tohoto fenoménu vědom, reflektovat jej, aktivně jej oslovovat a dále s ním pracovat. V zásadě tak využíváme principy DBT, které aplikujeme také uvnitř týmu, a supervizi klientskou i týmovou, kde je prostor pro dynamické fenomény.

ZKUŠENOST S KLIENTY V TK KALEIDOSKOP

V naší komunitě máme s adiktologickými klienty specifickou zkušenost. Při popisu plánů léčby jsem zmínil, že podmínkou pro nástup do komunity je, aby závislostní chování nebylo u klienta v době nástupu dominantním problémem, tedy aby klient dokázal návykovou látku odmítnout. Takové nastavení nám dává možnost pracovat se závislostí jako s jakýmkoli jiným maladaptivním chováním i se souvisejícími relapsy.

Specifikem naší léčby, která není primárně adiktologická, je, že legální drogy nejsou klientům zcela zapovězeny. Alkohol mohou konzumovat, avšak pouze mimo prostory komunity. V případě, že by se měli vrátit do komunity pod vlivem alkoholu, musí se izolovat na osm hodin. Klienty ovšem nikdy netestujeme. Necháváme na jejich zodpovědnosti, zda plánovanou konzumaci alkoholu nahlásí dopředu nebo v mezním případě ihned po návratu do TK. Pokud se tak nestane a někdo z komunity má o střízlivosti daného klienta pochybnosti, svolává se mimořádná komunita, kde se problém osloví. Pakliže klient pije v TK opakovaně, komunita se věnuje spíše vhodnosti setrvání v naší službě a zvažuje se, zda není vhodnější léčba adiktologická.

Ačkoli tedy není konzumace alkoholu zapovězena, může být i přesto jiným klientem či terapeutem oslovena; komunita pak v konkrétním případě zvažuje míru závažnosti takového chování. Jeho důsledky jsou různé, konzumující klient může například dostat tzv. sankci, která mu dává prostor hlouběji se zamyslet nad danou situací (co k ní vedlo), zvažuje napravení důsledků daného chování a připravuje plán prevence do budoucna. Sankci vybírá komunita ze dvou možností, které reflektují závažnost problémového chování. V závažnějším případě (ohrožení bezpečí komunity, impulzivní opití se, ale také zamlčování takového jednání) dochází k podmíněčnému vyloučení klienta.

Je tedy zřejmé, že komunita nakládá s konzumací alkoholu jinak u klienta bez adiktologické anamnézy a jinak u klienta, který měl v minulosti problémy s pitím. Jiný případ je pak užití nelegálních drog. V tom případě je klient striktně z pobytové služby vyloučen.

Když jsme se zamýšleli nad klienty v naší TK po absolvované adiktologické léčbě, povšimli jsme si, že alkohol i drogy pro ně přestávají být primární problém a relapsy jsou poměrně vzácné. Pravdou ale také je, že tato klientela u nás není dominantní a vzácnost relapsů může korelovat s počtem klientů se zvýšeným rizikem. Pozorujeme ovšem, že klienti po adiktologické léčbě mívají problém dovednosti nabyté v souvislosti se zvládáním abusu aplikovat i na jiné potíže, například na regulování emocí v rámci mezilidských vztahů, ačkoli jsou ve své podstatě podobné.

ZÁVĚR

U klientů s kombinací PO a abusu návykových látek se nám osvědčuje nejprve zabezpečit závislostní problematiku. Dále je možné posilovat copingové strategie, které napomáhají zvládání široké škály jejich problémového chování. V rámci DBT jsou to všímavost, emoční regulace, stresová tolerance a mezilidské dovednosti. Terapeuti v práci s klienty s PO často zažívají zrcadlový obraz prožívání klienta, což vytváří větší nároky na práci se sebou a případně s týmem.

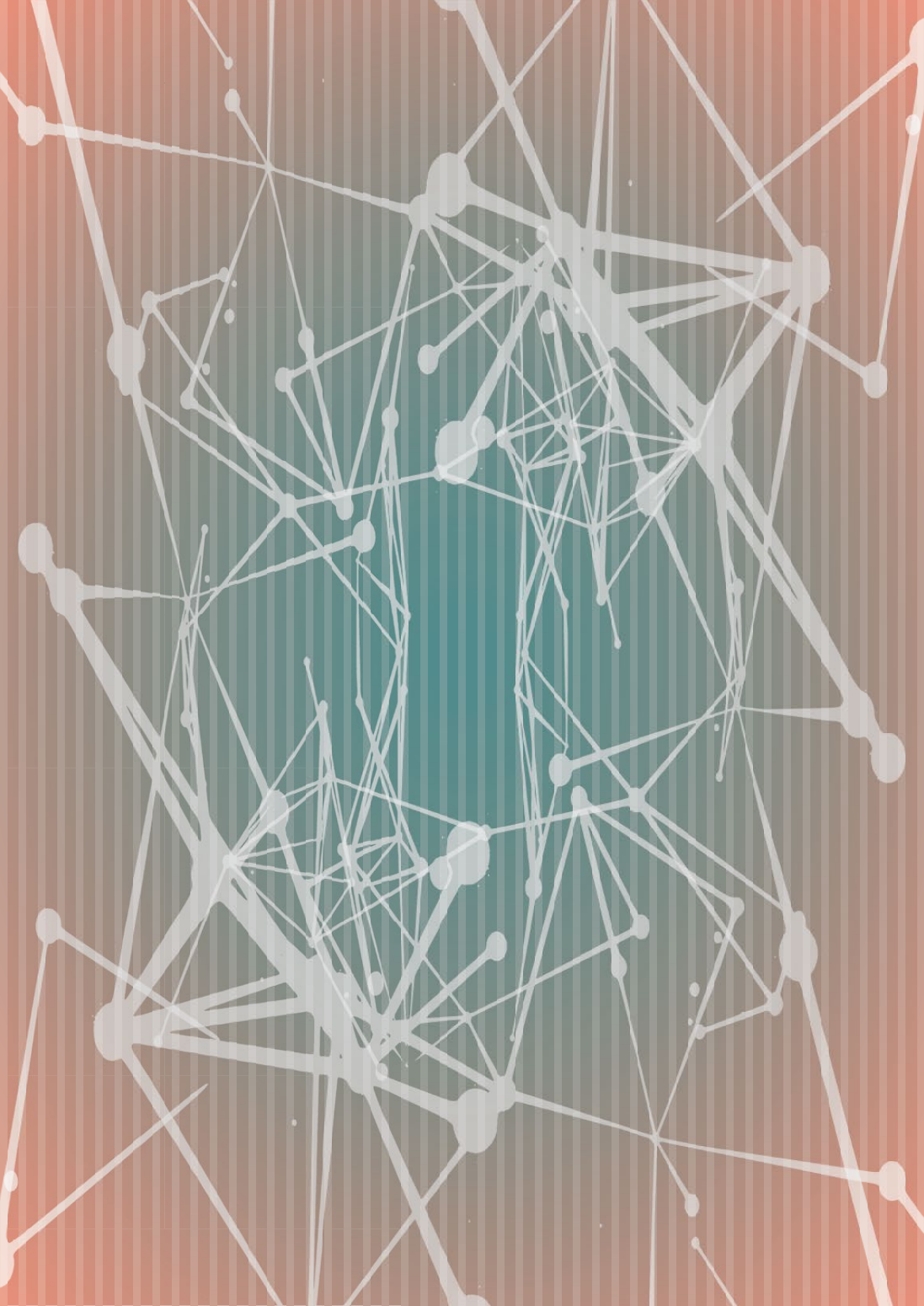
Literatura

FLYNN, D., JOYCE, M., SPILLANE, A. et al. Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addict Sci Clin Pract* 14, 28 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>.

