

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Krejčová Karolína

**Sociální práce s uživateli návykových nealkoholových
látek s psychiatrickou komorbiditou v kontaktních
centrech**

Social work with users of non-alcoholic addictive substances with psychiatric
comorbidity in contact centres

Poděkování

Tímto děkuji PhDr. Monice Dvořákové za odborné vedení mé práce, zejména za cenné a užitečné rady, za rychlou komunikaci a časté konzultování. Velice si vážím toho, že mohla mou práci vést. Také děkuji paní Mgr. Kateřině Cidlinské, Ph.D., která mě seznámila s kvalitativními metodami realizace výzkumu. Mé díky patří také sociálním pracovnícům a pracovníkům, kteří se účastnili mého výzkumu, děkuji jim za sdílení jejich osobních zkušeností. V poslední řadě děkuji i sama sobě za to, že jsem se motivovala v psaní, a že jsem práci vytvořila.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V dne..... ..

Krejčová Karolína

ABSTRAKT

Bakalářská práce představuje podobu sociální práce v nízkoprahových sociálních službách zvaných kontaktní centra, přibližuje téma závislostí a duševních onemocnění, které se mohou u člověka vyskytovat souběžně. Zároveň práce také charakterizuje profil sociální pracovníce, sociálního pracovníka, která/který pracuje v daném zařízení. Empirická část doplňuje teoretickou část a představuje, s jakými náročnými situacemi se sociální pracovníce a pracovníci setkávají nebo se mohou setkat při vykonávání sociální práce s uživateli a uživatelnkami návykových nealkoholových látek, kteří/které se potýkají s duševními nemocemi. Také jsou přiblíženy nástroje a zdroje podpory, které se využívají při řešení konkrétních náročných situací. Do výzkumné kvalitativní studie jsou zařazeni sociální pracovníce a pracovníci z území hlavního města Praha a Středočeského kraje.

Klíčová slova

psychiatrická komorbidita, duální diagnóza, kontaktní centra, sociální práce, sociální pracovník, nízkoprahová služba

ABSTRACT

Bachelor's thesis presents the form of social work in low-threshold social services called contact centers. The empirical part builds on the theoretical part and examines the challenging situations that social workers face to in a work with users of addictive non-alcoholic substances who suffer from mental illness. The tools and sources of support they use to deal with specific challenging situations are also introduced. For the purpose of the research qualitative study, social workers from the territory of the capital city Prague and the Central Bohemian Region are involved.

Keywords

psychiatric comorbidity, dual diagnosis, contact centers, social work, social worker, low-threshold service

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 DUÁLNÍ DIAGNÓZY, PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA	9
1.1 Problematika duální diagnózy/psychiatrické komorbidity	10
1.2 Závislost na nealkoholových návykových látkách	10
1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	12
1.4 Duševní onemocnění u osob se závislostí	14
1.5 Prevalence duálních diagnóz a komorbidit	19
2 KONTAKTNÍ A PORADENSKÁ CENTRA	21
2.1 Nízkoprahovost	21
2.2 Historie kontaktních center	23
2.3 Specifika práce v kontaktních centrech	24
2.4 Síťování návazných služeb	31
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU	34
3.1 Systém dostupných služeb	34
3.2 Léčba duální diagnózy/psychiatrické komorbidity	36
3.3 Specifika práce s lidmi s duševním onemocněním/uživateli návykových látek	39
4 PROFIL SOCIÁLNÍ/HO PRACOVNICE/PRACOVNÍKA V KONTAKTNÍM CENTRU	42
4.1 Předpoklady k výkonu profese	42
4.2 Činnosti a kompetence sociální/ho pracovnice/pracovníka	44
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	47
5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	47
5.2 Metoda zpracování výzkumu	48
5.3 Soubor a tvorba dat	49
5.4 Analýza	50
6 VÝSLEDKY	51
6.1 NÁROČNÉ SITUACE	51
6.2 NÁSTROJE ŘEŠENÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ	55
6.3 PODPORA ORGANIZACE	57
7 DISKUZE	59
8 ZÁVĚR	63
SEZNAM ZDROJŮ	64
PŘÍLOHA 1 Profesiogram – sociální pracovník kontaktního centra	72
PŘÍLOHA 2 Prohlášení o seznámení s výzkumem	74
PŘÍLOHA 3 Otázky rozhovoru	76

PŘÍLOHA 4	<i>Seznam kódů</i>	77
PŘÍLOHA 5	<i>Ukázka kódování části rozhovoru</i>	78

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome, syndrom získaného selhání imunity

AS – Adiktologické služby

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

EMCDDA – The European Monitoring Centre for Drugs and Drugs addictions, Evropské monitorovací středisko drog a drogových závislostí

HR – Harm reduction, snižování škod

MDMA – Chemicky 3,4-methylenedioxyamfetamin (extáze)

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MR – Motivační rozhovory

SP – Sociální práce

ÚV ČR – Úřad vlády České republiky

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – World Health Organization

ÚVOD

Pojem duální diagnóza je v mnoha sociálních službách již značně rozšířený. Projev duševního onemocnění u člověka, který má navíc závislost a naopak, není ojedinělým jevem, obzvlášť v adiktologických sociálních službách. V České republice je podle Národního monitorovacího střediska drog a drogových závislostí a jeho Souhrnné zprávy o závislostech z roku 2021 přibližně 44 tisíc osob, které užívají návykové látky (nejvíce pervitin a opioidy) rizikovým způsobem, a to injekčně. Monitorovací středisko dále poukazuje na počet uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými službami, ročně jich je téměř 40 tisíc. Prevalence výskytu duševního onemocnění u závislostí je Monitorovacím střediskem uváděna v četnosti 30-50 %, proto je toto téma čím dál více aktuální.

Tato práce se zaměřuje na sociální práci s lidmi s duální diagnózou v kontextu možných náročných situací v kontaktních centrech, což částečně vychází z tzv. profesiogramu sociálního pracovníka, který vznikl v rámci projektu Profesionalizace sociální práce v České republice. Profesiogram označuje duševní onemocnění a vážnou osobnostní poruchu u uživatelů kontaktních center za faktory ztěžující výkon práce. Toto téma a tato problematika byla zvolena i vzhledem k tomu, že sama již jeden rok pracuji v jednom z kontaktních center, což mi umožňuje hlubší vhled do problematiky v praxi.

Bakalářská práce v teoretické části nejprve pojednává o problematice duálních diagnóz, definuje časté duševní onemocnění a popisuje prevalenci duálních diagnóz. Dále přibližuje podobu sociální práce s uživateli návykových nealkoholových látek s duševním onemocněním, možnosti léčby duálních diagnóz a dostupnost služeb pro tuto cílovou skupinu. Pro navázání na výzkumnou část je přiblížena činnost kontaktních center a jsou přiblížena specifika práce v nich.

Tato bakalářská práce má za cíl identifikovat možné náročné situace, se kterými se mohou setkávat sociální pracovníci a pracovníci při práci s touto cílovou skupinou. Zároveň je cílem zjistit, jaké nástroje a zdroje podpory jsou využívány při řešení náročných situací, je proto v teoretické části popsán profil sociálního pracovníce nebo sociálního pracovníka v kontaktních centrech. Dále jsou přiblíženy jejich osobnostní a kvalifikační předpoklady pro výkon této profese.

1 DUÁLNÍ DIAGNÓZY, PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA

V dnešní době se často setkáváme v pojmem „duální diagnóza“ v různých souvislostech. V literatuře autoři definují duální diagnózu různorodě, ale z názvu vyplývá, že jde o souběh dvou diagnóz současně – v tomto případě závislost a duševní onemocnění. Pojem psychiatrická komorbidita je používán pro souběh závislosti a dvou či více psychických onemocnění. Závislost se pojí s různými zdravotními komplikacemi, přičemž nejsou výjimkou ani duševní nemoci. Fox et al. (2011) upřednostňují pojem „souběžně se vyskytující porucha“ neboli „co-occurring disorder“, jelikož je toto pojmenování v oblasti závislostí daleko přesnější, nežli duální diagnóza nebo psychiatrická komorbidita.

„Pojem „duální diagnóza“ je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, již se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta. Pojmy „komorbidita“ a „duální diagnóza“ se často zaměňují“ (Minařík a Kalina in Kalina 2015, s. 211).

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) pojednává o duální diagnóze jako o obecném pojmu, který odkazuje na komorbiditu nebo souběžně vyskytujících se poruchu užívání návykových látek a další jiné psychiatrické nemoci u jednoho člověka. Takového člověka WHO nazývá jako duševně nemocný jedinec, který zneužívá chemické látky (WHO, 1994).

Torrens et al. v dokumentu EMCDDA z roku 2017 vyzdvihují náročnost a komplikaci diagnostiky komorbidity a odlišení psychického onemocnění od akutních nebo chronických komplikací, které jsou spojené s užíváním návykových látek.

Například hyperaktivita a roztěkanost může být spojována s Attention Deficit Hyperactivity Disorder neboli Hyperaktivita a porucha pozornosti neboli ADHD, ale také může být spojována s intoxikací pervitinem nebo jinými stimulanty.

Dalším příkladem jsou projevy abstinčního syndromu, které mohou být zaměňovány s psychickým onemocněním (Torrens et al. in EMCDDA, 2017).

1.1 Problematika duální diagnózy/psychiatrické komorbidity

Etiologická úvaha

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (dále jen EMCDDA) ve své publikaci s názvem Stav drogové problematiky v Evropské Unii a v Norsku (2004a, s. 94) uvádí, že „*symptomy duševní poruchy a problémy drogové závislosti vstupují do interakce a vzájemně se ovlivňují.*“ To značí vzájemnou ovlivnitelnost a propojenost vzniku a projevu závislosti a duševního onemocnění.

Kalina a Minařík (in Kalina a kol., 2015) uvádí, že duální diagnózy lze rozdělit na tři skupiny. Do první skupiny jsou zařazeny osoby, u nichž se duševní onemocnění projevilo primárně a příznaky a projevy tohoto onemocnění vedou k tzv. sebemedikaci (pojem vysvětlen níže), která postupně vede k rozvoji závislosti. Druhou skupinou jsou osoby, u kterých se dlouhodobým a pravidelným užíváním návykových látek rozvinulo psychické onemocnění. A u třetí skupiny se předpokládá, že rozvoj psychického onemocnění a závislosti má stejnou příčinu, a to objevující se porucha osobnosti.

Fenomén sebemedikace

V adiktologické literatuře se často můžeme setkat s pojmem „sebemedikace“. Tento pojem je často používán v oblasti duálních diagnóz/psychiatrických komorbidit, ale i v běžné populaci. Sebemedikace spočívá v utišování nepříjemných pocitů, stavů, prožitků, vzpomínek pomocí alkoholu či jiné návykové látky. Často se nemusí jednat pouze o jednorázové stavy, ale může se jednat právě o psychické onemocnění, jehož příznaky jsou „lčeny“ návykovými látkami. Pokud člověk v průběhu svého života podstoupí správnou diagnostiku, tato diagnóza se poté nazývá duální (Kalina a kol., 2015; Nešpor, 2018).

1.2 Závislost na nealkoholových návykových látkách

EMCDDA (2022, s. 8) udává, že: „*odhadem 44 tis. lidí užívá drogy rizikově, nejčastěji pervitin (33 tis.) nebo opioidy (11 tis.). Za posledních deset let se jejich počet zvýšil přibližně o čtvrtinu. Odhadem 42 tis. lidí užívá nelegální drogy injekčně.*“

Definice syndromu závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní následovně:

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“ (ÚZIS, 2022).

Nešpor (2018) uvádí, že o závislosti lze hovořit až ve chvíli, kdy se u člověka projeví v posledním roce alespoň tři příznaky závislosti.

Mezi tyto příznaky patří:

„Craving“ neboli „bažení“, což je stav, ve kterém má člověk neodolatelnou chuť a nutkání užít návykovou látku. Dalším příznakem je snížená kontrola užívání látky, a to ať už jde o užití množství látky nebo o zastavení užívání. Nejčastějším příznakem závislosti je fyzický odvykací stav, do kterého se člověk dostane, pokud neužije žádnou návykovou látku, kterou předtím užíval pravidelně. Fyzický odvykací stav se může projevovat odlišně u jednotlivých návykových látek (Nešpor, 2018). Zejména u opiátů a alkoholu může odvykací stav vážně ohrozit život člověka. Nešpor (2018) dále uvádí, že k zmírnění abstinčního syndromu lze využít látku, která má podobné účinky jako látka návyková. Tím je poukázáno na možnost využití substituční léčby, která se nejčastěji využívá u osob se závislostí na opiátech. Jako další příznaky zmiňuje zvyšování tolerance k užívané látce a postupné zanedbávání volnočasových činností a aktivit, které člověku dělají radost a zvyšování času stráveného obstaráváním a užíváním návykové látky nebo rekonvalescence z jejích účinků. Jako poslední příznak Nešpor uvádí přetrvávající užívání látky i ve chvíli, kdy si je člověk plně vědom negativních důsledků plynoucích z užívání (Nešpor, 2018).

Závislost na alkoholu

Matson (2020) říká, že nejrozšířenější užívanou substancí je alkohol, jelikož alkohol je především společenská záležitost, podle něj lze alkohol označit za jakousi společenskou normu. Matson (2020) ve své knize poukazuje na rizika spojená s vysokým množstvím užívání alkoholu, těmito riziky je myšleno zejména

zdravotní komplikace, které mohou pramenit z akutní intoxikace nebo abstinčního syndromu. Mahrová (in Mahrová & Venglářová a kol., 2008) kromě zdravotních komplikací zmiňuje také sociální problémy, kterými například může být ztráta zaměstnání, problém v rodině, ztráta bydlení a sociálních kontaktů. To potvrzuje i Dušek a Večeřová Procházková (2015), kteří uvádí, že o závislosti na alkoholu lze hovořit ve chvíli, kdy užívání alkoholu začne člověku nebo jeho blízkým působit problémy. Tato práce se alkoholovým závislostem nevěnuje. Alkohol však může být jednou z mnoha užívaných látek u osob se závislostí na nelegálních návykových látkách.

V kontextu této práce je pozornost věnována zejména závislostem na nelegálních návykových látkách, konkrétně se jedná o návykové látky z řad stimulantů (př. pervitin, MDMA, kokain aj.) a z řad opiátů (př. heroin, opium aj.). Přidružená může být závislost na lécích (zejména zneužívání hypnotik nebo sedativ), závislost na alkoholu nebo kanabinoidech a tabáku. Pozornost je věnována zejména rizikovému užívání návykových látek, čímž je myšleno intravenózní užívání.

Definice a popis závažnější formy užívání návykových látek je různorodý, různé organizace či klasifikace používají rozdílné pojmenování. Například Torrens et al. (2017) charakterizují formy závažnějšího užívání jako problémové, vysoce rizikové nebo škodlivé užívání, zneužívání návykových látek nebo i látková závislost.

Metodika moderních metod sociální práce a síťování adiktologických služeb (2019) dávají přednost pojmu závislostní chování, pod kterým si lze představit jak látkovou, tak i nelátkovou závislost. Dále uvádí, že nelátkovou závislostí může být například gamblerství, závislost na elektronice, práci, jídlu, sexu, nakupování a tak dále. Zároveň závislostním chováním je myšleno takové chování, které neprodleně k závislosti směřuje.

1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Bio-psycho-socio-spirituální model člověka pomáhá pohlížet na člověka jako na celistvou bytost, nikoli pouze jako na objekt diagnostiky a zdravotnických

vyšetření. Bio-psycho-socio-spirituální model člověka se pojí konkrétně s oblastí zdraví, nemoci a uzdravení (Kalina a kol., 2015). U osob, které se potýkají se závislostí na návykových látkách, je potřeba hledat faktory, které ovlivnily vznik závislostního chování a ovlivňují průběh závislosti a porozumět jim. Nešpor (2018) uvádí, že závislost nemá pouze jednu příčinu, uvádí, že závislost vzniká na základě několika příčin a rizikových faktorů.

Těmi mohou být faktory biologické, psychologické, sociální nebo spirituální. Z čehož vyplývá, že pro pochopení závislosti jedince je zapotřebí vycházet z daného bio-psycho-socio-spirituálního modelu.

Z biologického hlediska mezi faktory, které mohou ovlivnit vznik závislosti člověka, patří různé negativní stavy a prožitky nastávající matky v průběhu jejího těhotenství, například chronický stres, abúzus návykových látek nebo organické poškození plodu (Kudrle in Kalina a kol., 2003a).

Dle Nešpora (2018) zvyšuje riziko vzniku závislosti genetická predispozice. Osoba, jejíž rodičem je člověk závislý na návykových látkách má jisté vlohy pro vznik závislosti. Dle Nešpora by člověk, který má nebo měl alespoň jednoho rodiče závislého na alkoholu a jiných návykových látkách, měl abstinovat celý život.

Psychologickým faktorem, který může ovlivnit vznik závislosti, je vývoj člověka, to, jak se vyvíjí jeho osobnost, sebevědomí, sebepojetí a sebeláska. Dalším psychologickým faktorem je naplňování potřeb jedince, zda jsou potřeby naplněny nebo ne a zda vzniká psychická deprivace, což se pojí i s určitými negativy, které může člověk od narození do dospělosti zažít (např.: týrání, zanedbávání, trauma, dlouhodobá frustrace, málo pozitivních podnětů, jako je láska, uznání, podpora, dále šikana, rizikový způsob života a tak dále) (Kudrle in Kalina a kol., 2003a). Frouzová (in Kalina a kol., 2003a) uvádí, že lidé využívají návykové látky jako tzv. sebededikaci k utišení nepříjemných stavů, které se u člověka objevují v důsledku nepříjemných zkušeností nebo v důsledku vzniku psychického onemocnění, což úzce souvisí se sociálními faktory, které jsou další oblastí vzniku závislosti. Ze sociálního hlediska mohou ke vzniku závislosti přispět nežádoucí podmínky života v původní rodině (chudoba, fyzické tresty, špatná výchova, zanedbávání, špatný životní styl, izolace a jiné). Kudrle (in Kalina a kol., 2003a) uvádí, že to také

ovlivňuje prostředí a kultura ve kterém člověk žije a v jaké sociální skupině se nachází.

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji“ (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, s. 93). V dnešním světě není výjimkou, že existuje mnoho ateistů, co se týká náboženství. Osoby, které se nehlásí k náboženské víře se často upínají ke spiritualitě, hledají víru a naději někde jinde než v náboženství. Lidé hledají smysl svého života, svého úsilí a svých činů. Závislí člověk, který se rozhodne pro abstinenci, řeší spousty existenciálních témat, křivd a bolestí, které způsobil druhým lidem, ale také se vyrovnává s bolestmi, které byly v životě způsobeny jemu.

1.4 Duševní onemocnění u osob se závislostí

Níže jsou popsány časté typy duševních onemocnění, která se současně mohou propojovat se závislostí na návykových látkách a navzájem se mohou ovlivňovat.

