

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Studijní program

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ÚSPĚŠNOST SOCIÁLNÍ PRÁCE
S LIDMI S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Nikola Morkusová

Vedoucí práce: Ph.Dr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Nikola Morkusová
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	Faktory ovlivňující úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Dragomířecská, Ph.D.
Cíl práce:	Cílem diplomové práce je identifikovat klíčové faktory ovlivňující úspěšnost sociální práce s osobami s duální diagnózou a na základě získaných poznatků navrhnout doporučení pro zlepšení praxe sociálních pracovníků působících v této oblasti.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá faktory ovlivňujícími úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou, tedy s osobami, u nichž se současně vyskytuje duševní onemocnění a porucha způsobená užíváním návykových látek. Cílem práce je identifikovat klíčové faktory, které podporují či naopak ztěžují efektivní intervenci v této oblasti, a poukázat na význam integrovaného a multidisciplinárního přístupu. Výzkumná část práce vychází z kvalitativní metody sběru dat, konkrétně z polostrukturovaných rozhovorů s odborníky pracujícími s osobami s duální diagnózou. Výsledky ukazují, že mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující efektivitu práce patří kvalita vztahu mezi pracovníkem a klientem, kontinuita péče, dostupnost služeb, úroveň spolupráce mezi odborníky a schopnost zohledňovat individuální potřeby klienta. Práce zdůrazňuje nutnost uplatňování celostního bio-psycho-sociálního přístupu a potřebu rozvoje komunitních a integrovaných služeb.

Klíčová slova

Duální diagnóza; Intervence; Multidisciplinární tým; Psychiatrická onemocnění; Sociální práce

Abstract

The thesis examines the key factors influencing the effectiveness of social work with people diagnosed with dual disorders, that is, individuals experiencing both a mental illness and a substance use disorder. The aim of the study is to identify the factors that support or hinder successful intervention and to highlight the importance of integrated and multidisciplinary approaches. The research is based on a qualitative methodology, specifically semi-structured interviews with professionals working with clients with dual diagnosis. The findings show that the most significant determinants of successful practice include the quality of the worker–client relationship, continuity of care, accessibility of services, the degree of collaboration among professionals, and the ability to address the individual needs of clients. The thesis emphasizes the necessity of adopting a holistic bio-psycho-social approach and the need for further development of community-based and integrated services supporting recovery and long-term stability.

Keywords

Dual diagnosis; Intervention, Multidisciplinary team; Psychiatric disorders; Social work

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé Zvolte položku. práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své Zvolte položku. práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 26. listopadu 2025

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi poskytli podporu při tvorbě této diplomové práce. Děkuji své vedoucí práce za odborné vedení a cenné rady, rodině a blízkým za trpělivost a podporu a také všem respondentům výzkumu za jejich ochotu a čas.

Obsah

Seznam obrázků	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk	9
Úvod.....	10
1 Teoretická část.....	12
1.1 Definice a koncept duální diagnózy	12
1.2 Sociální práce s lidmi s duální diagnózou	15
1.3 Přístupy a metody v práci s lidmi s duální diagnózou	18
1.4 Faktory ovlivňující úspěšnost sociální práce.....	25
2 Výzkumná část / Praktická část	29
2.1 Cíl výzkumu/projektu	30
2.2 Metodika výzkumu	31
2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	34
2.4 Diskuse.....	50
2.5 Návrhy a doporučení pro praxi.....	52
Závěr	54
Seznam použitých zdrojů	56
Přílohy.....	61

Seznam obrázků

Obrázek 1 Specifika práce s klienty s duální diagnózou	35
Obrázek 2 Budování důvěry a terapeutického vztahu	37
Obrázek 3 Metody a přístupy v práci s klienty s duální diagnózou.....	39
Obrázek 4 Multidisciplinární spolupráce.....	41
Obrázek 5 Systémové a strukturální bariéry.....	43
Obrázek 6 Faktory usnadňující práci s klienty s duální diagnózou	46

Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika účastníků výzkumu.....	32
--	----

