

**Univerzita Karlova**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie



**Ing. Roman Kišš**

Uplatnění adiktologa v sociální službě - sociální rehabilitace pro  
osoby s duševním onemocněním na území hlavního města Prahy

Application of an addictologist in social service - social  
rehabilitation for people with mental illness in Prague

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Praha, 2024

**Prohlášení:**

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

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

V Praze, 24. 10. 2024

Ing. Roman Kišš

.....

**Identifikační záznam:**

KIŠŠ, Roman. *Uplatnění adiktologa v sociální službě - sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním na území hlavního města Prahy. [Application of an addictologist in social service - social rehabilitation for people with mental illness in Prague]*. Praha, 2024. 78 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce: Lososová, Amalie.

## **Poděkování**

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucí práce Mgr. et Mgr. Amalii Lososové, Ph.D. za odborné rady a připomínky, včetně času, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Velké poděkování za podporu v průběhu celého studia patří také mé rodině.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Hlavním vzdělávacím cílem studia oboru adiktologie je připravit odborníka, který bude schopen působit v prevenci, v oblasti harm reduction a/nebo vést poradenství či terapii v oblasti látkových i nelátkových závislostí. Vzhledem k tomu, že téma závislostí a nárůst duševních potíží prostupuje napříč celou společností, vzrůstá tak důležitost existence odborníků specializovaných na tyto oblasti. Profese adiktologa je specializací ve zdravotnictví, nicméně, problematika závislosti je jednoznačně odrazem komplexního bio-psycho-socio-spirituálního modelu, proto nelze opomíjet její další aspekty, včetně jeho uplatnění i mimo zdravotnictví.

**Cíl:** Zmapovat možnosti uplatnění adiktologa v sociální službě - sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním na území hl. m. Prahy včetně jeho rolí a kompetencí.

**Metody:** Práce staví na kvalitativním výzkumu, který byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na záznamovém zařízení, následně byly přepsány do textového dokumentu. Analýza rozhovorů byla provedena tak, že byla identifikována hlavní témata a otázky rozhovoru, byly specifikovány klíčové body a názory vyjádřené respondenty a následně bylo zhodnoceno, zda byly dosaženy stanovené cíle. Etické otázky byly dodrženy.

**Výzkumný soubor:** V registru poskytovatelů vedeném Ministerstvem práce a sociálních věcí bylo vyhledáno 84 poskytovatelů poskytující sociální službu – sociální rehabilitace bez specifikace cílové skupiny. Ze zjištěného souboru byli vyloučeni poskytovatelé, kteří tuto službu neposkytují osobám s duševním onemocněním. Tímto vznikl základní soubor tvořící 16 poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu – sociální rehabilitace osobám s duševním onemocněním na území hl. m. Prahy. S účastí na výzkumu souhlasilo 5 poskytovatelů.

**Výsledky:** Tři poskytovatelé řeší diagnózu závislosti u svých klientů prostřednictvím adiktologické služby, se kterou dlouhodobě spolupracují. Další dva zřídili pracovní pozici pro adiktologa alespoň na částečný úvazek, zbylou část úvazku mají doplněnu pracovní pozicí sociálního pracovníka. V jedné sociální službě pracuje s klienty s duální diagnózou psychiatrická sestra. Poskytovatelé by uvítali spolupráci s externím adiktologem, příp. pracovníkem, který by měl

specializaci v kombinaci sociální práce a adiktologie. Jelikož dobře spolupracují s organizacemi, které zajišťují adiktologické služby v Praze adiktologa nepotřebují. Také by pro ně zřízení pozice adiktologa bylo finančně zatěžující. Roli adiktologa spatřují v tom, že poskytuje informace členům týmu při práci s klienty s duální diagnózou, příp. sám má na starost tyto klienty. Ke kompetencím adiktologa se fakticky nedokázali vyjádřit. Respondenti – adiktologové uvedli, že jejich kompetence fakticky odpovídají kompetencím sociálních pracovníků, avšak jen oni pracují na prevenci relapsu či adiktologickém poradenství, a využívají tak specifické kompetence profese adiktologa.

**Závěr:** U osob s duševním onemocněním lze často identifikovat i poruchu závislosti. Sociální služby musí poskytovat služby i těmto klientům, kdy některé již zřídily pracovní pozici pro adiktologa. Nicméně některé, vzhledem k dobrému zasíťování v Praze, nemají potřebu tuto pozici zřídit a to i vzhledem k finančnímu zatížení, které by jim zřízení této pracovní pozice přineslo. Nicméně uvítali by adiktologa, jako externího spolupracovníka.

**Klíčová slova:** adiktolog, duševní onemocnění, duální diagnóza, kompetence, sociální rehabilitace

## **Abstract**

**Background:** The main educational objective of studying the field of addictology is to prepare a specialist capable of working in prevention, harm reduction, and/or providing counseling or therapy in the area of substance and non-substance addictions. Given that addiction and the increase in mental health issues are prevalent throughout society, the importance of professionals specializing in these areas is growing. The profession of an addictologist is a healthcare specialization; however, addiction is clearly a reflection of the complex bio-psycho-socio-spiritual model. Therefore, its other aspects, including its application outside the healthcare sector, cannot be overlooked.

**Objective:** To map out the possibilities for the employment of an addictologist in social services—specifically in social rehabilitation for individuals with mental illness within the territory of the capital city of Prague, including their roles and competencies.

**Methods:** The work is based on qualitative research conducted in the form of semi-structured interviews. The interviews were recorded using a recording device and then transcribed into a text document. The analysis of the interviews was carried out by identifying the main themes and questions of the interviews, specifying key points and opinions expressed by the respondents, and subsequently evaluating whether the set objectives were achieved. Ethical considerations were adhered to.

**Research sample:** In the registry of providers maintained by the Ministry of Labour and Social Affairs, 84 providers offering the social service of social rehabilitation without specifying a target group were identified. From this identified group, providers who do not offer this service to individuals with mental illness were excluded. This resulted in a core group of 16 providers who offer social rehabilitation services to individuals with mental illness within the territory of the capital city of Prague. Five of these providers agreed to participate in the research.

**Results:** Three providers address addiction diagnoses among their clients through addictology services, with which they have long-term cooperation. Two others have established a position for an addictologist, at least on a part-time basis, with

the remaining part of the position supplemented by a social worker role. In one social service, a psychiatric nurse works with clients who have dual diagnoses. The providers would welcome collaboration with an external addictologist or a staff member with a dual specialization in social work and addictology. Since they collaborate well with organizations providing addictology services in Prague, they do not feel the need for an in-house addictologist. Additionally, establishing such a position would be financially burdensome for them. They see the role of an addictologist as providing information to team members working with clients with dual diagnoses or directly managing these clients. They were unable to clearly define the specific competencies of an addictologist. The respondents who were addictologists stated that their competencies largely overlap with those of social workers, but they are the only ones working on relapse prevention or providing addictological counseling, thus utilizing the specific competencies of the addictologist profession.

**Conclusion:** In individuals with mental illness, addiction disorders can often be identified as well. Social services must also provide support to these clients, with some having already created a position for an addiction specialist. However, due to the strong network of support in Prague, some organizations do not feel the need to establish this position, especially considering the financial burden that creating such a role would entail for them. Nevertheless, they would welcome an addictologist as an external collaborator.

**Keywords:** addiction specialist, mental illness, dual diagnosis, competencies, social rehabilitation

# Obsah

1 Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
2 Zdraví a nemoc.....	12
2.1 Duševní onemocnění (poruchy).....	13
2.2 Péče o osoby s duševním onemocněním.....	15
2.2.1 Vývoj přístupu k duševnímu onemocnění.....	15
2.2.2 Historie léčby osob s duševním onemocněním.....	18
2.2.3 Historie a vývoj přístupu k duševnímu onemocnění v ČR.....	20
2.3 Přístupy k péči o osoby s duševním onemocněním.....	22
2.3.1 Model CARE v pojetí duševního onemocnění.....	22
2.3.2 Koncept RECOVERY (úzdava, zotavení).....	24
3 Sociální služba.....	27
3.1 Rehabilitace.....	29
3.1.1 Sociální rehabilitace v ČR.....	29
3.1.2 Sociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním.....	30
4 Psychopatologie závislosti.....	32
4.1 Duální diagnóza.....	35
4.1.1 Nejčastější duální diagnózy.....	35
4.1.2 Léčba duálních diagnóz.....	36
5 Možnosti využití adiktologa v sociální rehabilitaci u osob s duševním onemocněním... 40	
5.1 Adiktolog.....	41
5.2 Kompetence adiktologa.....	42
PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
6 Výzkumný soubor.....	46
7 Metody sběru dat.....	47
8 Analýza dat.....	49
9 Etické aspekty.....	50
10 Výsledky.....	52
10.1 Služby poskytované klientů s duševním onemocněním.....	52
10.2 Kritéria pro přijetí do sociální služby.....	53
10.3 Vzdělávání v oblasti závislostí.....	54
10.4 Výzkumná otázka č. 1 - Uplatnění adiktologa v sociální službě – sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním.....	55
10.5 Výzkumná otázka č. 2 - Role a kompetence adiktologa v sociální službě – sociální rehabilitace.....	56
10.6 Výzkumná otázka č. 3 - Hlavní důvody, proč poskytovatel nemá adiktologa či s ním nespolupracuje.....	58
10.7 Výzkumná otázka č. 4 – Skutečnosti, které by podpořily rozhodnutí poskytovatele zřídit pracovní pozici adiktologa, pokud tuto pozici zatím nezřídil.....	59
11 Diskuze.....	61
12 Závěr.....	68
13 Zdroje.....	70
14 Přílohy.....	77

# 1 Úvod

Adiktolog, jakožto relativně mladá profese ve zdravotnictví, si postupně vytváří a upevňuje svoji pozici mezi ostatními profesemi a na trhu práce celkově. Adiktolog, odborník v oblasti závislostí s přesahem do mnoha dalších oblastí (sociální práce, právo a další) může působit samostatně, například v provozu adiktologické ambulance, je ale také významnou součástí multidisciplinárních týmů. Uplatňuje se nejen ve zdravotnických zařízeních, ale díky svému mezioborovému přesahu proniká do dalších služeb, např. sociálních, služeb orientovaných na prevenci, působí ve specifických adiktologických službách, ale i mimo ně.

Na možnosti uplatnění adiktologů v praxi již bylo zpracováno několik studií, zaměřených na různé segmenty. Příkladem můžeme uvést bakalářskou práci „Možnosti uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně: pilotní studie Ústeckého kraje“, kdy od metodiků prevence bylo zjištěno, že považují přítomnost adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně za žádoucí, a to nejen pro poradnu, ale také pro rodiče či samotné školní metodiky. Problém se zřízením této pracovní pozice vidí v jejím financování a legislativě (Hribiková, 2020).

Další studie – diplomová práce na téma „Uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje“ ve svém závěru konstatuje, že adiktologická profese by v tomto prostředí mohla být přínosná ke zvýšení kvality poskytovaných intervencí a k vyřešení limitů odborného vybavení školských zařízení (Králová, 2020).

Na rozdíl od výše uvedených studií je výsledkem bakalářské práce na téma „Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy“, konstatování, že „*S ohledem na současný stav způsobu léčby, respektive péče o klienty s poruchou příjmu potravy,*

*však v současné době trvalé místo pro adiktologa v týmu není a znamená pak nevyužití jeho kapacit“ (Hindová, 2019, s.60).*

Jednou z významných oblastí zájmu oboru adiktologie jsou i osoby s duševním onemocněním, které potřebují zvýšenou či specifickou péči, jelikož mnohdy nemají náhled na svůj zdravotní stav, který může být zhoršen právě přidruženou poruchou z užívání návykových látek.

Jak uvádí EMCDDA (2016), přibližně polovina osob, které patří mezi uživatele návykových látek, má nějakou duševní poruchu, a jde tedy o početnou skupinu klientů adiktologických a psychiatrických služeb.

Pro osoby s duševním onemocněním je důležitá sociální rehabilitace, která hraje svoji roli zejména v době, kdy již osoba není v hospitalizaci. Významná je pro prohloubení či znovuobjevení sociálních znalostí a zkušeností. Zde vidím prostor pro možné uplatnění adiktologů, jakožto odborníků na závislosti, kteří ale mají i širší přehled např. v sociální práci či právu, a mohou tak být součástí multidisciplinárních týmů.

Domnívám se, že výsledky zmapování pracovní pozice v sociální rehabilitaci pro osoby s duševním onemocněním ve spojení s dalšími studiiemi na toto téma, by mohly přispět k celkovému přehledu oblastí, kam již adiktolog, jakožto rozvíjející se profese pronikl, příp. kam by mohl proniknout a za jakých podmínek. Také by mohly být využity vedením fakulty připravující adiktology, k reflexi stávajícího stavu. Cílem této bakalářské práce je tedy přinést přehled možností uplatnění profese adiktologa ve specifickém typu sociální služby, v sociální rehabilitaci pro osoby s duševními onemocněními.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Zdraví a nemoc

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 2024). Definovat duševní zdraví je však mnohem složitější, některé nemoci se dají jasně potvrdit, některé však mají velmi nejasné hranice. Dle WHO (2024) je duševní zdraví stav pohody, ve kterém člověk chápe své schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžným stresem, může pracovat produktivně a je schopen přispívat své komunitě.

Pro lékařství je důležitá diagnostika a klasifikace směřující k odlišení toho, co je zdravé, tedy „zdravého“ a naopak toho, co považujeme za nemoc, tedy „nemocného“. Pokud budeme hovořit o „zdravém“, tak zde přichází v úvahu pozorování, subvence a zesilování, není třeba terapie. V případě „nemocných“ je zapotřebí pozorovat jejich stav, stanovit diagnózu a cíleně provádět terapii, tak aby došlo k pozitivní změně jejich zdravotního stavu (Orel, 2016).

Studiem duševních onemocnění se zabývá psychopatologie, což je nauka o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech. Tento pojem je složen z řeckých slov „psýché,, - duše a „pathologia,, – nauka o chorobách. Psychopatologie by měla určit, co je „patologické,, tedy „nemocné,, a co je „normální,, a tedy „zdravé,,. Termín „NORMA,, zahrnuje více druhů norem jako např. normu statistickou, skupinovou, sociokulturní, etickou a morální, věkovou, mediální, právní, individuální či normu odborníků (Orel, 2016).

Jaké jsou aktuálně přijímané normy v oblasti pojetí zdraví, resp. duševního zdraví se odvíjí od normy odborníků – vědců, která „(např. v podobě psychopatologie) je vytyčena soudobými poznatky vědy (např. v podobě Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, DSM-5). Vychází

*z aktuálně platného souboru poznání (který je neustále zpřesňován, upravován a doplňován)“ (Orel, 2016, s. 16-17).*

## **2.1 Duševní onemocnění (poruchy)**

MKN - 10 rozděluje duševní poruchy do těchto kategorií:

### **F00-F09 - Organické duševní poruchy včetně symptomatických**

Duševní poruchy se společnou etiologií u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího ke špatnému fungování mozku

### **F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek**

Zásadní pro tuto skupinu nemocí, kterých je široké rozpětí, je existence psychoaktivní látky předepsané i nepředepsané lékařem. Tato látka je konkretizována třetím znakem kódu.