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Orel a kol. (2020) uvádějí, že se schizofrenie nejčastěji projevuje poruchami vnímání, kam spadají zejména halucinace. Halucinace mohou být například zrakové, sluchové, tělesné nebo intrapsychické. U intrapsychických halucinací má člověk pocit, že mu někdo odcizuje myšlenky nebo naopak, že mu někdo myšlenky do hlavy vkládá.

Probstová a Pěč (2014, s. 40) odkazují na Bleulera a zmiňují jeho základní popis příznaků schizofrenie, tzv „4A“: *„poruchy asociací, poruchy afektivity, ambivalence, autismus.“* Poruchy asociací se u schizofrenie projevují nesouvislou řečí, překrývající se slovní zásobou, přeskakujícími myšlenkami, neschopnost porozumět realitě. Co se týká poruch afektivity, nejčastěji dochází k emoční oploštělosti nebo naopak k náládovosti. Ambivalencí jsou u schizofrenie myšleny protichůdné postoje a pocity k sobě samému nebo druhým lidem. Autismus se projevuje u člověka se schizofrenií tak, že člověk prožívá realitu uvnitř svého vnitřního světa, uvnitř psychotického stavu.

Existuje několik typů schizofrenie, které se vyskytují frekventovaně a jimi jsou: paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie. Jednotlivé projevy schizofrenie u těchto typů se liší.

Schizotypální porucha se od schizofrenie odlišuje tak, že se neprojevuje pravými bludy, psychotickými atakami a sluchovými a jinými halucinacemi. Za zmínku stojí schizoafektivní porucha, která kromě schizofrenních příznaků má příznaky afektivní, to znamená, že se u člověka vyskytují i manické či depresivní stavy/fáze. U osob, které mají závislost na návykových látkách, se často mohou projevit i akutní nebo chronické psychotické poruchy, které buď mají nebo nemají podobné příznaky schizofrenie nebo se objevují či ne s bludy (ÚZIS, 2022).

Tato skupina onemocnění se nejčastěji léčí pomocí farmakologie, která se však zaměřuje pouze na snížení projevu příznaků.

Afektivní poruchy

Do afektivních poruch neboli poruch nálady, lze zařadit: manickou fázi/depresivní fázi, bipolární afektivní poruchu, periodickou depresivní poruchu a trvalé poruchy nálady.

Manická fáze se dále dělí dle míry projevu mánie a dle příznaků, které se pojí s mání, a to na hypománii, manickou fázi bez psychotických příznaků, mánii s psychotickými příznaky. Mánie je často pojmenovávána jako povznešená nálada, vzrušená nálada, euforická nálada, kdy se jedinec cítí velice sebevědomě, často se u něj vyskytuje slovní výtrysk, myšlenkové zabíhání, nepřirozeně veselá nálada, snížená potřeba odpočinku a tak dále. U mánie s psychotickými příznaky se dále objevují i bludy nebo halucinace. Bludy bývají většinou paranoidní a megalomaničké, kdy je člověk přesvědčen o své originalitě, ojedinělosti a o svých velikášských schopnostech. A halucinace se u člověka v mánii projevují v podobě různých hlasů, které jedinec slyší (ÚZIS, 2022; Probstová a Pěč, 2014).

Depresivní fáze se obvykle dělí podle množství příznaků, které se u jedince vyskytují, a to na lehkou, středně těžkou a těžkou depresivní fázi, načež se těžká depresivní fáze opět rozlišuje podle toho, zda se u ní vyskytují psychotické symptomy nebo ne. Člověk, který si prochází depresivní fází může pociťovat pokles nálady, nespavost nebo naopak zvýšenou spavost, nechutenství, únavu, která se

objevuje po vynaložení sebemenší energie. Mohou se u člověka objevit i suicidální sklony nebo sklony k sebepoškozování a člověk také může ztratit zájem o své záliby, o to se vídat s druhými lidmi, může ztratit i základní hygienické návyky a podobně (ÚZIS, 2022; Probstová a Pěč, 2014).

U bipolárně afektivní poruchy dochází ke střídání manické a depresivní fáze. Tyto fáze se mohou u každého střídat po rozdílně dlouhé době, u někoho se mohou proměnit po pár týdnech, u někoho až po několika měsících. Mezi těmito fázemi se u člověka může projevit fáze remise, což znamená, že člověk v danou chvíli nemá ani depresivní ani manickou fázi, ale má fázi, která se neprojevuje příznaky, nemoc však stále probíhá (Orel a kol., 2020; ÚZIS, 2022).

Při práci s klientem s bipolární poruchou je nutné se zaměřit na to, v jaké fázi nemoci se momentálně osoba vyskytuje, abychom v reakci na to dokázali poskytnout patřičnou péči a pomoc. Afektivní poruchy se v některých slabších formách nemoci dají léčit pomocí psychoterapie (např. lehká deprese), ale u těžších forem se využívá zejména farmakologie.

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Do neurotických poruch patří konkrétně různé druhy fobií (sociální fobie, agorafobie atd.) a různé druhy úzkostných poruch, kam spadá panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostná a depresivní porucha. Jako úzkostné poruchy lze dále označit obsedantně nutkavé poruchy, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, kam můžeme zařadit třeba akutní stresovou reakci nebo posttraumatickou stresovou poruchu. Za somatickou poruchu můžeme označit hypochondrickou poruchu. Dále stojí za zmínku další neurotické poruchy jako je depersonalizace a derealizace (Orel a kol., 2020; ÚZIS, 2022).

Panická porucha se vyznačuje úzkostnými, panickými záchvaty, které se objevují nečekaně a náhle, i na místech a v situacích, kde by je člověk neočekával. Osoba, která zažívá panickou ataku zažívá pocity svírání hrudníku, popadání dechu, buší jí silně srdce, třese se a potí se, občas se vyskytují pocity, že člověk zemře a délka panické ataky se jeví jako nekonečná (Orel a kol., 2020; ÚZIS, 2022).

Generalizovaná úzkostná porucha je dlouhotrvající nemoc, která se neprojevuje na základě vnějších podnětů. Hlavními příznaky mohou být

světloplachost, bušení srdce, pocení a svalové napětí či pocity strachu, nervozity, třesu nebo pocity na zvracení (ÚZIS, 2022).

Za obsedantně nutkavou poruchu lze označit obsedantně (obsesivně) kompulzivní poruchu, která se projevuje nutkavými vtíravými myšlenkami (obsese), které se pojí s nutkavým jednáním něco vykonat (kompulze). Dané myšlenky a jednání mohou vyústit až v opakující se rituály a zvyky, které jsou nevídané a narušují člověku sociální život (ÚZIS, 2022).

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení jsou od ostatních poruch odlišné, jelikož na základě příznaků je lze rozeznat i na základě vzniku krizových situací nebo těžkých životních etap v životě člověka (úmrtí někoho blízkého, častá změna životního prostředí, konflikty atd.). Akutní stresová reakce může trvat několik hodin nebo dní a může vzniknout bez reálného podnětu. Velkou roli v užívání návykových látek hraje posttraumatická stresová porucha. Jejími hlavními znaky jsou opakující se, vracející se vzpomínky, myšlenky na nějakou traumatickou událost, kterou člověk prožil, a to bez toho, aniž by si člověk takové vzpomínky chtěl zvědomovat. Tato porucha se projevuje mimo jiné nespavostí, lekavostí, sociální fobií, apatií nebo zlými nočními sny. Výjimkou u posttraumatické stresové poruchy není ani úzkost, deprese či suicidální myšlenky (Orel a kol., 2020; ÚZIS, 2022)

Orel a kol. (2020, s. 244) uvádí, že při stavech depersonalizace člověku *„připadá jeho vlastní chování a pohyby změněné, cizí, vzdálené, „odosobněné“, zautomatizované, „duchem nepřítomné“ nebo bez života. A v případě derealizace se zdá změněné, neskutečné, vzdálené, bezbarvé, neživé jakoby „za sklem“, „ve filmu“, podivně zautomatizované okolní prostředí.“*

Poruchy osobnosti

Poruchou osobnosti je často označována taková porucha, která je ve většině případech velice dlouhodobá (i několik let) a bývá hluboce ukotvena uvnitř člověka. Porucha osobnosti spočívá v extrémní podobně některého povahového rysu osobnosti nebo v zaostalosti povahového rysu nebo absenci povahového rysu. Porucha osobnosti se projevuje zejména v prožívání a chování člověka. Pro posouzení takové poruchy je potřeba hledět na celistvou osobnost člověka nikoli

pouze na symptomy. Některé poruchy se mohou dokonce překrývat. Porucha osobnosti může značně člověku komplikovat život, a to v oblasti sociální, profesní, osobní, vztahové a v jiných (Orel a kol., 2020).

V mezinárodní klasifikaci nemocí (ÚZIS, 2022) je popsáno, že projevy narušení nějaké oblasti osobnosti se pojí s „*osobní tísní a rozvíjí se od dětství nebo dospívání a pokračují v dospělosti.*“

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) poukazují na problematiku častého výskytu komorbiditu u osob s poruchou osobnosti, nejčastěji se u nich kromě závislosti projevuje panická a úzkostná porucha nebo sociální fobie.

ÚZIS, MKN-10 (2022) definuje tyto druhy poruch osobnosti:

Paranoidní porucha osobnosti

Projevy: podezřívavost, přecitlivělost k odmítnutí a k uznání vlastní chyby, extrémní vztahovačnost, negativní vnímání pozitivně sdělených informací.

Schizoidní porucha osobnosti

Projevy: Uzavírání se do sebe, upřednostňování imaginace, neschopnost projevovat city a prožívat radost, preferování samoty.

Disociální porucha osobnosti

Projevy: nedostatek empatie, bezohlednost k druhým lidem, snadno vzniká frustrace a agrese na straně jedince, omlouvání svého nevhodného jednání a manipulace.

Emočně nestabilní porucha osobnosti (impulzivní/hraniční typ)

Projevy: impulzivní jednání, nepředvídatelné emoce, emoční výbuchy a agrese, sklon k navazování impulzivních vztahů, sklon k užívání návykových látek, suicidální sklony, nestabilita. Hraniční typ se navíc projevuje narušenou sebehodnotou, sebeláskou, sebeuznáním, sebehodnocením a projevuje se zejména pocity prázdnoty.

Histrionská porucha osobnosti

Projevy: herecké chování, přehánění v chování, teatrálnost, vyhrožování, přehnané emoční projevy, bezohlednost, potřeba být neustálým středem pozornosti a dosáhnout svého.

Anankastická porucha osobnosti

Projevy: „*pocit osobní nejistoty a pochyb, nadměrná svědomitost, zaměstnávání se detaily a kontrolou, tvrdohlavost, opatrnost*“ (ÚZIS, 2022). Jisté znaky obsesí a kompulzí, perfekcionismus.

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Projevy: tíseň, napětí, strach, úzkost, plachost, potřeba být přijímán a milován, vyhýbání se obávaným činnostem.

Závislá porucha osobnosti

Projevy: závislostní vztahy, odmítání převzetí odpovědnosti, nezvládání rozhodování, nezvládání běžných činností, bezmoc.

A jiné specifické poruchy, jako je **narcistická porucha osobnosti nebo pasivně-agresivní porucha osobnosti**. Orel a kol. (2020) uvádí, že narcistická porucha osobnosti se u člověka projevuje tak, že je člověk přesvědčen o své velké důležitosti, o své moci a úspěchu. Dále se projevuje arogancí, namyšleností, závistí, urážením druhých lidí. Avšak člověk s narcistickou poruchou osobnosti je uvnitř osamělý, zranitelný a má narušené pocity vlastní hodnoty.

U pasivně-agresivní poruchy lze podle Orla a kol. (2020) pozorovat u člověka neústupnost, hádavost, konflikty, neschopnost přiznat vlastní chybu, stížnosti a často neplnění úkolů a následné výmluvy.

1.5 Prevalence duálních diagnóz a komorbidit

V dnešní době je stále málo studií, které by zaznamenávaly výskyt souběžně se vyskytujícího duševního onemocnění a závislosti na nelegálních nealkoholových látkách a které by se shodovaly. Časté jsou výzkumy v oblasti komorbidit u

závislosti na alkoholu, nikoli na nelegálních látkách. Níže jsou představeny krátce výsledky prevalence komorbidit známých zahraničních studií.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále jen EMCDDA) (2004a) a Kalina a kol. (2008) vytvořili soupis výsledků různých zahraničních studií na prevalenci duálních diagnóz a psychiatrických komorbidit, jako jsou například Regier et al., 1990 nebo Kessler et al., 1996. Zahraniční studie poukazují, že u závislosti se v 38 % případů dle studie Regiera et al. (1990) a 51 % případů dle studie Kessler et al. (1996) vyskytuje i psychické onemocnění. V Evropě se souběh duševního onemocnění a závislosti odhaduje na 30-50% (EMCDDA, 2004a). „*V České republice je dostupná studie z roku 2001-2002, jejíž výsledkem je prevalence 35,5 %, studii provedl doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc*“ (Kalina a kol., 2008, s. 78). V současné době však není zcela jednotné, jaká je prevalence komorbidit v České republice. Kalina a kol. (2008) poukazují na další českou studii, která formou sekundární analýzy zkoumala výstupy Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS), kde zkoumané výstupy jsou o velikosti 15 118 osob. Tato studie došla k závěru, že dle výstupů ÚZIS je míra prevalence psychiatrických komorbidit pouze 6,1 %, což vede autory studie k diskuzi, zda je správně prováděna diagnostika a zda se správně zaznamenává.

2 KONTAKTNÍ A PORADENSKÁ CENTRA

V této kapitole jsou podrobněji představeny sociální adiktologické služby, tzv. kontaktní a poradenská centra. Pozornost je věnována zejména centrům na území hlavního města Prahy a jejich historii. Součástí těchto služeb je princip nízkoprahovosti, který je podstatou těchto služeb. V této kapitole je dále popsáno, jaká specifika práce jsou v zařízení, v čem daná specifika spočívají a jaké další služby mohou navazovat na kontaktní centra.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 definuje kontaktní centra následovně:

„Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.“

2.1 Nízkoprahovost

Herzog (in Klíma 2007) představuje, co je a co není nízkoprahovost a jak lze na ni a v jakém kontextu pohlížet. Herzog uvádí několik oblastí, ve kterých se nízkoprahovost může pružně nastavovat. Nejznámější rovinou nízkoprahovosti je nakládání s osobními údaji. Klienti v kontaktních centrech mají právo vystupovat anonymně a ve chvíli, kdy se rozhodnout vystoupit z anonymity, popřípadě se rozhodnou pro nějakou konkrétní spolupráci, podepisují s pracovníci kontrakt o spolupráci a podepisují souhlas s vedením osobní dokumentace. Pracovnice jsou podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách povinné dodržovat mlčenlivost o klientovi, informace o klientovi mohou být sděleny pouze té osobě, které si klient přeje předávat informace. Pracovnice mohou být z mlčenlivosti rozvázány pouze na základě soudního rozhodnutí (Operační manuál, Progressive, 2018; zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Další z těchto oblastí jsou cílové skupiny. Herzog (in Klíma 2007) poukazuje na to, že každá služba si může nastavit různorodá kritéria pro přijetí, vstup klientů/klientek do služby. Tato kritéria se odvíjí dle norem, postojů a potřeb skupiny. Další takovou rovinou je nízkoprahovost v kontextu kontaktní práce, zde se danou nízkoprahovostí konkrétně myslí flexibilita práce v určitý okamžik,

konkrétně popisováno jako práce „tady a teď“, zároveň tím je myšlena práce s podněty, které v danou chvíli jsou. Konkrétně na příklad aktuální stav, nálada klienta. Herzog (in Klíma 2007) u práce „tady a teď“ klade důraz na to, aby pracovníci co nejvíce využili z přítomného okamžiku, ale zároveň, aby si kladli otázku toho, co v tuhle chvíli může klient podniknout za konkrétní kroky, které by vedly k naplnění cílů. U práce „tady a teď“ je také důležité brát v potaz reálné možnosti klienta (Herzog in Klíma, 2007).

Na nízkoprahovost lze také pohlížet v rovině dostupnosti služby, nízkoprahové služby často vznikají v lokalitách, kde se jejich cílová skupina nejvíce pohybuje. Dá se říct, že vzniká „na zakázku“. Nízkoprahovost v dostupnosti služby se může vyobrazovat i ve vzhledu dané služby, aby služba byla přijata a také v určení otevírací doby, aby byla pro klienty dostupná (Herzog in Klíma, 2007).

Další důležitou rovinou pojetí nízkoprahovosti ve službách je nízkoprahovost jako pragmatické nastavení cílů. Nastavování cílů v kontextu nízkoprahovosti v daných službách je daleko benevolentnější nežli nastavování cílů v jiných službách. Tyto cíle vychází z praxe a z reálných analyzovaných podnětů (Herzog in Klíma, 2007). Nastavené cíle musí být dosažitelné a reálné.

Příklad pragmatického nízkého cíle: „*Pragmatický přístup prosazuje to, že některé způsoby aplikace drog jsou bezpečnější než jiné, např. inhalování heroinu z aluminiové folie je bezpečnější než intravenózní aplikace*“ (Herzog in Klíma, 2009, s. 186).

Herzog (in Matoušek a kol., 2013b) definuje nízkoprahový přístup následovně: „*uvědomělá práce poskytovatele s nastavením psychologických, prostorových a časových podmínek služby vnímaných cílovou skupinou.*“

Podle Hrdiny (in Kalina a kol., 2003a) nízkoprahový přístup je takový přístup, který klade na klienty pouze reálné požadavky, což znamená, že se po klientovi nepožaduje abstinovat od návykové látky. Také Hrdina (in Kalina a kol., 2003a) zmiňuje, že je důležité pracovat s klientem v takové fázi, ve které se aktuálně nachází. Libra (in Kalina a kol., 2003b) poukazuje na nízkoprahovost konkrétně v dostupnosti služby v menších městech a popisuje, že týmy kontaktních center v okresních městech, kde nebývá moc klientů si musely uvědomit, že

nízkoprahovost v úrovni dostupnosti není pouze o tom přijímat všechny klienty, ale že to je i o tom klienty aktivně vyhledávat.