LINEHAN, M. DBT Skills Training Manual. Guilford Press, 2015.

RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR, P., PAVLOVSKÝ, P., PTÁČEK, R. DSM – 5. diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe – Test-centrum, 2015.

STEWAET, D. C., MARCHIANO, L., LEE, J. R. Borderline Personality Disorder. This Jungian Life, ep. 074, 8/2019. <https://open.spotify.com/episode/3Dt2C4FChjo8txwKJW4Eck?si=27ebde98bcbd4a30>



Bezdomovectví a duální diagnóza

■ **Johana Růžková**

Tato kapitola pojednává o podpoře lidí bez domova se zátěží duální diagnózy (DD). V České republice žije zhruba 20 až 25 tisíc osob bez domova.* Asi polovina z nich přespává v různých ubytovacích sociálních službách (noclehárny, azylové domy), druhá polovina žije „venku“ – ve stanech, nouzových příbytcích, autech. V kombinaci s duševním onemocněním a závislostí se tito lidé zpravidla ocitají na nejzazším okraji společnosti, často marginalizovaní i v rámci ulice. Přesný počet takových lidí neznáme a jen postupně se učíme nastavovat podporu sociálních služeb tak, aby jim byla skutečně k prospěchu. Nastiňuji zde proto nejprve otázku vztahu DD a bezdomovectví, následně limity a možnosti změny ve službách podpory těchto lidí a nakonec uvádím příklad z praxe – službu intenzivního case managementu pro lidi bez domova.

* Zde se nachází prostor pro užší spolupráci komunit a nemocnic, kde může probíhat motivační příprava na pobyt klienta v komunitě. To předpokládá, že tým nemocnice bude obeznámen s cílovou skupinou komunity a jejím chodem i principy a dokáže dobře indikovat klienty do TK. Taková spolupráce dlouhodobě funguje mezi TK Sejřek a Psychiatrickou léčebnou Červený Dvůr nebo s Psychiatrickou nemocnicí Mariany Oranžské v Bílé Vodě (TK Tao).

TRIPLE TROUBLE*

Vztah duální diagnózy a bezdomovectví

O přesném vztahu mezi oběma fenomény není jasno. Podobně, jako u geneze samotné duální diagnózy (viz str. 19), je pravděpodobné, že konkrétní mechanismus provázanosti může u různých osob být různý a průběh obou (všech**) diagnóz se může vzájemně ovlivňovat a překrývat následujícími způsoby.

- **Duševní onemocnění (a/nebo závislost) jako příčina bezdomovectví:**
 - **CHUDOBA:** Lidé se závažným duševním onemocněním čelí násobně vyššímu riziku propadu do chudoby (více než dvě třetiny dotázaných klientů Fokusu Praha v roce 2015 měly příjmy pod hranicí chudoby a bezmála třetina z nich byla v exekuci).
 - **KONEXE:** Projevy neléčené závažné duševní nemoci mohou být příčinou ztráty nebo omezení společenského kontaktu a sociálních vazeb a tím vést k ohrožení podpůrné sociální sítě (až 25 % Čechů by se podle studie provedené Národním ústavem duševního zdraví přestalo kamarádit s někým, u koho se projevila duševní nemoc).

* V nevyhovujícím bydlení, tedy v substandardních bytech, ubytovnách apod., žije ale v Česku bezmála čtvrt milionu lidí. Tato kapitola se však věnuje specificky těm, kteří jsou zcela bez zázemí.

** Slovní spojení *triple trouble* je spíše ustáleným souslovím než odborným termínem. Někteří autoři ho upřednostňují právě proto, že vystihuje komplexnost celého problému místo řetězového označení „lidé bez domova s duševním onemocněním a závislostí“, které implikuje vnímání „hlavní“ a „přidružené“ problematiky. Zároveň ale může být vnímáno jako stigmatizující, proto s ním nadále v textu nenakládám, přestože je považuji do jisté míry za výstižné.

- **KOMPETENCE:** Symptomem některých závažných duševních onemocnění může být zhoršená způsobilost k hospodaření s penězi a také snížená schopnost orientace v systému státní sociální podpory a jednání s úřady, v jejímž důsledku člověk není schopen zařídit si potřebnou finanční podporu.
- **STIGMATIZACE:** Obraz lidí se závažným duševním onemocněním v obecné populaci je stále velmi stigmatizující a může vést ke zhoršení dostupnosti bydlení na otevřeném trhu bydlení (celé dvě třetiny české populace uvedly, že by jim vadilo bydlet vedle někoho s duševní nemocí).[#]
- **OSOBNÍ HISTORIE:** Velká část osob bez domova byla v dětství obětí týrání, zneužívání nebo zanedbávání, žila v rodině zatížené závislostí rodičů nebo prošla ústavní výchovou. Tyto faktory jednak nepříznivě ovlivňují rozvoj duševní nemoci jako takové, jednak zpravidla jdou ruku v ruce s omezenou podpůrnou sítí, což může vést k životu na ulici.
- **Bezdomovectví jako příčina dalších duševních onemocnění:**
 - **TRAUMATIZACE:** Pád do bezdomovectví je sám o sobě principiálně traumatizující zkušeností. Čím déle člověk na ulici je, tím víc se symptomy duševního onemocnění (buď přímo navazujícího na toto trauma v podobě posttraumatické stresové poruchy, nebo traumatickým zážitkem vyvolané či spuštěné) prohlubují a chronizují. Vlivem nebezpečného prostředí a také stigmatizujícího přístupu ze strany

[#] Bezdomovectví je definováno také v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN – 10/ ICD – 10.

většinové společnosti nebo státních institucí dochází často k opakované retraumatizaci a trauma se „zapouzdřuje“ v podobě duševní nemoci. Lidé se závažným duševním onemocněním (severe mental illness – SMI) a duální diagnózou se také častěji stávají obětí násilí nebo šikany na ulici a v zařízeních pro lidi bez domova.

- **ORGANICKÉ PŘÍČINY:** Může jít o organické poškození mozku s následkem rozvoje duševního onemocnění v důsledku například zranění, neléčeného somatického onemocnění (např. epilepsie) nebo užívání návykových látek.
- **STRES:** Protrahovaný stres spojený se životem bez domova a absence základního pocitu bezpečí a jistoty uspokojení základních životních potřeb mohou být samy o sobě spouštěčem rozvoje duševního onemocnění (podle Světové zdravotnické organizace – WHO i Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj – OECD je relativní chudoba jedním z prekurzorů rozvoje duševního onemocnění).

Samotní postižení za příčinu svého bezdomovectví zpravidla uvedené faktory neuvádějí a spíše se orientují na ekonomické a vztahové příčiny (chudoba, dluhy, ztráta zaměstnání, rozvod a s ním spojená ztráta bydlení), které však mohou být ve skutečnosti sekundárním důsledkem duševní nemoci, jak je vysvětleno výše.