Položky F10-F19 se dále člení na 4. místě následovně: .0 Akutní intoxikace, .1 Škodlivé použití, .2 Syndrom závislosti, .3 Odvykací stav, .4 Odvykací stav s deliriem, .5 Psychotická porucha, .6 Amnestický syndrom, .7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem, .8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování, .9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

### **F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy**

Nejvýznamnější skupinou onemocnění této skupiny jsou schizofrenie. Dále sem patří schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy a skupina akutních a přechodných psychotických poruch

### **F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Pro tato onemocnění je typická porucha afektivity příp. nálady, a to směřující k depresi či euforii. Dochází ke změně celkové aktivity. Často dochází k recidivě nemoci.

#### **F40-F49 - Neurotické, stresové a somatiformní poruchy**

Pro tato onemocnění je typické, že úzkost vzniká v konkrétních situacích, které nejsou za normálních podmínek rizikové. Nemocný se snaží těmto situacím vyvarovat, nicméně pokud se do těchto situací dostane, uvědomuje si příznaky – mdloba, palpitace. Společně s fobickou úzkostí se objevuje i deprese. Příkladem může být agorafobie.

#### **F50-F59 - Syndrom poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

Do této skupiny patří poruchy příjmu potravy – Mentální anorexie, Atypická mentální anorexie, Mentální bulimie, Atypická mentální bulimie, Přejídání spojené s psychologickými poruchami, Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, Jiné poruchy příjmu potravy, Porucha příjmu potravy NS

#### **F60-F69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých**

Tyto poruchy jsou představovány pestrostí stavů a vzorců, jejichž tendencí je přetrvávat a představují typický životní styl nemocného včetně jeho vztahu k vlastní osobě. Jsou zde výrazné změny týkající se toho, jak „normální“ člověk jedná v pro něj typickém prostředí, jak přemýšlí a jaké má vztahy k ostatním lidem.

#### **F70-F79 - Mentální retardace**

V tomto případě došlo u jedince k zastavení či neúplnému duševnímu vývoji. Postihuje inteligenci – poznávání, řeč, pohybové a sociální schopnosti. Může být samostatně či ve spojení s dalšími tělesnými a duševními poruchami.

#### **F80-F89 - Poruchy psychického vývoje**

Tyto poruchy jsou mají shodné některé vlastnosti: nemoc propuká již v kojeneckém věku nebo v dětství, poškození nebo zpoždění ve vývoji funkcí, bez remisí a relapsů. Často je zasažena řeč, orientace v prostoru a koordinace motoriky.

## **F90-F98 - Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání**

Do této skupiny patří hyperkinetické poruchy, pro které je typický časný nástup, neschopnost delší dobu vydržet u jedné činnosti, často osoba nedokončí jednu činnost a přechází k další, nadměrná aktivita, zvýšená úrazovost, problémy s disciplínou z důvodu bezmyšlenkovitého jednání. Dále se vyskytují narušené poznávací schopnosti.

## **F99-F99 - Neurčená duševní porucha**

Do této skupiny patří duševní onemocnění nespecifikované.

## **2.2 Péče o osoby s duševním onemocněním**

Jelikož integrovaná léčba předpokládá, že léčba duševní poruchy probíhá souběžně s poruchou závislosti, nelze v rámci adiktologické péče o osoby s duální diagnózou nezmínit i samotnou péči o osoby s duševním onemocněním.

### **2.2.1 Vývoj přístupu k duševnímu onemocnění**

V době prvobytně pospolné společnosti (období pravěku od 3. mil. let až 3.500 let př. n. l.) hrály významnou roli nadpřirozené síly, které měly moc způsobit člověku nemoc. Víra v to, že člověka posedl zlý duch, byla považována za jedinou nutnou příčinu vzniku jakékoliv nemoci (Vencovský, 1996).

Ve starověkém Řecku, pravděpodobně od Empedokla (asi 500-430 př. n. l.) lze odvozovat, že existují 4 typy látkových živlů – oheň, vzduch, voda a země, které jsou odvozeny od 4 vlastností – horka, chladu, sucha a vlhka, a odpovídají 4 tělesným šťávám – krvi, hlenu, žluté a černé žluči. Nerovnováha těchto tělesných šťáv dává vzniknout nemoci. Dle Hippokrata (470-377 př.n.l.) duševní onemocnění vznikají z vlhkosti v mozku. Vliv na mozek mohou mít i žluč a hlen, kdy žluč

způsobuje útočnost, zlomyslnost a neklid. Zahřátá žluč způsobuje strach a hrůzu. Smutek, ustrašenost a poruchy paměti způsobuje ochlazení mozku hlenem. Zahřátá žluč způsobuje děsivé přízraky (Šedivec, 2008b).

*„Počínaje Hippokratem můžeme však již soustavněji sledovat vývoj zdravotnické péče o duševně choré a vývoj medicínského nazírání na duševní choroby vůbec, poněvadž teprve tehdy se počaly duševní choroby dostávat do okruhu lékařství a zdravotnické péče ....“*  
(Vencovský, 1996, s.52-53).

Ve středověku bylo šílenství vnímáno jako chyba, hřích, nečistota, a osamocení, jako bdělý sen, odloučení od světa pravdy, ukotvení ve zlu a prázdnotě, ztráta rozumu, a posedlost zlými duchy nebo dokonce d'áblem. Toto období je temným obdobím psychiatrie. Postupně zesiluje důraz na vznik duševního onemocnění vlivem d'ábla a víru v čarodějnictví (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

V 16. st. znamenalo duševní onemocnění společenskou hanbu, tyto osoby byly umisťovány do městských zařízení, kde byly drženy ve špíně a nelidských podmínkách, včetně spoutání řetězy, které byly připevněny ke stěně kobky, vedle toho byly v klecích vystavovány na náměstích. S tím souviselo i týrání. Toto trvá i v 17. a 18. st., i když s lidštějším přístupem (Vencovský, 1996).

Špitály představovaly místo, kde neprobíhala léčba, pouze šlo o to, aby byly osoby s duševním onemocněním odloučeny od ostatní společnosti a měly se snažit o jejich nápravu (Foucault, 1994).

Datum 11.9.1793 je významným dnem pro psychiatrii, kdy byli z podzemních prostor blázince Bicetre vyvedeni „na světlo“, duševně nemocní a byla jim zajištěno lékařské ošetření a péče. Toto vše je spojeno s francouzským lékařem Phillipem Pinelem (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

*„Teprve od dob Pinelových jsou duševně choří pokládáni za nemocné stejně jako tělesně choří a duševní choroby jsou pokládány*

*za onemocnění, jehož podkladem je patologický proces v mozku, přičemž za nedílnou součást léčení duševně chorých byla označena vlídnost, soucit a povzbudivé slovo“ (Vencovský, 1957, s. 20,22).*

Nový směr přišel na přelomu 19. a 20. století, kdy Sigmund Freud zveřejnil novou metodou označovanou jako psychoanalýza (Hosák et al., 2019).

K obratu došlo ve 30. letech v Německu a za 2. světové války. Duševně nemocní byli masově vražděni ve jménu ideologie, která chtěla vymýtit dědičné choroby (Ocisková, Praško, 2015).

Objevení psychofarmak znamenalo zlepšení péče o duševně nemocné a nastolení nového směru. Zájem se zaměřil na kvalitu života pacienta včetně specializované péče o něj. Rozvoj psychiatrie ve 20. století umožnil postupně rozpouštět psychiatrické ústavy a péči směřovat do komunit (Ocisková, Praško, 2015).

V přístupu k osobám s duševním onemocněním tedy nelze nezmínit pojem stigmatizace.

Stigmatizace je specifikována určitým znamením hanby případně méněcennosti směřující k odmítání svého nositele (Rybová, 2008). Schizofrenie a další duševní poruchy patří mezi značně stigmatizovaná onemocnění. Tento problém se týká nejen minulosti, ale je stále aktuální. Jak uvádí Vágnerová (2002), jde o sníženou míru porozumění podstaty těchto onemocnění.

U osob, které mají poruchu z užívání alkoholu a dalších návykových látek, je stigmatizace také velká (Ocisková, Praško, 2015).

Stigmatizace se netýká jen laické veřejnosti, ale i odborníků – zdravotníků. *„Oproti normalizační reakci laiků mají odborníci větší pohotovost k nálepkovací reakci.“* (Ocisková, Praško, 2015).

U duševně nemocných může stigmatizace působit obavy z reakcí veřejnosti, následkem čehož dochází k nenastoupení do léčby. Může také způsobit změny v prožívání a chování nemocného, který si předsudky

o svém onemocnění zvnitřní, což způsobuje tzv. selfstigmatizaci. Takový jedinec má sklony se podceňovat, je méně motivovaný a cítí se nepatřičně ve společnosti, což opět komplikuje léčbu (Mahrová et al., 2008).

Mezi cesty, které mohou pomoci k destigmatizaci, lze zařadit **a) edukaci**, tedy zlepšení povědomí o duševních onemocněních, **b) protest**, který více podporuje konfrontační přístup než samotnou edukaci, se snahou zlepšit celkový pohled na psychické nemoci, **c) kontakt**, znamenající větší kontakt mezi osobami s psychickou poruchou a veřejností, **d) svépomocné skupiny**, podporující osoby s duševním onemocněním včetně jejich rodin (Ocisková, Praško, 2015).

*„Postavení duševně nemocného ve společnosti bylo a stále je odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury.“* (Ocisková, Praško, 2015, s. 12).

## 2.2.2 Historie léčby osob s duševním onemocněním

V pravěku se zdravotní péče primárně zaměřovala na preventivní opatření, která zahrnovala nošení magických ochranných předmětů, jako jsou talismany a amulety, a na léčebné magické rituály, známé jako exorcismy, což znamenalo rituální modlitby a vyhánění zlých duchů z těla. Z nalezených kosterních pozůstatků lze dovozovat pokusy o primitivní léčbu – trepanaci. Nicméně postupně dochází k rozvoji lidového léčitelství založeného na získaných zkušenostech, jak pozitivních, tak negativních. Další vývoj směřoval léčitelství do rukou kněží, v rámci polyteistického náboženství, čímž vzniklo chrámové lékařství. S větším odstupem došlo k předání lékařství do rukou lékařů, tedy odborníků, kteří mají lékařství jako své povolání.

Lékařství ve starém Řecku bylo ovlivněno lékařstvím staroegyptským, babylonským a dalšími. Byl zde velmi významný vliv náboženství a vše týkající se léčení bylo v rukou bohů. Významným

zdrojem informací o úrovni medicíny jsou eposy Ílias a Odysseia, a to zejména pro psychiatrii, jelikož popisují jednak fenomenologii duševních onemocnění, jednak výklady příčin jejich vzniku. Bohem lékařství byl Asklépios a chrámy, které mu byly zasvěceny, měly prostory určené k léčbě nemocných. Léčení nemocných a pravděpodobně i duševně nemocných spočívalo na víře v Asklépiovu léčivou moc, kdy kněží „posílali mezi nemocné chrámového zřizence, oblečeného jako Asklépios, který zvolna a vážně kráčel chrámem a dotýkal se nemocných holí s obtočeným hadem.“ (Vencovský, 1996, s.44-47).

Hlavní lékařskou teorií starověku a středověku byla Hippokratova humorální teorie, jejíž vliv sahá až do 17. století. Z lékařství hippokratovského vychází, že duševní onemocnění jsou přirozené nemoci mozku způsobené poruchou tělesných šťáv, a od tohoto se dále odvíjela somatická léčba (používání projímadel, emetik) (Šedivec, 2008b).

Terapie duševních onemocnění byla založena především na korekci chování, izolaci, nebo i na ignorování nemocných. Nemocní byli vytlačováni mimo běžnou společnost např. do lesů nebo na „lod' bláznů“, příp. byli stavěny tzv. „věže bláznů“. K terapii byl využíván exorcismus, pronášení kouzel a modliteb (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

V roce 1403 vznikl, jako součást nemocnice v Bethlehemu u Londýna první neklášterní azyl. Jak v azylech probíhala léčba však není známo. Výjimkou je písemná zpráva z azylu v turecké Adrianopole, kde pacienti byli léčeni procházkami v zahradě, pouze neklidní pacienti byli přikurtováni k posteli, a to pouze dočasně. V roce 1788 je v Itálii založena nemocnice Bonifacio, ve které byly léčeny duševně nemocné osoby. Tuto nemocnici řídil Vincenzo Chiarugi, který je autorem dokumentu „Instruzioni del hospitale Bonifacio,“. V tomto spisu popisuje, jak má probíhat léčba duševně nemocných. Jeho hlavním dílem je „Della pazia in generace e in specie con una centuria di osservazioni,“. Podstatným významem tohoto díla je reorganizace zdravotní péče o duševně nemocné (Vencovský, 1996).

V 19. století se léčba duševních onemocnění začala zásadně měnit. Velký vliv měli lékaři jako Philippe Pinel a William Tuke, kteří prosazovali humánnější přístup k pacientům a zavedli koncept morální léčby. Tento přístup zahrnoval podporu klidného prostředí, práci a společenské aktivity, které měly pacientům pomoci zotavit se. V této době také docházelo k významným změnám ve vnímání duševních nemocí jako nemocí mozku, což bylo podpořeno objevem patologických změn mozku u některých duševních poruch (Šedivec, 2008a).

20. st. bylo ovlivněno třemi významnými okolnostmi. První změnu přinesla psychoanalýza, která pomohla k porozumění motivaci a zdánlivě nevysvětlitelným projevům mysli. Druhá změna byla způsobena psychofarmakologií a třetí představovala rozvoj sociální psychiatrie (Hosák et al., 2015).

### **2.2.3 Historie a vývoj přístupu k duševnímu onemocnění v ČR**

V Čechách byl konec 18. století spjat, stejně jako v Evropě, s rozvojem tzv. osvícenského absolutismu. V této době dochází k různým reformám, u nás se to týkalo reforem Josefa II., kdy byly zrušeny některé klášterní špitály a založena jak sociální, tak zdravotní zařízení – chorobinec, porodnice a Všeobecná nemocnice. Na Karlově byl v roce 1789 zřízen chorobinec, jehož součástí bylo oddělení pro duševně nemocné, nicméně k systematické péči o duševně nemocné začalo docházet rokem 1783, kdy vznikla při Nemocnici milosrdných bratří v Praze sekce pro duševně nemocné kněze (Vencovský, 1996). „*Otevření samostatného oddělení pro duševně choré kněze v Nemocnici milosrdných bratří spolu s ustanovením, že civilní duševně choré osoby mají být přijímány v nemocnici U alžbětinek, u s. Bartoloměje a v chorobinci na Karlově, tvoří mezník v péči o duševně choré u nás a ve způsobu nazírání na jejich osud*“ (Vencovský, 1996, s.193).