Na závěr Herzog (in Klíma 2009, s. 187) uvádí, že nízkoprahové programy jsou „*programy pracující s prahy, tedy programy, které si uvědomují své prahy a bariéry a umí s nimi efektivně pracovat.*“

2.2 Historie kontaktních center

Ve 20. století na území České republiky často vznikaly nové protialkoholní léčebny, také byly zaváděny různé protialkoholní zákony, byly zřizovány protialkoholní poradny, adiktologickou sít' doplňovaly záchytné stanice a psychiatrická lůžková zařízení. Za stavební kámen systému péče o uživatele návykových látek se považuje první specializované ambulantní zařízení založené MUDr. Jaromírem Rubešem v roce 1978, které vzniklo pouze pro osoby se závislostí na nealkoholových látkách, nazývalo se Středisko drogových závislostí. Toto středisko se později osamostatnilo v první nestátní zdravotnické zařízení Drop-In. O něco později v devadesátých letech začalo vznikat více podobných zařízení. Za další důležité stavební kameny léčby závislostí a stavební kameny organizací, služeb lze považovat tzv. „Skálový doléčovací skupiny“ nebo kluby abstinentů vytvořené doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, díky kterým se následovně postupně začaly rozvíjet doléčovací programy a také se začalo normalizovat zapojení rodinných a blízkých příslušníků člověka do procesu léčby.

Po roce 1989 začaly vznikat i další nestátní neziskové organizace, vedle organizace Drop-In v té době vznikla i občanské sdružení Sananim. Dále po roce 1989 vznikaly denní stacionáře, dlouhodobé léčebné a terapeutické komunity, domy na půl cesty a ambulantní doléčovací programy. Matoušek (2011) uvádí, že v České republice byly terapeutické komunity zavedeny krátce poté, kdy Maxwell Jones takové komunity založil v Anglii. V první polovině 90. let také vznikaly první terénní programy a programy minimalizace škod (Skála, Kalina in Kalina et. al., 2003b; Matoušek, 2011).

2.3 Specifika práce v kontaktních centrech

Práce v kontaktních centrech se sestává z konkrétních úkonů, se kterými se pracovníci setkávají na denní bázi, mezi tyto činnosti patří potravinový servis, hygienický servis, výměnný program, kontaktní práce, základní zdravotní ošetření, ale i činnosti, které kladou větší nároky na kompetence, znalosti nebo zkušenosti pracovníků, těmito činnostmi jsou například individuální nebo sociální poradenství, krizová intervence, motivační rozhovory, informační servis nebo testování na infekční nemoci a jiné. Tato kapitola představuje detailnější popis některých úkonů a seznamuje se specifiky práce v kontaktních centrech.

Harm reduction

Harm reduction neboli snižování rizik se obvykle zaměřuje na minimalizaci rizik, která se pojí s užíváním návykových látek, zejména u osob, které nejsou motivované ke změně závislostního chování. *Harm reduction* (dále jen „HR“) má za cíl snížit riziko přenosu infekčních nemocí, snížit riziko vzniku různých infekcí a celkově snížit komplikace, které se pojí s dlouhodobým užíváním návykových látek. Princip HR pomáhá šetřit i veřejný rozpočet, zejména co se týká rozpočtu ve zdravotnických službách (Kalina a kol., 2001).

Příklad HR: Pokud člověk aplikuje návykové látky intravenózně, je důležité místo vpichu nejdříve vydezinfikovat, nechat dezinfekci zaschnout, návykovou látku naředit speciální vodou „Aqua pro injectione“. Používání jiné vody (například kohoutkové) by mohlo poškozovat žíly. Naředěnou návykovou látku, a to hlavně tablety (např. subutex, suboxone) je potřeba přefiltrovat, poté aplikovat látku čistou, nepoužitou injekční stříkačkou/jehlou a místo vpichu poté zalepit náplastí. Nedoporučuje se ani sdílení materiálu k rozdělávání návykové látky („zub“, vařítko/pánvička, voda atd.), aby se opět zamezilo šíření infekčních nemocí jako jsou AIDS, Hepatitida typu B, C.

Obrázek 1

Availability of selected harm reduction responses in Europe				
Country	Needle and syringe programmes	Take-home naloxone programmes	Drug consumption rooms	Heroin-assisted treatment
Austria	Yes	No	No	No
Belgium	Yes	No	Yes	No
Bulgaria	Yes	No	No	No
Croatia	Yes	No	No	No
Cyprus	Yes	No	No	No
Czechia	Yes	No	No	No
Denmark	Yes	Yes	Yes	Yes
Estonia	Yes	Yes	No	No
Finland	Yes	No	No	No
France	Yes	Yes	Yes	No
Germany	Yes	Yes	Yes	Yes
Greece	Yes	No	No	No
Hungary	Yes	No	No	No
Ireland	Yes	Yes	No	No
Italy	Yes	Yes	No	No
Latvia	Yes	No	No	No
Lithuania	Yes	Yes	No	No
Luxembourg	Yes	No	Yes	Yes
Malta	Yes	No	No	No
Netherlands	Yes	No	Yes	Yes
Norway	Yes	Yes	Yes	No
Poland	Yes	No	No	No
Portugal	Yes	No	No	No
Romania	Yes	No	No	No
Slovakia	Yes	No	No	No
Slovenia	Yes	No	No	No
Spain	Yes	Yes	Yes	No
Sweden	Yes	No	No	No
Turkey	No	No	No	No
United Kingdom	Yes	Yes	No	Yes

Obrázek 1 Dostupnost vybraných řešení harm reduction v Evropě

EMCDDA (2019a)

Přehledová tabulka dostupnosti vybraných řešení harm reduction v Evropě ukazuje, kde jsou zavedeny jednotlivé programy jako je výměnný program, naloxonový program, aplikační místnosti a program asistované léčby heroínu. Z tabulky vyplývá, že všechny tyto programy má zavedené Německo a Dánsko.

Filozofie Harm reduction ve vztahu

Na princip harm reduction lze pohlížet i z filozofického úhlu pohledu. Tatarsky (2002) charakterizuje několik filozofických základních bodů, které naplňují představu o tomto principu ve vztahu mezi pracovníci a klientem. Prvním základním bodem je vnímání a respektování individuality člověka. Každý klient má jiné potřeby, jiné zkušenosti, jiné vzpomínky, jiné přání. Tatarsky (2002) zdůrazňuje, aby byla práce úspěšná, musíme hledět na specifické potřeby každého člověka. Dalším bodem je, aby spolupráce začala tam, kde se klient nachází,

s ohledem na jeho míru motivace, s ohledem na jeho cíle atd. Třetí část se opírá o předpoklad, že klient má silné stránky, které mohou být podporovány. Dle Tatarskyho (2002) je důležité se zaměřit na skryté vlohy jedince a rozvíjet je, zmapování silných stránek může člověku pomoci k sebepoznání a poznání svých kladů a svých limitů. Další důležitou složkou filozofie principu HR ve vztahu je podle Tatarskyho (2002) přijetí menších vzrůstajících změn, které směřují správným směrem a nedílnou součástí tohoto filozofického pojetí je vytvoření zplnomocňujícího a podporujícího vztahu s klientem.

Níže jsou popsány konkrétní úkony, které jsou vykonávány v kontaktních centrech:

Distribuce harm reduction materiálu

V rámci distribuce HR materiálu neboli výměnného programu dochází v kontaktních centrech k uplatňování terciální prevence, konkrétně harm reduction přístupu, který je popsán výše. Nejčastěji dochází k výměně použitých stříkaček a jehel za nové čisté, k tomu poté klient dostává další potřebný materiál, kterým může být sterilní voda, filtry, konzelíny (dezinfekční tampóny), náplasti, buničina, prezervativy, alobal a ostatní materiál. Součástí výměny bývá poskytnutí informačního servisu. Tyto informace se často týkají bezpečné aplikace návykových látek, včetně informací o tom, jaký materiál používat a jak ho používat. Použité stříkačky jsou poté bezpečně odvezeny k likvidaci. Pro výkon této činnosti je potřeba důkladné bezpečnostní zaškolení (Zástupci společnosti Podané ruce o.p.s., ÚV ČR 2018; ÚV ČR, 2020).

Sociální práce

Výkon sociální práce může spočívat v různých činnostech, například může spočívat v pomoci v sociálně-právní oblasti: pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů. Sociální práce se také týká odkazování klienta do návazné služby a také uplatňování práv klienta. Samostatným výkonem sociální práce může být sociální poradenství, při kterém odborník využívá techniky aktivního naslouchání (Zástupci společnosti Podané ruce o.p.s., ÚV ČR, 2018).

Doplňující aktivitou výkonu sociální práce může být asistenční služba, kdy pracovnice může klienta doprovodit na úřady, do zdravotnického zařízení, do další sociální služby a jiné.

Často využívané je sociální poradenství, které podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 spočívá v poradenském rozhovoru, který má za úkol poskytnout člověku patřičné informace, které mají napomoci s řešením sociální situace. Sociální poradenství se dělí na základní a odborné, to základní má každá sociální služba povinnost poskytnout, to odborné se využívá ve specializovaných službách poradenství (zákon o sociálních službách č. 108/2006).

Kontaktní práce

Kontaktní práce probíhá na úrovni pracovnice a klient a jejím základem je navázání rozhovoru. Při kontaktní práci dochází k vytvoření bezpečného prostoru, ve kterém je klient pocítí důvěru, ve vytvořeném prostoru se následovně pracuje s klientem na jeho zakázkách, které vyplývají z jeho potřeb. V nízkoprahových kontaktních centrech se často s klientem pracuje principem „tady a teď“. Klienti často přicházejí s nějakou akutní záležitostí, kterou chtějí řešit a pro některé z nich je náročné nebo nemožné přijít na konkrétní smluvený termín a pracovat systematicky a dlouhodobě. Při výkonu kontaktní práce je důležité ohraničovat komunikaci s klientem a rozsah poskytovaných služeb (ÚV ČR 2018; ÚV ČR 2020; Národní monitorovací středisko, 2001).

Individuální poradenství

Individuální poradenství úzce souvisí s individuálním plánováním. Cílem individuálního poradenství je efektivita způsobu poskytování pomoci klientovi a efektivita v naplňování osobních cílů klienta (ÚV ČR 2018). V nízkoprahových službách se využívají tři typy individuálních plánů: tady a teď, úkol, příběh (Operační manuál, Progressive, 2018).

1. Tady a teď

Styl tady a teď je nejběžnější formou individuálního plánu v nízkoprahových službách. Klienti často přicházejí s akutní aktuální zakázkou, kterou chtějí řešit. V rámci práce tady a teď dochází k dohodě, plánu a revizi plánu během jednoho kontaktu (Operační manuál, Progressive, 2018; Klíma a kol., 2010).

2. Úkol

Tento styl je využíván ve chvíli, pokud klient přichází s konkrétní zakázkou. Zakázka by měla být dobře dosažitelná, popřípadě rozložitelná na menší cíle. Důležitým faktorem využití tohoto stylu je motivace klienta k řešení situace a k dosažení cíle (Operační manuál, Progressive, 2018).

3. Příběh

Tento typ individuálního plánu je realizován, pokud je s klientem pracováno dlouhodobě a pravidelně formou individuálního poradenství nebo case managementu. Jsou definovány konkrétní průběžné cíle klienta, které jsou postupně naplňovány, zhodnocovány a aktualizovány. Tento styl se zaměřuje na více oblastí v životě člověka, je evidován formou kazuistik (Operační manuál, Progressive, 2018; Herzog, 2022).

V rámci poradenského rozhovoru je důležité aktivní naslouchání, vytvoření bezpečného prostoru a příjemné atmosféry (Matoušek, 2013a).

V kontaktních centrech je nabízena i služba individuálního poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům (ÚV ČR, 2020). Sekundární cílovou skupinou jsou příbuzní nebo blízké osoby někoho, kdo má závislostní onemocnění. Tato specifická cílová skupina potřebuje stejně tak odbornou podporu a péči jako uživatelé návykových látek.

Součástí individuálního poradenství, ale i kontaktní práce může být specifické předléčebné poradenství, které v sobě kromě informačního servisu zahrnuje i motivační rozhovory (dále jen „MR“)“, které napomáhají klientovi s hledáním motivace ke změně chování.

Větrovec (in Klíma, 2009, s. 189) definuje MR následovně: „*Motivační rozhovor se vyznačuje nekonfrontačním empatickým přístupem, který má své opodstatněné využití v práci s uživateli drog, ale i v případech, kdy je žádoucím cílem intervencí změna chování klienta směrem k chování méně rizikového.*“

Podle Matouška a kol. (2010) motivační techniky se začínají využívat ve chvíli, kdy klient projeví, že si je vědom určitých negativ, která mu užívání návykových látek způsobují. V té chvíli je potřeba se více zaměřovat na tato

záchytné projevy a napomocť klientovi reflektovat odlišnosti v tom, jaké má hodnoty a cíle a jakou roli v tom hraje užívání návykových látek. Poté je významné bez nátlaku s klientem hledat jeho motivaci k dalším krokům vedoucím ke změně (Matoušek a kol., 2010). Podle Větrovce (in Klíma, 2010) je zároveň potřeba být si vědom limitů motivačních rozhovorů, tím má na mysli být schopen oddělovat své přání a fantazie od toho, jaké má klient reálné možnosti a co zvládne a být schopen zvědomovat klientovi proces práce.

Motivační rozhovory jsou nedocenitelnou součástí práce v sociálních službách a toto je platné i v cílové skupině osob s duální diagnózou.

Krizová intervence

V kontaktních centrech se můžeme s krizovou intervencí setkat poměrně často. Uživatelům návykových látek se v životě mohou odehrávat velmi složité a náročné situace, které jsou zátěžové na prožívání a těžko se s nimi vyrovnává.

Vodáčková a kol. (2020) definují krizovou intervenci jako odbornou metodu práce. Dále popisují, v jakých situacích se krizová intervence využívá a jakým způsobem na člověka působí. Krizová intervence se zaměřuje pouze na okolnosti, které s aktuální situací člověka bezprostředně souvisí a zároveň krizová intervence má za cíl člověka zplnomocnit, aby byl schopný svoji situaci pomocí vlastních sil konstruktivně řešit. Pracovnice, která vykonává krizovou intervenci vede strukturovaný rozhovor, ve kterém by člověk měl najít oporu a který směřuje k orientaci v důvodech prožívaného stavu (Vodáčková a kol., 2020; ÚV ČR, 2018).

Informační servis

Informační servis je další nedílnou součástí práce v kontaktním centru. Informační servis se týká jak poskytování informací o bezpečnější aplikaci drog, informací o méně rizikovém způsobu chování, tak poskytnutí zdravotních a sociálně-právních informací nebo informací o možné léčbě závislosti. Informace se poskytují na základě zájmu klienta (ÚV ČR, 2018; ÚV, 2020).

Testování na infekční nemoci (předtestové a potestové poradenství)

Specifickou činností v kontaktních centrech je orientační testování na infekční nemoci, ke kterému se pojí předtestové a potestové poradenství. Před testováním se většinou zjišťuje, z jakého důvodu se klient chce otestovat, zda došlo k nějaké rizikové situaci, nebo zda důvodem pro otestování je prevence a také kdy popřípadě k takové situaci došlo, jelikož každé onemocnění má svoji inkubační dobu. U hepatitidy typu C se navíc zjišťuje, zda ji člověk již prodělal nebo ne, vzhledem k tomu, že i po úspěšně dokončené léčbě by orientační test vyšel reaktivní. Během, před nebo po testování je důležité s klientem probrat úskalí rizikového chování a edukovat ho o bezpečnější aplikaci návykových látek, popřípadě bezpečnějším pohlavním styku. Potestové poradenství se odvíjí dle toho, zda výsledek testu vyšel negativní nebo reaktivní (vzorek orientačního testu je odebírán z kapilární krve). Pokud je výsledek orientačního testu reaktivní je klient odkázán s doporučením do příslušného zařízení na přesnější test (z žilní krve) a jsou klientovi vysvětleny možnosti léčby daného onemocnění, jsou mu poskytnuty informace o dané nemoci a popřípadě je mu objasněno jaké povinnosti by z pozitivního výsledku vyplývaly (Operační manuál, Progressive, 2018).

Poskytnutí podmínek pro základní zdravotní ošetření

Někteří uživatelé se potýkají se zdravotními komplikacemi, které jsou nedílnou součástí rizikového chování klienta, ale většinou sami nevyhledávají zdravotnická zařízení, do kterých by se zdravotními potížemi šli.

Úřad vlády ČR (2018, s. 37) uvádí, že „*cílem je ošetřit základní poranění a poskytnout nejnutnější pomoc v kombinaci se snahou přimět klienta, aby využil odbornou pomoc lékaře.*“

Často dochází k ošetřování abscesů, bérkových vředů, různých tržných ranek, flegmóny a jiných (ÚV ČR, 2018). Ošetřování v kontaktních centrech zabezpečuje ve většině případů zdravotní sestra nebo na území Prahy jsou zaměstnání v kontaktních centrech i někteří odborníci z hnutí Medici na ulici.

2.4 Sít'ování návazných služeb

Samostatnou podkapitolou jsou služby, které mohou navazovat na pražská kontaktní centra. Odkazování na další zařízení a případná následná spolupráce s nimi je nedílnou součástí práce v kontaktních centrech, je tedy nezbytné několik takových služeb představit.

Sít'ování v adiktologických službách a nejen tam podle Valentové (2020) znamená podporovat klienta v utváření podpůrné sítě kontaktů, vztahů a vazeb, aby se mu dostalo potřebné pomoci v oblasti prosazování jeho zájmů.

Pro mnoho osob jsou kontaktní centra první adiktologickou službou, se kterou se setkávají (Kalina, 2008). Zároveň kontaktní centra mohou sloužit ke vstupu do dalších potřebných služeb, při spolupráci s dalšími organizacemi je nedílnou součástí systematickosti práce (Libra in Kalina et. al., 2003b).

V kontaktních centrech jsou klienti v průběhu spolupráce informováni o možnostech využití dalších služeb, o možnostech léčby nebo o možnosti další spolupráce. O tom, jaké budou navazující služby, částečně rozhodují i klienti sami tím, s jakou zakázkou přicházejí, to znamená, že navazující služba se volí podle toho, co klienti potřebují řešit nebo podle toho co se v průběhu rozhovoru, spolupráce ukáže jako potřeba řešit.

Konkrétně lze klienty odkazovat na sociální služby, substituční léčbu, zdravotní služby, léčebná zařízení, terénní služby a další.

Právní pomoc

Uživatelé návykových látek se mohou lehce během svého života a během své drogové „kariéry“ dostat do střetu se zákonem nebo se mohou dostat do tíživé situace, ve které si neví rady (oblast rodinného práva, občanského práva a zákoníku práce).

V takových situacích je potřeba právní pomoc, kterou lze využít například ve službě Právní poradna A. N. O., jejíž cílovou skupinou jsou uživatelé a bývalí uživatelé návykových látek, lidé se závislostí na gamblingu, rodinní příslušníci těchto osob a odborníci z adiktologických služeb (Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, 2022). Zároveň také klienti mohou využívat občanské poradny, pokud

je jejich životní situace stabilizovaná a chtěli by například řešit insolventci svých dluhů.