• **Role návykových látek**

- **SEBEMEDIKACE:** Základní i specializovaná zdravotní péče pro lidi na ulici je velmi omezená. Roli můžou hrát chybějící zdravotní pojištění nebo nevhodná zdravotní pojišťovna, sebestigmatizace vedoucí k ostychu využívat zdravotnické služby a někdy také stigmatizace ze strany zdravotnické-

ho personálu, nedostatek informací a konexí i neschopnost nebo nemožnost sjednat si smlouvenou péči a ve stanoveném termínu ji využít. Zároveň mohou lidé na ulici upřednostnit obstarání jiných prvků v žebříčku základních potřeb – střechu nad hlavou nebo jídlo. Výsledkem je, že z řad lidí bez domova indikovaných k psychiatrické péči ji reálně dostane velmi malé množství. Nabízí se hypotéza, že u lidí bez domova bude vyšší riziko tzv. sebemedikačního mechanismu, tedy snahy zvládat symptomy duševní nemoci pomocí konzumace NL.

- **SPOUŠTĚČ:** Užítí NL může být tzv. spouštěčem, jak vysvětluje kapitola 2. Není tedy výjimkou, že řetězec událostí vedoucí k bezdomovectví začíná na ulici, kde daná osoba propadá závislosti či se závislost prohlubuje a v důsledku navíc vede k rozvoji duševního onemocnění.

Je evidentní, že bezdomovectví, závažné duševní onemocnění a závislost jsou tři provázané fenomény a vztah mezi nimi může v případě každého jedince nabírat specifickou dynamiku; zároveň ale praxe ukazuje, že pro samotnou podporu daného člověka není etiologie jeho potíží zásadní.* Klíčové je komplexní působení ve všech třech oblastech, protože bez ovlivnění každé z nich nelze dosáhnout výrazné pozitivní změny v žádné oblasti.

Statistika

Na úvod této podkapitoly je nutné uvést, že komplexní systematické šetření zaměřené na duševní zdraví osob bez domova v českém kontextu prozatím chybí. Také platí, že většina výzkumů

* V některých státech a oblastech je kombinace bezdomovectví a duální diagnózy přímo spojená i s dalšími formami marginalizace, např. v Britské Kolumbii v Kanadě tvoří tuto skupinu častěji příslušníci původních národů.

a statistických údajů orientovaných na duševní zdraví v českém prostředí postrádá efektivní nástroj, jak zohlednit komorbiditu závažného duševního onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek (viz úvodní stať). Proto jsou odhady množství osob bez domova zatížených duální diagnózou velmi hrubým nástinem.

Různé zdroje uvádějí, že prevalence závažného duševního onemocnění u lidí bez domova se pohybuje od 30 až po 80 %.* Spektrum diagnóz se liší od obecné populace, prevalence SMI je mezi lidmi bez domova vyšší; podle jednoho z výzkumů v ČR trpělo 7 až 18 % lidí zařazených do vzorku psychotickým onemocněním, v běžné populaci je to asi do 2 %. Nejčastějšími onemocněními jsou poruchy nálady, psychotická onemocnění, poruchy osobnosti. Vzhledem k množství výskytu kombinace těchto onemocnění se závislostí v běžné populaci (viz kapitolu 2) není důvod se domnívat, že tomu u lidí na ulici bude jinak. Mnoho lidí také trpí několika duševními onemocněními kombinovanými se závislostí a situaci navíc zhoršuje špatný somatický stav.

SLUŽBY PRO LIDI BEZ DOMOVA A JEJICH (NE)PROVÁZANOST SE SPECIALIZOVANÝMI SLUŽBAMI

V klasických terénních a nízkoprahových službách pro lidi bez domova existuje nespočet bariér, které klientům s duální diagnózou čerpání služeb nebo benefit z jejich využívání znesnadňují, nebo přímo znemožňují. Některé studie naznačují, že lidé s DD jsou i v rámci společnosti lidí na okraji marginalizovanou skupinou. Nemusí to ale nutně přímo souviset se šikanou nebo s vědo-

* Naopak porozumění těmto mechanismům je zcela zásadní pro prevenci ve všech třech oblastech a také pro příslušné intervence na úrovni sociální a zdravotní politiky.

mým násilím či hostilitou z nenávisťi jako spíš s rozpaky, někdy obavami a nejistotou, kterou lidé s DD mohou vzbuzovat v jakémkoli společenství například svým nestandardním chováním (samomluvou, uchýlením do ústraní, bizarními zvyky). Někdy se naopak méně zatížení členové určité skupiny duševně nemocného známého ujmou a se základními potřebami mu pomáhají.

V některých službách pro lidi bez domova – jejichž kořeny nacházíme už ve středověku a jejichž moderní podoba se formovala jako jeden z vůbec prvních ucelených konceptů sociální služby už v 19. století – převládají do jisté míry některé představy a principy, které v psychiatrii pomáhá posunout koncepce moderní deinstitutionalizované komunitní péče a v adiktologii stávající (v našem prostředí porevoluční) vlna ovlivněná koncepty harm reduction a hnutím terapeutických komunit. Nové vlivy se samozřejmě dostávají i do této oblasti, nicméně přístup k lidem s duální diagnózou má (logicky) stále velké rezervy.

Prvním zásadním limitem je abstinenční koncept mnohých pobytových služeb (nocleháren, azylových domů). Své opodstatnění z hlediska ochrany bezpečí komunity a pracovníků samozřejmě má, ale v českém prostředí takřka chybí tzv. wet house, tedy ubytovací kapacity pro závislé klienty, v důsledku tedy pobytová forma harm reduction podpory. Jejich průkopnické experimentální formy se začaly rodit spíše náhodou během epidemie covid-19 a rozhodně nešlo o promarněné šance. Ukázaly, jak (téměř) bezpodmínečná nízkoprahová forma ubytování neboli bezpečného přijímajícího zázemí může podpořit pozitivní změny v životech lidí s duální diagnózou. Zapojené organizace (např. Jako doma – Homelike, o. p. s.) v započatém konceptu pokračují a pokoušejí se v tomto ohledu o systémové změny. Na podobných principech stojí koncept housing first, který systémem sociálního bydlení

prosazuje dostupné bydlení pro lidi bez ohledu na jejich „fázi postupu“, tedy i pro klienty aktivně užívající drogy. Ten je ale v rámci ČR vzhledem k velikosti cílové skupiny stále velmi exkluzivní službou.

Jen několik průkopnických služeb aktivně pracuje na principech trauma-informovaného přístupu (např. opět již zmiňované Jako doma). Myšlenkový posun většiny členů týmu od obrazu klienta „nespolupracujícího“, „problémového“, „nemotivovaného“ nebo „bez náhledu“ ke klientovi přirozeně a v rámci dostupných copingových strategií reagujícího na nadměrný stres a krizi, kterou představuje život na ulici, může posloužit celému týmu i klientům. Pomůže odbourat frustraci pracovníků, jež je přirozenou součástí práce s lidmi bez domova, a vytvořit otevřenější a uvolněnější prostředí. A v něm zase mohou vykvést partnerštější a hlubší vztahy, které se mohou stát prostředkem skutečné změny.