V 19. st. hraje důležitou roli studium nervové soustavy člověka, zejména se na tom podílí studium anatomie a fyziologie, které směřují

k tomu, že u duševních nemocí se jedná o onemocnění mozku. Vše tak spěje k propojení psychiatrie s fyziologií a neurologií. Významnou osobností této doby byl německý psychiatr W. Griesinger, který ve svém díle *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1845) vyjádřil svůj koncept psychiatrie na fyziologických základech (Anděl, 2023). „*Duševní nemoci považoval za nemoci mozku a všechny symptomy za „lokalizovatelné“*“ (Anděl et al., 2023, s. 256).

V době vzniku 1. republiky, která převzala mnoho zákonů z Rakousko-Uherského právního řádu, umožňoval vznik zejména ústavních sociálních služeb pro chudé tzv. chudinský zákon, který v §12 dával obci možnost umístit člověka do ústavu, pokud byl ostatním lidem nebezpečný (Matoušek, 2007).

Ve druhé polovině 20. století byl v Československu zaveden nový systém sociálních služeb, a to zákonem č. 55/1956Sb., o sociálním zabezpečení. Sociální péče byla centrálně řízena státem. V dalších letech bylo další zákonnou úpravou možné pečovat o osoby s těžkým zdravotním postižením včetně poskytování stravy, pomůcek a finančních prostředků (Matoušek, 2007).

V České republice je péče o duševně nemocné zajišťována sítí psychiatrických zařízení. Důležitou roli hraje kooperace s dalšími zařízeními, specializovanými v oblasti sociální, psychologické či poskytujícími psychoterapii. Duševní onemocnění mají různý průběh, někdy tyto stavy vyžadují hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Dle závažnosti onemocnění jsou zřízena uzavřená či otevřená oddělení. Některé stavy dále umožňují, aby nemocní docházeli pouze do psychiatrických ambulancí. Po hospitalizaci či v návaznosti na ambulantní péči lze pokračovat tzv. komplementární – intermediární péčí. Tato péče se může vyskytovat v různých typech, umožňuje více samostatnosti, možnosti, v určité míře, rozhodovat o volnočasových aktivitách, příp. o zaměstnání. K těmto typům péče patří denní stacionáře, chráněné dílny, chráněná pracoviště a pracovní-tréninková

centra, chráněné bydlení, domy na půli cesty, domovy se zvláštním režimem, terapeutické kluby a svépomocné skupiny nemocných a/nebo jejich rodinných příslušníků (Orel et al., 2016). „*Celosvětovým trendem je posilování ambulantní a komplementární péče s omezováním počtu psychiatrických lůžek a vytváření podpůrné funkční sítě psychiatricko-psychologicko-sociální péče*“ (Orel et al., 2016, s. 25).

Ve zlepšování podmínek péče o duševně nemocné hraje tedy důležitou roli nejen vývoj společnosti, ale také vývoj vědy, zejména lékařské, tedy konkrétně rozvoj psychiatrie v kooperaci s dalšími lékařskými obory, jako jsou fyziologie a neurologie (Anděl et al., 2023).

Ve vývoji psychiatrie lze nalézt 4. zásadní etapy: První, kdy se začalo nahlížet na duševní onemocnění jako na onemocnění způsobené medicínskou příčinou (J. Weyer), druhá, kdy dochází doslova k „uvolnění řetězů“ duševně nemocných zavřených v kobkách (P. Pinnel), dále navazuje třetí, která je představována názory Sigmunda Freuda na přelomu 19. a 20. st. a poslední čtvrtá, která znamená zavedení psychofarmak do léčby po druhé světové válce. Zavedením chlorpromazinu do léčby v roce 1956 začíná doba *psychofarmakoterapie*“ (Orel et al., 2016).

## **2.3 Přístupy k péči o osoby s duševním onemocněním**

V této kapitole uvádím dva aktuálně využívané přístupy zaměřující se na péči o osoby s duševním onemocněním, a to Model CARE a Koncept Recovery.

### **2.3.1 Model CARE v pojetí duševního onemocnění**

Hollander & Wilken (2022) modelem CARE cílili na osoby potřebující podporu nejen krátkodobou, ale i dlouhodobou. Potřeby těchto osob mohou mít i komplexní povahu a to v případech, kdy jde o souběh více faktorů jako např. duševní porucha, nezaměstnanost,

mentální onemocnění, různá forma závislosti, problémy v rodině, dluhy, sociální vyloučení a další. Principy tohoto modelu jsou orientovány **na vztahy, silné stránky a zotavení.**

Tento model, existující déle než 30 let, je využíván v mnoha službách jako jsou např. chráněná bydlení, lůžková oddělení psychiatrické péče, komunitní péče, dále při léčbě závislostí a dalších. Staví na:

- vybudování vztahu mezi klientem a terapeutem (tato činnost se označuje jako **„propojení,,**),
- podpoře, která cílí na zranitelnost (zde hovoříme o **„potvrzování,,**),
- zkoumání, co lidem pomáhá zlepšit kvalitu života (zde hovoříme o **„porozumění,,**),
- zdokonalování silných stránek klientů (zde hovoříme o **„posílení,,**) (Hollander & Wilken, 2022).

V posledních dvou desetiletích byl tento model ovlivněn třemi přístupy. První vycházející z **koncepce zotavení, druhý a třetí založené na přítomnosti a orientaci na silné stránky** (Hollander & Wilken, 2022).

V praxi můžeme výše uvedené popsat snahou pracovníka navázat s klientem rovnocenný partnersky-profesionální vztah, jehož základem je důvěra. Toto je důležité pro jeho hlubší pochopení, získání informací o něm a jeho situaci, jaké má zkušenosti, co se aktuálně děje, jaké kroky je zapotřebí udělat. Důležité je, aby veškeré jednání vedlo k pocitu bezpečí, získání opory, zejména však k uvědomování si svých silných stránek, tedy např. rozvíjení dovedností a nadání. Při práci s klientem se zohledňují jeho limity, schopnosti, ke kterým se přihlíží, pracuje se s jeho individualitou a případný relaps se nepovažuje za selhání, ale je součástí přirozeného vývoje. Přístup zaměřený na silné stránky je součástí péče podporující úzdravu.

### 2.3.2 Koncept RECOVERY (úzdava, zotavení)

**Recovery neboli zotavení**, příp. též úzdava patří v posledních desetiletích k významnému přístupu. Tento pojem je původně spjat s léčbou závislostí a stabilizací v abstinenci a směřující i ke zlepšení kvality života.

*„Úzdava je popisována jako hluboce osobní, unikátní, proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností nebo rolí člověka. Jde o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným nemocí. Úzdava zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka“* (Atnhony, 1993 in Pěč et al., 2009, s.103).

Ragins (2014) rozděluje zotavení na čtyři fáze:

- 1) Fáze **naděje** – když člověk prožívá beznaděj, potřebuje naději, jinak se není nač těšit. Jde o významný, motivační bod, ale pouze pokud se jedná o konkrétní rozumnou vizi. Důležitá je představa o svých možnostech.
- 2) Fáze **zplnomocnění** – důležitá je víra ve své schopnosti, to co lidé zvládnou sami. Jde vlastně o uvědomění si své moci. Nezbytná je možnost rozhodovat se sám, i když z počátku může být třeba podpory, než si začnou sami věřit. Také je důležité se v této fázi orientovat na své silné stránky.
- 3) Fáze **odpovědnost za sebe sama** - v průběhu zotavování si lidé s duševní poruchou uvědomují, že je třeba vzít odpovědnost za svůj život do vlastních rukou. To je spojené s riskováním, zkoušením nových věcí na jedné straně, ale také učením se z chyb, selháním na straně druhé. Jde o velmi náročnou etapu.
- 4) Fáze **smysluplná životní role** – v konečné fázi jde o to, získat nějakou roli, která dává smysl a není spoutána s duševním onemocněním. Důležité jsou pozitivní postoje jako důvěra, naděje včetně získání a uvědomění si vlastní odpovědnosti za sebe. Důležité jsou kontakty

s širší společností, nikoli pouze s částí, která se dotýká duševního onemocnění.

Posloupnost těchto fází může představovat „mapu procesu zotavení,,.

Young a Ensing (2002) rozdělili témata, která se opakovala u osob s duševním onemocněním, do pěti oblastí:

- 1) Pochopení (prozření) – člověk si uvědomuje, že má duševní onemocnění
- 2) Obnovení sebevýznamu (uvědomění si sebe sama) – což může vést k naději na zlepšení a zotavení
- 3) Sebeposílení, vůli, ovládání
- 4) Mechanismy zvládnutí – schopnost sebesledování, přechodu k rutině, zvládání těžkostí s pomocí víry příp. s pomocí od lidí
- 5) Sociální podpora – je důležitá např. pro získávání zpětné vazby, lepší zpracování emocí, utvrzení v identitě (Young & Ensing, 2002 in Pěč et al., 2009).

Pěč & Probstová (2014) vnímají proces zotavení v klinickém a rehabilitačním smyslu. Klinické pojetí zdůrazňuje dosažení měřitelných výsledků, což je prakticky totožné s remisí onemocnění, vyjádřenou například ústupem psychotických symptomů, zlepšením exekutivních funkcí, posílením sebedůvěry nebo řešením rodinných konfliktů. Rehabilitační pojetí zotavení se více soustředí na subjektivní prožívání jedince a jeho cílem je umožnit plnohodnotný život s duševním onemocněním, i když symptomy trvají.

Z uvedeného je patrné, že tento koncept počítá s tím, že je duševní onemocnění stále přítomné, nicméně pacient/klient, zvládá v této fázi onemocnění žít hodnotným životem.

Výše uvedené body lze v praxi poměrně snadno zachytit, a to proto, že vše, co pracovník v sociálních službách v rámci metodiky

CARe dělá, je v souladu s těmito body a s hlavním zaměřením na zotavení klienta, tj. zvýšení kvality života. V case managementu a sociální rehabilitaci jde o totéž a cíl je stejný, mění se pouze způsob práce, který je více zaměřen na klienta, na jeho vlastní zdroje, které jsou vyzdvihovány a posilovány, klient je do procesu nejen zapojen, ale přebírá za něj veškerou odpovědnost. Klient tak získává kontrolu nad svým životem a jeho oblastmi.

### 3 Sociální služba

Péče o osoby s duševním onemocněním, respektive osoby s duální diagnózou, vyžaduje nutně koordinovanou spolupráci různých odborníků, zejména ze zdravotní a sociální sféry.

Většina osob s duševním onemocněním má pocit omezení ve svém fungování. Na jedné straně je příčinou duševní onemocnění, na druhé jsou to premorbidní osobnostní vlastnosti. Svůj význam mají také nepříznivé životní situace (např. nízký příjem, absence soc. podpory) a sociální bariéry (např. stigmatizace, nedostupnost úřadů). Kombinace těchto nepříznivých faktorů způsobuje vážné nedostatky v mnoha životních oblastech (Pěč et al., 2009).

Sociální služby jsou v ČR upraveny v zákoně č.108/2002Sb., o sociálních službách. K hlavním cílům patří:

*„ - Podporovat proces **sociálního začleňování** uživatelů sociálních služeb*

*- Vytvořit podmínky pro **uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování***

*- Zabezpečit základní rámec k **zajištění potřebné podpory a pomoci**. Podporou a pomocí se myslí ty činnosti, které jsou nezbytné pro sociální začleňování osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti*

**Obecný cíl sociálních služeb** = *podpora začleňování lidí v nepříznivé sociální situaci a předcházení vyloučení ze společnosti“* (Gulová, 2011, s. 30-31).

Sociální služba by měla podporovat člověka v řešení jeho problémové situace. Měla by klientovi dávat podporu k jeho aktivnímu jednání. Toto by měla v co největší možné míře činit i u osob, které jsou

závislé na pomoci vzhledem ke svému věku, zdraví atd. Vše by mělo být činěno tak, aby nedošlo k ohrožení jeho důstojnosti.

Sociální služby lze dělit na:

- **Sociální poradenství** - jde o předávání informací důležitých k vyřešení problémové situace

- **Služby sociální péče** – jsou cílené k podpoře lidí tak, aby měli vyřešenou tělesnou a duševní soběstačnost, tedy péči o svojí osobu.

- *„Služby sociální prevence – se zaměřují na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku či zdravotního stavu. Zaměřují se především na oblast tzv. sociálně negativních jevů, jako je např. kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek, krize v rodině. Sociální služby mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou ...“* (Mahrová et al., 2008, s. 41).

Do okruhu služeb sociální péče spadá celkem čtrnáct druhů služeb, jejichž činnost upravuje zákon o sociální službě. Jedná se např. o: Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Denní stacionář, Chráněné bydlení, Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče atd. Služba sociální prevence zahrnuje např. následující služby: Raná péče, Azylové domy, Domy na půl cesty, Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, Sociálně terapeutické komunity, Terapeutické komunity, Terénní programy, Sociální rehabilitace a další (Mahrová et al., 2008).

Jelikož duševní nemoc má různý průběh a neustále se vyvíjí (může dojít k vyléčení nebo se projevy mohou opakovat, příznaky mohou odeznít, avšak může zůstat trvalé poškození) je důležité, aby sociální služby dokázaly na tento vývoj reagovat (Matoušek, 2007).

### **3.1 Rehabilitace**

Koordinovaná rehabilitace je průběžná a souhrnná činnost, jejímž cílem je v maximálně možné míře snižovat následky špatného zdravotního stavu, které mají zásadní vliv na sociální zapojení lidí s tělesným i duševním onemocněním. Jde o proces, který má pomoci těmto osobám získat a ustálit celkovou úroveň všech svých funkcí (tělesnou, psychickou, intelektuální atd.) směřující k větší samostatnosti. Důležité je, aby rehabilitační prostředky byly nasazeny včas, aby byly vzaty na zřetel všechny známé skutečnosti, aby všechny postupy na sebe navazovaly a byly řešeny koordinovaně při spolupráci všech stran, které jsou v tomto procesu zainteresovány (Vacková et al., 2020).

K rehabilitačním prostředkům, tedy poli působnosti, patří rehabilitace ve zdravotnictví, sociální, pracovní a vzdělávací rehabilitace (Vacková et al., 2020).

#### **3.1.1 Sociální rehabilitace v ČR**

Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, v §70 specifikuje sociální rehabilitaci následovně:

„(1) Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

a) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,

- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování
- b) poskytnutí stravy
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu“ (zák.č.108/2006Sb.).

Významná je tzv. sociální integrace, tedy začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti, jakožto její součásti (Votava, 2005).