Sociální služby

Pokud nejsou uživatelé cílovou skupinou K-centra nebo jsou bez přístřeší, jsou v Praze často odkazováni na organizaci Naděje, která provozuje denní centra, konkrétně Denní centrum U Bulhara, Praha 2 a Denní centrum pro mladistvé ve věku 18-26 let, Bolzanova, Praha 1. V těchto centrech působí specializovaní lékaři, kteří poskytují zdravotní péči osobám bez přístřeší, konkrétně praktického lékaře, gynekologa a stomatologa (Naděje, 2022a). Velmi častou sociální službou jsou noclehárny, které využívají zejména osoby bez přístřeší, nejznámějšími noclehárnami v Praze jsou Lod' Hermes, Armáda spásy nebo noclehárny organizace Naděje.

Substituční léčba

Uživatelé návykových látek, zejména opiátů se často rozhodnou pro substituční léčbu. Velmi známé zařízení poskytující substituční program je organizace Remedis, jejíž *„posláním je také ochrana veřejného zdraví a přístup harm reduction“* (Remedis, 2022). Dalším známými zařízeními poskytujícími substituční léčbu jsou dvě Centra metadonové substituce Drop In o. p. s. I. a II., kde je používána konkrétně látka metadon (Drop In, 2022), nikoliv buprenorfin, který je předepisován v Remedisu. Další známým programem, který vede substituční léčbu je CADAS organizace Sananim, tento substituční program dokáže mít v péči až 80 klientů a je vhodný i pro osoby s duální diagnózou (Sananim, 2022).

Terénní služby

Výše zmíněné adiktologické organizace Progressive o. p. s., Drop In a Sananim mají své terénní služby, které distribuují harm reduction materiál v terénu, v prostředí klientů, venku v různých částech Prahy. Terénní pracovníce také provádí základní zdravotní ošetření, poskytují informační servis, poradenství (Progressive o. p. s., 2022; Drop In, 2022; Sananim, 2022). Také výše zmíněná organizace Naděje má své terénní služby, pracovníce poskytují *„základní potravinovou pomoc, prostředky osobní hygieny, ošacení a přikrývky“* (Naděje, 2022b).

Terénní služby jsou užitečné hlavně pro ty, kteří nízkoprahová centra nebo jiné organizace nenavštěvují nebo je mají daleko od místa, kde se obvykle zdržují. Terénní služby jsou také bránou ke vstupu k dalším službám.

Navazující služby na kontaktní centra nebo služby, na které je odkazováno, tvoří širokou síť možností. Přehled a způsob síťování v adiktologických službách poskytuje například Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách, realizována v rámci projektu Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky (Zástupci společnosti Podané ruce o. p. s., 2019).

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Sociální práce s touto cílovou skupinou může probíhat na různých úrovních v různých typech služby. Sociální práce musí být komplexní, systematická a musí se zaměřovat na všechny důležité oblasti života. V následujících podkapitolách bude představen systém dostupných služeb pro osoby s duální diagnózou, bude představena typologie léčby duálních diagnóz a budou přiblížena specifika sociální práce.

3.1 Systém dostupných služeb

Do systému dostupných služeb pro osoby s duální diagnózou můžeme jednoznačně zařadit služby sociální, adiktologické nebo zdravotnické. Každá služba, ať už sociální, adiktologická nebo zdravotnická má svá specifika, odlišují se od sebe tím, pro jakou cílovou skupinu jsou určeny, o jaký typ služby se jedná a tím, jaké činnosti nabízí.

Některé služby mají cílovou skupinu osob s duální diagnózou přímo definovanou ve svých metodikách. Služby, které to ve svých metodikách nemají explicitně napsáno, se i přesto mohou s touto cílovou skupinou běžně setkávat a pracovat s ní. Ale jsou i takové sociální, adiktologické nebo zdravotnické služby, které pracují pouze s lidmi se závislostní poruchou nebo pouze s lidmi s psychickým onemocněním.

Miovský (2013) odkazuje na zákon o adiktologických službách č. 379/2005 Sb., který definuje služby akutní lůžkové péče, detoxifikace, terénních programů, kontaktních a poradenských služeb, stacionárních programů, ústavní péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, programů následné péče a substituční léčby.

Jak je již vysvětleno výše, tyto služby mohou být pro osoby s duální diagnózou, ale také nemusí. Na příklad Psychiatrická nemocnice Bohnice má oddělení jak pro osoby, které jsou závislé nebo které mají závažné psychické onemocnění, tak má oddělení specializované pro léčbu duálních diagnóz, a to konkrétně oddělení číslo 16 (PN Bohnice, 2022).

Dalším příkladem mohou být terénní služby a kontaktní a poradenská centra, tyto služby mají v zákoně stanovenou cílovou skupinu jako osoby ohrožené závislostí na návykových látkách (zákon o sociálních službách č. 108/2006), nikoli jako osoby s duální diagnózou, ale můžeme se v těchto službách s touto cílovou skupinou setkat.

Velkou roli v životě člověka s duševním onemocněním mohou zastat Centra duševního zdraví, která vznikají po celé České republice v rámci reformy psychiatrické péče. Tato centra jsou ukotvena v zákonu o zdravotních službách č.372/2011 Sb. Centra duševního zdraví neboli CDZ mají za cíl poskytnout deinstitucionalizovaným osobám se závažným duševním onemocněním zdravotně-sociální péči v přirozených (komunitních) podmínkách. V každém takovém centru je multidisciplinární tým, který je složen z psychiatra/psychiatricky, psychiatrických sester/bratrů, psychologa/psycholožky, sociálních pracovníků, peer pracovníků/pracovnic a jiných potřebných odborností. Práce tohoto týmu vychází z tzv. balanced care model. Tento model také vychází z přání a potřeb klienta/klientky (pro účely této práce je využíváno pro označení klient/klientka pouze mužský rod, i když se týká i ženské populace klientek) a jeho/její rodiny a většinou se odehrává v přirozeném prostředí člověka. S osobami s duální diagnózou pracuje například Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020; CDZ, 2022).

Pro osoby s duální diagnózou, které jsou ve své závislosti a ve svém psychickém onemocnění více stabilizovanější, jsou dostupné i některé služby sociálního poradenství, kde není podmínkou úplná abstinence. Tyto služby uskutečňují například i podpůrné skupiny, nabízejí case management nebo individuální poradenství (Ambulantní služby Progressive o. p. s., 2022).

Dalším nenahraditelným programem pro osoby s duální diagnózou je program CHRPA v Terapeutické komunitě Magdaléna o. p. s., terapeutické komunity obecně jsou velice důležité při léčbě duálních diagnóz. Program CHRPA nabízí tři hlavní služby, konkrétně: terapeutický program, pracovní terapie a tréninková práce, chráněné ubytování (Magdaléna o. p. s., 2022).

Monitorovací středisko drog a drogových závislostí zároveň doporučuje rozšíření služeb a programů pro osoby s duální diagnózou (EMCDDA, 2022).

3.2 Léčba duální diagnózy/psychiatrické komorbidity

Gálová (2020) říká, že osoby s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou „soustavně propadávají jak psychiatrickou, tak adiktologickou péčí. Z ambulance nebo léčby tyto lidi dříve nebo později vyhodí, protože užívají návykové látky. Adiktologickou péči nezvládnou, protože mají psychózy.“

To také uvádí EMCDDA (2004b, s. 1): „Klienti s komorbiditou jsou posíláni z psychiatrických zařízení do dalších léčebných zařízení a zpět, aniž by se jim dostalo správného posouzení jejich stavu a vhodné léčby.“

Na problematiku léčby duálních diagnóz poukazuje i Kalina a Vácha (2013, s. 144): „Duální diagnózy (DD) tvoří průměrně 50 % adiktologické i psychiatrické klientely a obecně je přijímáno, že klienti s DD mají závažnější zdravotní i sociální důsledky, těžší komplikace v léčbě a horší léčebné výsledky.“

Tento stav je komentovaný i v periodiku Zaostřeno (5/2018), kde Rous a Chomynová shrnují poznatky a trendy z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017, kde je mimo jiné uvedeno, že kraje hodnotí dostupnost nízkoprahových středisek harm reduction služeb jako dobrou, nedostupnost hlásí v oblasti ambulantní léčby, konkrétně v substituční léčbě a celkově v oblasti péče o uživatele s duální diagnózou.

ale významné nedostatky kraje hlásí v dostupnosti ambulantní léčby (zejména substituční léčby a péče o klienty s duální diagnózou).

Kalina a kol. (2015) uvádí, že je důležité se u duálních diagnóz zaměřit jak na léčbu závislosti, tak na léčbu psychického onemocnění. Kalina a kol. (2015) rozlišují tři modely léčby, a to: léčba sukcesivní, paralelní, integrovaná.

1. Léčba sukcesivní probíhá odděleně, zvlášť se léčí závislostní porucha a zvlášť jiné psychické onemocnění. Kontraindikací pro nástup do mnoha psychiatrických, psychoterapeutických léčeb je právě závislostní onemocnění. Aby mohli léčit duševní onemocnění, tato zařízení často vyžadují abstinenci člověka. A některé typy zařízení právě naopak preferují osoby pouze se závislostní poruchou nikoli se závažným psychickým onemocněním (Kalina a kol., 2015).

Málek (2021) tento model léčby označuje jako posloupný (sekvenční) a zjednodušeně tento model charakterizuje jako léčbu, která probíhá ve dvou zařízeních, dvou programech, které následují po sobě a do této léčby jsou zapojeny dva multidisciplinární týmy.

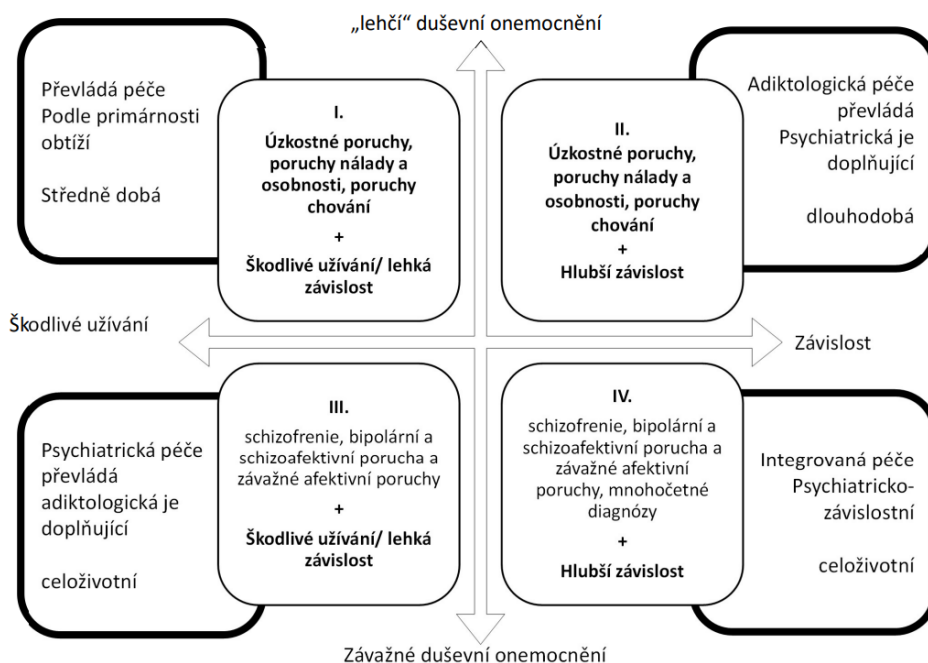
2. Léčba paralelní také probíhá ve dvou zařízeních, dvou programech, se dvěma týmy, ale na rozdíl od léčby sukcesivní léčba paralelní neprobíhá po sobě, ale probíhá současně. Rizika tohoto modelu mohou být v nedostatečném propojení těchto zařízení, nedostatečné komunikaci těchto týmů, ke snížení těchto rizik se často využívá case management, který přispívá k propojení těchto služeb (Kalina a kol., 2015).

Úřad vlády (2015) ve článku Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním návykových látek na webových stránkách Drogy-info také poukazuje na důležitost využití case managementu, aby byla léčba koordinovaná a účinná.

3. Třetím typem léčby duálních diagnóz je léčba integrovaná, která probíhá pouze v jednom zařízení, v jednom programu a vede ji jeden multidisciplinární tým. Tato léčba se současně zaměřuje jak na závislostní poruchu, tak i na další psychické onemocnění (Kalina a kol., 2015).

Kalina a kol. (2015) odkazují na mnoho autorů, kteří poukazují na výhody integrované léčby. Tito autoři uvádí, že tato léčba je pro člověka prospěšnější, nežli jiné typy, je ekonomičtější a pro člověka méně matoucí, protože nedochází k rozdělení psychiatrické a adiktologické oblasti.

Obrázek 2



Obrázek 2 Léčba duálních diagnóz

Málek (2021)

Graf popisuje, jaké má osoba s duální diagnózou možnosti léčby, respektive jaká léčba/péče je nejvhodnější v souvislosti s individuální psychiatrickou diagnózou a v souvislosti s mírou závislosti. Graf také udává, jak dlouhá by tato léčba měla být, konkrétně buď středně dobá, dlouhodobá nebo dokonce i celoživotní.

Léčba závislostí v zahraničí

Evropské země nemají sjednocenou drogovou politiku. Jednotlivé země mají rozdílný systém služeb pro osoby se závislostí na návykových látkách. Níže je popsán systém léčby závislostí v Německu, Dánsku a Itálii.

Německo

Německá národní strategie pro drogovou a závislostní politiku se zaměřuje na léčbu a poradenství vedle prevence a včasného zásahu.

Německo má stejně tak jako Česká republika také zavedené nízkoprahové služby a poradenské služby. Zároveň systém léčby závislostí

obsahuje i intenzivní léčbu, terapii ve specializovaných lůžkových zařízeních. Využívána je také dlouhodobá substituční léčba, která se zavádí u závislostí na opiátech (nahrazení opiátů látkou metadon, suboxone nebo subutex). V Německu jsou i možnosti dlouhodobé rehabilitační léčby a celkové sociální reintegrace. V posledních letech Německo vydalo i pokyny pro léčbu poruch souvisejících s metamfetaminem a doporučení, jak řešit tělesné a psychiatrické komorbidity (EMCDDA-Germany, 2019a).

Dánsko

Dánská protidrogová politika se snaží dosáhnout snížení užívání drog nebo dosáhnout úplné abstinence prostřednictvím psychosociálních intervencí a systematické léčby. V Dánsku se nejčastěji v léčbě využívá kognitivní přístup, sociálně-vzdělávací přístup a přístup zaměřený na řešení. Dánské obce jsou odpovědné za doporučování uživatele návykových látek k lékařskému a sociálnímu ošetření. Z dánského zákona o sociálních službách vyplývá povinnost sestavit léčebný plán, zároveň je zaručeno přijetí uživatele do léčby do 14 dnů od prvního kontaktu. Dánsko nabízí možnost veřejných i soukromých zařízení pro léčbu závislosti (EMCDDA-Denmark, 2019b)

Itálie

Itálie stejně tak jako Dánsko také nabízí možnost veřejné i soukromé léčby. Itálie má dva typy služeb, a to adiktologické služby a sociálně rehabilitační zařízení (převážně pobytové nebo polopobytové). V systému dostupných služeb je zavedena i integrovaná léčba závislostí nebo pouze detoxifikační péče v nemocnicích. Veřejné i soukromé služby zahrnují psychosociální podporu, psychoterapie a intervence sociálních služeb, detoxikace, odborný výcvik v bytovém domě (EMCDDA-Italy, 2017).

3.3 Specifika práce s lidmi s duševním onemocněním/uživateli návykových látek

Je nutné podotknout, že jednotlivá specifika práce se odvíjí dle jednotlivých typů zařízení.

Probstová (in Matoušek a kol., 2010) uvádí, že sociální práce s lidmi s duševním onemocněním začíná navazováním vztahu s klientem. Sociální

pracovnice (pro účely této práce je využíváno pro označení sociální pracovník/pracovnice pouze ženský rod, i když se týká i mužské populace sociálních pracovníků) má být kompetentní v zjišťování informací o klientovi, má být schopná vést strukturovaný rozhovor, také má být schopná vcítit se do pocitů druhé osoby, pracovat s dalšími členy týmu, popřípadě s dalšími odborníky v jiných organizacích. Probstová také uvádí, že specifikem práce s touto cílovou skupinou je zejména sociální šetření, při kterém se mapuje situace klienta, také to, jak reaguje a jak se chová v sociálním prostředí, jak se dotyčný vyjadřuje na rovině emocí a chování. Další specifickou činností podle Probstové je příprava klienta na odchod z ústavní/lůžkové péče, kdy je potřeba zajistit následnou péči (zajištění psychiatra, psychoterapeuta atd.) a plynulý přechod. V rámci přechodu a z ústavní péče do domácího prostředí, a i po následné stabilizaci a ukotvení v domácím prostředí dochází k tzv. psychiatrické rehabilitaci, kdy sociální pracovnice nebo case manager pomáhá klientovi zajistit a zabezpečit oblast bydlení, práce a volného času. Sociální pracovnice musí zvládnout společně s klientem vyhodnocovat a aktualizovat stanovené cíle individuálního plánu, který postupně společně tvoří. Probstová také vyzdvihuje v kontextu moderní psychiatrické rehabilitace týmovou spolupráci a zdůrazňuje důležitost multidisciplinární spolupráce a práce s rodinnými příslušníky (Probstová in Matoušek a kol., 2010).

Sociální práce s uživateli návykových látek se liší podle toho, v jaké fázi závislosti a v jaké službě se uživatel nachází. Müllerová a kol. (in Matoušek a kol., 2010) popisuje specifika práce s uživatelem návykových látek, který se momentálně vyskytuje v předléčebném stadiu. V tomto stadiu se nejčastěji využívá poradenství, které spočívá v prohlubování klientovi motivace podstoupit léčbu a spočívá v podpoře klienta. Důležité je zejména podporovat sebedůvěru člověka a využívat techniky aktivního naslouchání. Co se týká specifík sociální práce v průběhu pobytové léčby, sociální pracovnice motivuje a podporuje klienta k abstinenci a ke změně životního stylu. Sociální práce se zaměřuje na minulost klienta a přesahuje do přítomnosti. Dalším specifikem je znovu obnovování sociálních kontaktů a sociálního fungování, aby klienti byli schopni řešit své problémy, které je mohou čekat (Müllerová a kol. in Matoušek a kol., 2010). Nyní často mluvíme v souvislosti sociální práce o pojmu *empowerment*, což spočívá ve

zplnomocnění klienta, aby byl/a schopen/schopna řešit různé životní situace z velké části sám a aby se osamostatnil/a.

Vzhledem ke kumulujícím se problémům klientů Müllerová a kol. (in Matoušek a kol., 2010) uvádí, že sociální pracovníce, který/ktará pracuje v pobytových léčebnách, by se měl/a dobře orientovat v oblasti trestního, občanského a rodinného práva a také v tom, jak různé problémové situace z oblasti práva řešit. A tak jako při práci s osobami s duševním onemocněním tak i při práci s osobami se závislostí specifika práce tkví v přípravě na přechod z pobytové/ústavní léčby do domácího prostředí, popřípadě následné péče. U lidí se závislostí je však potřeba pracovat na možných potencionálních rizikových situacích a připravit se na přerušení kontaktu s lidmi, kteří mají také závislost a kteří dříve patřili do života klienta (Müllerová a kol., in Matoušek a kol., 2010).