Posledním limitem, který bych ráda zmínila, je stále velmi nízká provázanost terénních a nízkoprahových služeb pro lidi bez domova se širším polem služeb podpory lidí s DD adiktologickými i komunitními terénními týmy, centry duševního zdraví, psychiatrickými ambulacemi i nemocnicemi, terapeutickými komunitami a dalšími. Systém administrace a financování služeb často tyto vazby nijak nepodporuje a do jisté míry pokračuje ve vnímání uvedených tří složek péče odděleně, přesto se objevují tendence ke změně – například prostřednictvím komunitních, městských nebo krajských plánů a strategií ukončování bezdomovectví, péče o duševní zdraví nebo protidrogové politiky. Je víc než žádoucí, aby zástupci všech tří složek péče o lidi na ulici s duální diagnózou přistupovali k těmto koncepcím aktivně a pomáhali tak provést posun v myšlení a rozšíření vnímaného pole nejen v rámci služeb, ale i v rámci orgánů státní správy.

ARMÁDA SPÁSY – ICM

Na počátku roku 2021 rozšířilo Centrum sociálních služeb Karla Larssona Armády spásy v České republice svůj terénní program Streetwork o multidisciplinární tým. Zároveň započal proces rozvětvení služby pro lidi bez domova na území Prahy na dvě větve:

- Stávající Streetwork, který pokračuje v klasickém režimu depistáže, identifikace a následné podpory klientů v terénu na základně (většinou) jednorázových zakázek, odpovídá tedy v principu „standardní“ terénní službě.
- Tým Intenzivní case management poskytující cílenou, dlouhodobou, asertivní a intenzivní podporu klientům na principech ICM.

Intenzivní case management umožňuje při menším počtu případů (maximálně 10 klientů na jednoho pracovníka) navazovat s klienty natolik stabilní vztahy, že je možné uchopit jejich komplexní potřeby z různých úhlů pohledu a zacílit intervence tak, aby podpora byla funkční; multidisciplinární tým tvořený mediky z organizace Medici na ulici a psycho-terapeutem s adiktologickým přesahem pokrývá širší paletu intervencí než standardní sociální práce.

Zhruba tři čtvrtiny klientů ICM trpí některou z poruch způsobených užíváním návykových látek, třetina by při bližší diagnostice – která z pochopitelných důvodů není k dispozici – naplňovala kritéria duální diagnózy, resp. „triple trouble“. Nejčastěji se klienti potýkají s afektivními poruchami včetně bipolární afektiní poruchy nebo s poruchami osobnosti (emočně nestabilní, vyhýbavou); menší část také s psychotickými symptomy.

Zhruba pět šestin klientů je mužského pohlaví, ve věkovém rozpětí 31 až 64 let, a obvykle jsou na ulici pět a více let.

Výchozí principy programu:

- dlouhodobé pracovní spojení case managera s klientem;
- komplexnost v mapování potřeb klienta a individuálním plánování (bydlení, zdraví duševní i somatické, finanční situace, sociální síť a blízké vztahy, práce, volný čas, závislostní problematika aj.);
- úzká týmová spolupráce (týdenní porady s využitím FACT board a balintovsky laděného sdílení případů) včetně zapojení multidisciplinárního týmu;
- filosofie recovery (respekt ke klientovi jako celistvé osobnosti a k jeho osobním přáním i právům, víra a naděje v možnost zlepšení jeho situace, vnímání procesu změny místo měření jasně vymezených indikátorů „pokroku“, analýza procesů na straně týmu a hledání nových a tvůrčích strategií podpory klienta);
- aktivní síťování a účast case managera v procesech zajišťovaných jinými organizacemi a institucemi (lékaři, nemocnice, věznice, azylové domy a noclehárny, ubytovny, komunitní terénní týmy, zařízení adiktologického zaměření, dluhové poradny, jiné terénní služby, církve a náboženské spolky, zájmová sdružení, místní aktivní komunity, zaměstnavatelé a sociální podniky ad.); výzkumy potvrzují, že asertivní prvek spolu s integrovaným přístupem této skupiny klientů pomáhá nejvíce dosáhnout subjektivního zlepšení životní pohody;
- asertivní přístup a aktivní provádění klienta procesem změny i v případě, že klient ze služby na čas zmizí nebo nemá jasně formulované zakázky.

Tým tvoří case manageri s různým odborným pozadím, kteří se průběžně vzdělávají v oblastech adiktologie i duševního zdraví a také v konceptu recovery. Praxe našeho zařízení ukazuje, že for-

málně poskládaný multidisciplinární tým se zastoupením zdravotníků, sociálních pracovníků a adiktologů není pro terénní case management s lidmi s duální diagnózou tak nezbytný, jak by se mohlo zdát, je ovšem naprosto zásadní, aby pracovníci takového týmu měli hluboký vhled do všech tří oblastí „triple trouble“ a znali podrobně síť navazujících podpůrných služeb. Nicméně pokud se jedná o otevřené hlavy s chutí vzdělávat se, není nezbytně nutné lpět na konkrétní odborné kvalifikaci, jakkoli by samozřejmě bylo užitečné mít v týmu například zdravotní sestru s větší kompetencí k některým zákrokům, než mají medicí, nebo psychiatra, který by mohl ošetřovat přímo v zázemí týmu, nebo dokonce v terénu. Praxe ukazuje, že při skutečně aktivním síťování, udržování kontaktů a práce na profesních vztazích ve prospěch klientů lze leckterou situaci a potřebu ošetřit za využití vnějších zdrojů. Uvádím to kvůli motivaci pro vznik takových „pseudo-multidisciplinárních týmů“: Odhodlání, ochota učit se a aktivní spolupráce napříč spektrem služeb mohou zastoupit pestrou paletu odborností, pokud jejich angažování brání například personální krize nebo finanční či administrativní limity.

Uvádím několik poznatků z praxe, aby vše opravdu fungovalo.

Budte u procesů od začátku do konce.

Case management nespočívá jen v nalezení vhodné návazné služby nebo odborníka, nýbrž i v tom, zmapovat všechny překážky, které by klientovi mohly bránit službu čerpat, napomoci hladkému průběhu, jak to bude nutné, a průběžně vyhodnocovat, jestli je klient s jejím využitím spokojen, případně spolu s ním vyhodnotit její ukončení.

Příklad: Klient s duální diagnózou potřebuje ambulantního psychiatra a medikaci. Spolupráci s psychiatrem je dobré mít

předjednanou a znát jeho způsob práce, aby se například klient nesetkal hned v čekárně se stigmatizujícím přístupem nebo třeba nenarazil na problém s pojišťovnou, což by ho mohlo od prvního kroku ihned odradit. Následně je dobré klientovi pomoci s tím, aby zvládl přijít v daném termínu, ideálně tak, že pokud potřebuje, připomeneme mu to a také ho doprovodíme. Identifikaci klienta s léčbou podpoříme tím, že s ním například průběžně probíráme, jak se cítí s nastavenou medikací, a povzbuzujeme ho k otevřené komunikaci s psychiatrem. Pokud o to klient požádá, účastníme se sezení spolu s ním a pomůžeme mu obtížné věci komunikovat. Pokud klient odmítá s psychiatrem nadále spolupracovat, mapujeme skutečné důvody a pružně na ně reagujeme: Medikace působí nepříjemné pocity? Lékař nepůsobí na klienta dobře? Klient nerozuměl, co mu odborník říkal? Cítí se tlačенý např. do rezidenční léčby? Nebo možná jen prostředí připadalo klientovi nepříjemné a pomohlo by, kdyby mohl čekat na ulici místo v čekárně? Nic není nemožné.