Seznam zkratek

A kol.	a kolektiv
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Porucha pozornosti s hyperaktivitou)
Aj.	A jiné
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health
CARe	Comprehensive Approach to Rehabilitation
CDZ	Centrum duševního zdravotního
ČR	Česká republika
Et al.	a kolektiv
HR	Harm reduction
IDDT	Integrated Dual Disorder Treatment (model integrované léčby duální poruchy)
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MDT	Multidisciplinární tým
Např.	Například
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIDA	National Institute on Drug Abuse
o. p. s.	obecně prospěšná společnost
OCD	Obsessive–Compulsive Disorder (Obsedantně kompulzivní porucha)
R	Respondent
Tzv.	takzvaně
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Problematika duálních diagnóz představuje v současné sociální práci jednu z největších a zároveň nejkomplexnějších výzev. Osoby, u nichž se současně vyskytuje duševní onemocnění a porucha způsobená užíváním návykových látek, se často ocitají v začarovaném kruhu vzájemně se posilujících potíží. Psychické onemocnění může vést k užívání návykových látek jako způsobu zvládnutí náročných emocí či symptomů, zatímco intoxikace nebo dlouhodobé užívání dále zhoršuje psychický stav a zvyšuje nestabilitu v každodenním fungování. Tento dynamický a mnohovýrovný vztah výrazně komplikuje nejen možnosti léčby, ale také sociální integraci a celkové zotavení člověka.

Význam tématu není pouze odborný – duální diagnózy představují závažnou společenskou otázku. Osoby s tímto typem komorbidit jsou ve zvýšené míře ohroženy sociálním vyloučením, ztrátou bydlení, nezaměstnaností, zadlužením, konfliktem se zákonem či opakovanými hospitalizacemi. Z pohledu veřejného zdraví a sociálních služeb se jedná o klientelu, která vyžaduje vysoce individualizovanou, dlouhodobou a často intenzivní podporu. Zpráva o nelegálních drogách v České republice (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024) uvádí, že prevalence duální diagnózy mezi pacienty závislostních služeb přesahuje 50 %, což potvrzuje, že jde o problém širokého dosahu. Přesto není péče o tuto skupinu stále dostatečně sjednocena a koordinována, což vede k roztržitosti a neefektivitě systému.

Úspěšná sociální práce s lidmi s duální diagnózou předpokládá interdisciplinární přístup, který propojuje adiktologické, psychiatrické a sociální služby. Vedle samotné intervence hrají klíčovou roli také faktory, které ovlivňují její úspěšnost – dostupnost služeb, motivace klienta, kvalita multidisciplinární spolupráce, systémové nastavení péče či přístup odborníků. Sociální pracovníci se často setkávají s překážkami, jako je nízká motivace klientů, přetíženost systému, nedostatek propojení služeb nebo stigmatizace, která může významně oslabit klientovu ochotu vyhledat pomoc.

K volbě tématu mě vedl osobní i profesní zájem o práci s klienty s duální diagnózou. V praxi jsem se opakovaně setkávala s komplikacemi, které vyplývají z nedostatečně provázaného systému péče, a s případy, kdy klienti nebyli schopni získat adekvátní podporu právě kvůli své komorbiditě. Tyto zkušenosti ve mně vzbudily potřebu hlouběji porozumět tomu, jaké faktory mají na úspěšnost sociální práce nejvýraznější vliv a jak lze nastavit služby tak, aby byly efektivnější a lépe reflektovaly skutečné potřeby lidí s duální diagnózou.

Duální diagnózy jsou v současnosti stále častěji rozpoznávány jako zásadní výzva nejen pro zdravotnictví, ale i pro oblast sociálních služeb. Česká republika prochází procesem transformace péče o duševní zdraví, jehož cílem je přechod od institucionálně orientovaného modelu k modelu komunitních a integrovaných služeb. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 zařazuje integraci zdravotních a sociálních služeb mezi stěžejní priority. V praxi to znamená rozšiřování center duševního zdraví, posilování multidisciplinárních týmů, rozvoj komunitních služeb a vytváření nových modelů péče, které propojují psychiatrickou a adiktologickou oblast. Právě osoby s duální diagnózou jsou jednou z cílových skupin, pro které jsou tyto změny nejvíce potřebné.

Cílem této diplomové práce je analyzovat hlavní faktory, které ovlivňují úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou, identifikovat klíčové aspekty efektivní praxe a poukázat na možné způsoby zlepšení kvality poskytovaných služeb. Výzkum vychází z kvalitativní metody sběru dat, konkrétně z polostrukturovaných rozhovorů s odborníky, kteří s touto cílovou skupinou dlouhodobě pracují. Jeho cílem je zachytit pohled praxe – tedy to, jak odborníci chápou úspěšnost své práce a co považují za překážky či facilitátory v procesu podpory klienta.