Co se týká sociální práce v doléčovacích programech, zde se jedná zejména o podpůrnou péči (Müllerová a kol. in Matoušek a kol., 2010). Müllerová a kol. (in Matoušek a kol., 2010) popisuje podobu sociální práce v doléčovacích programech a zmiňuje, že sociální práce může opět spočívat v řešení různých právních záležitostí, v řešení dluhů člověka, v pomoci s hledáním zaměstnání a poté bydlení a v pomoci s vyřizováním úředních záležitostí.

U osob s duální diagnózou je tedy nejefektivnějším způsobem práce case management neboli případová práce, která zároveň obsahuje multidisciplinární týmovou spolupráci. Case management je podle Frankela a Gelmana (2019) koordinovaná individuální práce s klientem založena na bio-psycho-sociálním modelu, který podporuje silné stánky člověka.

4 PROFIL SOCIÁLNÍ/HO PRACOVNICE/PRACOVNÍKA V KONTAKTNÍM CENTRU

Multidisciplinární tým v kontaktních centrech je nejčastěji tvořen adiktology, sociálními pracovníci/pracovnicí, pracovníky/pracovnicemi v sociálních službách, v některých případech i peer pracovníky, zdravotními sestrami nebo psychology. Každé toto odvětví má svá specifika a jednotliví profesionálové z těchto oblastí mají rozdílné kompetence a odlišné zaměření ve své práci. Tyto odlišné profese také mají rozdílné kvalifikační předpoklady. Tato kapitola představuje profil sociální pracovnice (pro tento text bude níže uvedena profese pouze v ženském rodě, i když se týká i mužské populace sociálních pracovníků) v kontaktním centru a představuje, jaké předpoklady a kompetence by sociální pracovnice měla mít a jaké jsou základní činnosti, které se s tímto povoláním pojí.

Pro představu toho, jak vypadá konkrétní profese sociální pracovnice v kontaktním centru nám může posloužit ***Profesiogram – sociální pracovník kontaktního centra***, který vznikl v rámci projektu Profesionalizace sociální práce v ČR, viz **Příloha 1**, který ukazuje, jaký má smysl existence takové pozice, přibližuje potřeby dané cílové skupiny, zařazuje kontaktní centrum do legislativního rámce, popisuje detailněji některé činnosti sociálních pracovníků a také udává kritéria úspěchu v profesi.

4.1 Předpoklady k výkonu profese

Pro výkon sociální práce je důležité mít patřičné kvalifikační předpoklady, ale zároveň je důležité, aby sociální pracovnice splňovala určité osobnostní předpoklady.

Matoušek (2013a) definuje obecné předpoklady a dovednosti pracovnice pracující v pomáhající profesi, těmito předpoklady jsou:

1. Zdatnost a inteligence

Matoušek (2013a) se odkazuje na nejmenované americké autory, kteří uvádí, že pro výkon pomáhající profese je potřeba vynaložit vyšší úsilí, a proto na první místo kladou fyzickou zdatnost, ke které se pojí zdravý životní styl. U sociálních

pracovníků se předpokládá, že se neustále budou vzdělávat v průběhu svého života, to znamená, že se budou obohacovat o teoretické znalosti a přispívat k vědecké oblasti. Nejvýznamnější složkou je především inteligence emoční a prosociální.

2. Přitažlivost

Přitažlivostí Matoušek (2013a) myslí konkrétně podobnost mezi klientem a pracovníci, a to ať už se jedná o podobnost věkovou, vzhledovou nebo podobnost v oblasti zájmů, zkušeností, názorů a jiné, které klient vnímá.

3. Důvěryhodnost

Důvěryhodnost je dalším předpokladem k výkonu sociální práce. Podle Matouška (2013a) je důvěryhodnost založena na spolehlivosti, porozumění nebo diskrétnosti. Klient si musí být jistý, že se může na sociální pracovníci spolehnout, že se jí může svěřit, že může využít její odbornou pomoc a že ho sociální pracovníce pochopí.

4. Komunikační dovednosti

Důležitými prvky komunikačních dovedností jsou podle Matouška (2013a) zúčastněné naslouchání, vyšší úroveň empatie a emoční inteligence. Součástí zúčastněného neboli aktivního naslouchání je neverbální komunikace, která řekne mnoho o tom, jak se klient zřejmě cítí. Podle Elichové (2017) má velký vliv na kvalitu sociální práce zejména osobnost sociální pracovníce, konkrétně kvalifikační a osobnostní předpoklady.

Kvalifikační předpoklady

Kvalifikační předpoklady upravuje a definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006, který klade důraz na plnou svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost sociální pracovníce. Aby se člověk mohl nazývat sociální pracovníci nebo sociálním pracovníkem, je nutné mít dokončené vzdělání, konkrétně vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání (bakalářské, magisterské, doktorské), a to v oboru sociální práce, sociální pedagogika, sociální a humanitární práce, sociálně právní činnost nebo charitní a sociální činnost (zákon o sociálních službách č. 108/2006).

Vzdělávání se je celoživotní proces, v rámci zaměstnání v oblasti sociální práce je obsaženo i povinné vzdělávání, které musí naplnit minimálně dvacet čtyři hodin ročně.

Osobnostní předpoklady

Kromě určité kvalifikace v profesi sociální práce jsou velice důležité i osobnostní předpoklady pracovníků. Bez kladného přístupu k této profesi a bez určitých osobnostních atribut, vlastností a schopností by člověk bez ohledu na vzdělání nemohl pracovat se zranitelnými lidmi.

Flešková a Kariková (2004) uvádí několik osobnostních předpokladů, které jsou nezbytné pro výkon sociální práce. Těmito předpoklady jsou myšleny například emocionální stabilita, pružnost, rozhodnost, kritické myšlení, iniciativa, překonávání překážek, vysoká motivace, odolnost vůči zátěži, a hlavně schopnost sebepoznání a sebereflexe (Flešková a Kariková, 2004). Mátel (2019) k těmto předpokladům doplňuje empatii, sociální citění, a kromě toho i kongruenci, tedy schopnost být opravdový, autentický. Kopřiva (2006) dává důraz na schopnost vytvoření lidského vztahu mezi pracovníci a klientem, jakožto základ pro důvěru, která je v rámci spolupráce nepostradatelnou složkou.

Dalším osobnostním předpokladem je schopnost řídit se etickým kodexem sociálních pracovníků, který klade důraz na etickou odpovědnost ve vztahu ke klientům, kolegům, k profesi, odbornosti a ke společnosti (Etický kodex sociálních pracovníků, 2006). Kašlíková (in Standardy kvality sociálních služeb, 2008) zdůrazňuje důležitost ochrany lidských práv a respektování svobodné vůle uživatele služby jako osobnostní předpoklad.

4.2 Činnosti a kompetence sociální/ho pracovníce/pracovníka

Podle Elich (2019) je těžké vymezit kompetence sociální pracovníce a je těžké vymezit, jaké požadavky na tuto profesi klást, podle Elichové (2017) to je důsledkem nejasného vymezení toho, co to je sociální práce. Kašlíková a Sýkorová (in Standardy kvality sociálních služeb, 2008) uvádí, že požadavky na sociální pracovníce mohou být kladeny rozdílně na základě toho o jaký typ sociální služby

se jedná a dále mohou být kladeny odlišně na základě cílové skupiny. Dále uvádí, že tyto požadavky v sobě obsahují i ohled na potřeby klientů.

Matoušek (2019) definuje několik nejvýznamnějších kompetencí mezi které například patří:

- Schopnost popsat konkrétní potíže jednotlivců nebo skupin a jejich příčiny.
- Schopnost realizace individuálního plánu uživatele a schopnost definování potřeb uživatele, schopnost rekapitulace spolupráce.
- Schopnost týmové spolupráce, schopnost multidisciplinarity, a schopnost definování svého postavení dalším profesím.
- Schopnost sítování služeb, schopnost posilování vztahů při sítování.
- Schopnost řešit etická a další dilemata.

Ve vztahu k cílové skupině osob se závislostí na návykových látkách Matoušek (2021) pojmenovává například tyto důležité aspekty potřebné k výkonu profese sociální pracovníce v adiktologických službách: znalosti v oblasti drogové problematiky a problematiky duševního onemocnění, znalosti z oblasti legislativy, orientace v sociálním, zdravotnickém a adiktologickém systému, za nezbytné dovednosti považuje vedení poradenského nebo motivačního rozhovoru a jiné.

V práci s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním jsou podle Matouška (2021) důležité tyto kompetence: znalost problematiky duálních diagnóz, absolvování psychiatrického minima, dovednost vést spolupráci, umět ji zahájit i ukončit, dále jsou významné dovednosti v oblasti komunikace a opět schopnost týmové spolupráce aj.

Činnosti sociálních pracovníků v kontaktních centrech

Matoušek a Pazlarová (in Matoušek 2021) poskytují souhrnný výčet všech činností, které sociální pracovníci může vykonávat nehledě na typ služby a cílovou skupinu.

Níže jsou vypsané takové činnosti, se kterými se může sociální pracovníce setkat v kontaktním centru:

- „Zjišťování potřeb, přání
- Uzavírání kontraktu o spolupráci

- Plánování péče, podpory
- Pomoc při podávání žádostí o dávky
- Asistence/doprovázení na úřady, do zdravotnických zařízení
- Kontaktní práce
- Spolupráce s dalšími službami, navazování služeb
- Poradenské schůzky, motivační rozhovory“ (Matoušek, 2021, s. 39, 40)

Tyto činnosti opět o něco více doplňují představu o náplni práce sociálních pracovníků v kontaktních centrech. Při kontaktu a spolupráci s osobami s duální diagnózou v kontaktních centrech, kde je základem nízkoprahový přístup, mohou být výše zmíněné činnosti komplikovanější k dosažení a k naplňování.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole jsou představeny cíle výzkumu a jeho výzkumné otázky, dále je popsána metoda zpracování výzkumu, včetně výzkumného vzorku. Nezbytnou součástí je popis souboru a tvorby dat a jejich analýza.

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Problematika duálních diagnóz je v posledních několika letech více vnímána i v nízkoprahových službách, kde je kontinuální spolupráce s uživateli těžká vzhledem k tomu, že spolupráce často probíhá „tady a teď“ a vzhledem k tomu, že psychický stav, způsobený akutní fází onemocnění uživatele s duální diagnózou, není stabilizovaný. Na sociální pracovníky a pracovníce to může klást vyšší nároky v oblasti znalostí a dovedností.

Cíle

Hlavním cílem výzkumné části této práce je pojmenovat a popsat náročné situace, se kterými se setkávají sociální pracovníci a pracovníci při práci s osobami s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou v kontaktních centrech.

Dalším cílem výzkumu je představit, jakým způsobem jsou situace řešeny a jaké nástroje a zdroje podpory jsou využívány při konfrontaci s těmito náročnými situacemi.

Bakalářská práce si také klade za cíl pojmenovat nové podnětné otázky pro další výzkum realizovatelný na podobné téma, které budou diskutované v kapitole *Diskuse*.

Pro dosažení výše zmíněných cílů je hlavní výzkumná otázka stanovena následovně:

S jakými náročnými situacemi se potýkají sociální pracovníci/pracovníci při práci s lidmi s duální diagnózou v kontaktním centru?

Pro lepší naplnění výše zmíněných cílů jsou k hlavním výzkumným otázkám položeny dílčí výzkumné otázky, a to následovně:

1. Jakým způsobem jsou řešeny nastalé náročné situace?
2. Jaké zdroje podpory vyhledávají a jaké zdroje podpory jsou pracovním a pracovníkům nabízeny?

Jaké jsou náročné situace při práci s touto cílovou skupinou nebo obecně u této cílové skupiny stanovují respondenti sami subjektivně a individuálně, podle toho se také odvíjí odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

Očekávaný přínos výzkumu

Očekávám, že výzkum přispěje k mému osobnímu profesnímu růstu a zároveň i k profesnímu růstu ať už začínajících, tak i stávajících pracovníků a pracovníc kontaktních center. Zároveň očekávám, že výzkum přinese nové poznatky z oblasti kontaktních center a přinese případné podnětné otázky k dalším výzkumům.

5.2 Metoda zpracování výzkumu

Pro realizaci tohoto výzkumu je zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Jsou zkoumány zkušenosti a postoje sociálních pracovníc ve vztahu k práci s uživateli s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou.

Novotná (2019, s. 260) popisuje kvalitativní výzkum jako výzkum, který „se snaží porozumět světu a toto porozumění zprostředkovat, většinou, byť ne výhradně, prostřednictvím textu. Takové porozumění má řadu rovin: chceme rozumět jednání aktérů i sociálním strukturám, v nichž se dané jednání uskutečňuje. Studujeme, co lidé dělají, jak o tom hovoří, jak tomu rozumějí, jak to prožívají.“

Respondenti

Skupinu respondentů tvoří sociální pracovníce a pracovníci, kteří pracují v kontaktních centrech na území Prahy a Středočeského kraje. Skupina respondentů tvoří homogenní vzorek, tento výzkumný vzorek byl vybrán jako **účelový výběr vzorku**. Miovský (2006, s. 135) označuje účelový výběr vzorku za „*takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností, kdy kritériem pro*

vývěr je určená vlastnost či projev takové vlastnosti nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině).“

Hlavními kritérii účelového výběru vzorku je nutnost být sociální pracovník/pracovnice podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách a nutnost pracovat v kontaktním centru na území Středočeského kraje a na území Prahy. Tyto kraje byly zvoleny z důvodu vysoké koncentrace uživatelů v kontaktních centrech.

Pro výzkum bylo domluveno 8 respondentů z 5 kontaktních center. Respondenti mají různou délku praxe v kontaktních centrech, a to od 2 měsíců po 16 let. Jedná se celkem o 6 žen a 2 muže.

Etická rovina výzkumu

Zandlová a Jantulová (in Novotná a kol., 2019) kladou důraz na dodržování etického chování při realizaci a vyhodnocování výzkumu. Uvádí, že je potřeba se zamýšlet nad tím, jaký vliv má výzkum na danou cílovou skupinu, také nad možnými dopady a důsledky výzkumu a popisují, že je potřeba být ostražitý v tom, jakým způsobem jsou výsledky interpretovány.

Výzkum je realizován na základě dobrovolnosti účastníků, kteří mají možnost participovat na tom, jaká data budou použita a jaká ne. Účelem výzkumu není účastníky poškodit, pomluvit, zpochybnit a podobně. Se získanými daty pracuji citlivě a pouze pro účely bakalářské práce, o tom jsou respondenti informováni. Účastníci si jsou vědomi toho, že se jedná o otevřený výzkum, to znamená, že jsou si vědomi toho, že jsou zkoumaní. Jsou informováni, že rozhovory jsou nahrávány pro účel zpracování dat a že po ukončení mé práce budou nahrávky bezpečně uloženy. Účastníci se mohli před a v průběhu výzkumu v případě nejasností na cokoli doptat. To vše je zaručeno dokumentem Prohlášení o seznámení s výzkumem, kterým ručím za své závazky vůči respondentům a které jsem respondentům předala viz **Příloha 2** *Prohlášení o seznámení s výzkumem*.

5.3 Soubor a tvorba dat

Kvalitativní data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, přičemž některé rozhovory proběhly osobně a některé v podobě online setkání. Celkem se uskutečnilo 8 rozhovorů, které byly se souhlasem

zaznamenávány na diktafon. Rozhovor se skládá z osmi předem připravených otázek, které byly kladeny s ohledem na vývoj rozhovoru, ukázka otázek rozhovoru je dostupná viz **Příloha 3** *Otázky rozhovoru*. Výsledky výzkumu budou následně poslané všem respondentům, kteří se účastnili.

5.4 Analýza

Respondenti si pod pojmem osoby s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou nejčastěji vybavili uživatele s toxickou psychózou, schizofrenií, schizoafektivní poruchou, poruchou osobnosti, bipolárně afektivní poruchou, bludy, ale řeč přišla i na uživatele s úzkostí, depresí nebo ADHD.

Pro analýzu získaných dat je zvolena metoda tematické analýzy, protože umožňuje ve vyhodnocování získaných dat velkou míru flexibility.

Pro analýzu potřebných dat je v tematické analýze využit přístup induktivního kódování, to znamená, že kódy jsou vytvořeny na základě samotných dat. Zároveň je uplatněn tzv. přístup „zdola nahoru,“ kdy jsou nejdříve vytvořeny konkrétní kódy, které jsou rozděleny do pěti okruhů, které jsou sestaveny s ohledem na výzkumné otázky. Nejčastěji identifikované kódy jsou zvýrazněny tučně. Konkrétní kódy jsou vytvořeny v každém rozhovoru zvlášť. Po dokončení tvorby těchto konkrétních kódů, byly kódy upraveny, sloučeny nebo promazány, a rozděleny do výše zmíněných pěti skupin. Následuje vytvoření obecných pojmenování těchto pěti okruhů, které jsou poté zobecněny na pět témat, viz **Příloha 4** *Seznam kódů* a **Příloha 5** *Ukázka kódování části rozhovoru*. Těchto pět okruhů je poté zúženo na tři hlavní témata, viz kapitola 6 *Výsledky*. Kódy, které jsou rozřazeny do tří témat, se často mezi sebou prolínají a úzce spolu souvisí.

6 VÝSLEDKY

V rámci tematické analýzy vytvořených výzkumných dat jsem identifikovala tři základní témata, kterými jsou:

1. Náročné situace
2. Nástroje řešení náročných situací
3. Podpora organizace

6.1 NÁROČNÉ SITUACE

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, s jakými náročnými situacemi se sociální pracovníci a pracovníci setkávají při práci s lidmi s duální diagnózou v kontaktních centrech.

Níže jsou představeny těžké situace v práci s klientem (pro účely této práce je využíváno pro označení klient/klientka, uživatel/uživatelka pouze mužský rod, i když se týká i ženské populace klientů/uživatelů).