V souhrnu lze říci, že sociální rehabilitace má za úkol pomoci osobám v získání a upevnění maximální samostatnosti s co nejmenší měrou podpory sociálních služeb, nejlépe při dosažení úplné samostatnosti, tedy aby osoba žádnou sociální službu nepotřebovala.

### **3.1.2 Sociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním**

U osob s duševním onemocněním je důležité, aby socioterapie pokračovala i v době, kdy již není osoba v hospitalizaci. Významné pro prohloubení či znovuoobjevení sociálních znalostí či zkušeností jsou programy, které jsou na toto cílené. U osob s psychózou je to např. Integrovaný psychologický léčebný program, který podporuje např. sociální vnímání či interpersonální řešení konfliktů.

V dalších zařízeních, např. ve stacionářích či v psychosociálních centrech, se pracuje na nábvicích sociálních vztahů. Denní stacionáře vytvářejí programy zajišťující aktivní trávení volného času, příp.

navykání si na určitý pracovní výkon. Své místo v sociální rehabilitaci mají i socioterapeutické kluby, které mají neformální charakter. Umožňují zmenšit sociální izolaci a současně zvyšovat hodnotu života.

Významný je tzv. case management, kdy se jedná o individuální přístup k pacientovi, který zatím není schopný si zajistit své záležitosti sám. Case manager sestavuje pro pacienta individuální plán, na kterém s pacientem pracují, současně „case“ provádí průběžně kontrolu plnění tohoto plánu.

V sociální rehabilitaci hraje důležité místo i „chráněné bydlení“, které by se mělo co nejvíce přibližovat „normálnímu“, životnímu prostředí. Tuto službu využívají pacienti, kteří nemají jiné bydlení nebo by samostatné bydlení se svými omezenými schopnostmi nezvládli (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Ve vztahu k osobám s duševním onemocněním je třeba také zmínit důležitost rehabilitace v psychiatrii. Zde se jedná o procesy, které mají za úkol zlepšit poškozené oblasti, získání větší samostatnosti v psychické, fyzické i pracovní zdatnosti (Orel et al., 2016). „*Cílem rehabilitace je zvýšení nebo obnovení celkové funkční zdatnosti a zvýšení kvality života*“ (Orel et al., 2016, s. 299).

Jak z výše uvedeného vyplývá, můžeme říci, že jak sociální rehabilitace, tak i rehabilitace v psychiatrii mají shodný cíl, kterým je zvýšení kvality života lidí.

## 4 Psychopatologie závislosti

*„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání“* (Kudrle, 2003, s.107).

Kudrle (2003) uvádí faktory, které ovlivňují psychopatologii závislosti, a které mohou být jejím možným základem. Patří sem:

- biologická a psychologická vulnerabilita (vrozená vyšší tolerance ke zneužívané látce, existence původní psychopatologie)
- psychické poruchy vyvolané abuzem či vlastní závislostí (např. depresogenní účinek při chronickém abuzu alkoholu)
- interaktivní charakter závislosti – vztah mezi pacientem a jeho okolím, kdy např. represivní prostředí, ve kterém pacient vyrůstá, zvyšuje jeho případné úzkosti, paranoiditu
- duchovní rozměr existence individua a společnosti – různý náhled na intoxikovaného člověka v prostředí komunit, které rozdílně implementují do svých pravidel pravidelné intoxikace.

Závislostní chování je možné rozdělit na závislost na návykových (psychoaktivních) látkách a na závislost na procesech (tzv. nelátkové závislosti). Návykové látky působí na systém odměny umístěný v mozku a při opětovném užití může dojít k rozvoji syndromu závislosti. Podobný průběh má i závislost na procesech, kdy intenzivní děj či jejich soubor má potenciál ke vzniku závislosti. Můžeme rozpoznávat úzus návykové látky (užití látky bez vzniku závislosti), škodlivé užívání (zde již dochází k poškození jednice, a to na úrovni tělesné, duševní či mezilidské) a syndrom závislosti (Kalina et al., 2015).

**Akutní intoxikace** – je dočasná změna stavu způsobená užitím (úzus) psychoaktivní látky. Může se projevovat různě a jak na psychické, tak i tělesné úrovni. Ovlivněny mohou být různé funkce: myšlení, orientace, emoce, činnost orgánů. Může dojít i ke komplikacím jako jsou

např. křeče, kóma, patická opilost atd., kdy hovoříme o komplikované akutní intoxikaci.

**Škodlivé užívání** – „*Oproti akutní intoxikaci (která může být jednorázová) je škodlivé užívání - abúzus (Flx.1) záležitost opakujícího se nadužívání psychoaktivní látky, v jehož důsledku dochází k tělesnému nebo psychickému poškození*“ (Orel et al., 2016, s.162).

**Syndrom závislosti** dle MKN-10 – ke stanovení této diagnózy by měly být splněny minimálně 3 níže uvedené body v období posledního roku:

- 1) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- 2) potíže v kontrole užívání látky
- 3) somatický odvykací stav
- 4) zanedbání jiných potěšení či zájmů či věnování se, ve větší míře, obstarávání či užívání návykové látky případně k zotavování se
- 5) průkaz tolerance – zvyšování dávek za účelem získání stejného pocitu jako u počínající dávky
- 6) pokračování v užívání návykové látky, přestože jsou jasně patrné škodlivé následky

Z uvedených bodů vyplývá, že MKN-10 staví do středu pozornosti bažení, tedy silnou touhu užít látku, dalším znakem jsou odvykací stav a tolerance k látce (Kalina et al., 2015).

MKN-10 v kategorii F10-19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek blíže specifikuje psychoaktivní látky, tedy látky, které mají potenciál působit na psychické funkce, příp. jejichž potenciál je takový, že může vést ke vzniku závislosti. Jedná se o tyto látky: alkohol (F10.0-9), opioidy (F11.0-9) - jak přírodní - opium, morfin, tak syntetické - heroin, metadon, buprenorfin atd., kanabinoidy (F12.0-9) – látka nacházející se v konopí – marihuana, hašiš, sedativa nebo hypnotika (F13.0-9), kokain (F14.0-9), stimulancia (F15.0-9) – např. pervitin, kofein atd., halucinogeny (F16.0-9) –

např. MDMA, tabák (F17.0-9), organická rozpouštědla (F18.0-9), jiné psychoaktivní látky nebo několik látek zároveň (F19.0-9).

Vedle těchto látek MKN-10 uvádí v kategorii F55 také látky, které vedou k abúzu nezpůsobujícímu závislost. Jedná se o látky užívané ve zvýšeném množství. Jako příklad můžeme uvést antidepresiva, hormonální přípravky, vitamíny a další.

Psychoaktivní látky působí na dopaminový systém odměny nacházející se v mozku, neurony v této oblasti využívají k vzájemné komunikaci dopamin, který patří mezi mediátory. Působením na tuto oblast se následně dostávají příjemné pocity, uspokojení a slast.

Každý z nás má dopaminový systém a množství produkovaného dopaminu, které hraje důležitou roli v intenzitě prožívaných pocitů, je závislé na různých okolnostech. Naše tělo ho dokáže produkovat např. při pohybových aktivitách, nebo při hlazení někým jiným, příp. prostřednictvím jiných látek či okolností, které nám způsobují příjemný prožitek např. jídlo, hudba, peníze, alkohol, jiné psychoaktivní látky atd. Díky účinku psychoaktivní látky dochází k rychlému vzestupu hladiny dopaminu, a tedy i k rychlému nástupu příjemného pocitu. Rychlý nárůst dopaminu má v následující fázi takový efekt, že jeho produkce mírně klesá, kdy na toto reaguje naše tělo tím, že vyžaduje opětovný přísun dané látky, tedy dochází k tzv. puzení užít látku, která znovu navodí příjemný pocit. Nicméně k navození stejné intenzity příjemného pocitu je následně třeba dodat organismu větší množství užívané látky. Téma užívání návykových látek je samozřejmě širší, úlohu zde hrají i další faktory, další mediátory v mozku (serotonin, endogenní opiáty atd.). Nicméně na významnost dopaminového systému je třeba myslet také při práci s lidmi s psychickým onemocněním, kdy je třeba hledat vyhovující alternativy aktivace tohoto systému (Orel et al., 2016).

## 4.1 Duální diagnóza

Pojem „duální diagnóza,“ se v odborné literatuře používá pro souběžnou existenci poruchy z užívání návykových látek společně s další psychickou poruchou. Jedná se o zvláštní typ psychiatrické komorbidity, kdy v obecné rovině jde o souběh dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta (Kalina et al., 2015).

Také Watkins, Lewellen a Barrett (2001) hovoří o duální diagnóze v situaci, kdy má klient problémy psychiatrické a současně problémy s užíváním návykových látek.

Nicméně např. „... Úřad pro duševní zdraví státu New York již v současnosti používá termín – osoby léčící se s komorbiditou psychiatrické a návykové poruchy ...“ (Evans & Sullivan, 2001).

### 4.1.1 Nejčastější duální diagnózy

Jak uvádí Nešpor (2003), přítomnost psychických problémů zvyšuje riziko spojené s užíváním návykových látek a současně jsou komplikací pro prevenci a terapii. K často se vyskytujícím duálním diagnózám patří:

- poruchy příjmu potravy (bulimie, anorexie) a závislost na alkoholu či drogách
- deprese a úzkostné stavy a závislost na alkoholu či lécích (zejména tlumivých)
- dissociální porucha osobnosti a závislost na alkoholu nebo návykových látkách
- narcistická porucha
- patologické hráčství ve spojení s nezdrženlivým chováním v zaměstnání (workaholismus), alkoholem či návykovými látkami, zejména nebezpečná kombinace je ve spojení s pervitinem

- opakované dekompenzace psychotických onemocnění ve spojení s užitím alkoholu, konopí, pervitinu a halucinogenů.

Narcistickou poruchu komplikuje užívání alkoholu a návykových látek (Parkin, 2021).

**Z etiologického hlediska** můžeme psychopatologické komorbidity rozčlenit do tří skupin.

Do první skupiny lze zařadit osoby, které mají preexistující duševní poruchu, která je cestou k postupnému užívání až vzniku závislosti, a to z důvodu, že jim tato látka pomáhá snižovat projevy duševního onemocnění (tzv. teorie sebemedikace).

Sebemedikace je poměrně často zmiňovaná teorie o zneužívání návykových látek, kdy se jedná o vědomý i nevědomý pokus o zmírnění bolestivých pocitů, nikoli jako vyhledávání potěšení z látky (Khantzian, 1997).

Do druhé skupiny patří osoby dlouhodobě užívající návykové látky, což vede k rozvoji psychické poruchy, která vzniká na základě celé řady faktorů neurobiologických, psychologických a dalších.

Třetí skupinu tvoří osoby, u kterých jsou psychická nemoc a závislost výsledkem společné psychopatologické příčiny (např. stresová porucha) vzniklé v dětství (Kalina et al., 2015).

#### **4.1.2 Léčba duálních diagnóz**

Klienti s duální diagnózou často čelí vážnějšímu průběhu onemocnění a vykazují výraznější zdravotní a sociální dopady nemoci. Tento stav také obvykle souvisí s horší prognózou a s ním spojenými horšími výsledky léčby. Duální diagnóza může ovlivnit schopnost klientů angažovat se v léčbě, setrvat v ní a úspěšně ji dokončit z různých důvodů, jako jsou motivace, mezilidské konflikty nebo rizikové situace, které mohou vést k relapsům. Tento stav také zatěžuje nejen jednotlivce, ale i celou skupinu klientů v léčebném programu. S narůstajícím

výskytem duálních diagnóz se zvyšuje i náročnost práce personálu, který musí zvládat široké spektrum psychiatrických komorbidit a současně složité problémy spojené s závislostí. To může často vést ke stigmatizaci pacientů s duální diagnózou. Dostupnost služeb pro tyto klienty je také ovlivněna neochotou a nepřipraveností odborníků pracovat s touto populací. Dalším problémem je nedostatečné propojení jednotlivých složek péče (Kalina et al., 2015).

Studie Mancheño-Velasco et al. (2024) potvrdila, že pacienti v koordinované péči mají obecně lepší léčebné výsledky než pacienti, kteří svoji závislost řeší v ambulantní péči. Avšak míra předčasného ukončení byla u obou typů přibližně 60%.

V rámci léčby je důležité uvědomit si, že léky mohou vstoupit do interakce s návykovou látkou, čímž může dojít k otravě či způsobit změnu stavu klienta. Taktéž zde vzniká riziko vzniku závislosti na lécích, tedy kombinované závislosti (lék a návyková látka). Dále je třeba psychoterapii zaměřit na individuální potřeby klienta, jednat citlivě, jako vhodné se jeví využití kognitivně – behaviorálních technik (Nešpor, 2003).

Léčbu duálních diagnóz lze rozdělit do 3 přístupů:

### **1) Sukcesivní léčba**

U tohoto modelu léčby se přistupuje nejprve k léčbě jedné poruchy, tedy např. závislosti a následně druhé poruchy (duševní) nebo naopak. Spolupráce v rámci psychoterapie, příp. farmakoterapie, je závislá na úspěšnosti léčby závislosti. Jak uvádí Nunes a Levin (2006) v přístupu „závislost nejdříve“, během abstinence od užívání alkoholu a jiných návykových látek dochází k vymizení některých psychopatologických symptomů. Opačný názor tvrdí, že pokud dojde k podstatnému zaléčení psychické poruchy, dojde k vymizení problémů z užívání návykových látek (Millerová, 2011).

## **2) Paralelní léčba**

U tohoto typu léčby dochází k léčbě obou poruch souběžně, avšak každá se léčí v jiném zařízení (Kalina et al., 2015).

Lesser (2024) uvádí, že paralelní léčba předpokládá současné zapojení pacienta jak do léčby duševního zdraví, tak do léčby závislosti. Pacient se například může účastnit výuky o zneužívání návykových látek a kurzů o odmítnutí návykových látek, účastnit se 12-krokové skupiny, jako jsou např. Anonymní alkoholici a navštěvovat skupinovou terapii a výuku o léčích v centru duševního zdraví. Duševní zdraví je tedy léčeno klinickými pracovníky v oblasti duševního zdraví a léčba závislosti je poskytována klinickými pracovníky v oblasti léčby závislostí. Koordinace mezi těmito prostředími je velmi variabilní, nicméně je velmi důležitá, protože obě strany musí znát pokroky a zprávy pacienta, aby mohly, v souladu s tím, podniknout další kroky. Edwards (2011) zde vidí možnost ve využití case managementu a klíčových pracovnících. Další možností je tvorba propojujícího systému pro sdílení informací mezi jednotlivými službami (Georgeson, 2009).

## **3) Integrovaná léčba**

Léčba obou diagnóz probíhá současně v jediném zařízení a současně je zajištěno, že se o pacienta stará stejný tým odborníků.

Pro úspěšnou léčbu je důležité osobám s duální diagnózou poskytnout sociální služby včetně navázání na další, potřebné služby, odstranit veškeré překážky, které by mohly ztížit proces léčby, příp. jim pomoci s řešením problémů. Dále u pacientů s duální diagnózou je doporučována integrovaná a komplexní léčba (SAMHSA, 1994).