Podle Kaliny a kol. (2015) je pro práci s klienty s duální diagnózou nezbytné zohlednit bio-psycho-sociální rámec, který propojuje biologické, psychologické, sociální a kulturní faktory ovlivňující vznik, průběh i léčbu těchto poruch. SAMHSA (2020) zdůrazňuje význam terapeutické aliance, multidisciplinární spolupráce a dostupnosti služeb, které významně ovlivňují motivaci klienta i výsledky intervence. Sociální pracovníci zde často stojí v roli koordinátorů péče i stabilních průvodců v často nepřehledném systému služeb.

Z praktického i teoretického hlediska je proto důležité porozumět tomu, co ovlivňuje kvalitu a efektivitu sociální práce, jaké postupy se ukazují jako funkční a jaké systémové či organizační faktory mohou být překážkou. Téma této práce tak úzce souvisí s oborem sociální práce, která se v současnosti stále více profiluje jako profesní disciplína schopná propojit různé segmenty pomoci, podporovat klienta v procesu zotavení a vytvářet podmínky pro jeho dlouhodobou stabilizaci a začlenění.

Struktura této práce odpovídá jejímu zaměření. Teoretická část se věnuje definici duální diagnózy, specifikům sociální práce s touto klientelou, přístupům a metodám využívaným v praxi a faktorům, které ovlivňují úspěšnost intervence. Praktická část popisuje cíle a metodologii kvalitativního výzkumu, prezentuje výsledky rozhovorů s odborníky a nabízí diskusi nad zjištěními. Závěrečná část pak shrnuje hlavní poznatky a formuluje doporučení pro praxi sociální práce a podporu rozvoje integrovaných služeb.

Teoretická část

1.1 Definice a koncept duální diagnózy

Duální diagnóza označuje souběžný výskyt duševní poruchy a syndromu závislosti. V odborné literatuře se často zaměňují pojmy komorbidita a duální diagnóza. Psychiatrická komorbidita představuje výskyt více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. Naopak termín duální diagnóza vyjadřuje specifický vztah mezi dvěma onemocněními a zdůrazňuje jejich etiologickou souvislost, tedy určitý vzájemný příčinný vztah těchto poruch nebo onemocnění (Kalina et al., 2008).

Z etiologického hlediska lze rozlišit dvě skupiny komorbidních uživatelů drog. První skupinu tvoří jedinci s primární psychiatrickou diagnózou mimo kategorie F.10 a F.19, kteří začínají nekontrolovatelně užívat návykové látky jako důsledek svých psychických potíží. Tento jev je známý jako model automedikace. S tímto modelem se často setkáváme například u úzkostných poruch, kde užívání alkoholu nebo léků může dočasně zmírnit obtížné stavy pacienta, avšak současně představuje významnou komplikaci. Druhá varianta představuje opačný scénář, kdy intenzivní užívání drog, například metamfetaminu, vede k organickým poškozením mozku, která mohou být doprovázena různě závažnými kognitivními deficity (Kalina et al., 2008).

Karel Nešpor ve své knize Návykové chování (2013) uvádí, že sekundární závislost označuje situaci, kdy závislost vzniká jako důsledek jiné duševní poruchy, například deprese, kterou se pacient snažil zvládat pomocí alkoholu nebo jiných návykových látek. V této souvislosti se používá také pojem „duální diagnóza“ (anglicky „dual diagnosis“), který znamená, že pacient kromě závislosti trpí i jinou duševní poruchou, která není vyvolána užíváním návykových látek (například závislost na alkoholu spojená s léčbou schizofrenie). U duální diagnózy, resp. sekundární závislosti, je nezbytné léčit jak samotnou závislost, tak i přidruženou duševní poruchu. Podle Foxe a kol. (2011) je pojem duálních poruch používán pro jedince, u nichž se současně vyskytuje duševní onemocnění a porucha užívání návykových látek, přičemž úspěšná léčba vyžaduje integrovaný přístup zaměřený na obě tyto složky zároveň.