Komunikace

Respondenti se nejvíce shodují v tom, že velice náročná je především komunikace s uživatelem s duální diagnózou. Ve chvíli, kdy je člověk závislý na návykových látkách a zároveň má nějaké další duševní onemocnění, je komunikace jedním z nejtěžších faktorů při přímé práci. Respondenti konkrétně uváděli odbíhání od tématu uživatele, jejich prchlivost, celkové dorozumění a celkové zjišťování, co klienti potřebují: „*Ta práce je výrazněji obtížná, už jen komunikovat s tím klientem, klienti často odbíhají od toho tématu, je těžké udržet linku.*“ Další náročnou situací v oblasti komunikaci je celková opatrnost v obsahu a způsobu řeči pracovníce, aby si klient nevyložil sdělené informace jiným způsobem, než bylo původně zamýšleno: „*Je to jiný, protože tam člověk musí tak jako našlapovat po špičkách a dávat si pozor na to, co říká, a jak to říká.*“

Kontinuita práce

S komunikací úzce souvisí náročnost kontinuity spolupráce s klientem. Konkrétně tím je myšlena dlouhodobá spolupráce a celkové dosahování cílů. Těžkost spolupráce a její plynulosti začíná už ve chvíli, kdy je s klientem domluvena osobní schůzka na konkrétní den, čas a místo. Klienti mají často problém přijít na stanovenou schůzku, a to z různých důvodů: „*...anebo i výhled do*

budoucna, i kdyby si ten klient sám stanovil cíl, tak je byt' i jen pro tu chvíli nějaká kontinuita práce (což je možná to nejdůležitější a nejobtížnější) a dosažení nějakého cíle téměř nerealizovatelné.“ To se úzce pojí i s náročností odkázání klienta do jiné služby nebo do jiného zařízení, popřípadě s náročností dohodnutí se na něčem: „Protože například ve dveřích chtějí něco, za prahem chtějí něco jiného, vevnitř mluví o něčem jiném, odchází s něčím jiným a kontakt je vlastně hodně náročný. Vůbec jako vyjednat zakázku, co potřebují... řešit něco dál, někam je odkázat, něco dohodnout je složité, protože dost často jsou mimo.“

Kontinuita práce může být v některých případech těžká i z hlediska nedostupnosti psychiatrů, který pracují s lidmi s duální diagnózou: „*Ale je docela problém, že vlastně psychiatři moc ani nechtějí pracovat s těmi lidmi, co mají duální diagnózy paradoxně.*“

Projevy vnitřního světa klienta

Projevy vnitřního světa klienta se také projevují v komunikaci a práci s ním. Konkrétní náročnou situací v této oblasti jsou myšlena zejména klientova různá zvolání a nadávky, která jsou často směřována k jeho hlasům (pokud se jedná o člověka, který má halucinace), nikoli k pracovnícům a pracovníkům kontaktního centra. Což vede k vyšším nárokům na pracovníky a pracovnice, často je potřeba klienta kotvit v realitě. Zároveň za náročné je považována i jistá nevyzpytatelnost klientů. Stejně tak, jako Herzog (2016) poukazoval na možné riziko napadení pracovníka klientem s psychotickým onemocněním, stejně tak pojmenovala toto riziko jedna z respondentek: „*Jednou se nám stalo, že byl kolega na asistenci s klientkou, která má nemedikovanou schizofrenii a stalo se mu, že v nějakém afektu, kdy si myslela, že jeho telefon je její, tak ho dokonce napadla.*“

Možný konflikt mezi klienty

Další náročnou situací je riziko vzniku konfliktu mezi klienty. Ostatní klienti často nemusí mít pochopení pro někoho, kdo má nějakou psychiatrickou diagnózu (zejména diagnóza jako je například schizofrenie nebo psychóza), a tak hrozí ze strany ostatních klientů velká míra nepohodnutí, narážek nebo nadávek. To úzce souvisí s dalšími identifikovanými náročnými situacemi, kterými je –

zabezpečení všech osob v kontaktním centru (ať už se jedná o všechny klienty, tak i kolegy a kolegyně), větší kontrola ze strany pracovníků a pracovníků nebo riziko vzniku dalších možných krizových situací: „Řešíme hlavně to, abychom ošetřili toho klienta, aby se do něj klienti extra nenaváželi, nevyjížděli, protože je to potom dost často taková nášlapná mina pro nějakou konfliktní, agresivní situaci.“

Rozdílný přístup

Za náročné je také považováno nutkání jednat opatrněji a obezřetněji ke klientovi s duševním onemocněním. Náročné je to například při práci s lidmi s poruchou osobnosti, vzhledem k tomu, že jsou méně důvěřiví a už jen ta podstata poruchy vyžaduje odlišnější přístup: „Náročné je to v tom, že lidi, kteří mají poruchu osobnosti, vyžadují nějaký trošku jako odlišný přístup, jsou míň důvěřivý. Záleží také, co to je za poruchu, ale někdy navázat vztah s nimi může trvat delší dobu, těžko si budují důvěru nebo naopak rychle, že člověk si musí ty hranice trošku udržovat, nějak je tam nastavovat zdravě.“

Aby si klient nevyložil sdělené informace jiným způsobem, než bylo původně zamýšleno, je důležité například mluvit pomalu, dávat si pozor na to, co pracovník nebo pracovníce řekne a jakým způsobem to řekne. Zároveň například u poruchy osobnosti je v některých případech důležité na nic netlačit a nechat komunikaci na samotném klientovi.

V průběhu analýzy vytvořených dat bylo také zjištěno, jakým způsobem sociální pracovníci a pracovníci intervenují v práci s konkrétními klienty, které si respondenti vybavili. Ve většině situacích si respondenti představili klienty s psychotickým onemocněním, což je pravděpodobně zapříčiněno nápadností nemoci (pokud není medikovaná) a zároveň složitostí nemoci. V jednom případě byl popsán způsob práce s uživatelkou, která má poruchu osobnosti. Nutno také dodat, že dvě z respondentek nevnímají žádné rozdíly v práci s člověkem s duální diagnózou z pohledu sociální práce (sociálních zakázek).

Co se týká vztahu, nejčastěji je poukazováno na důležitost trpělivosti a přítomnosti (být tu pro klienta): „Mě teď napadá poslední klientka, kdy největší výbavou mě jako sociální pracovníce v tom kontaktu, bylo prostě vydržet. S tou

klientkou se nedalo dělat nic jiného, než tam s ní být a snažit se vychytávat témata porozumění, které v té chvíli, v tom chaosu zazněly a být tam s ní.“

Jedna z respondentek má zatím nejasný postup práce vzhledem ke komplikovanému stavu klienta. Při budování vztahu je také důležité se zaměřit především na zájmy klienta. Důležité je také neustále mapovat situaci klienta a tuto situaci vyhodnocovat, to se pojí i s kotvením klienta v realitě v aktuální chvíli, kdy je s ním pracováno a zároveň pracovníci nezapomínají být opatrní v reakcích a ve svém sdělení: *„Pro mě je základ kotvení v realitě, mapovat si rozpoložení toho klienta, mapovat dlouhodobější stavy, výkyvy, řešit, kdy má smysl něco řešit a kdy ne čeho je ten klient schopný.“*

Respondenti nejčastěji dávají důraz na individuální přístup, přijímací přístup a respekt: *„Ten přístup je velice individuální a velmi specifický. Myslím si, že do toho dáváme o něco víc než u těch standardních klientů.“* „Já říkám respektovat volbu klienta, nesoudit ho a snažit se ho i nějakým nenásilným způsobem ty věci učit.“

Zmiňována je také hlubší intervence i přesto, že v práci s klientem je zaměřováno na zkompetentnění, ale bohužel ne u všech je, s ohledem na typ služby, zkompetentnění a zplnomocnění možné: *„Přirozeně se snažíme klienty zkompetentnit, aby si věci zařizovali sami, ale tady jsme víc v roli nějakého case managera, víc jako berlička.“* Co pracovníci a pracovnice nevynechali, při popisu intervence s klienty, je multidisciplinární spolupráce, práce na sociálních zakázkách s klientem, motivace k léčbě klienta nebo pouhý rozhovor s klientem, který je mnohdy pro klienta velice důležitý: *„Tam šlo vlastně akorát o to, že jsme prostě klábosili jako jak jde život, jak se má, povídal mi o své práci.“*

6.2 NÁSTROJE ŘEŠENÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ

Dalším cílem výzkumu je představit, jakým způsobem jsou situace řešeny a jaké nástroje a zdroje podpory jsou využívány při konfrontaci s těmito náročnými situacemi.

Individuální a situační řešení

Je zjištěno, že spousta náročných konkrétních situací při práci s klientem je řešena individuálně a situačně, zároveň na některé situace se dle respondentů nedá připravit: „Řešíme to velmi individuálně, velmi situačně, podle toho, co se děje.“ Za důležité považují vycházet ze zkušeností, zkoušet osvědčené postupy nebo pomoc a konzultace kolegů v tu danou chvíli: „Zkoušíme často nějaké osvědčené postupy, které se nám podařilo nějak ošetřit v minulosti a vycházíme hlavně ze zkušeností.“ Z hlediska dlouhodobé práce s klientem je velkým pomocníkem dostatek času: „Individuální poradenství děláme opakovaně, pokud se tam naváže vztah, ideálně se s tím klientem setkáváme třeba každý týden a snažíme se nějak řešit jeho životní situaci komplexně a je tam vlastně prostor pro budování důvěry.“

Co se týká chování pracovníka a pracovnice, které může pomoci při práci s uživatelem s duální diagnózou, jsou identifikovány tyto rysy: trpělivost, stručnost, jasnost, klidné chování a poskytnutí bezpečného prostoru.

Obecné nástroje, které jsou využívány při řešení těžkých situací

Identifikace nástrojů podpory pro řešení takových situací je důležitou složkou při práci s lidmi s duální diagnózou v kontaktních centrech. Po zkoumání, co osobně pomáhá sociálním pracovníkům a pracovnícím v konfrontaci s náročnou situací, bylo zjištěno mnoho zdrojů podpory, které se u většiny respondentů shodovaly.

Konzultace s kolegy

Pohled dalších odborníků kolegů a kolegyně je dle respondentů nenahraditelnou součástí sociální práce s lidmi s duální diagnózou.

Jedním z nejčastějších zdrojů podpory je konzultace s kolegy. Respondentům velmi pomáhá konzultovat jednotlivé klienty a práci s nimi s dalšími kolegy, nejlépe s těmi služebně staršími. Společně často konzultují: „jak

šlo situaci řešit lépe, jinak nebo co ještě pro toho konkrétního klienta mohou udělat.“ Celkově, že se reflektuje konkrétní způsob práce. Dá se říci, že konzultace s kolegy navazuje i na kazuistické porady, které zmiňoval jeden z respondentů, kam přímo pracovníci a pracovnice přichází s konkrétními případy klientů, se kterými si například neví rady.

Supervize

Nejčastěji zmiňovaným nástrojem jsou supervize, kam pracovníci a pracovnice občas donesli témata spojená s prací s člověkem s psychiatrickou diagnózou. Důležitým faktem je, že všichni respondenti využívají supervize aktivně, což znamená, že mohou přinášet svá témata a profitovat ze supervize: *„Potom jsem si to vzala na supervizi, konzultuji se služebně staršími kolegy. Tohle to je způsob ať už prevence, tak je to příprava předběžná nebo následná.“*

Jedna z respondentek také uvedla, co konkrétně pro ni znamená supervize: *„dá mi to další zajímavé pohledy, někdy mi to dá třeba i ujištění, že to člověk udělal správně. Někdy mi to dá nějakou změnu mého postoje, supervize moc posouvají,“* což svědčí o důležitosti supervize v kontaktních centrech.

Vzdělávání

Někteří pracovníci a pracovnice šli nejdříve cestou vzdělávání, kdy si záměrně vybrali kurz zaměřený na práci s lidmi s duševním onemocněním. V každém kontaktním centru je nabízeno vzdělávání, a to především i z důvodu, že je podle zákona povinné dvacet čtyři hodin vzdělávání: *„Na začátku jsem šla cestou vzdělávání, našla jsem si od [název vzdělávací organizace] jedno vzdělání na tohle téma.“*

Konzultace s vedoucí/m

Konzultace s vedoucí/m jsou také velmi běžné, a to především z důvodu, že vedoucí je často služebně starší nebo má odlišné profesní zaměření (psychoterapie, psychologie), což opět často navazuje na práci, která vychází zejména ze zkušeností. Jedna z respondentek takové konzultace nazvala „situační podpůrné intervence“, protože vnímá velkou podporu ze strany nadřízeného. Využívají tuto velkou podporu i další respondenti? *„Konzultace s vedoucí programu určitě,*

protože je tu nejdéle a má nejvíce zkušeností, takže se k tomu uchyluju velmi ráda a je to nejučinnější.“

Další nástroje

Jedna z respondentek také uvedla důležitost možnosti se obrátit na své blízké, od kterých se jí dostává velké podpory, což značí i důležitost existence podpůrné sítě mimo pracoviště: *„Pomáhá mi, že mám sebe lidi, kterým můžu zavolat a říct – hele bylo to těžké nebo nevím, jak dál. Je to moc fajn.“*

6.3 PODPORA ORGANIZACE

Nabízená podpora a aktivně využívaná podpora organizace

Na to, jaké nástroje jsou využívány při řešení náročných situací, navazují nástroje, které organizace nabízí. Předešlé nástroje a nástroje, které jsou níže, se často propojují.

„Máme možnost mluvit s vedoucím, udělat si nějaký individuální sezení s ním. Máme intervize s nějakým zkušenějším kolegou, máme k dispozici supervize, kde hodně času trávíme řešením klientů.“

Skupinová supervize a individuální supervize

Všichni respondenti uvedli, že aktivně využívají supervizi. Někteří respondenti dokonce oceňují kvalitu supervizora: *„Zároveň si myslím, že máme velmi kvalitního supervizora, který také původně pochází hodně ze služeb, má zkušenosti s psychiatrickými klienty. Takže nám pomáhá se na to podívat jinak nebo nás někde jako postrčit.“* V některých zařízeních je nabízena i individuální supervize, pokud pracovník nebo pracovnice nebo jejich nadřízená/y zhodnotí, že ji potřebují. Poukázáno je i na specifickou formu supervize, a to tzv. balintovskou skupinu, která může mít velký efekt u sociálních pracovníků.

Intervize

Je zjištěno, že jednotlivá kontaktní centra také nabízí intervize, což je vzájemné vzdělávání, propojování zkušeností mezi pracovníky, vzájemná podpora.

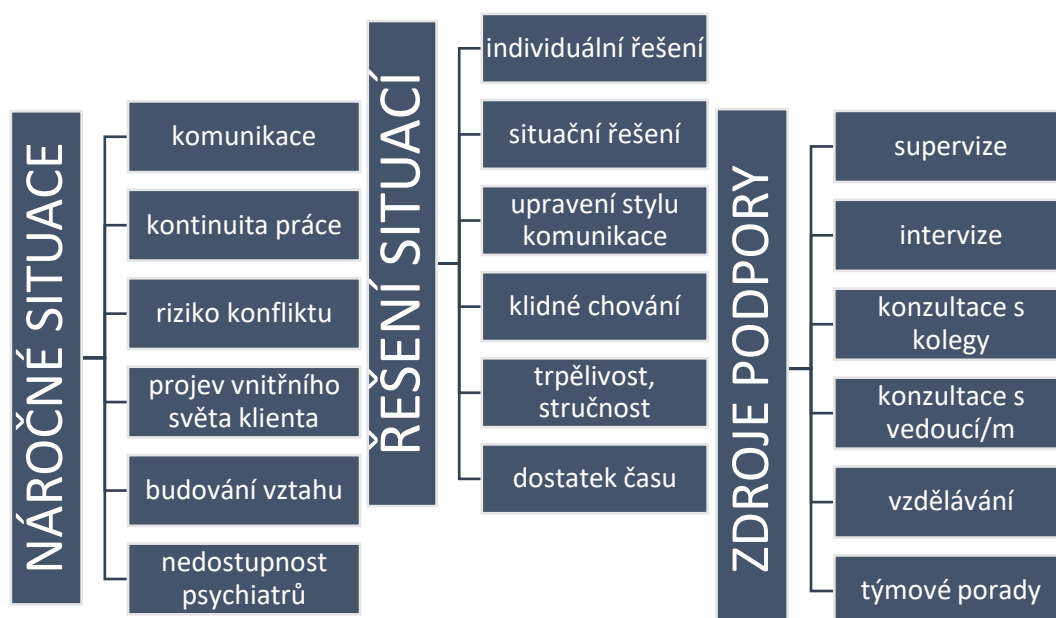
Mimo intervize se pravidelně konají týmové porady, kde většinou bývá prostor vyhrazený na řešení práce s klienty s duální diagnózou.

Konzultace s vedoucí/m

I do nabízených zdrojů podpory organizací patří konzultace s vedoucí. Důležitým zjištěním je, že sami vedoucí tuto podporu aktivně nabízí a pracovníci a pracovnice ji využívají.

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Obrázek 3



Obrázek 3 Shrnutí výsledků výzkumu

Grafické znázornění výsledků výzkumné části umožňuje přehledně vidět souhrn náročných situací, jak jsou situace řešeny a jaké zdroje podpory respondenti využívají a zároveň jaké zdroje podpory jsou nabízeny organizací.

7 DISKUZE

Výzkum byl původně zaměřen pouze na respondenty z kontaktních center na území hlavního města Praha, jelikož týmy v Praze jsou často multidisciplinární, zatímco v menších městech bývají většinou pouze sociální pracovníci a pracovnice, které dělají vše bez rozdílu podle svých kvalifikačních předpokladů. A zároveň kontaktní centra v menších městech mohou často suplovat chybějící denní centra, což často nemusí dávat prostor na individuální práci. Stanoveným limitem původního výzkumného vzorku byl možný nedostatečný počet respondentů. Tento limit se naplnil, proto bylo nutné rozšířit výzkumný vzorek na území Středočeského kraje, kde byl doplněn dostatečný počet respondentů. Z osmi respondentů a respondentek jsou čtyři z Prahy a čtyři ze Středočeského kraje.

Na základě výsledků empirické části této práce vyplývá několik témat, která se týkají náročných situací při práci s lidmi s duální diagnózou z pohledu sociálních pracovníků a pracovnic kontaktních center. Tato témata obsahují identifikaci konkrétních náročných situací, kterými jsou především komunikace, kontinuita práce a dosahování cílů, projev vnitřního světa klienta nebo riziko vzniku konfliktu. Zároveň vyplývá, že je potřeba řešit dané situace situačně a individuálně s ohledem na konkrétní situace, každá organizace nabízí supervize, intervize, vzdělávání, možnost konzultace s vedoucí/m programu a jiné zdroje podpory.

Bylo identifikováno mnoho náročných situací, mezi těmito situacemi byla identifikována i jedna specifická náročná situace, na kterou upozorňuje i Herzog (2016) a která se ve výzkumu potvrdila. Tou situací je riziko napadení pracovníka nebo pracovnice klientem. S ohledem na tuto identifikovanou náročnou situaci vyvstalo možné téma pro další potencionální výzkum, tím je: Krizové a mimořádné situace v KC a s otázkou související s tímto tématem: Jaké krizové a mimořádné situace mohou vzniknout v kontaktních centrech?; Jak jsou tyto situace z hlediska bezpečnostních opatření řešeny?