Integrovaná léčba kombinuje péči o duševní zdraví a péči o primární zdraví do jednoho komplexního a koordinovaného přístupu. Tento přístup se zaměřuje na zlepšení celkového zdraví pacientů tím, že poskytuje komplexní péči, která zohledňuje jejich duševní i fyzické

potřeby. Snižuje bariéry mezi různými poskytovateli zdravotní péče a zvyšuje koordinaci mezi lékaři, terapeuty a dalšími poskytovateli péče. Tím může pomoci pacientům řešit své duševní a fyzické potřeby a dosahovat lepších výsledků léčby (SAMHSA, 2013).

Jak uvádí Drake (2003), existuje více důkazů o účinnosti integrované léčby. Jako účinné se projevilo asertivní oslovování, motivační intervence, poradenství a jako zásadní se ukázala sociální podpora, jelikož bezprostřední prostředí má přímý dopad na volby a nálady klientů.

## 5 Možnosti využití adiktologa v sociální rehabilitaci u osob s duševním onemocněním

Tak jako každé jiné onemocnění, může i duševní porucha být spojena s další poruchou, tedy i se závislostí. Zdravotní stav osoby s duševním onemocněním může vyžadovat podporu nejen zdravotní péče, ale také péče sociální. Intenzita duševní poruchy může být dokonce taková, že člověk nemá náhled na svůj zdravotní stav. Pokud je navíc duševní porucha v souběhu se závislostí, tedy pokud se jedná o osobu s duální diagnózou, je nejen léčba, ale i následná rehabilitace náročnější.

*„Vzhledem k povaze problémů klientů s duální diagnózou je nutné výjimečné množství týmové práce odborníků jak v oboru duševního zdraví, tak adiktologie. Klienti s duální diagnózou potřebují psychiatra, adiktologického poradce a poradce z oblasti duševního zdraví, kteří jsou schopni vstřícně a pružně spolupracovat na naplnění potřeb klienta“* (Millerová, 2011, s.97).

Jak uvádí Kalina (2015), osoby s duální diagnózou mají horší průběh onemocnění, horší zdravotní i sociální následky, více obtíží i komplikací v léčbě a také jejich léčebné výsledky jsou horší oproti osobám, které mají pouze jednu poruchu. Ke komplikacím v léčebných programech patří:

- problém se zapojením do léčby a udržením se v ní
- časté motivační krize, konflikty a krize vedoucí k relapsu či ukončení léčby
- vznik rizik nejen u dotyčného jedince, ale i u ostatních klientů
- vyšší zátěž pro personál.

Je třeba si uvědomit, že klienti s duální diagnózou mohou ovlivňovat negativně i osoby ve své domácnosti a blízkém okolí včetně zaměstnání. To může vést k tomu, že i tyto osoby potřebují odbornou pomoc a péči (Kalina, 2008).

*„Léčba pacienta s duální diagnózou klade také specifické nároky na tým a interdisciplinární spolupráci. To se netýká jen teoretické přípravy týmů, ale i větší pružnosti, větší frustrační tolerance a dobré komunikace a spolupráce lékařů, psychologů, sociálních a i jiných pracovníků“ (Kalina, 2008, s. 235).*

Důležité je tedy další vzdělávání všech pracovníků v oblasti užívání návykových látek. Jak vyplývá z výzkumu Smith et al. (2006) 71% sociálních pracovníků v průběhu uplynulých 12 měsíců řešilo nějakou situaci související s diagnózou a léčbou užívání návykových látek, avšak 53% uvedlo, že v tomto období nepodstoupili žádné školení v oblasti zneužívání návykových látek. Forde a Lynch (2014) uvádějí, že nedostatek motivace a zkušeností s praxí založenou na důkazech představuje pro sociální pracovníky výzvy při léčbě závislosti.

## **5.1 Adiktolog**

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů zařazuje adiktologa mezi nelékařské zdravotnické profese. V § 21a blíže specifikuje odbornou způsobilost k výkonu této profese, a to buď úspěšným ukončením bakalářského studia v oboru adiktologie nebo vystudováním jiných, blíže specifikovaných oborů ve spojení s akreditovaným kvalifikačním kurzem adiktolog. Výkon povolání je spojen s působením v prevenci, terapeutické a rehabilitační péči.

V §21a odst.2 z.č. 96/2004Sb. je uvedeno *„Za výkon povolání adiktologa se považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, to je prevence a léčba závislosti na návykových látkách a dalších závislostí“.*

Z uvedeného vyplývá, že adiktolog je nelékařským pracovníkem ve zdravotnictví.

## 5.2 Kompetence adiktologa

Kompetence adiktologa jsou blíže specifikovány v § 3 a §22 vyhlášky č.55/2011Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků:

### **§3 Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí**

- 1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 29 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti
  - a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
  - b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví,
  - c) provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb,
  - d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda,
  - e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
  - f) podílí se na přípravě standardů,
  - g) motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe,
  - h) podílí se na zajištění zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků,

i) provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace.

## **§22 uvádí:**

1) Adiktolog vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může

a) provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta,

b) provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění,

c) stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,

d) provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek,

e) provádět individuální, skupinovou a rodinnou adiktologickou terapii a podpůrnou psychoterapii,

f) instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek,

g) provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.

2) Adiktolog na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci může vypracovávat v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí komplexní léčebný plán a koordinovat jeho realizaci.

3) Adiktolog pod odborným dohledem lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru lékařská psychoterapie a se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová

psychiatrie nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí nebo psychoterapeuta může spolupracovat při systematické individuální, skupinové a rodinné psychoterapii.

4) Adiktolog pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může asistovat při psychiatrických vyšetřeních.

Současně, jelikož je adiktolog nelékařskou profesí ve zdravotnictví, může provádět tyto registrované zdravotnické úkony:

- Vyšetření adiktologem při zahájení péče
- Kontrolní vyšetření adiktologem
- Minimální kontakt adiktologa s pacientem
- Adiktologická terapie rodinná
- Adiktologická terapie skupinová
- Adiktologická terapie individuální

## PRAKTICKÁ ČÁST

Práce staví na kvalitativním výzkumu, který nabízí široké množství informací od malého množství respondentů. Současně potvrzuje nebo vyvrací dopředu stanovené hypotézy a míří k vytvoření nové hypotézy, teorie či alespoň k hlubšímu pochopení (Disman, 2000).

### Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je identifikovat možnosti uplatnění adiktologa v sociální službě – sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním na území hl. m. Prahy.

Dílkými cíli jsou pak získání informací k možným rolím a kompetencím adiktologů v této službě, včetně důvodů, proč poskytovatelé adiktologa nemají příp. co by je motivovalo k zřízení této pracovní pozice.

K naplnění těchto cílů byly specifikovány níže uvedené výzkumné otázky:

- 1) Jaké je uplatnění adiktologa v sociální službě – sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním, tedy zda adiktologa využívají či nikoli, na jakých pracovních pozicích adiktolog působí, zda se jedná o vlastního zaměstnance či externího pracovníka?
- 2) Jaké role a kompetence má/by mohl mít adiktolog v této sociální službě?
- 3) Jaké jsou hlavní důvody, proč poskytovatel nemá adiktologa či s ním nespolečně pracuje?
- 4) Jaké skutečnosti by podpořily rozhodnutí poskytovatele zřídit pozici adiktologa, pokud tuto pozici zatím nezřídil?

## 6 Výzkumný soubor

Základní soubor tvořili poskytovatelé sociální služby – sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním na území hl. m. Prahy.

V registru poskytovatelů vedeném Ministerstvem práce a sociálních věcí (<https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>) byli vyhledáni poskytovatelé poskytující sociální službu – sociální rehabilitace bez specifikace cílové skupiny. Jednalo se o 84 poskytovatelů. Následně ze zjištěného souboru byli vyloučeni poskytovatelé, kteří tuto službu neposkytují osobám s duševním onemocněním. Tímto vznikl základní soubor tvořící 16 poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu – sociální rehabilitace osobám s duševním onemocněním na území hl. m. Prahy. Následně bylo použito metody losování, kdy do jednoho losovacího koše byly dány lísky, kdy každý obsahoval název jednoho poskytovatele a do druhého losovacího koše byly dány lístky, kdy každý obsahoval jedno číslo od 1 do 16. Následně byl vždy vylosován z prvního koše jeden poskytovatel a z druhého koše jedno číslo, které mu bylo přiděleno. Takto vylosování poskytovatelé byli seřazeni do tabulky dle svých vylosovaných čísel od 1 do 16 (viz. příloha č.1). V tomto pořadí byli postupně oslovováni (telefonicky, emailem) se žádostí o rozhovor, výběr měl, v ideálním případě, být totální. V případě odmítnutí rozhovoru byl vyzván další, v pořadí následující, poskytovatel. Osloveno postupně bylo všech 16 poskytovatelů, nicméně s účastí na výzkumu jich souhlasilo 5. Jako důvod odmítnutí někteří uvedli časovou zaneprázdněnost, někteří důvod neuvedli a někteří vůbec nereagovali na emailovou komunikaci. Každý poskytovatel byl zastoupen jedním pracovníkem. Primárním záměrem bylo oslovit adiktologa příslušného poskytovatele a v případě, že daná služba adiktologa neměla, byli o rozhovor požádáni vedoucí pracovníci. Každý poskytovatel byl zastoupen jedním pracovníkem, kdy s rozhovorem nakonec souhlasili 3 vedoucí pracovníci a 2 adiktologové.

## 7 Metody sběru dat

Data byla sbírána formou polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje zkoumat získaná data v hlubších souvislostech. Jak uvádí Miovský (2006), „u polostrukturovaného interview máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat“. Polostrukturované interview je výhodné, protože dokáže vyvážit nevýhody nestrukturovaného i plně strukturovaného interview a zároveň využít jejich přednosti. Kombinace prvků obou těchto metod činí polostrukturované interview téměř ideálním nástrojem pro většinu výzkumných plánů v rámci kvalitativního výzkumu. Výzkumník si vytvoří schéma, které specifikuje okruhy otázek, jež budou položeny účastníkům, přičemž pořadí otázek lze měnit podle potřeby, aby se dosáhlo co největší efektivity rozhovoru. Klíčová je také definice jádra rozhovoru, což je minimální soubor témat a otázek, které musí být probrány. Významnou výhodou je také možnost pokládat doplňující otázky, které mohou být použity nebo vynechány při následné analýze dat (Miovský, 2006).

Současně s domlouváním termínu rozhovoru každý respondent obdržel osnovu rozhovoru tak, aby měl základní přehled o tom, na jaká témata bude rozhovor zaměřen. Jednalo se o 1) specifikaci poskytované služby, 2) specifikaci klientů služby, 3) specifikaci pracovníků služby, 4) zřízení pracovní pozice adiktologa, 5) role adiktologa v týmu, 6) kompetence adiktologa, 7) specifika a limity pozice adiktologa v této sociální službě, 8) postupy a práce s klienty u poskytovatelů, kteří nemají adiktologa, tedy jak služba postupuje v případě, že se jedná o osobu s duševním onemocněním a současně se u ní vyskytuje závislost jak látková, tak nelátková, 9) jaké skutečnosti by umožnily vznik pracovní pozice adiktologa u poskytovatelů, kteří tuto pozici nemají + důvody proč ho nemají. Každý rozhovor byl nahrán na záznamové zařízení (mobilní telefon) a následně přepsán do textového souboru.

Záznam byl následně vymazán. Rozhovory probíhaly v kancelářích jednotlivých poskytovatelů služby.

## 8 Analýza dat

Nejprve byly údaje získané z rozhovorů přepsány do elektronické podoby (tzv. transkripce). Poté byly přepsané výpovědi pracovníků zredukovány, přičemž byla zachována smysluplnost a význam celého sdělení pracovníka.

Pro lepší přehlednost byla zvolena metoda kódování. Kódování zahrnuje systematické označování smysluplných částí textu podle stanovených kritérií. Tento přístup dále zkracuje již stručné informace a umožňuje výzkumníkovi lépe se orientovat v jednotlivých odpovědích.

Dále byla využita metoda trsování, která „... slouží k tomu, abychom seskupily určité výroky do skupin. Tyto skupiny (trsy), by měly vznikat na základě vzájemného překryvu mezi identifikovanými jednotkami“ (Miovský, 2006).

Pro kódování i trsování dat byl využit program Excel. Výsledky jsou prezentované v deskriptivní podobě a doplněné autentickými výpověďmi respondentů.

## 9 Etické aspekty

Před zahájením sběru dat byl etickou komisí Kliniky adiktologie 1. LF UK udělen souhlas s realizací výzkumu. Respondenti, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, byli v předstihu seznámeni s účelem a obsahem rozhovoru. Osobám, které souhlasily s realizací rozhovoru, byl dán k podpisu informovaný souhlas, a to ve dvou vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení si ponechaly.

Každý z respondentů byl seznámen s tím, že jeho účast na prováděném výzkumu je anonymní a dobrovolná. Respondenti byli poučeni, že mohou účast na výzkumu kdykoli ukončit. Taktéž bylo domluveno, že poskytovatel, kterého zastupuje, bude anonymizován. Účastníkům výzkumu nenáležela žádná odměna.

Anonymita jednotlivých osob byla zajištěna tak, že bylo anonymizováno jejich jméno, taktéž bylo anonymizováno jméno poskytovatele služby. Další anonymizace byla zajištěna tím, že v bakalářské práci jsou uváděny pouze výseče rozhovorů, a tudíž spolupracovníci těchto osob nebudou mít k dispozici celý rozhovor, na základě kterého by dokázali dovést, že se jedná o jejich kolegu.

Možnost ovlivnění výzkumu a respondentů mnou, tedy osobou, která pracuje ve stejném typu služby, mohla být např. v tom, že jsme mohli oba sdílet své názory, nebo že jsem mohl respondenta tlačit do nějaké odpovědi, čímž mohlo dojít k ovlivnění respondentů, a tím i výzkumu.

Role výzkumníka byla reflektována a minimalizována transparentností a jasnou komunikací, kdy osoby podepsali informovaný souhlas a byla zdůrazněna jejich dobrovolnost na výzkumu. Byla zajištěna anonymizace dat a důvěrnost informací. Během rozhovorů byly kladeny otevřené a neutrální otázky, které nevedly respondenty k určitým odpovědím, dále jsem se snažil minimalizovat známky

zaujatosti nebo očekávání ve svém chování a otázkách. Výzkum byl proveden v souladu s etickými zásadami a pravidly schválenými etickou komisí.

## 10 Výsledky

Výsledky jsou uspořádány do jednotlivých podkapitol, kdy v první podkapitole se věnují službám, které poskytují poskytovatelé svým klientům, v druhé pak kritériím pro vstup do poskytované sociální služby, ve třetí možnostem vzdělávání (sociálních) pracovníků v oblasti závislostí, další podkapitoly odpovídají výzkumným otázkám.