1.1.1 Časté typy duálních diagnóz

Alkohol je často užíván jako prostředek k subjektivnímu zmírnění příznaků deprese a úzkosti. U lidí, kteří trpí depresí spojenou se zneužíváním alkoholu, je riziko pokusu o sebevraždu až pětkrát vyšší než u ostatních depresivních pacientů.

Stanovení duální diagnózy je obecně velmi obtížné. Závislost na alkoholu a destruktivní chování, které z ní vyplývá, často dominují klinickému obrazu pacienta a zastírají příznaky duševního onemocnění. Navíc užívání alkoholu může spustit rozvoj symptomů duševních poruch, které je těžké odlišit od samotných příznaků psychického onemocnění. Abstinenční syndrom nebo akutní intoxikace mohou také napodobovat příznaky duševní poruchy. Deprese a úzkostné stavy lze rovněž chápat jako symptomy spojené s cyklem intoxikace a abstinence – příznaky, které alkohol potlačoval, se v období abstinence často znovu objevují.

V praxi to vede k tomu, že akutní příznaky duševních poruch u pacientů s duální diagnózou bývají mylně interpretovány jako důsledek užívání návykových látek, zatímco abstenenční nebo

intoxikační projevy jsou naopak nesprávně diagnostikovány jako psychické onemocnění. Tento diagnostický zmatek může způsobit, že psychiatrické služby znevýhodňují nebo odmítají pacienty s diagnózou závislosti. Podobně mohou být pacienti s duševními problémy vyloučeni z léčby závislosti na návykových látkách (Broklová, L., Šťastná, L., Minařík, J., 2017).

Marie Vágnerová (2014) zmiňuje důsledky dlouhodobého užívání pervitinu. Dle Vágnerové dlouhodobí uživatelé často trpí depresemi a suicidálními tendencemi. Mají sklon k sebevraždám a potýkají se s úzkostnými a psychotickými symptomy. Mívají rovněž problémy s kontrolou vzteku a sklonem k násilnému chování (např. během akutní intoxikace).

Další psychickou poruchou, o které pojednává, je psychotická porucha spojená s užíváním drog, zejména pervitinu a kokainu. Projevuje se halucinacemi, paranoidními bludy, vztahovostí a jinými poruchami vnímání reality. Někteří uživatelé zažívají tzv. psychotické reminiscence, tedy spontánní návraty halucinací a bludů, i když již drogu neužívají. Tyto stavy se mohou objevovat i po letech abstinence, zejména u marihuany (Vágnerová, 2014).

I projevy ADHD v dospělosti jsou často spojeny s dalšími komplikacemi nad rámec symptomatologie diagnóz. Vlivem snížené pozornosti, ohrožení impulzivity, snížené seberegulace a dalších specifík bývají jedinci s ADHD i rizikovým chováním spojeným s maladaptivními vzorci. Riziko rozvoje užívání návykových látek v dospělosti je v případě komorbidit s hyperkinetickou poruchou více než dvojnásobné oproti non-ADHD populaci. To je dále spojeno s nástupem závislosti v dřívějším věku, komplikovanějším průběhu léčby a vyššími mírami relapsů. U těchto jedinců byla také častěji zaznamenána polymorfní závislost a opakující se hospitalizace následkem užívání návykových látek (Miovský, 2018).

1.1.2 Prevalence

Vysoký výskyt souběhu poruch užívání návykových látek a duševních onemocnění neznamená, že jedno z nich způsobilo to druhé, ani když se jedno objevilo dříve. Určit, co bylo příčinou a co následkem, je složité z několika důvodů. Například problémy s chováním nebo emocemi nemusí být tak výrazné, aby bylo možné je diagnostikovat (říká se jim subklinické příznaky), ale i tak mohou vést k užívání drog. Navíc si lidé nemusí přesně pamatovat, kdy začali s užíváním drog nebo kdy se objevily psychické problémy, což ztěžuje určení, co přišlo jako první (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Propojení mezi psychiatrickým onemocněním a užíváním návykových látek zkoumalo několik dlouhodobých zahraničních studií. Výsledky se od sebe liší v závislosti na tom, jaká skupina byla zkoumána – vězni, bezdomovci, mladiství, klienti psychiatrických nemocnic aj., jaký byl časový rámec výzkumu – poslední rok, celoživotní a také jaká přesná kritéria pro posuzování jsou zvolena. Ve studii Weaver et al. (2003) uvedlo 44 % pacientů psychiatrických komunitních týmů, že v uplynulém roce měli problém s užíváním drog nebo alkoholu v posledním roce. Nejčastěji zneužívanou drogou je konopí a alkohol (25,2%).