Dále kromě rizika napadení klientem vyvstala i náročná situace, kdy by mohlo dojít ke konfliktu mezi klienty nebo k jiné krizové situaci. Na což navazuje i pojmenovaná náročná situace – projev vnitřního světa klienta, kde bylo zjištěno, že je náročné být konfrontován s křikem a nadávkami klienta, které ovšem jsou

směřované k vnitřnímu světu. Tato situace se může pojít i s jistou mírou nevyzpytatelnosti, která také byla označena za náročnou.

Důležité je zjištění, že spousta takových situací je řešena situačně a individuálně a ne vždy se na ni dá přímo připravit.

Zajímavým výzkumem v oblasti nízkoprahových služeb je norský výzkum s názvem Prahové hodnoty v nízkoprahovém prostředí. Jedná se o empirickou studii bariér v centru pro lidi s drogovými problémy a poruchami duševního zdraví od autorů Marit Edland-Gryt a Astrid Helene Skatvedt. Výzkum byl realizován v nízkoprahových drogových službách v Oslu a probíhal prostřednictvím etnografické terénní práce, individuálních rozhovorů a metodou focus skupiny, výzkumu se účastnili klienti a zaměstnanci nízkoprahových služeb. Studie poukazuje na důležitost existence nízkoprahových služeb.

Cílem norské studie je zjistit, jaké prahové hodnoty vnímají klienti. Výsledkem bylo zjištění, že uživatelé návykových látek s duševním onemocněním vnímají pro vstup do nízkoprahové služby tyto prahy: práh registrace (nutnost vědět o službě, najít centrum, vstoupit do dveří, být registrován personálem...), kompetenční práh (kompetence k projevu potřeb) a práh efektivity (projev efektivity práce s klientem), což se podle autorů shoduje s dalšími výzkumy. Autoři přidali čtvrtý práh, jímž je práh důvěry. Popisují, že došli k zjištění, že pro uživatele s duální diagnózou je pro vstup do nízkoprahové služby nezbytná důvěra, vzhledem k tomu, že spousta uživatelů vyjadřuje nedůvěru v „systém.“ Podle autorů je práh důvěry velice důležitý ve chvíli, kdy uživatel s duševním onemocněním vyhledává odbornou pomoc (Edland-Gryt & Skatvedt, 2012).

S ohledem na tento výzkum lze říci, že sociální pracovníci a pracovnice tvoří pro uživatele v pražských a středočeských kontaktních centrech dostatečné základy prahu důvěry, podle jejich slov kladou důraz na:

„Důležitost trpělivosti a přítomnosti (být tu pro klienta); zaměřit se především na zájmy klienta; neustále mapovat situaci klienta a tuto situaci vyhodnocovat; kotvení klienta v realitě; nezapomínají být opatrní v reakcích a ve svém sdělení; vyzdvihován je především individuální přístup, přijímací přístup a respekt; hlubší intervence; pouhý rozhovor s klientem; Klient mluví o čem chce,

důležité je poskytnout hlavně nějaký bezpečný prostor, kde se může vypovídat, kdy může mluvit otevřeně o tom, co ho trápí, posdílet něco... cokoliv.“

To vše jsou stavební kameny postupně rozvíjející se důvěry ve vztahu s pracovníkem nebo pracovníci, bez které se osoby s duální diagnózou neobejdou. Což částečně nastavuje zrcadlo tomu, jak by nízkoprahové zařízení mělo fungovat nebo jaké prahy by zařízení mělo nebo nemělo mít nastavené, aby uživatelé s duální diagnózou toto zařízení vyhledali.

Z výzkumu také vyplývá, že nástroje jako jsou supervize (individuální, skupinová), intervize a vzdělávání plní svůj účel a jsou aktivně využívány, stejně tak jako velmi vítaným nástrojem je konzultace s kolegy nebo s vedoucí/m.

V rámci realizace výzkumu vzešla na povrch další možná témata z oblasti kontaktních center, jimiž například jsou: Kontaktní centra versus denní centra- otázka nedostatečného síťování sociálních služeb v ČR a související otázka- Jak vypadá provoz kontaktního centra a jak denního centra – porovnání v praxi? Dalším možným výzkumným tématem může být: Dobrá praxe kontaktních center (příklady dobré praxe v kontaktních centrech). EMCDDA (2021) také vytyčuje několik oblastí, na které je potřeba se v budoucnu zaměřit, konkrétně se jedná například o hloubkový přezkum evropských služeb, včetně bariér v multidisciplinární spolupráci mezi službami nebo výzkum možných časných intervencí u mladistvých.

Národní monitorovací středisko drog a drogových závislostí navíc pokládá několik zásadních otázek, které je potřeba řešit. Jednou z nich je: *„Klienti s komorbiditou jsou posíláni z psychiatrických zařízení do dalších léčebných zařízení a zpět, aniž by se jim dostalo správného posouzení jejich stavu a vhodné léčby“* (EMCDDA, 2004b). To opět poukazuje na problematiku léčby duálních diagnóz. Další takovou otázkou je: *„Pracovníci zařízení poskytujících léčbu a služby uživatelům drog často nejsou proškoleni pro práci s komorbidními klienty, neboť mají obvykle specializované vzdělání (medicína, psychologie, sociální práce apod.).“* To vypovídá o možné nedostatečné připravenosti jednotlivých odborníků jednotlivých pracovišť (EMCDDA, 2004b). EMCDDA (2004b) dále poukazuje na možný vznik syndromu vyhoření při dlouhodobé práci s touto cílovou skupinou,

což vede k možné realizaci výzkumu na téma syndrom vyhoření v nízkoprahových službách.

Dalším důležitým dokumentem je Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze, kterou v roce 2010 realizovaly Šťastná, L., Nevoralová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K., má za cíl popsat a identifikovat možné podněty pro zdokonalování služeb, popřípadě vytvoření nových služeb. Autorky pomocí analýzy došly k zjištění, že by respondenti (uživatelé nízkoprahových služeb) uvítali více organizací a programů, které pracují s lidmi s duální diagnózou. To opět poukazuje na potřebu větší existence specializovaných programů přímo pro uživatele návykových látek, kteří mají psychické onemocnění.

Dále po provedené rešerši bylo zjištěno, že doposud jsou nejčastěji realizované výzkumy, které se převážně zabývají problematikou duálních diagnóz v terapeutických komunitách, doléčovacích centrech a léčebných zařízeních obecně. Také byly nalezeny výzkumy zabývající se evaluací spokojenosti uživatelů s konkrétním kontaktním centrem na území Prahy. Nikde však nebyl nalezen výzkum zaměřující se na sociální pracovnice a pracovníky v kontextu náročných situací při práci s uživateli s duální diagnózou v kontaktních centrech, nalezeny byly pouze výzkumy zaměřující se na náročné situace v kontextu jiných cílových skupin. Tato bakalářská práce tak doplňuje poznatky práce s lidmi s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou a přináší vhled do samotné sociální práce s touto cílovou skupinou.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a empirickou. Teoretická část vysvětluje základní definice duševních onemocnění, popisuje problematiku duálních diagnóz, jejich prevalenci, léčbu a systém dostupných služeb. Pozornost je také věnována vymezení pojetí nízkoprahovosti a je přiblížena činnost a fungování kontaktních center. V návaznosti na to je přiblížena sociální práce v kontextu této cílové skupiny. Na závěr teoretické části je představen profil sociálního pracovníka nebo pracovníce, jsou představeny osobnostní a kvalifikační předpoklady pro výkon této profese.

Empirická část a celkově celá bakalářská práce má za cíl popsat a identifikovat možné náročné situace, s kterými se sociální pracovníci a pracovníce mohou setkat při práci s lidmi s duální diagnózou v kontaktních centrech. Tento cíl byl zcela naplněn a výsledky tohoto cíle popisují mnoho náročných situací, kterými nejčastěji jsou komunikace, kontinuita práce, projevy vnitřního světa klienta nebo možný konflikt mezi klienty a jiné.

Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou tyto situace řešeny a zda organizace nabízí sociálním pracovníkům a pracovnícím zdroje podpory. Bylo zjištěno, že náročné situace jsou řešeny velice situačně a individuálně s ohledem na konkrétní náročnou situaci, často dochází k upravení stylu komunikace, k individuálnímu přístupu nebo s pomocí kolegů. Také bylo zjištěno, že nástroje jako jsou supervize, intervize, konzultace s kolegy, porady a další jsou velice funkční, aktivně využívané a nabízené ve všech kontaktních centrech. Na téma náročných situací navazuje i téma intervence sociálního pracovníka nebo sociální pracovníce při práci s uživateli s duální diagnózou, důraz je kladen především na individuální přístup, respekt, trpělivost, čas a jiné důležité faktory, které v intervenci působí.

Veškeré výsledky mě přivedly k zamyšlení se nad dalšími možnými výzkumy a tématy, které s kontaktními centry souvisí, například téma Kontaktní centra versus denní centra (nedostatečné síťování sociálních služeb v ČR) nebo téma Dobrá praxe kontaktních center. Identifikování těchto návazných témat zároveň naplňuje dílčí stanovený cíl: možné vyvstání nových podnětných otázek pro další výzkum realizovatelný na podobné téma.

SEZNAM ZDROJŮ

Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (2022). *Právní poradna A. N. O.* <https://poradna.asociace.org/#top>

Centrum duševního zdraví (CDZ) (2022). *Centrum duševního zdraví pro Prahu 8.* <https://cdz8.cz/kdo-jsme/>

Drop In (2022). *Centrum metadonové substituce, Drop In o. p. s.* <https://www.dropin.cz/centrum-metadonove-substituce-drop-in-o-p-s/>

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.

Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. H. (2013). *Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders.* International Journal of Drug Policy, 24 (3), 257–264. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S09555395912001193?via%3Dihub>

Elich, M. (2019). *Kompetentní sociální pracovník/pracovnice aneb rozvoj měkkých dovedností jako cesta k profesionalitě.* Sociální Noviny. <http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/570-kompetentni-socialni-pracovnik-pracovnice>

Elichová, M. (2017). *Sociální práce. Aktuální otázky.* Grada Publishing.

European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) (2017), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf

European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) (2017). *Country Drug Report 2017- Italy.* Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/05aebd5e-57be-11e7-a5ca-01aa75ed71a1/language-en>

European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) (2019a). *Country Drug Report- Germany.* Publications Office of the European Union,

Luxembourg.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11334/germany-cdr-2019_0.pdf

European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) (2019b). *Country Drug Report- Denmark*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11330/denmark-cdr-2019_0.pdf

Flešková, M., Kariková, S. (2005). *Psychológia v príprave sociálnych pracovníkov*. In: Tokárová, A., Kredátos, J., Frk, V. (Eds.). *Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Prešovská univerzita v Prešove.

Fox, L. (2011). *Integrovaná liečba duálnych poruch: (Integrated dual disorders treatment - IDDT): aktualizovaná a rozšírená príručka: nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Frankel A. J., Gelman S. R., Pastor D. K. (2019). *Case Management: An Introduction to Concepts and Skills*. Oxford University Press.

Gálová, A. (10. června 2020). „*Nerada slyším: dejme jim druhou šanci. Lidé s duální diagnózou většinou nedostali ani tu první,*“ říká terapeutka. In: Blog HATEFREE <https://www.bona-ops.cz/novinky/hatefree-rozhovor-s-nasi-terapeutkou-o-lidech-s-dualni-diagnozou>

Herzog, A. (2009). *Nízkoprahovost v praxi aneb jak pracovat s prahy*. In: Klíma, P. (2009). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. Česká asociace streetwork.

Herzog, A. (2013). *Kontaktní centrum*. In Matoušek, O., Křišťan, A. (Eds.). *Encyklopedie sociální práce*. Portál.

Herzog, A. (2022). *Individuální plánování v sociálních službách*. <https://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/>

Hezog., A. (2016). *První výzva: Téma smrti, kolapsu a vážného poškození zdraví*. In O., Hanková (Ed.), *Snižování drog & drogy*, SANANIM z.ú.

http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1547048636_snizovani-skod-a-drogy2016-pdf.pdf

Kalina, K a kolektiv (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky. https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?l=a#center_column

Kalina, K., Adameček D., Broža J., Čablová L., Čtrnáctá Š., Dvořáček, J., Gabrhelík, R., Gabrhelíková, P., Hajný, M., Janíková B., Jeřábek, P., Jurystová L., Koranda M., Kmoch V., Králíková, E., Kuchař, M., Libra J., Makovská Dolanská, P., Minařík, J.... Zima T. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Kalina, K., Adameček D., Broža J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M., Hajný, M., Janíková, B., Jeřábek, P., Kuda, A., Kudrle, S., Minařík, J., Miovska, L., Miovský, M., Gabrhelíková Müllerová, P., Popov, P., Richterová Těminová, M., Řehák, V., Zábranský, T. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada publishing.

Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková I., Bayer, D., Bém, P., Broža, J., Dobiášová, D., Dvořáček, J., Dušan, D., Fišerová, M., Flaks, P., Frouzová M., Hajný, M., Hampl, K., Havrdová, Z., Hobstová, J., Hrdina, P., Jargus, M., Koršičová, B.... Zábranský, M. (2003a). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková I., Bayer, D., Bém, P., Broža, J., Dobiášová, D., Dvořáček, J., Dušan, D., Fišerová, M., Flaks, P., Frouzová M., Hajný, M., Hampl, K., Havrdová, Z., Hobstová, J., Hrdina, P., Jargus, M., Koršičová, B.... Zábranský, M. (2003b). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. Adiktologie http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2013_02_Kalina_Dualni-diagnozy.pdf

Kašlíková, T., Sýkorová J. (2008). *Personální podmínky a supervize*. In: *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Ministerstvo práce

<https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003824.pdf?seek=1456912467>

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8720638/>

Klíma, P. (2009). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. Česká asociace streetwork.

Kontaktní a poradenské centrum závislostí Progressive (2018). *Operační manuál*. Progressive o. p. s.

Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]* (5. vyd). Portál.

Kudrle, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti* In: Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková I., Bayer, D., Bém, P., Broža, J., Dobiášová, D., Dvořáček, J., Dušan, D., Fišerová, M., Flaks, P., Frouzová M., Hajný, M., Hampl, K., Havrdová, Z., Hobstová, J., Hrdina, P., Jargus, M., Koršičová, B.... Zábranský, M. (2003a). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Úřad vlády České republiky.

Magdaléna o.p.s.- Prevence a léčba drogových závislostí, (2022). *Terapeutická komunita Magdaléna*. <http://www.magdalena-ops.eu/cz/slu%C5%BEby-pro-z%C3%A1visl%C3%A9/1%C3%A9%C4%8Dba/terapeutick%C3%A1-komunita>

Mahrová, G. Sociální práce s uživatelem návykových látek (2008). In Mahrová G., Venglářová, M., Čadková-Svejkovská M., Hronová M., Chytil O., Laštovica M., Opatová A., Valentová V., Vojáčková Kuncová J., Vondrka J., Knapp P. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada Publishing

Málek, T. (2021). *Duální diagnózy – [soukromá prezentace]*.

Mátl, A. (2019). *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Grada Publishing

Matoušek, O. (2013a). *Metody a řízení sociální práce* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Portál.

Matoušek, O. (2021). *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. (s. 40). Karolinum

Matoušek, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (Ed.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (Vyd. 2). Portál.

Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. (2. vydání). Portál.

Matoušek, O., Koldinská, K., Průša, L., (2011). *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál.

Matson, J. L. (2020). *Handbook of Dual Diagnosis: Assessment and Treatment in Persons with Intellectual Disorders*. Cham : Springer International Publishing : Imprint: Springer

Minařík, J. *Duální diagnózy a psychopatologické komplikace*. In: Kalina, K., Adameček D., Broža J., Čablová L., Čtrnáctá Š., Dvořáček, J., Gabrhelík, R., Gabrhelíková, P., Hajný, M., Janíková B., Jeřábek, P., Jurystová L., Koranda M., Kmoch V., Králíková, E., Kuchař, M., Libra J., Makovská Dolanská, P., Minařík, J.... Zima T. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky – Reforma psychiatrické péče. (2022). *O reformě psychiatrie*. https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/o-reforme-psychiatrie?term_id=63

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

Miovský, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Naděje (2022a). *Lidé bez domova*. https://www.nadeje.cz/integracni_program

Naděje (2022b). *Terénní programy*. <https://www.nadeje.cz/praha/phpomocvulicich>

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (EMCDDA), Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33592/1131/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_2021_fin.pdf

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (EMCDDA) (2004a). *Stav drogové problematiky v Evropské Unii a v Norsku.*

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/923/ar2004-cs1_69526.pdf

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (EMCDDA) (2004b). *Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy.*

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14CS_84983.pdf

Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (5., rozšířené vydání). Portál.

Novotná, H. *Podstata kvalitativních strategií výzkumu*. In: Novotná, H., Špaček, O., Šťovíčková Jantulová, M. (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. FHS Univerzita Karlova.

Orel, M., Facová V., Heřman M., Koranda, P., Šimonek J., Palátová Volková L. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Grada Publishing.

Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Portál.

Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly- Schizofrenie, poruchy schizotypálná a poruchy s bludy*. (s. 40). Portál.

Progressive o.p.s. – Prevence závislostí, (2022). *Ambulantní služby Progressive*. <https://www.progressive-os.cz/ambulantnisluzby-progressive/>

Psychiatrická nemocnice Bohnice, (2022). *Závislosti - muži*. <https://bohnice.cz/lecba/zavislosti-muzi/>

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA, 264(19). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/>

Remedis (2022). *Substituční program*.
<http://www.remedis.cz/pracoviste/substitutni-program/>

Rous, Z., Chomynová, P. (2018). *Drogová situace v České republice v roce 2017*.
Zaostřeno 5(12). EMCDDA ÚV.

Sananim (2022). *Specializované ambulantní služby CADAS*.
<http://www.sananim.cz/o-nas-1/specializovane-ambulantni-sluzby-cadas.html>

Sociální pracovník kontaktního centra (NNO) (2020). *Sociální pracovník kontaktního centra (NNO)- Profesiogram*. Sociální práce, Sociální práce
<https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-kontaktneho-centra-nno/>

Zástupci společnosti Podané ruce o.p.s. (2019). *Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách*. Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky. https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/10/Metodika_moderni%CC%81ch_metod_socia%CC%81ni%CC%81_pra%CC%81ce.pdf

Šťastná, L., Nevoralová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K. (2011). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010*. Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Tatarsky, A. (2007). *Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems*. Jason Aronson.

Úřad vlády České republiky (ÚV ČR) (2018). *Seznam a definice výkonů. Revize 1.2*.
https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1656/824/Seznam_a_definice_vykonu_verze%201-2_2018-08-17_fin.pdf

Úřad vlády České republiky (ÚV ČR) (2020). *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*.
<https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/06/Seznam-a-definice-vykonu-metodika-adi.pdf>

Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko (2022). *Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním návykových látek*.