Jednotliví respondenti jsou označeni čísly od 1 do 5, vedoucí pracovníci jsou označeni písmenem „V“, adiktologové písmenem „A“.

### 10.1 Služby poskytované klientů s duševním onemocněním

K sociálním službám, které jsou poskytovány jednotlivými poskytovateli, respondenti uvedli:

V1 uvedl *„ ... poskytujeme několik služeb, jsou to tréninkové kavárny, které máme 3 a další službou je, že pomáháme klientům nějakým způsobem se dostat zpátky do pracovního života, najít nějaký vhodný uplatnění a nějak je jako znovu nastartovat.“*, V2: *„...tak v té naší službě je terénní tým, který zajišťuje pomoc našim klientům v jejich bydlišti, podporujeme je při hledání zaměstnání, ale taky si můžou nacvičovat pracovní návyky u nás, to platí i pro nácvik v chráněném bydlení či posilování sociálních kontaktů při schůzkách v našem centru.“*, V3: *„Náš tým se zaměřuje na pomoc v sociální oblasti, tedy vše co se týká soc. dávek, dluhového poradenství, ale také se zaměřujeme na pracovní rehabilitaci a pomáháme tak lidem se začlenit do běžného života, ...“*, A4: *„Naše služba podporuje osoby, které potřebují sociální podporu, ve všech směrech, od vyřizování věcí s úřady přes podporu v samostatném bydlení.“*, A5: *„My poskytujeme klientům možnost chráněného bydlení a trénování samostatného bydlení v tréninkových bytech, dále u nás fungují terénní týmy, které navštěvují klienty v bydlištích, případně klienti mohou docházet do těchto týmů,*

*podporujeme klienty při jednání s úřady, doprovázíme klienty k lékařům.“*

Jak z jednotlivých výpovědí vyplývá, tak sociální služba poskytovaná těmito poskytovateli spočívá v podpoře klientů v získávání návyků týkajících se např. samostatného bydlení, zaměstnávání, péče o sebe, dále jde o podporu při doprovodech na úřady, k lékařům včetně podpory při jednání s nimi, příp. o poradenství v oblasti sociálních dávek, dluhů apod.

## **10.2 Kritéria pro přijetí do sociální služby**

Na tomto místě jsou uvedena kritéria, která musejí klienti splňovat, aby mohli vstoupit do této služby. V1: *„No, tedy do naší služby mohou docházet klienti, kteří mají 16 let až 75 let, bydlí v Praze a mají zkušenost s duševním onemocněním.“*, V2: *„Tak teda službu poskytujeme osobám s duševním onemocněním, které bydlí v Praze, potřebují dlouhodobou podporu a je jim minimálně 18 let.“*, V3: *„... a nyní cílíme na osoby po léčbě závislosti, příp. osoby které berou substituci, mají duální diagnózu, ..., jde o osoby 18+, ale občas se stane, že se k nám do poradenství dostane i mladistvý.“*, A4: *„... se jedná o osoby s duševním onemocněním, ve věku 16+, které bydlí v Praze.“*, A5: *„...věková hranice u nás není stanovena, podmínkou spolupráce je nájemní smlouva s magistrátem nebo městskou částí, jedná se o osoby, které mají nějaké zdravotní omezení, duševní onemocnění příp. různé komorbidity.“*

Další otázku jsem směřoval ke zjištění a upřesnění, **kolik klientů s duševním onemocněním společně se závislostní poruchou aktuálně mají v péči**. Z výpovědí vyplynulo, že V1: *„To nevím přesně, ale počty stále stoupají, u některých se to ani nedovíme, ale už to poznáme, vidím to tak mezi 10% - 20% klientů.“*, V2: *„... v naší službě je cca 25% klientů, ale přijde mi, že se to poslední dobou zhoršuje.“*, V3: *„... no, my*

*máme asi 35% klientů s duálkami, zbytek je buď duševní onemocnění nebo pouze závislost, u které zatím nevíme, jestli tam je i duševní onemocnění či ne.*“, A4: *„Je to asi 15 % klientů, ale přesně nevím.*“, A5: *„... mám na starost 8 klientů s duální diagnózou.*“.

Z výpovědí respondentů je patrné, že tito poskytovatelé sociální rehabilitace mají mezi svými klienty osoby, které mají nejen duševní onemocnění, ale také závislostní poruchu.

### **10.3 Vzdělávání v oblasti závislosti**

Jelikož respondenti pracují v sociální službě, ve které vstupují do komunikace s klienty, kteří mají poruchu závislosti, zajímalo mne, zda, v jakém rozsahu a jak často jsou pracovníci v oblasti závislosti proškolení? Považoval jsem to za důležité, abych získal informace, které by mohly podpořit důležitost přítomnosti adiktologa v týmu včetně jeho role. K tomuto respondenti uvedli:

V1: *„My to máme jen dobrovolné. .... nikdo na takovém školení nebyl“* , V2: *„ ... je to dobrovolné, ... nevím o nikom, kdo by tohle školení v posledních měsících absolvoval“*, V3: *„Jednou do roka máme možnost školení od adiktologa z adiktologické ambulance, ale je to dobrovolné. Na posledním školení asi před půl rokem byli 2 sociální pracovníci“*, A4: *„školení či kurzy .... jsou dobrovolné, .... společné školení nebylo, .... v posledním roce nikdo na tomto školení nebyl“*, A5: *„ ... nejsou povinné, nicméně školení týmu provádím já. Naposledy to bylo asi před 4 měsíci“*.

Jak z rozhovorů vyplývá, školení v oblasti závislosti je u všech poskytovatelů dobrovolné a jen u dvou proběhlo v posledním roce školení zajištěné adiktology, z toho v jednom případě adiktologem z týmu a v druhém případě adiktologem z adiktologické ambulance.

#### 10.4 Výzkumná otázka č. 1 - Uplatnění adiktologa v sociální službě – sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním

Na otázku, **zda by se v jejich službě uplatnil adiktolog**, jsem dostal následující odpovědi: V1: *„My nemáme adiktologa, ani nevím, jestli by asi bylo úplně místo pro toho adiktologa tady v té naší organizaci zřizovat, ale myslím si, že minimálně si umím představit, že na nějaký třeba intervize nebo nějaký konzultace s ním třeba externě, by to bylo dobrý, protože, jak říkám, ty klienti s duálníma diagnózama k nám se dostávají čím dál víc a ty závislosti jsou prostě specifický ....“*, V2: *„v našem zařízení není žádná pracovní pozice adiktologa, máme jednu psychiatrickou sestru, která se duálními diagnózám věnuje, dobrovolně si je dle kapacity vybírá a je jejich klíčovým pracovníkem.“*, V3: *„My spolupracujeme s adiktologickou ambulancí, jen velmi málo klientů navštíví naše zařízení jako první, většinou se k nám dostávají tak, že řeší nějaký adiktologický problém a teprve potom přicházejí k nám. To je důvod i pro to, že my adiktologa nepotřebujeme.“*, A4: *„V naší službě máme tři adiktology, kteří však pracují na zkrácený úvazek, a to 0,2, 0,3, a 0,5 úvazek, chybějící část úvazku mají doplněnou pracovní smlouvou na pozici sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách. Pak v jednom terénním týmu je sociální pracovník, který studuje adiktologii.“*, A5: *„... jsme v naší službě zřídili jednu pracovní pozici adiktologa, zatím pouze na 0,2 úvazek. Tato pozice je teprve na počátku, pracujeme na metodice a postupně by jsme chtěli úvazek navýšit.“*

Z důvodu, že tři respondenti uvedli, že adiktologa nemají, směřoval jsem další otázku na to, **jak pracují s klientem, který má adiktologický problém?**

„V1: *„no řekla bych, že v Praze máme dost služeb, které pracují s lidmi se závislostí, zatím nevím o případu, že by se nám nepodařilo klienta navázat na adiktologickou službu v Praze. Samozřejmě někteří*

*klienti odcházejí za adiktologickou službou i mimo Prahu, zejména se to týká terapeutických komunit. Takže to navazování u nás si myslím dobře funguje.“ V2: „Vlastně ani teď adiktologa nepotřebujeme, jelikož spolupracujeme s organizacemi, které jsou zaměřeny na ty závislosti, jako je např. Sananim, kam naše klienty odkazujeme a další. Spolupracujeme také s psychiatrickou nemocnicí Bohnice.“, V3: „My spolupracujeme s adiktologickou ambulancí, jen velmi málo klientů navštíví naše zařízení jako první, většinou se k nám dostávají tak, že řeší nějaký adiktologický problém a teprve potom přicházejí k nám. .... U toho zbytku klientů, kteří přijdou do naší služby jako první, řešíme jejich závislost, pouze pokud o to mají zájem, a pokud ano, tak je odkážeme na adiktologickou ambulanci, se kterou spolupracujeme ... .“*

Z uskutečněných rozhovorů bylo zjištěno, že 3 poskytovatelé pracovní pozici adiktologa nemají, 1 poskytovatel má krátce zřízenou jednu pracovní pozici adiktologa s 0,2 úvazkem a 1 poskytovatel má celkem 3 pracovní pozice adiktologa a to s úvazkem 0,2, 0,3 a 0,5 a 1 pracovní pozici obsazenou sociálním pracovníkem, který studuje adiktologii.

Poskytovatelé, kteří adiktologa nemají, zajišťují pro své klienty, kteří mají diagnózu závislosti, péči u poskytovatelů adiktologických služeb, kam klienty odkazují. Tato spolupráce v Praze, jak plyne z výsledků, velmi dobře funguje.

## **10.5 Výzkumná otázka č. 2 - Role a kompetence adiktologa v sociální službě – sociální rehabilitace**

**Povědomí o profesi adiktologa v sociální oblasti existuje**, což také vyplynulo z odpovědí respondentů, kteří uvedli: V1: „ ... samozřejmě profese adiktologa je mi známa, spolupracuji s nimi, je to specialista v oblasti závislosti. Nicméně co se týká jejich kompetencí, to tedy opravdu nevím, nijak mě to nikdy nezajímalo.“, V2: „Vím, že adiktolog pomáhá lidem se závislostí, ale jaké má kompetence opravdu

nevím.“, V3: „Mohu klidně říci, že adiktologové jsou odborníci na závislé chování, co je mi známo, mohou působit v oblasti prevence i léčby, znám některé, kteří pracují v léčebnách, komunitách, mohou podávat substituci či pracovat jako terapeuti, víc mě teď nenapadá.“, A4: „... no k těm kompetencím, tak to bych řekla, že když to vztáhnu na tu naši organizaci, tak fakticky není rozdíl mezi námi a sociálními pracovníky. Kompetence máme úplně stejné. Jak oni tak i my můžeme naše klienty testovat na přítomnost alkoholu a návykových látek. Protože fungujeme jako case manageri pro klienty s duševním onemocněním a současně pro klienty s duální diagnózou, tak jediný rozdíl mezi námi je, že pracujeme s klienty, kteří mají duální diagnózu. ... kdy řešíme krizové plánování, prevenci relapsu no a taky to adikto poradenství“, A5: „Jelikož jsem vystudovaný adiktolog, znám dobře své kompetence. Jako jediná v našem týmu pracuji s lidmi na prevenci relapsu, na krizovém a adiktologickém poradenství. Ale jinak jsem na tom stejná jako ostatní sociální pracovníci“.

K tomu, jakou roli má nebo by měl mít adiktolog, příp. sociální pracovník s adiktologickým vzděláním v jejich službě, respondenti uvedli: V1: „... když bych to vztáhla k tomu externímu adiktologovi, se kterým bychom konzultovali naše klienty, tak by byl součástí našeho týmu jako odborník na závislosti, no a kdyby to byl sociální pracovník s adiktologickým vzděláním, tak tady by jeho role spočívala v tom, že bude na prvním místě sociálním pracovníkem a současně by byl k dispozici celému týmu se svými adiktologickými znalostmi.“, V2: „Byl by to sociální pracovník a díky svým znalostem z adiktologie by byl vlastně takový středobod pro nás všechny, kdo v týmu má klienta se závislostí. Takže by jsme se s ním mohli o těchto klientech radit, jak k nim přistupovat, příp. jaká služba by byla pro ně lepší, no tak nějak.“, V3: „Asi by byla jeho role v našem týmu, jako osoba znající závislosti, se kterou by tým mohl řešit závislostní problémy klientů, ale také jako člen týmu by se mohl vyjadřovat i k ostatním klientům.“, A4: „... když budu srovnávat naše adiktology, sociálního pracovníka s adiktologickým

*vzděláním a sociální pracovníky, tak tím, že adiktologové mají pouze částečné úvazky doplněné do celého úvazku smlouvou jako sociální pracovník, tak fakticky mají tu roli, že jsou členy týmů s odborným přesahem do závislostí a tak se na ně tým může obracet s dotazy ohledně klientů, kteří mají nějakou závislost.“, A5: „ta moje role v týmu je asi taková, že mám teď na starost klienty s duální diagnózou, se kterými pracuji fakticky pouze já, současně v této oblasti proškoluji ostatní členy týmu.“*

Z jednotlivých rozhovorů vyplynulo, že poskytovatelé o profesi adiktologa vědí, znají rámcově obsah jejich činností, konkrétně pak by ve svých případech preferovali externího adiktologa a co se týká jeho role, byl by příp. již je součástí týmu, ve kterém poskytuje podporu členům týmu při práci s klienty s duální diagnózou, příp. sám má na starosti tyto klienty. Poskytuje informace a rady členům týmu týkající se závislostí. Co se týká kompetencí, tak respondenti, kteří pracují u poskytovatelů, kde adiktologa nemají, se ke kompetencím fakticky nedokázali vyjádřit. Co se týká adiktologů u zbylých dvou poskytovatelů, tak jejich kompetence fakticky odpovídají kompetencím sociálních pracovníků, nicméně pouze oni pracují na prevenci relapsu či adiktologickém poradenství, a využívají tak specifické kompetence profese adiktologa.

### **10.6 Výzkumná otázka č. 3 - Hlavní důvody, proč poskytovatel nemá adiktologa či s ním nespolupracuje**

**Jelikož tři z pěti respondentů uvedli, že adiktologa ve své službě nemají, zajímalo mne, co je důvodem této situace.** K tomu respondenti uvedli: V1: *„V Praze je, teda co si myslím, dostatek adiktologických služeb. My klientům pomáháme komunikovat s těmito službami. Jak jsem řekla, třeba na nějaký konzultace v rámci supervizi, intervizi nebo jako externě by to bylo pro nás přínosné. Možná bych to viděla spíše na adiktologa se vzděláním v sociální práci, tedy že by*

*pracoval jako sociální pracovník s adiktologickými zkušenostmi, to si myslím by bylo fajn.“ V2: „My více potřebujeme sociální pracovníky, máme kontakty na různé adiktologické služby zajišťované jinými organizacemi, spolupráce s nimi nám dobře funguje, máme to, myslím dobře nastavené. Prakticky všichni jsme sociální pracovníci se vzděláním podle stoosmičky (pro upřesnění, jedná se o Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.). No možná, tak mě teď napadlo, sociální pracovník, který by měl znalosti z oblasti závislostí by určitě byl přínosem.“ V3: „Jak jsem už říkal, naši klienti ve většině případů již adiktologickou službu mají zajištěnu, tak adiktolog u nás zatím není třeba.“*

Z výpovědí vyplynulo, že ani jeden ze tří poskytovatelů adiktologa primárně nepotřebuje, uvítali by kombinaci sociální práce a adiktologie, případně dobře spolupracují s jinou organizací, která má adiktologa, což je důvod proč nepotřebují svého.