V České republice zatím neexistuje mnoho studií, které by se podrobně věnovaly prevalenci duální diagnózy. Dostupné výzkumy navíc často neodpovídají závěrům zahraniční literatury. Podle Kaliny (2015) je jednou z příčin skutečnost, že této problematice je v tuzemském systému věnováno stále málo odborné pozornosti.

Na toto upozorňuje i studie Miovské, Miovského a Mravčíka (2006), která pracovala s daty Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Autoři analyzovali údaje o 15 118 hospitalizovaných uživatelích drog (diagnózy F10–F19) a zjistili, že pouze 2 489 osob, tedy zhruba 16,4 %, mělo současně diagnostikovanou i jinou psychiatrickou poruchu. Tento podíl komorbidit je výrazně nižší než v mnoha zahraničních výzkumech. Autoři upozorňují, že výsledky mohou být ovlivněny jak vysokou mírou poddiagnostiky, tak strukturou sledovaného souboru, který zahrnoval výhradně hospitalizované pacienty, nikoliv širší populaci osob užívajících návykové látky.

Duální diagnózy, tedy souběh duševního onemocnění a užívání návykových látek, představují v praxi častý a klinicky významný jev. Podle údajů uváděných Kalinou a Minaříkem (2019) se prevalence duálních diagnóz v drogové klientele v České republice i zahraničí pohybuje až kolem 50 %. Nejčastějšími typy duševních onemocnění v souvislosti s užíváním návykových látek jsou:

- poruchy osobnosti (44 %),
- psychotické poruchy (40 %),
- úzkostné poruchy (34 %),
- fobie (28 %),
- poruchy příjmu potravy (15 %),
- OCD (6 %),
- schizoidní poruchy (3 %),
- organické psychosyndromy (3 %).

(Tims et al., 1997, citováno v Kalina, 2019)

Aktuální data z České republiky potvrzují vysoký výskyt duálních diagnóz mezi pacienty léčenými pro poruchy užívání návykových látek. Podle Zprávy o nelegálních drogách v České republice (2024) činila prevalence duálních diagnóz u těchto pacientů 57,3 %. Mezi nejčastějšími duševními poruchami byly zaznamenány úzkostné poruchy (31,1 %) a poruchy osobnosti (25,7 %). Tato zjištění poukazují na významnou míru komorbidit, která zvyšuje nároky na léčebné i sociální služby a podtrhuje potřebu integrované péče propojující adiktologii s psychiatrií.

Z uvedených dat vyplývá významná míra komorbidit, která zvyšuje nároky na léčebné i sociální služby. Praktické zkušenosti například z terapeutické komunity Magdaléna ukazují, že více než polovina klientů má zkušenost s psychiatrickou diagnózou. Tento fakt podtrhuje nutnost integrované péče, která reflektuje komplexnost těchto případů a propojuje adiktologii s psychiatrií (Magdalena, 2023).

1.2 Sociální práce s lidmi s duální diagnózou

Lidé s duální diagnózou – tedy s kombinací závažného duševního onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek – představují jednu z nejohroženějších a zároveň nejsložitěji uchopitelných cílových skupin v oblasti sociální práce. Tito jedinci bývají marginalizováni nejen ve společnosti obecně, ale často i v rámci samotného systému pomoci. Jak upozorňuje Růžková (2023), jejich potřeby bývají „rozděleny“ mezi různé oblasti služeb, což vede k tzv. principu „otočných dveří“, kdy klienti opakovaně selhávají v systému, který na jejich komplexní situaci není adekvátně připraven.

Sociální pracovníci se u této cílové skupiny často potýkají s obtížemi souvisejícími se stanovením diagnózy, fragmentací služeb, nízkou motivací ke změně či s recidivou. Zkušenost ukazuje, že absence jednotných diagnostických kritérií, roztržitost systému a nízká dostupnost integrovaných služeb významně ztěžují efektivní pomoc. Navíc – jak text uvádí – pojem „selhání klienta“ v sobě často nese selhání systému či pomáhajících pracovníků, kteří nedokázali dostatečně reagovat na skutečné potřeby člověka v krizi. Tento postoj odpovídá i závěrům Kvaterník a Grebenc (2009), kteří upozorňují, že sociální práce by měla vycházet z každodenní reality člověka a nesmí být omezena pouze klasifikačním rámcem, který může zúžit pohled na osobnost klienta a přispět ke stigmatizaci.