Vydržte v nejistotě. Raději hledejte pravdu než zakázku.

V honbě za naplněním indikátorů nebo za vlastním dobrým pocitem, že odvádíme hmatatelnou práci, můžeme sklouznout k tomu, že klienta dotlačíme k definování „vhodné“ zakázky, aniž bychom vnímali jeho skutečné potřeby – které možná nejsou jasné ani jemu samotnému. Zakázka „uvědomit si, co potřebuju a co si přeju“ je zcela legitimní. Nebojme se dát prostor vztahu a trávit s klientem volný čas; to, co si klient z hloubi duše nepřeje, stejně nevyjde a opakovaný neúspěch posiluje negativní sebeobraz klienta i pracovníka.

Příklad: Klient s duální diagnózou nemá před zimou ubytování. Společně strávíme mnoho času hledáním ubytovny nebo

azylového domu, aby klient byl po pár dnech z programu vyloučen kvůli užívání návykových látek. Jakkoli můžeme se systémovým nastavením nesouhlasit, výsledkem je oboustranná frustrace, která může na straně klienta vést mimo jiné k ještě intenzivnějšímu užívání v reakci na zklamání a stres.

Přijmíte odpovědnost.

Respektovat klienta a jeho přání neznamena sám sebe donutit bezvýhradně s ním souhlasit, ačkoli je klientovo chování (symp-tom) zjevně v rozporu s jeho dobrým zájmem. Pojmenovávat závislostní chování a jeho následky nebo vést klienta k náhledu na jeho duševní nemoc prostřednictvím laskavé a lidské zpětné vazby neznamena zpronevěřit se principu recovery, nýbrž zaujmout aktivní roli ve vztahu, který je koneckonců základem ICM. Pokud klientovo chování přímo ohrožuje jeho život, je nejen naší morální, ale i profesní povinností převzít nezbytnou část odpovědnosti a jednat.

Příklad: Klient v manické fázi bipolární poruchy extenzivně pije a jeho chování ho přímo ohrožuje (například je agresivní, je vyloučen z ubytovny kvůli pití či agresi nebo ztrácí kontakt se svým okolím, přichází o práci). Je namístě mu jeho chování zrcadlit a zdůraznit roli, jakou alkohol může hrát v prohlubování mánie, či s ním jasně vymezit podmínky, za jakých v takovém stavu může probíhat spolupráce (například pouze na otevřených veřejných místech nebo s dvojicí pracovníků). Pokud klientovo chování ohrožuje jeho život, otevřeně ho informujeme o dalším postupu a voláme záchrannou službu, a to i v případě, že on sám vyjádří nesouhlas; vysvětlíme svůj postoj do té míry, do jaké je schopen ho slyšet a akceptovat, uneseme i konflikt. Nedáváme pevný a rovnocenný vztah všanc své neochotě přijmout odpovědnost.

Specifika psychoterapeutické práce s lidmi na ulici s DD

Psychoterapie je integrální součástí multidisciplinálního zastoupení v našem programu ICM. Ve spolupráci s klienty s duální diagnózou hraje zásadní roli. Vzhledem k mnohým specifickým a rozmanitým kombinacím problémů našich klientů klade psychoterapeutický proces velké nároky na pružnost psychoterapeuta. Pracujeme v konceptu humanisticky orientovaného fenomenologického přístupu, který se pro tento typ klientů ukazuje být mimořádně – a pro některé překvapivě – vhodný.

Nulová míra hodnocení, fenomenologický postoj k osobnosti i jejím potřebám, nízká míra strukturovanosti v procesu setkávání (např. navazování terapeutického vztahu přímo v terénu) – to vše v souhrnu umožňuje navázání kontaktu. Klienti našeho programu mají s klasickými koncepty terapie mnohdy negativní zkušenosti a bývají vůči profesionální péči o duševní zdraví podezíraví a rezervovaní. Často cítí, že jim odborníci „klasického“ ražení nedovedou porozumět, také formát poskytování péče je pro ně těžko dostupný a pravidla jsou nesrozumitelná nebo těžko akceptovatelná (může jít i o takovou zdánlivou drobnost, jako že se klient necítí dobře v uzavřené místnosti). Nezbytným se ukazuje klidné zázemí služby, které je klientům otevřené a přístupné, ale funguje pouze po předchozí domluvě, a proto není přeplněné a rušivé, jak často bývají například kontaktní nebo nízkoprahová denní centra a azylové domy. Také kontext vztahu je velmi svobodný díky tomu, že se jedná o terénní program, a proto není psychoterapeutická péče spojena s poskytováním např. ubytování.

Existenciální ladění psychoterapie vhodně reaguje na zdaleka nejčastější okruh zakázek a témat, s nimiž klienti přicházejí: otázky smyslu, blízkosti, vztahovosti. Klienti se potýkají s nízkým sebevědomím, stigmatizací, a především se zcela zdrcují-

cí ztrátou motivace, která nepramení – jak je často rozšířeným mýtem – z jejich osobnostních nedostatků nebo lenosti (jakkoli může být posílena diagnózou, např. v případě depresivního ladění nebo psychózy), nýbrž z opakované traumatizace spojené se životem na okraji společnosti, často s kořeny už v raném dětství. To činí také mimořádně náročným krok z okraje do tzv. „normální společnosti“, často spojený s lakonickou otázkou: „A proč se o to mám vlastně snažit?“ Vedle toho, jak je tento krok dramatický z hlediska existenčního (bydlení, předlužení a exekuce, nelegální zdroje příjmů, záznam v rejstříku trestů, zdravotní problémy), otevírá stejně širokou propast existenciální – změna životního stylu, pokládaná většinovou společností za přirozeně žádoucí, přináší s sebou pocity hluboké osamělosti, odtrženosti, nesmyslnosti a úzkosti, které mohou v prvních fázích projevy duální diagnózy spíš prohlubovat, jak se často v prvních týdnech a měsících děje například u lidí zapojených do programů housing first.

Kombinace existenčního a existenciálního je nejjasnějším argumentem, že cesta z dlouhodobého bezdomovectví musí být nutně podpořena intenzivní péčí v oblasti duševního zdraví. Opakovaná „selhání“ (termín zhusta užívaný bohužel i řadou odborníků) v oblasti „běžného“ života – ve skutečnosti nutné a pochopitelné úzkostné reakce na vlastní křehkost a hostilitu prostředí majority – vnitřní zdroje klientů pouze oslabují. Řešení existenčních otázek při opomíjení těch existenciálních propast neporozumění mezi lidmi bez domova a většinové společnosti jen prohlubuje.

Literatura

AMORE, K., HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. 2012. DOI: 10.1016/B978-0-08-047163-1.00336-2.