#### **10.7 Výzkumná otázka č. 4 – Skutečnosti, které by podpořily rozhodnutí poskytovatele zřídit pracovní pozici adiktologa, pokud tuto pozici zatím nezřídil**

*V1: „V tuto chvíli zaměstnat adiktologa jako na pracovní smlouvu, ..., myslím není reálné, znamenalo by to sehnat peníze i na jeho ohodnocení a tedy fakticky další finanční zatížení. To je pro nás lepší ta varianta sociálního pracovníka s adiktologickým vzděláním, příp. nějaký externí adiktolog, s kterým by bylo možné občas udělat konzultaci, supervizi, ... .“ V2: „To nevím, co by se muselo stát, abychom teď zaměstnali adiktologa. Zatím tu práci zvládáme, ale samozřejmě kdyby to byl člověk se sociálním i adiktologickým vzděláním, toho by jsme brali, ale samozřejmě by to byl v první řadě sociální pracovník. Myslím, že platit adiktologa by pro nás bylo zatěžující, zvláště, když nám to dobře funguje s adikto službami, které jsou tady, tedy myslím v Praze.“ V3: „... to asi by bylo, no kdyby těch klientů s těma duálkama začalo být moc, možná pro lepší diagnostiku, no asi tak. Ale jinak asi ne, tím, že naše*

*organizace poskytuje zejména sociální služby, bylo by to asi zbytečné, navíc by tu hrála roli i ta ekonomická stránka, všechno je to taky o penězích ...“.*

Hlavním důvodem proč poskytovatelé nemají adiktologa je skutečnost, že spolupracují s organizacemi, které zajišťují adiktologické služby v Praze a dosud se nesetkali s problémem, že by jejich klient adiktologickou službu neměl. Zřízení pozice adiktologa by pro ně bylo finančně zatěžující.

Jelikož z uvedených výpovědí vyplynulo, že by zřízení pracovní pozice adiktologa bylo pro poskytovatele finančně zatěžující, dotázal jsem se tedy, **zda by tuto pozici v současné chvíli zřídili, pokud by měli dostatek finančních prostředků?**

V1: *„Asi přímo místo pro adiktologa ne, nebo možná někoho externě, občas něco zkonzultovat, to by možná šlo“*, V2: *„ ... asi by jsme tu pozici nezřizovali, to by jsme spíš přibrali sociálního pracovníka“*, V3: *„Za současného stavu určitě ne“*.

Adiktologové od zbylých dvou poskytovatelů na otázku, jak vidí uplatnění adiktologů v této sociální službě uvedli: A4: *„Myslím, že je tu velký prostor pro jejich uplatnění. U nás tedy určitě, zvláště teď, když nám stoupá počet klientů s duální diagnózou“*, A5: *„Naši úlohu v sociální rehabilitaci vnímám jako důležitou a myslím, že adiktologové jsou pro tým přínosem“*.

Vzhledem k aktuálnímu dostatečnému stavu adiktologických služeb v Praze a jejich dostupnosti, i v případě dostatku finančních prostředků, 2 vedoucí pracovníci uvedli, že by pozici nezřizovali a jeden uvedl, že by finanční prostředky použil na domluvení nějaké externího adiktologa na občasné konzultace. Nicméně z pohledu adiktologů vyplynulo, že vidí důležitost adiktologů v této sociální službě.

Dále z výzkumu vyplynulo, že poskytovatelé, kteří nemají adiktologa, by spíše uvítali, kdyby získali sociálního pracovníka, který je vzdělaný i v adiktologii.

## 11 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká je uplatnitelnost adiktologů v sociální službě – sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním v Praze.

Cílovou skupinou těchto služeb jsou osoby s duševním onemocněním, resp. s duální diagnózou, jejichž onemocnění vede k nutnosti potřeby zdravotní a sociální péče. Právě zde by mohl adiktolog uplatnit své znalosti a zkušenosti v rámci multidisciplinárních týmů věnujících se péči o tyto osoby.

Klienti s duální diagnózou často čelí vážnějšímu průběhu onemocnění a vykazují výraznější zdravotní a sociální dopady nemoci. Jak z výzkumu vyplynulo, prevalence klientů s duální diagnózou se v jednotlivých službách pohybuje mezi 10% až 35%, což je méně než uvádí EMCDDA (2016) ve své výzkumné zprávě o komorbiditách adiktologických a duševních poruch v Evropě. Tato uvádí prevalenci kolem 50 %. Jako nejvhodnější se zde jeví integrovaná léčba, která kombinuje péči o duševní zdraví a péči o primární zdraví do jednoho komplexního a koordinovaného přístupu. A zde se tak ukazuje významné, nezastupitelné místo pro uplatnění adiktologa při péči o osoby s duševním onemocněním resp. s duální diagnózou.

Převážná část týmů služeb sociální rehabilitace je tvořena sociálními pracovníky, z podstaty a vymezení služby zákonem č. 108/2004 Sb. Tito odborníci hrají (a historicky vždy plnili) zásadní roli v péči o osoby s psychickým onemocněním, ale i závislostí. Jejich vzdělání je širší, více orientované na problematiku sociální podpory, a nikoliv specificky adiktologické.

Důležité je tedy další vzdělávání všech pracovníků v oblasti zneužívání návykových látek. Jak uvádí Smith et al. (2006), z jimi realizovaného výzkumu vyplynulo, že 71% sociálních pracovníků

v průběhu uplynulých 12 měsíců řešilo nějakou situaci související s diagnózou a léčbou zneužívání návykových látek, avšak 53% uvedlo, že v tomto období nepodstoupili žádné školení v oblasti zneužívání návykových látek. Forde a Lynch (2014) uvádějí, že nedostatek motivace a zkušeností s praxí založenou na důkazech představuje pro sociální pracovníky výzvy při léčbě závislostí.

Jak ukazují níže uvedené studie, tak vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti adiktologie není dostatečné. Např. Gažová (2019) ve své studii uvádí, že sociální pracovníci, v rámci svého studia nejsou dostatečně vzděláváni v oblasti adiktologie. Obsah vyučovaných předmětů v této problematice spočívá spíše v poskytování obecnějších informací. Jen 9 z 55 bakalářských oborů umožňovalo studovat specificky adiktologické předměty.

Senreich a Straussner (2013) ve svém průzkumu zjistili, že kurzy zaměřené na závislosti byly zmíněny přibližně třetinou studentů studujících sociální práci v magisterském studijním programu.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách dává sociálním pracovníkům povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu minimálně 24 hodin ročně, což jim musí zaměstnavatel umožnit. Nicméně je jen na sociálním pracovníkovi, jaké další odborné vzdělání si zvolí a v jakém rozsahu.

Jak vyplynulo z výzkumu, žádný poskytovatel nezařadil školení či kurzy zaměřené na práci s osobami majícími poruchu závislosti či duální diagnózu mezi povinná. Tato školení jsou dobrovolná. Nicméně také z něj vyplynula důležitost a jedna z významných rolí adiktologů v multidisciplinárních týmech působících v různých sociálních službách, nejen v sociální rehabilitaci, tedy že adiktologové provádí, mimo jiné, školení svých týmů v oblasti závislostí. Přítomnost adiktologa má tedy nejen výhody v tom, že sociální pracovník s ním může, prakticky ihned, konzultovat situaci klienta užívajícího návykové látky, ale současně prováděným školením v oblasti závislostí může dojít k úspoře finančních

prostředků, které by jinak musel poskytovatel vynaložit na úhradu školení prováděných externími pracovníky. Zde se také ukazuje možný prostor pro uplatnění profese adiktologa v práci s cílovou skupinou služeb sociální rehabilitace.

Ve srovnání s předchozími studii zaměřenými na různé segmenty uplatnění adiktologů je patrné, že adiktologická profese je považována za přínosnou v různých prostředích. Například studie Hribikové (2020) ukázala, že metodici prevence považují přítomnost adiktologa v pedagogicko-psychologických poradnách za žádoucí. Další studie týkající se uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje ve svém závěru konstatuje, že adiktologická profese by v tomto prostředí mohla být přínosná (Králová, 2020). Také Hindová (2019) ve své studii konstatuje, že ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy by bylo přínosné trvale spolupracovat s externím adiktologem. Přínos adiktologa v sociální službě lze spatřovat zejména v tom, že klient/pacient není odeslán do další služby (adiktologické), závislost tak může být řešena v rámci jedné služby, nelze také opominout vnášení odborných znalostí do multidisciplinárního týmu. Nicméně, jak ukázal výzkum, zásadním limitem pro jeho zaměstnání je finanční stránka. Taktéž z výzkumu Pavlovské (2018) vyplývá, že zaměstnavatelé v oboru adiktologie vidí problémy související s příslušností k Ministerstvu zdravotnictví i k Ministerstvu práce a sociálních věcí, jako např. financování služeb a mezd zaměstnanců, zaměstnávání pracovníků a další.

Zaměstnávání adiktologů, jako zdravotnických pracovníků, v sociálních službách, tak zjevně přináší, příp. může dále přinášet, překážky, jelikož propojují dva různé systémy.

Podmínky a potřeby pro zapojení adiktologů se mohou mezi jednotlivými kraji v České republice výrazně lišit. Jak vyplynulo z realizovaného výzkumu, v Praze je dostupnost adiktologických služeb

relativně vysoká, což mimo jiné potvrzuje studie „Sčítání adiktologických služeb 2020“, kdy z tabulky č.5 (viz. příloha č.2) je patrné, že je v Praze 74 adiktologických služeb, v Moravskoslezském kraji 47, Ústeckém 42, ostatní kraje mají 40 a méně služeb, nejméně pak Pardubický a Karlovarský kraj, oba po 6 službách (Janíková & Nechanská, 2021). To umožňuje poskytovatelům sociálních služeb v Praze efektivně spolupracovat s externími odborníky a současně je tato situace nijak netlačí do pozice, aby zavedli pracovní pozici adiktologa, což příliš nenaplnuje parametry současně uznávané integrované péče. Spíše preferují sociálního pracovníka s adiktologickým vzděláním. V ostatních krajích, zejména v těch, kde je počet adiktologických služeb menší či minimální, může být situace odlišná, a absence specializovaných služeb může zvyšovat potřebu přímého zapojení adiktologů do sociálních služeb.

Bakalářské studium adiktologie ve svém obsahu dává adiktologovi nejen specifickou odbornost v oblasti závislostního chování, ale jelikož během studia musí zvládnout také předměty oboru lékařství (např. anatomie, fyziologie, patologie, farmakologie, psychiatrie a další), seznámit se s dalšími oblastmi vzdělávání, zahrnujícími např. management, veřejnou správu, psychologii, sociální práci a další, získává tím široký rozhled. Nicméně, v multidisciplinárních týmech je zásadní jeho postavení především jakožto odborníka v oblasti závislostí. V rámci multidisciplinárního přístupu adiktolog doplňuje tým složený z různých odborníků, což nabízí mnoho výhod. Adiktologové přinášejí specializované znalosti a dovednosti v oblasti závislostí, které mohou významně zlepšit kvalitu péče poskytované klientům. Nicméně, je důležité, aby adiktologové neplnili roli všech odborníků, tj. aby např. nesuplovali práci sociálních pracovníků, ale spíše doplňovali a podporovali práci ostatních členů týmu svými odbornými znalostmi a zkušenostmi. Takto lze maximalizovat jejich přínos a zajistit efektivní a komplexní péči.

Jak uvedli oslovení adiktologové, k činnostem, které provádějí ve svých službách patří: testování na přítomnost alkoholu a návykových látek, krizové plánování, práce na prevenci relapsu, adiktologické poradenství. Zde je tak prostor pro využití i dalších kompetencí, které adiktologům umožňuje vykonávat platná legislativa, např. vyšetření adiktologem při zahájení péče, kontrolní vyšetření adiktologem, adiktologická terapie individuální, rodinná a v případě více klientů se závislostí i terapie skupinová, příp. podpůrná psychoterapie.

Z výzkumu vyplývá, že přímé zapojení adiktologa v sociálních službách v Praze není vždy považováno za nezbytné, a to nejen díky dostupnosti externích služeb, kterých je relativně dostatečné množství, ale také zde hraje zásadní roli finanční náročnost zaměstnávání adiktologů. Přesto existují významné přínosy adiktologa, které nelze přehlédnout. Adiktologové vnášejí své odborné znalosti a specifické kompetence, které mohou zlepšit prevenci relapsů a poskytovat adiktologické poradenství přímo v rámci sociálních služeb. Toto má své výhody v tom, že s ohledem na klienty služeb, tito nemusí docházet do další služby – adiktologické, což pro něj může být v jeho aktuálním psychickém stavu dost zásadní. Současně mohou být nápomocni radou dalším členům týmu, při práci s těmito klienty, současně mohou sami provádět školení týmu v oblasti závislostí. Zlepšení vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti adiktologie by mohlo vyřešit některé z těchto potřeb, ale přímá přítomnost adiktologa v týmu poskytuje neocenitelnou odbornou podporu a zvyšuje efektivitu multidisciplinárních týmů.

Tato studie přinesla poznatky o možnosti uplatnění adiktologů v sociální rehabilitaci v Praze, kdy osoby v pozici vedoucích pracovníků, kteří neměli ve své službě adiktologa, se více klonili k zaměstnání sociálního pracovníka s adiktologickým vzděláním. K limitům práce můžeme uvést počet respondentů, kdy k ucelenému obrazu by přispěl jejich větší počet. Dalším limitem může být orientace pouze na region

Prahy, která je co se týká poskytování adiktologických služeb specifická a v dalších oblastech republiky může být situace zcela odlišná.