<https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/psychiatricka-komorbidity-pacientu-lecenyh-v-souvislosti-s-uzivanim-navykovych-latek/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), ČR (2022). *Mkn-10 klasifikace*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

Valentová, M. (2020). *Sítování v adiktologických službách*. *Sociální Práce, Sociální Práce*, 2020(5). https://socialniprace.cz/online-clanky/sitovani-v-adiktologickych-sluzbach/#_ftnref5

Větrovec, M., *Práce na motivaci ke změně chování s klienty na ulici*. In: Klíma, P. (2009). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. (s. 187). Česká asociace streetwork.

Vodáčková, D. a kolektiv (2020). *Krizová intervence*. (4. aktualiz. vyd.) Portál.

World health organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (2006) <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zandlová, M., Šťovíčková Jantulová, M. *Etika výzkumu*. In: Novotná, H., Špaček, O., Šťovíčková Jantulová, M. (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. FHS Univerzita Karlova.

PŘÍLOHA 1 *Profesiogram – sociální pracovník kontaktního centra*

Sociální pracovník kontaktního centra (NNO)

2. 10. 2020 | PROFESIOGRAMY

Smysl existence pracovní pozice

Prevence rizik spojených s užíváním návykových látek, posilování motivace k léčbě závislosti.

Sociální situace cílové skupiny a její hlavní potřeby

Klienti jsou v různých fázích procesu navykání na drogy. Dlouhodobě závislí mají obvykle zhoršené vztahy k blízkým lidem a obtíže ve studiu, resp. v pracovním uplatnění. Mívají i poškozené zdraví.

Systémový kontext (legislativa, standardy)

- Zákon o sociálních službách (Z.108/2006).

Organizační rámce

Pracovník je členem týmu nestátní neziskové organizace.

Způsob definování cílů pro pracovníky

Redukce rizik spojených s užíváním drog.

Popis jednotlivých pracovních činností

Pracovník vykonává kontaktní a sociální práci s klienty nízkoprahových služeb (provádí výměnný injekční program, poradenství v oblasti snižování rizik při užívání návykových látek). U klientů, s nimiž dlouhodoběji pracuje provádí plánování další práce. Doprovází klienty do zdravotnického zařízení a na úřady (zajištění dokladů, dávek, bydlení, zdravotnické péče). Provádí motivační rozhovory s uživateli. Koordinuje poskytování jiných sociálních a zdravotnických služeb. Poradensky pracuje s blízkými osobami uživatelů návykových látek (s rodiči, partnery aj.) Pravidelně vyhodnocuje situaci klienta a efekt péče. Přípravuje a realizuje osvětové kampaně a besedy, zejména pro školská zařízení.

Popis návazností pracovních činností

Popis průběhu směny/průběhu pracovního týdne. Práce v centru. Práce v terénu.

Okruh spolupracujících subjektů

- Zdravotnická zařízení.
- Městská a státní policie.
- Léčebná zařízení pro osoby závislé na návykových látkách.
- Kurátor pro děti a mládež MÚ, sociální kurátor pro dospělé MÚ.

Typy výsledků

Formalizované: Dohoda s klientem. Individuální plány. Hodnocení potřeb klienta a efektu práce.

Faktické: Klient začne chodit do práce. Získá nebo udrží vlastní bydlení. Klient si udrží stav zdraví jako na začátku. Klient je přijat do léčebného zařízení.

Předpoklady k výkonu profese

Nutná formální kvalifikace: VOŠ, VŠ sociálního směru. VŠ obor adiktologie.

Potřebné znalosti: Znalost drogové problematiky. Znalost problematiky duševních nemocí. Znalost relevantní legislativy. Znalost sítě služeb pro závislé a jejich dostupnosti.

Potřebné specifické dovednosti: Vedení poradenského a motivačního rozhovoru s klientem. Vedení poradenského rozhovoru s blízkými osobami klienta.

Měkké dovednosti: Komunikační dovednosti.

Žádoucí postoje, hodnotová orientace: Nehodnotící a nestigmatizující postoj k uživatelům drog. Schopnost udržet hranice mezi sebou a klienty.

Využívané teorie, přístupy a metody: Teorie vzniku a vývoje závislosti na návykových látkách. Přístup snižování

rizik (harm reduction). Poradenské přístupy.

Kritéria úspěchu v profesi

Kvantitativní kritéria: Počet klientů úspěšně předaných do soustavné terapie závislosti. Počet klientů, u nichž se předešlo dalšímu zhoršení zdravotního stavu, resp. životní situace. Počet klientů. U kterých došlo v nějaké oblasti jejich života ke zlepšení situace (bydlení, práce, zdraví, vzdělávání apod.).

Kvalitativní kritéria: Hodnocení ohlasu informačních kampaní a besed.

Faktory ztěžující výkon práce

Zdroje stresu/vyhoření: U řady klientů se jejich zdravotní a sociální situaci nepodaří zlepšit, pracovník je konfrontován s pokračujícím celkovým úpadkem klienta. Pracovník je konfrontován s tím, že klientka poškozuje děti, když je těhotná. (Dítě není klient K-centra). Chybění zpětné vazby od klientů, kteří se ze závislosti dostali.

Kritické a velmi náročné situace: Klienti jsou nositeli přenosných nemocí, pracovník se může infikovat. Při terénní práci se může dostat do situací ohrožení ze strany klientů, kteří jsou pod vlivem drog. Klienti někdy vyžadují služby, které K-centrum neposkytuje. Někteří klienti jsou vedle toho, že jsou závislí na drogách také duševně nemocní, případně mají vážnou osobnostní poruchu.

Zdroje:

Kopřivová, J. (2007): Činnost sociální pracovnice s drogově závislými je velmi pestrá. Sociální práce/Sociálna práca. Č. 3, str. 20 – 21.

Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-kontaktneho-centra-nno/>

PŘÍLOHA 2 *Prohlášení o seznámení s výzkumem*

Informace o výzkumu

Závazky osoby, která výzkum provádí

Informace o výzkumu:

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Sociální práce s uživateli nealkoholových návykových látek s psychiatrickou komorbiditou v kontaktních centrech

TÉMA: Sociální práce s lidmi s duální diagnózou

KDO VÝZKUM PROVÁDÍ:

Krejčová Karolína, III. ročník Sociální práce, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.

Bakalářská práce včetně výzkumné části je konzultována s vedoucí práce, kterou je PhDr. Monika Dvořáková.

CÍL VÝZKUMU:

1. Hlavním cílem výzkumu je popsat, pojmenovat náročné situace, se kterými se mohou setkávat sociální pracovníci a pracovníci při práci s osobami s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou (s uživateli návykových nelegálních látek s duševním onemocněním) v kontaktních centrech.
2. Dalším cílem výzkumu je představit, jaké nástroje a zdroje podpory jsou využívány při konfrontaci s těmito náročnými situacemi.
3. Jako vedlejší cíl se nabízí vyvstání nových podnětných otázek pro další výzkum realizovatelný na podobné téma.

METODA VÝZKUMU:

Pro realizaci tohoto výzkumu je zvolena metoda kvalitativního výzkumu, budou zkoumány zkušenosti a postoje sociálních pracovníků/pracovnic ve vztahu k práci s uživateli s duální diagnózou/psychiatrickou komorbiditou. Výzkum bude realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, analyzován bude následovně pomocí tematické analýzy.

ETICKÁ ROVINA VÝZKUMU:

- Výzkum je realizován anonymně, to znamená, že získaná data jsou využita anonymně, v bakalářské práci nebude uvedeno ani jméno respondenta/respondentky ani identifikace konkrétního kontaktního centra, ve kterém pracuje.
- Získané informace budou využity citlivě, budou využity pro účel napsání a obhajoby bakalářské práce.
- Účelem výzkumu NENÍ účastníky poškodit, pomluvit, zostudit, zpochybnit, snižovat a jiné.
- Účastníci mají možnost participovat na tom, jaká data budou použita a jaká data nebudou použita.
- Účastníci mají právo říct stop a neodpovídat na otázky, to také znamená, že respondent/respondentka má právo výzkum ukončit.
- Účastníkům bude položena otázka, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru a odpověď na tuto otázku bude popřípadě zaznamenána na diktafon

Prohlášení

Já níže podepsaná potvrzuji, že

- a) jsem seznámila respondenta/respondentku s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) respondent dobrovolně souhlasí s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) jsem respondenta/respondentku seznámila s tím, že se může kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměla respondenty/respondentky s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá na jejich nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.
- e) respondenti/respondentky souhlasili se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;

Dne:

Podpis:

PŘÍLOHA 3 *Otázky rozhovoru*

1. Jaké činnosti vykonáváte v průběhu pracovního dne v kontaktním centru?
2. Jaká jsou specifika vaší práce jakožto sociálního pracovníka/pracovnice v kontaktním centru?
3. Když zhodnotíte všechny činnosti, které jsou součástí Vaší práce, a které běžně vykonáváte, je pro vás osobně práce s klienty/klientkami, kteří mají psychiatrickou diagnózu, v něčem těžší než s klienty/klientkami, kteří ji nemají?
4. Co Vy osobně považujete za náročné při práci s touto cílovou skupinou (osoby s duální diagnózou)?
5. Jak tyto náročné situace řešíte?
6. Nabízí Vám organizace zdroje pro řešení takových situací, popřípadě pro vyrovnání se s takovými situacemi?
7. Pokud ano, jaké zdroje podpory Vám organizace nabízí a využíváte je?
8. Můžete (anonymně) popsat způsob Vaší práce s cílovou skupinou na nějakém konkrétním (typickém) případě – jakým způsobem intervenujete?

PŘÍLOHA 4 *Seznam kódů*

NÁROČNÉ SITUACE	KONKRÉTNÍ ŘEŠENÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ	NÁSTROJE ŘEŠENÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ	PODPORA ORGANIZACE	INTERVENCE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ A PRACOVNIC
Těžké situace v přímé práci s klientem	Konkrétní řešení situací v přímé práci s klienty Individuální a situační řešení	Obecné nástroje, které jsou využívány při řešení těžkých situací	Nabízená podpora a aktivně využívaná podpora organizace	Přístup, práce a chování sociálních pracovníků při práci s lidmi s duální diagnózou
- komunikace - kontinuita práce - projevy vnitřního světa klienta - možný konflikt mezi klienty - rozdílný přístup - větší kontrola - větší nárok na dovednosti - možné krizové situace - nepřipravenost na neočekávané situace - reakce veřejnosti - bytí v kontaktu - dosahování cílů - nebrat to osobně - celková spolupráce - zabezpečení všech v KC - řešení zdravotního stavu klienta - nevyzpytatelnost - nedostupnost psychiatrů - ataka duševního onemocnění - navázání vztahu - nedostatek vzdělání - nedostupnost psychiatrů	- upravení stylu komunikace - individuální a situační řešení - konzultace s kolegy - pomoc kolegů - řešení vychází ze zkušeností - dostatek času - chování: - trpělivost, stručnost, jasnost - klidné chování - bezpečný prostor	- konzultace s kolegy - supervize - vzdělávání - konzultace s vedoucí - kazuistické porady - intervize - podpora blízkých osob, známých - kazuistické porady (situační podpůrné intervence)	- skupinová supervize - individuální supervize - vzdělávání - intervize - konzultace s vedoucí - týmové porady - balintovské skupiny	- individuální přístup, respekt - trpělivost přítomnost - hlubší intervence - multidisciplinární spolupráce - nerozdílný způsob práce - přijímací přístup - individuální plánování, poradenství - opatrnost v komunikaci - sociální věci - zatím nejasný postup - hledání komunikačních nástrojů - motivace k léčbě - zaměření na zájmy - kotvení v realitě - sociální zakázky - pracovník jako parták/průvodce - opatrnost v reakcích - kotvení v realitě - mapování stavu klienta - snaha o zkompetentnění - rozhovor - pomoc při hledání psychiatra - hospitalizace klienta - budování vztahu

PŘÍLOHA 5 Ukázka kódování části rozhovoru

Já: Ano. Já mám další otázku: Co považujete vy osobně, konkrétně za náročné při práci s touto cílovou skupinou? Což vy jste teď pojmenovala celkově tu komunikaci a celkovou spolupráci s nimi v tom kontaktu. Je ještě něco, co vy osobně považujete za náročné?

R.: Kromě toho samotného vyjednávání a kontaktu s klientem, tak je náročné to ukočírovat, i z hlediska nedostatku personálu. Když jsme tu ve dvou a máme tu někoho v akutní fázi, je potřeba ošetřit ten zbytek klientů, protože ty klienti na to samozřejmě reagují nějakým způsobem, dost často si z těch lidí utahují a tak. Takže ošetřit tak, aby to tady bylo bezpečný pro nás, pro toho dotyčného klienta s nějakou diagnózou a aby to tady nebyl totální zmatek **ošetření všech v KC**.

Já: Děkuju. Zeptám se, jak tyto náročné situace řešíte, popřípadě co vám pomáhá je řešit?

R.: Řešíme to velmi individuálně, velmi situačně, podle toho, co se děje. Řešíme hlavně to, abychom ošetřili toho klienta, aby se do něj klienti extra nenaváželi, nevyjížděli, protože **individuální a situační řešení**, je to potom dost často taková náslapná mina pro nějakou konfliktní, agresivní situaci **možný konflikt mezi klienty**. A pomáhá nám to potom konzultovat v týmu **konzultace s kolegy**, kdy řešíme, co dál a co s ním, dále máme ty zkušený kolegy v poradně, máme známí v síti, takže když nevíme, tak konzultujeme. Konzultujeme, co dál, co koho napadá, je to takový brainstorming. Zkoušíme často nějaké osvědčené postupy **zkouška osvědčených postupů**, které se nám podařilo nějak ošetřit v minulosti a vycházíme hlavně ze zkušeností řešení vychází ze zkušeností.

Já: Jo, děkuju, takhle mi to stačí. Nabízí vám organizace nějaké zdroje podpory pro řešení takových situací i celkově při práci s touto cílovou skupinou?

R.: Já hlavně vnímám od vedení, které je také nové, obrovskou podporu. Nový ředitel je vlastně terapeut, takže dokáže ošetřit mě, dokáže se mnou ty palčivé situace probrat **konzultace s nadřazeným, situační podpůrné intervence**. V tuhle chvíli se snažíme reinkarnovat i bálintovské skupiny, které jsme dělali v minulosti, náš záměr je to, že se budeme potkávat napříč týmy, napříč službami a formou

bálintovské skupiny tyhle situace budeme řešit, hlavně každý dělá s někým jiným a má jiné zkušenosti a hlavně je to tady malý region, ve kterém pracujeme, takže dost často i ti kolegové z těch jiných služeb, jako z terénních, sociálních programů z různých jiných služeb ty klienty znají, takže mají i nějaký „know-how,“ vědí také, co už proběhlo a co ne. Takže mám větší naděje, že se tyhle situace budou líp ošetřovat.. protože zrovna tihle ti psychiatrickí klienti proplouvají více službami.. takže děláme na tom.

Já: A jak jste teď popisovala i tu podporu ze strany toho vedoucího respektive nadřízeného, pojmenovala byste to jako individuální terapii nebo individuální supervizi nebo je to spíše neformální setkání?

R.: Supervize, terapie ne, spíš takové situační podpůrné intervence. Nadřízený má také různé přesahy, má také různé informace, které já třeba nemám. Takže tam ta spolupráce na nějaké konzultační bázi. Mně kolikrát stačí opravdu nějaký brainstorming (například napadá mě tohle a tohle), má to trošku supervizní rozměr, protože tam je odstup a nadhled. Zároveň si myslím, že máme velmi kvalitního supervizora **supervize**, který také původně pochází hodně ze služeb, má zkušenosti s psychiatrickými klienty. Takže nám pomáhá se na to podívat jinak nebo nás někdy jako postrčit. Někdy možnosti jsou.

Já: A vy osobně tyhle možnosti využíváte? Ať už tu podporu vedoucího nebo ty supervize nebo ty bálintovské skupiny?

R.: Já jo. Přijde mi to důležité.

Já: Dobře. Mám ještě poslední otázku. Můžete anonymně popsat způsob vaší práce s uživateli, kteří mají nějakou psychiatrickou diagnózu (jestli si nyní vybavíte nějakého typického klienta), jestli můžete anonymně popsat způsob vaší intervence, jak jste s tím klientem pracovala, na čem? (Popřípadě, jak sociální pracovník intervenuje.)

R.: Mně se teď vybavuje škála klientů. Ty potřeby jsou různé. Pro mě je základ kotvení v realitě **kotvení v realitě**, mapovat si rozpoložení toho klienta, mapovat dlouhodobější stavy, výkyvy, řešit, kdy má smysl něco řešit a kdy ne- čeho je ten klient schopný **mapování stavu klienta**. Ten přístup je velice individuální **individuální**

přístup a velmi specifický. Myslím si, že do toho dáváme o něco víc, než u těch standardních klientů. Když vidíme, že jsou u klienta nějaké limity, pomáháme jim třeba vykomunikovat něco. Přirozeně se snažíme klienty zkompetentnit **snaha o zkompetentnění**, aby si věci zařizovali sami, ale tady jsme víc v roli nějakého case managera, víc jako berlička. Klidně jsme schopni s klientem za jeho přítomnosti, při řešení nějaké psychiatrické péče, víc obvolat my. Myslím si, že ta naše intervence je hlubší a trochu vlastně rozsáhlejší než u těch standardních klientů **hlubší intervence**. Pak bohužel tu máme dost těch klientů, který jsou ty „bludičky“ a tam se bohužel nevymyslí nic... tam je to spíš o tom udělat nějaké ošetření z hlediska bezpečnosti a snaha toho člověka někam umístit spíš moc není, protože ten klient dost často není v realitě. My tady máme vlastně v [název města] [název organizace pro osoby s duševním onemocněním], ti sice sídlí hned vedle, ale tam ta spolupráce navázaná není bohužel. A my ani nevíme moc, co po nich vlastně můžeme chtít, protože oni nechtějí aktivní uživatele (návykových látek), takže ani není moc na čem spolupracovat. A ve chvíli, kdy se nám tu vyskytne nějaká „bludička“, která je ta 'k bludná, že tam zabloudit ani nechce a ani oni tu „bludičku“ nechtějí. Máme tu pár osob, které se motají po [název města, kde se nachází tohle KC], já třeba vím i o jedné konkrétní, u které si jako ani nejsem jistá, že je naše cílová skupina, mám velké pochybnosti, jestli je užívající, ale nějakou základní péči jí poskytujeme a je tam zase za mě lidský a situační rozměr. Protože u nás v [název města, kde nachází tohle KC] kromě nás tady není moc možností, kde by se například tyhle lidi umyli, vedle nás taky sídlí charita, ale není to denní centrum, je to pouze charitní šatník a výdej pomoci, je tam sprcha, takže pár čistých osob bez domova je a pár jich delegujeme hlavně tam. Ale tam je pouze jedna pracovnice, takže my z nějakého bezpečnostního hlediska tam nechceme posílat tuhle tu cílovku, která má hodně poloh, dost často velmi konfliktních a velmi agresivních.