- BÍROVÁ, B., KANIOKOVÁ, M., ŠAŘÍKOVÁ, D. Lidé v centru. Analýza potřeb a návrhy řešení pro lidi dlouhodobě se zdržující v exponovaných lokalitách statutárního města Brna. Společnost Podané ruce, Brno, 2018.
- DUTKA, J., GLUMBÍKOVÁ K., ČADA, K. Zdraví obyvatel postrádajících bydlení. MPSV, Praha, 2018.
- DRAKE, R. E., OSHER, F. C., WALLACH, M. A. Homelessness and dual diagnosis. *American Psychology*, 1991. Nov; 46(11): 1149–1158. DOI: 10.1037//0003-066x.46.11.1149
- HOSTAŠOVÁ, J. Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha, 2021.
- KÁROVÁ, M. Lidé s duševním onemocněním – Jsou ohroženi chudobou ?/!. Fokus ČR, Praha, 2017.
- MORSE, G. A., CASLYN, R. J., KLINKENBERG, D. W., CUNNINGHAM, J., LEMMING, M.: Integrated Treatment for Homeless Clients With Dual Disorders: A Quasi-Experimental Evaluation. *Journal of Dual Diagnosis*, 2008. 4:3, 219–237. DOI: 10.1080/15504260802072065.
- RŮŽKOVÁ, J. Existenční vs. existenciální. In: MAXOVÁ, V. (ed.) a kol. *Drogy a bezdomovectví*. Sananim, Praha, 2022.
- SCHÜTZ, C. et al.: Living With Dual Diagnosis and Homelessness: Marginalized Within a Marginalized Group. *Journal of Dual Diagnosis*, 2019. Apr–Jun; 15(2): 88–94. DOI: 10.1080/15504263.2019.1579948.
- Social determinants of mental health. World Health Organization, Geneva, 2014.
- TORRENS, M., MESTRE-PINTÓ, J.-I., DOMINGO-SALVANI, A.: Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Praha, Úřad vlády České republiky, 2017.
- WINKLER, P., FORMÁNEK, T., MLADÁ, K., EVANS LACKO, S. Development of public stigma toward people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry*, 64(1), E52. DOI:10.1192/j.eurpsy.2021.2226.

Pohled uživatele služeb a člověka se zkušeností s duální diagnózou

■ **Michal Růžička**

Jmenuju se Michal, je mi 41 let. Pracuju jako barman v sociálním podniku Café Therapy, který provozuje nezisková organizace Sananim. Tenhle text se týká mojí cesty k uzdravení; jsem totiž jeden z lidí s takzvanou „duálkou“.

Drogy jsem bral od patnácti. Pocházím z Poděbrad, ale většinu života jsem strávil jinde. Různě mě zavály léčby, kterých jsem absolvoval snad deset, a taky občas snaha zbavit se lidí, se kterými jsem bral.

ZKUŠENOSTI S ADIKTOLOGICKOU LÉČBOU

Do první léčby v léčebně v Želivi jsem se dostal ve dvaceti. Dneska už tam není, bylo to oddělení Psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě. Bylo to tam hodně tvrdé, člověk třeba sbíral barevné korálky, které nosil pořád připnuté na triku, když byl korálek černý (třeba za špatně ustlanou postel), následovala sankce. Pamatuju si doted' vstupní rituál – každý pacient si na uvítanou několik

dní kopal svůj vlastní hrob. Ty se pak zase zasypaly. Není divu, že mi ta léčba nic nedala – absolvoval jsem ji z donucení, dostal jsem se totiž do podmínky za útky z vojny a tohle byla možnost, jak se vyhnout kriminálu. Jo, i na vojně jsem bral, a dost.

Asi po dvou letech jsem se dostal do léčebny v Červeném Dvoře. Tam jsem byl úplně u vytržení – říkal jsem si, oproti té Želivi, kde to jsem, v lázních? Všechno tam bylo úplně jiné. Jenže i tehdy jsem tam byl z donucení, tentokrát už na soudem stanovené ochranné léčbě. Hned, jak jsem se odtud dostal, jsem začal zase brát. Celkem jsem tam byl myslím sedmkrát. Jeden čas jsem tam zůstal dokonce i po léčbě jako údržbář, ale dohnala mě strašná osamělost. Červený Dvůr je tak trochu konec světa. Nejtěžší ale byla pozice bývalého pacienta – pro personál jsem byl pořád tak trochu pacient, pro pacienty zase už někdo „z druhé strany“. Jednou jsem ve Chvalšínách potkal kluka, od pohledu jsme na sobě navzájem poznali co a jak a já si mu zase řekl o dávku.

Dvakrát jsem byl v komunitě White-Light v Mukařově, jednou jsem ji celou dokončil a jednou odešel dřív, protože jsem měl už domluvené místo na doléčovacím programu v Praze. A tam jsem vydržel chvíli a zase do toho vletěl...

Ten doléčovák byl ale v lecčems zajímavá zkušenost: hodně se tam řešila moje medikace. Neexistoval tehdy ještě žádný doléčovák pro lidi s duální diagnózou a někdo, kdo má psychiatrickou medikaci, tam byl trochu za exota. Někteří klienti mi vyčítali, že jsem pořád závislý, že se jen legálně sjíždím léky. Ty byly uloženy u terapeutů a dával jsem si je podobně jako v komunitě, aby snad jejich krabičky na společném pokoji někoho nesváděly. Dneska už je i tohle trochu jinak, člověk, co užívá léky, už není ani na doléčovacím programu výjimkou a taky už existují programy určené pro lidi s duálkou.

Změna v tomhle kolotoči přišla v roce 2016. To jsem nastoupil do terapeutické komunity Magdaléna. Dneska tam mají dva programy, klasickou komunitu a takzvanou Chrupu, hovorově prostě „duálky“; tenhle program tehdy zrovna čerstvě vznikal. Asi půl roku jsem tedy byl v tradiční komunitě. Dost jsem se snažil, ale pořád jsem skupinou propadával, byl zahlcený sankcemi, pořád něco nezvládal. Vrcholný boj mého života byl výjezd do rakouských Alp, úplně mě to odrovnalo, fakt jsem myslel, že umřu; vraceli jsme se domů kvůli mně dřív. Zase jsem ve srovnání s ostatními selhal. Začalo se to kupit, hrozilo, že mě vyhodí. Ta zátěž, podle mne třeba větší než v Mukařově, spolu s abstinencí na moje poměry dost dlouhou vytáhly na povrch psychózu.

PŘERUŠENÍ BLUDNÉHO KRUHU

Tehdy zasáhli psychiatři z Magdalény Tereza Formánková a Petr Nevšimal. Nejdřív jsem absolvoval různá vyšetření a diagnostiku, z nichž vyšlo, že trpím schizofrenií. A pak mě poslali na měsíc do Bohnic, kde mi vysadili všechny léky, co jsme zkoušeli, a během měsíce mi konečně vyladili opravdu odpovídající medikaci; tu víceméně беру v podobné podobě dodnes. Pobyt tam byl vůbec dost zlomová záležitost ve více věcech. Zaprvé – někteří doktoři si s „duálkou“ asi taky nevěděli moc rady. Musel jsem jim třeba sám vysvětlovat, že nechci brát vysoce návykový rivotril, protože jsem na něm už byl taky závislý a do komunity se nemůžu vrátit a mít v sobě látky, které jsou pro mě drogami. Trvalo to, ale nějak jsme se nakonec dohodli. Ale hlavně zadruhé – celý ten měsíc jsem strávil na příjmovém oddělení, formálně jsem byl pořád na pobytu v Magdaléně. A viděl jsem tam opravdu hodně lidí s duální diagnózou – lidi úplně rozblázněné, v psychóze a k tomu s abstinenčními příznaky. Tam se mě to poprvé nějak dotklo, že musím přestat, že

musím něco změnit, pohled na tyhle lidi se mě fakt hrozně dotkl; něco možná bylo na tom Skálovi, že posílal pacienty z odvykačky pracovat na záchytku, i v Červeném Dvoře jsme to ještě v první léčbě dělali, pomáhali jsme na detoxu. Do Magdalény jsem se po měsíci vrátil s dobře nastavenou medikací a rozhodnutím přestat brát, kterému jsem dostál. Najednou ke mně dolehla i ta věta, která padla na terapeutické skupině: Už přestaň opakovat ty fráze o závislosti a začni se opravdu léčit. To jsem taky udělal.