Můžeme si položit otázku, zda adiktolog, jako specialista na závislosti, má své nezastupitelné místo v sociální rehabilitaci a zda sociální rehabilitace může reprezentovat integrovaný přístup péče o klienty s duální diagnózou. Sociální rehabilitace řeší širší sociální aspekty života klienta tzn. nejen zvládnutí závislosti, duševního onemocnění, ale i zajištění sociální podpory, rozvoj pracovních dovedností, případně pomoc při získávání stabilního bydlení. Tento přístup integruje jak sociální, tak zdravotní dimenzi péče o klienta. Můžeme tedy říci, že je ideální pro integrovaný přístup. Jak uvádí SAMHSA (2013) Integrovaná léčba kombinuje péči o duševní zdraví a péči o primární zdraví do jednoho komplexního a koordinovaného přístupu, který snižuje bariéry mezi různými poskytovateli zdravotní péče a zvyšuje koordinaci mezi lékaři, terapeuty a dalšími poskytovateli péče. Význam adiktologa v této sociální službě lze spatřovat v tom, že samotná sociální rehabilitace bez specializované péče v oblasti závislostí může být méně efektivní, jelikož klienti s duální diagnózou mají často specifické a velmi složité potřeby, které vyžadují intenzivní a specializovanou léčbu. V těchto případech se sociální rehabilitace může projevit jako příliš široká či povrchní.

Také je třeba zmínit, že počty osob s duální diagnózou přibývají (EMCDDA, 2004), což může být v budoucnu důvodem pro navýšení počtu adiktologů.

Silnou stránkou studie je rozšíření přehledu o možnostech uplatnění profese adiktologa v dalším specifickém segmentu, v další sociální službě – sociální rehabilitaci pro osoby s duševním onemocněním. Studie poukazuje na jeho možné uplatnění ve zvyšování informovanosti v oblasti závislostí a na využití specifických kompetencí adiktologa v týmu. Ukazuje na prostor pro jeho zaměstnatelnost, ale i na reálnou pozitivní situaci v rozsahu sítě adiktologických služeb,

kdy potvrdil relativně dobré zasíťování v Praze. Současně z něj však vyplynulo, že jsou oblasti, které mají horší zasíťování - kraj Karlovarský, Pardubický (Janíková & Nechanská, 2021), a mohou tak mít pro adiktology dobrou vstupní pozici.

Možnosti dalšího výzkumu vidím v zaměření se na jiné regiony, včetně vzájemného porovnání výsledků. Dále by mohl být zajímavý pohled klientů s duální diagnózou na pozici adiktologa a jeho využitelnost pro ně.

## 12 Závěr

Nemoci provází lidstvo od nepaměti a nejedná se jen o somatická onemocnění, ale u mnoha lidí se projevuje i onemocnění duševní, případně tato onemocnění mohou být provázána. Důležitou roli v péči o nemocné hrají nejen zdravotní služby, ale také služby sociální, pomáhající lidem vrátit se do běžného života, příp. vést, co možná nejvíce, plnohodnotný život.

V dnešní době se mnoho lidí potýká s různou formou závislosti (alkohol, tabák, drogy, sociální sítě, gambling a další). A právě poruchu závislosti lze často diagnostikovat u osob s duševním onemocněním. V tomto případě hovoříme o duální diagnóze. Péče o tyto osoby klade vyšší nároky na nejen na zdravotnický personál včetně adiktologů, ale i na sociální pracovníky. A právě dobrá spolupráce mezi zdravotními (adiktologickými) a sociálními službami je předpokladem pro úspěšnou léčbu a resocializaci osob s duální diagnózou. Z uvedeného důvodu se jeví dobrá spolupráce adiktologů, zaměřujících se na závislostní stránku, se sociálními zařízeními jako nutná.

Prováděným výzkumem bylo zjištěno, že s adiktologickou službou dlouhodobě spolupracují tři poskytovatelé, kdy tato spolupráce v Praze dobře funguje. Zřízení pracovní pozice adiktologa brání mimo jiné i finanční zatížení, které by jim zřízení této pozice přineslo. Nicméně poskytovatelé by uvítali spolupráci s externím adiktologem. Další dva poskytovatelé zřídili pracovní pozici pro adiktologa alespoň na částečný úvazek, což jim umožňuje využívat odborné znalosti a kompetence adiktologů u klientů se závislostí prakticky ihned, navíc pro klienty to má výhodu v tom, že nemusí vyhledávat další službu – adiktologickou, a mohou závislost řešit v rámci jedné služby.

Vedle relativně dobré situace rozsahu sítě adiktologických služeb v Praze jsou oblasti, které mají horší zasíťování a mohou tak představovat pro adiktology dobrou vstupní pozici. Bylo by vhodné se

v budoucnu zaměřit i na další regiony, zejména ty s horším zasíťováním. Dále by mohl být zajímavý pohled klientů s duální diagnózou na pozici adiktologa a jeho využitelnost pro ně.

## 13 Zdroje

- Anděl, M., Černý, K., Divišová, B., Hlaváčková, L., Křížová, E., Mášová, H., et al. (2023). *Velké dějiny zemí Koruny České, tematická řada:lékařství*, Praha:Paseka s.r.o.
- Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
- Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Příbram:Grada Publishing a.s.
- Drake, R. (2003). *Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Mental Illness and Substance Abuse Disorder*. NAMI: Pomona Valley. Dostupné dne 18.7.2024 na <https://namipv.org/dual-diagnosis/>
- Edwards, R. (2011). The development of dual diagnosis link workers:reflection on clinical practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 4 (2), 75-83.
- EMCDDA, (2016). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Publication Office of the European Union.
- EMCDDA, (2004). *Co-morbidity*. Dostupné dne 10.9.2024 z : [https://www.euda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html\\_en](https://www.euda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html_en)
- Evans, K. & Sullivan, J. M. (2001). *Dual diagnosis: Counseling the mentally ill substance abuser* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Forde, C., & Lynch, D. (2014). Critical practice for challenging times: Social workers' engagement with community work. *British Journal of Social Work*, 44(8),2078- 2094. Dostupné z [http//10.1093/bjsw/bct091](http://10.1093/bjsw/bct091)
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství*, Praha: NLN s.r.o.
- Gažová, Nikola. *Vzdělávání sociálních pracovníků v adiktologii: analýza studijních programů sociální práce v ČR. [Education of social workers in Addictology: Analysis of social work study programs in the Czech Republic]*. Praha, 2019. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v

Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D

Georgeson, R. (2009). *Matrix Model in dual diagnoses service delivery*. Journ. of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, s. 305-310.

Gulová, L. (2011). *Sociální práce*. České Budějovice:Grada Publishing a.s.

Hindová, Anna. *Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy. [Role of addictologist in services specialized in treatment of eating disorders]*. Praha, 2019. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D

Hollander den D. & Wilken J.P. (2022). *Práce v propojení*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o dušení zdraví.

Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J., et al. (2019). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Hribiková, Květoslava. *Možnosti uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně: pilotní studie Ústeckého kraje. [Possibilities of employing the profession of addictologist in pedagogical psychological counselling centres: pilot study of the Ústí region]*. Praha, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2008. Vedoucí závěrečné práce: Amalie Lososová

Janíková, B. & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. Zaostřeno 7 (3) dostupné z <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2021-zaostreno/03-21-scitani-adiktologickych-sluzeb-2020/>

Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., et al. (2015), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.

Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.

<https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Králová, Tereza. *Možnost uplatnění adiktologa v dětských domovech Ústeckého kraje. [Role of addiction specialist in children's home in the Ústí nad Labem region]*. Praha, 2020. 78 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In K. Kalina et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Lesser, B. (2024). *Mental Health and Addiction Treatment Systems: Philosophical and Treatment Approach Issues*. Dual Diagnosis. Dostupné z <https://dualdiagnosis.org/resource/patient-assessments/treatment-systems/#>

Mahrová, G., Venglářová, M., Čadková-Svejkovská, M., Hronová, M., Chytil, O., Laštovica, M., et al. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing a.s.

Mancheño-Velasco, C., Narváez-Camargo, M., Dacosta-Sánchez, D., Sánchez-García, M., & Lozano, Ó. M. (2024). Examining profiles and treatment outcomes in dual diagnosis: Comparison of coordinated treatment with mental health services versus addiction center alone. A real-world data analysis. *Journal of Dual Diagnosis*, 20(3), 266-278. dostupné z <https://doi.org/10.1080/15504263.2024.2323976>

Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s.

Matoušek, O., Pazlarová, H., Kvapil, L., Musilová, T., Koláčková, M., & Hlaváč, M. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha:Portál s.r.o.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (MKN-10) s účinností od 1. 1. 1993, dostupná z <https://mkn10.uzis.cz/>

Millerová, G. A., (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

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

Nešpor, K. (2003). *Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“*. in Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Úřad vlády ČR.

Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2006). Treating depression in substance abusers. *Curr. Psychiatry Rep.*, 8(5), s. 363-370.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u duševních poruch*. Praha: Grada Publishing a.s.

Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing a.s.

Parkin, K. L. (2021). The Addiction of Narcissism. *Psychology Today*. Dne 1.9.2024 dostupné z <https://www.psychologytoday.com/us/blog/love-in-the-age-of-narcissism/202109/the-addiction-of-narcissism>

Pavlovská, Amalie. *Analýza studijního programu adiktologie a charakteristik jeho absolventů v kontextu vývoje oboru adiktologie. [Study programme addictology and its graduates' characteristics analysis in the context of the field addictology development]*. Praha, 2018. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze. Školitel: Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Pěč, O., & Probstová, V. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, s.r.o.

Pěč, O., Probstová, V., Albrich, E., Balabán, M., Dočkal, V., Foitová, Z., et al. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Nakladatelství TRITON.

Ragins, M. (2014). *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus.

Rybová, L. (2008). *Cesty z labyrintu duševní nemoci*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví.

SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions (2013). *Integrating primary and behavioral health care: Promising practices in the real world*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Senreich, E., & Straussner, S. L. A. (2013). The Effect of MSW Education on Students' Knowledge and Attitudes Regarding Substance Abusing Clients. *Journal of Social Work Education*, 49(2), 321-336. doi: 10.1080/10437797.2013.768485

Smith, M. J. W., Whitaker, T., & Weismiller, T. (2006). Social workers in the substance abuse treatment field: A snapshot of service activities. *Health & Social Work*, 31(2), s.109–115. Dostupné z <https://doi.org/10.1093/hsw/31.2.109>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1994). *Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse: Treatment Improvement Protocol (TIP 9) Series (DHHS Publication No. SMA 94-2078)*. Rockville, MD: Author.

Šedivec, V. (2008a). *Počátky novodobé psychiatrie (19. století)*. Česká a slovenská psychiatrie, 104(3), s. 126-127.

Šedivec, V. (2008b). *Přehled dějin psychiatrie*. České Budějovice: PROTISK s.r.o.

Vacková, J. Švestková, O., Míková, M., Kuželková, A., Pechoušková, K., Jirků, A., et al. (2020). *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace*. Praha: Grada Publishing a.s.

Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál s.r.o.

Vencovský, E. (1957). *Počátky české psychiatrie XVIII. a XIX. století*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Vencovský, E. (1996). *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Votava, J., Angerová, Y., Krivošíková, M., Gerlichová, M., Hamáčková, L., Kaprová, Z., et al. (2005). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sbíрка zákonů ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

Watkins, T. R., Lewellen, A., & Barrett, M.C. (c2001). *Dual diagnosis an integrated approach to treatment*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE.

World Health Organization. *Health and Well-Being – World Health Organization*. Dostupné dne 18.6.2024 z <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=definition%20of%20helth&wordsMode=AnyWord>

World Health Organization. *Mental health*. Dostupné dne 18.6.2024 z <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mental-health>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006). In Sbíрка zákonů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In Sbíрка zákonů.

## 14 Přílohy

Příloha č.1 – seznam poskytovatelů sociální služby sociální rehabilitace, pracující s lidmi s duševním onemocněním

<b>Název organizace</b>	<b>Adresa</b>
Arcidiecézní charita Praha	Slaviborské náměstí 4/3, 19600 Praha 9
Armáda spásy v České republice, z.s. , Centrum soc. služeb Karla Larssona	Kodaňská 1441/46, 10100 Praha 10
Baobab z.s., Centrum sociálně rehabilitačních služeb	Viktorinova 1151/3,14000 Praha 4
BONA, o.p.s.	Ortenovo náměstí 1571/15a, 170 00 Praha 7
Centrum MARTIN o.p.s.	Hartigova 2430/162, 130 00 Praha 3
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov s.r.o.	Klánova 300/62, 147 00 Praha 4
Dílny tvořivosti, o.p.s.	Podskalská 1252/24, 128 00 Praha 2
Dům tří přání, z.ú.	Korunovačnická 103/6, 170 00 Praha 7
ESET - HELP, z. s.	Úvalská 3411/47, 100 00 Praha 10
Fokus Praha, z.ú.	Doláková 536/24, 181 00 Praha 8
Fosa, o.p.s.	Filipova 2013/3, 148 00 Praha 4
Green Doors z.ú.	Křižíkova 76/61, 186 00 Praha 8
Nový Prostor, z.ú.	Řeznická 656/14, 110 00 Praha 1
Polovina nebe, o.p.s.	Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4
SANANIM z.ú., Centrum profesní a sociální adaptace	Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13
DOM - Dům otevřených možností, o.p.s.	Braunerova 431/22, 180 00 Praha 8

## Příloha č.2

### Počet jednotek podle kraje sídla, typu služby a statutu

Ukazatel	Typ služby											Celkem***
	DTX	TP	KPS*	AL	STA	K/S RL	TK	DL**	SL	AL VTOS	PP	
Praha	4	6	10	22	4	6	1	10	7	1	4	74
Středočeský	0	8	7	6	4	1	3	5	1	0	4	35
Jihočeský	1	2	5	7	3	1	3	2	1	0	3	25
Plzeňský	0	3	5	4	1	2	0	5	2	1	1	23
Karlovarský	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Ústecký	0	11	14	7	1	1	2	4	1	1	1	42
Liberecký	1	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	13
Královéhradecký	0	2	2	3	0	0	0	1	0	0	0	8
Pardubický	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	6
Kraj Vysočina	2	3	4	7	2	3	1	4	1	0	2	27
Jihomoravský	2	8	9	9	1	0	1	5	3	1	1	39
Zlínský	0	3	3	2	0	0	0	2	0	0	0	10
Olomoucký	2	5	5	5	1	3	3	4	1	1	1	30
Moravskoslezský	1	10	15	8	1	1	1	10	0	0	1	47
<b>Celkem ČR*</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>292</b>

DTX – detoxifikace, TP – terénní program, KPS – kontaktní a poradenské služby, AL – ambulantní léčba, STA – stacionář, K/S RL – krátkodobá a střednědobá rezidenční léčba, TK – terapeutická komunita, DL – doléčování, SL – substituční léčba, AL VTOS – ambulantní léčba ve věznicích, PP – primární prevence selektivní a indikovaná.

Pozn.: \* Jde o nízkoprahová kontaktní centra, ale i další poradenské programy různého typu. \*\* Kromě samostatných programů následné péče uváděly programy následné péče také psychiatrické nemocnice a další typy služeb. \*\*\* Součet podle typů služeb i podle krajů je vyšší než celkový počet jednotek v souboru, neboť jedna jednotka může poskytovat více typů služeb a působit ve více v krajích.