SCHIZOFRENIE

Hlasy a různé trochu paranoidní představy mám asi od třiceti – dokonce i teď, když neberu a mám dobře nastavenou medikaci, se občas objeví. Mám už ale zvládnuté různé mechanismy, jak si poradit sám, mám to za ty roky nacvičené, třeba když na mě začne mluvit televize, vypínám ji a jdu se někam projít, a když je to už na mě všechno moc a nejde to rozehnat, беру krizovou medikaci. Občas se prostě přepálím, hodně to dělá ta práce, ve skutečnosti mě hrozně vyčerpávají lidi – jenže si nemůžu pomoci, zároveň mám tu práci moc rád. Takže občas třeba celý den, kdy nepracuju, strávím úplně „vypnutý“ doma.

To, že mám schizofrenii, se zjistilo až skoro po dvaceti letech, kdy jsem různě procházel léčebnami a komunitami. Po celou tu dobu – dvacet let! – jsem se to téma různě pokoušel vytáhnout na povrch a řešit, ale vždycky jsem se setkal s tím, že psychotické projevy personál označil za toxickou psychózu.* Pravda je, že jsem za ce-

* Široký rozptyl je – vedle výše uvedeného – dán také velmi odlišnou metodologií výzkumů zohledňující pestrou škálu komorbidit; zde ho považuji za doklad jednak rozměru a závažnosti problému, jednak také nedostatečně robustního výzkumného podkladu pro další skutečně funkční systémová řešení – pozn. ed.

lou tu dobu byl málokdy střízlivý déle než půl roku; jenže ty problémy byly se mnou pořád, a k tomu hrozná únava z jakékoli zátěže, problémy se zahlceností. Služeb pro závislé je myslím dost, ale lidi tam možná pořád nemají ještě o schizofrenii a psychóze dost dobrou představu.

DROGY JAKO SEBEMEDIKACE

Drogy u mě jednoznačně byly formou sebemedikace. Opiáty totiž perfektně fungovaly na hlasy a paranoii. Dojezd byl samozřejmě příšerný, katastrofa, všechno se jenom zhoršilo. Dělo se mi ale i to, že jsem v určité kombinaci jiných drog našel nějaké zvláštní zalíbení, se psychózou se jakoby skamarádil, vlastně – skoro bych použil to slovo – jsem si to užíval, měl jsem šílené vize. Z toho plyne, že jsem skoro vždycky bral sám. Vždycky jsem si zalezl někam bokem a tam byl ve svém světě. Občas mě ostatní toxici obrali o věci, ale jinak jsem to naštěstí nějak přežil.

Z VLASTNÍ ZKUŠENOSTI – CO OPRAVDU POMÁHÁ

Nedávno jsem mluvil s jednou známou, jejíž syn taky trpí duálkou. Znáám ho z předchozích pobytů v léčebně. Je to strašně hodný kluk, jenže je opravdu hodně nemocný a k tomu měl vážnou nehodu, takže je v některých věcech trochu pomalejší – hůř se mu taky mluví, déle o věcech potřebuje přemýšlet. K jeho štěstí i smůle mu přiznali docela vysoký důchod, takže v tom bohužel lítá pořád – má na drogy nejen pro sebe, ale i pro celou partu, která se na něj samozřejmě vždycky, když bere peníze, sesype a o všechno ho obere. Hrozně bych mu přál taky Magdalénu, aby měl víc času se srovnat.

Čas je vůbec hrozně důležitá věc. To, co dneska funguje jako léčba v psychiatrické nemocnici – tři nebo čtyři měsíce – to je v podstatě detox. Člověk se schizofrenií se jakž takž za tu dobu zvládne srovnat s tím, co se mu děje v hlavě, bez drog – ale to je všechno, nic víc se nestihne. Chce to rozhodně mnohem víc času – já byl víc než rok dohromady v komunitě (na Magdaléně) a pak ještě v pobytovém doléčovacím programu, a to po dvaceti letech pokusů o abstinenci.

V životě po léčbě je pro mě hrozně důležitých několik věcí.

Zprv je to kontakt s psychiatrem a pravidelná medikace. Nedávno jsem sháněl svého doktora, že bych měl jít na kontrolu, a protože jsme se před tím pár měsíců neviděli, říkal mi pak, že dva dny nespál, než jsem přišel, protože se bál, že se mi zase něco stalo – a já se tam jen chtěl ukázat a vidět ho. Tenhle lidský přístup, kdy se mě nevyptává jako u výsledku, jestli mám hlasy a beru léky, ale kdy si povídáme jako dva lidi – taky třeba o fotbale nebo o jeho chalupě – je skvělý a vytváří mezi námi důvěru.

Zadruhé jsem strašně vděčný za tuhle práci. Číšníka jsem dělal i dřív a nic jiného bych dělat nechtěl. Tady v Therapy prodáváme i alkohol a lidi se tu samozřejmě občas opijí. Nesoudím je, ani mě to nesvádí. Párkrát jsem na začátku byl v pokušení natočit si pivo, ale vždycky jsem to nějak zvládl. Hodně mi při nástupu s prací a vůbec s tím to tady zvládnout pomáhala kolegyně Dendy. Taky mě štamgasti lákají, abych si dal s nimi, ale to už taky umím dobře odmítat. Nevadí mi, když tu pijí jiní lidi, říkám si – ty můžeš, já můžu, ale nechci, no tak si klidně dej. Vycházíme si tu navzájem vstříc, třeba když naše kuchařka – taky někdejší závislá – měla problém mít otevřené víno kvůli vaření v kuchyni, začali jsme ho prostě zamykat do skladu a vydáváme ho jen na vaření. Na nic si tu nehrajeme, každý může říct, jak se cítí a co potřebuje. Alkohol je v tomhle podle mě mnohem nebezpečnější než nelegální

drogy – ty musí člověk obvykle aspoň chvíli shánět, a tam je čas se zastavit; jenže alkohol se prodává pomalu i v obuvi, leží v akci u pokladny v každém obchodě, v televizi jsou tři z pěti reklam v hlavním čase na alkohol, je hrozně náročné se tomu vyhnout anebo se naučit to zvládnout. Hrozně rád bych si udělal kurz a začal taky nové pracovníky aktivně podporovat ve zvládání chutí, ale v tom vstupu zpátky do života myslím i na povolání terapeuta.

Jestli by mi něco pomohlo dřív? Pravda je, že na jednu stranu jsem prostě těch dvacet let asi nebyl připravený a rozhodnutý přestat brát. Na druhou stranu jsem v hodně věcech podle měřítek služeb a léčeben selhával kvůli schizofrenii – a kdyby o tom ti pracovníci byli připravení přemýšlet, možná jsem si nějaký čas mohl ušetřit. Jsem ale rád, že jsem dneska tam, kde jsem.

Text je volným přepisem rozhovoru s Michalem Růžičkou z 21. 12. 2022.
Zaznamenala a editorsky upravila Johana Růžková.



Epilog

Adiktologie a komunitní péče o duševní zdraví u jednoho stolu

■ **Johana Růžková**

V roce 2016 započal za účasti čtyř pražských a středočeských organizací – Magdaléna, o. p. s., Bona, o. p. s., Kaleidoskop, z. ú. a Fokus Praha, z. s. – projekt s komplikovaným názvem a jasným posláním: umožnit pracovníkům, kteří se pouštěli na tehdy poměrně málo probádané (a v České republice minimálně po stránce odborných publikací zcela neorané) pole integrované léčby lidí s duální diagnózou. Klíčovými aktivitami projektu byla pravidelná setkávání pracovníků těchto organizací nad konkrétními tématy (například práce s rodinou, skupinová práce, pozice psychiatra), vzájemná výměna zkušeností v praxi a mimořádně vydařená publikace Metodika práce s klientem s duální diagnózou, kterou v závěru projektu vydala Magdaléna. Ta je navzdory útlému rozsahu a úzké orientaci na léčebný proces doposud pravděpodobně nejkomplexnějším původně českým přehledovým materiálem a někteří z jejích autorů přispěli i do tohoto sborníku.

Dynamický vývoj čekal setkávání pracovníků, pro něž se v průběhu času ujalo sice ne zcela korektní, ale přiléhavé označení „duál-

ní stoly“. Když jsme na konci roku 2018 uzavírali poslední setkání v rámci projektu, rozhodli jsme se, že platforma – na níž sdílíme praktické rady, tipy a nápady z praxe, kazuistickou anonymizovanou formou své otazníky kolem práce s klienty a zároveň se informujeme o nových trendech a odborných poznatcích – stojí za zachování.

Zásadním krokem v jejich rozvoji bylo otevření platformy všem relevantním organizacím v Praze a ve Středočeském kraji a rozšíření záběru odborných témat do všech oblastí podpory lidí se závislostí i duševním onemocněním (původní setkání měla užší orientaci na léčbu a resocializaci). V současnosti tvoří pražskou a středočeskou skupinu na dvacet pracovišť, organizací a uskupení, které pokrývají široké spektrum sociálních i zdravotnických služeb, od komunitních týmů přes streetwork a klasickou terénní práci, léčebné i doléčovací adiktologické programy a specializovaná oddělení nemocnic až po terapeutické komunity nebo chráněná bydlení či týmy podpory housing first. Setkávání u duálních stolů probíhá nepřetržitě ve dvou- až tříměsíční periodě šestým rokem a ještě se nestalo, že by u stolu bylo ticho. I stoly samotné se proměňují – skupina zachovává původní tradici putování po členských organizacích, abychom se mohli navzájem seznámit nejen s pracovníky, ale i pracovišti. V dlouhodobém horizontu se ukazuje, že právě osobní vazby a detailní znalost prostředí i limitů spolupracujících služeb a organizace jsou klíčové pro efektivní síťování, tolikrát zmiňované v této publikaci. Právě díky nim jsme schopni zprostředkovávat klientům kvalitní návazné služby a kolegům předávat vhodně indikované klienty. Záběr témat, kterým se naše stoly věnují, se rozšířil. Nicméně – jak opět uvádí mnoho autorů této publikace – lidé s duální diagnózou se často nepohybují v lineárním životním scénáři a jejich pohyb napříč službami podle vlastních aktuálních potřeb je často intenzivnější, než tomu je u jiných cílových skupin, proto například pro kolegy z terapeu-

tické komunity není bez zajímavosti dozvědět se o práci s lidmi bez domova s duální diagnózou a nebo pro kolegy z psychiatrické nemocnice nahlédnout pod pokličku komunitních týmů na webu www.dualni-stoly.cz.

Během posledního roku došlo k dalšímu zásadnímu milníku, koncept duálních stolů se rozšířil do dalších regionů. V inspiraci pražskou skupinou, kde byli několikrát hosty, založili kolegové z Ledovce, z. s., vlastní skupinu složenou z místních aktérů v Plzni, kolegové z libereckého Fokusu se ujali regionu severních Čech. Samostatná skupina vznikla také v Brně a zájem mají i další regiony napříč republikou. Ukazuje se, že odborná, více teoretická témata sdílíme nehledě na oblast působnosti, ale významným prvkem duálních stolů jsou i kolegalita, pospolitost a osobní vazby lidí působících v této náročné oblasti.

Zásadním a neměnným prvkem duálních stolů po ukončení původního projektu je jejich dobrovolný a neformální charakter. Všechny organizace se setkávání účastní dobrovolně, sdílejí své know-how bez nároku na honorář nebo reciprocitu, poskytují si navzájem vzdělávací stáže. Organizace duálních stolů je rovněž na bázi dobrovolnické práce a hostitelem je vždy jedna z účastnických organizací bez nároku na jakékoli kompenzace. Uvádím to zde především proto, abych doložila, že kvalitní síťování, úzká kooperace organizací a výměna know-how, které v důsledku vedou ke zvyšování kvalifikace pracovníků a kvality služby, mohou být podpořeny na základě nadšení, ochoty a zápalu pro svou profesi. K tomu, abychom navazovali dobré vztahy mezi organizacemi, nepotřebujeme nutně zvláštní projekty ani financování, jen ochotu sdílet zkušenosti a naslouchat si navzájem.

Všem kolegům, kteří k chodu duálních stolů přispívají na základě vzájemné důvěry a víry ve společný cíl, jímž je zlepšení kvality života lidí s duální diagnózou, tímto děkuji. Doufám, že tato

publikace, která je zčásti naším společným dílem, je nám radostí a odměnou.

Pokud ve vašem regionu podobná platforma schází, neváhejte kontaktovat duální stoly, rádi vás v jejím vzniku podpoříme.

Duální diagnózou rozumíme souběh duševního onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek. Lidé s touto dvojí (nebo multiplikovanou) zátěží jsou zpravidla marginalizovaní i ve skupinách závislých nebo duševně nemocných. Jsou častěji nezaměstnaní nebo bez domova, častěji jsou obětí násilných trestných činů či zneužití, je pro ně náročnější čerpat podporu, neboť podpůrné služby jsou pro ně hůře dostupné.

Jejich léčba je časově, personálně i odborně velmi náročná. Jakkoli jde o dlouhodobý a takřka nikdy nekončící proces, mohou ovšem i lidé s duální diagnózou dojít úzdravy a najít své životní místo a pocit naplnění. To je hlavní poselství, které bychom chtěli touto publikací předat.

Jakkoli často působíme kriticky a s nejlepšími úmysly poukazujeme na slabá místa systému podpory lidí s duální diagnózou, rádi bychom především inspirovali a předávali chuť a odvahu dalším kolegům i službám.

ISBN 978-80-11-02592-2