Za klíčový přístup je považován tzv. integrovaný model péče, který propojuje adiktologii a péči o duševní zdraví v rámci jednoho týmu a místa. Tento model stojí na multidisciplinaritě, kontinuitě péče a na důrazu na lidskost a partnerský přístup. V sociální práci s lidmi s duální diagnózou je proto zásadní osvojit si bio-psycho-socio-spirituální rámec, který zahrnuje nejen léčbu a sociální podporu, ale také důvěru, respekt, aktivní naslouchání a schopnost flexibilně reagovat na měnící se životní situaci klienta.

Jak autoři publikace Podpora lidí s duální diagnózou opakovaně zdůrazňují, nestačí vytvářet nové služby a programy – je třeba především změnit způsob uvažování. Sociální práce zde hraje klíčovou roli jako profese, která je schopna spojovat jednotlivé segmenty pomoci a zároveň stát na straně člověka jako průvodce, nikoli hodnotitel (Růžková et al., 2023).

V praxi se často ukazuje, že klienti s duální diagnózou bývají „přehazováni“ mezi jednotlivými segmenty pomoci – psychiatrie je odmítá kvůli závislosti, adiktologické služby zase kvůli duševnímu onemocnění. Jak uvádí Nepustil et al. (2019), právě pro tuto skupinu je zásadní rozvíjet síťování mezi službami a posilovat mezioborovou spolupráci napříč zdravotnickými, sociálními a komunitními institucemi. Sociální práce zde hraje klíčovou roli jako prostředník a koordinátor péče, který má možnost nejen propojit služby, ale zároveň posílit hlas samotného klienta. Autoři metodiky zdůrazňují potřebu tzv. recovery-oriented přístupu, který vychází ze silných stránek klienta, podporuje jeho schopnosti a motivaci ke změně a staví ho do role aktivního partnera v procesu pomoci. Klient by neměl být vnímán pouze skrze svou diagnózu, ale jako člověk s osobní zkušeností, zdroji a právy, který má být zapojen i do tvorby a hodnocení služeb.

1.2.1 Specifika přístupu k lidem s duální diagnózou

Práce s osobami s duální diagnózou – tedy s kombinací duševního onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek – vyžaduje specifický přístup, který reflektuje jejich

komplexní potřeby. Sociální pracovník musí reagovat nejen na samotnou diagnózu, ale i na její důsledky v oblasti sociálního fungování, přístupu ke službám a zvládání stigmatizace.

Jedinci s duální diagnózou jsou často vystaveni vícenásobné stigmatizaci – ze strany společnosti i samotných služeb. Stigma spojené s psychiatrickým onemocněním a zároveň s užíváním návykových látek může vést k sociálnímu vyloučení, ztrátě sebevědomí, obavám z vyhledání pomoci a vyššímu riziku relapsu (Corrigan, Kosyluk a Rüsch, 2016).

Významným jevem, na který upozorňuje jak odborná literatura, tak i praktické poznatky z terénu, je sebestigmatizace. Klienti mohou vnitřně přijmout negativní stereotypy o své diagnóze, což oslabuje jejich motivaci k léčbě a vede k pocitům bezmoci a nízké sebehodnoty (Hostašová, 2021). Z pohledu sociální práce je důležité vytvářet bezpečné, nediskriminační prostředí a podporovat posilování kompetencí a sebedůvěry klienta (Novotná, 2021).

Jedním z hlavních problémů v péči o osoby s duální diagnózou je nedostatečná dostupnost integrované péče. V mnoha případech bývá léčena pouze jedna složka problému – buď psychiatrická, nebo adiktologická – zatímco druhá zůstává nediagnostikovaná a neléčená. Výzkumy ukazují, že skutečně integrovanou léčbu zaměřenou na oba problémy současně obdrží jen malá část klientů. Podle zprávy National Institute on Drug Abuse dostává integrovanou péči pouze 7–20 % osob s duální diagnózou, což znamená, že většina klientů není léčena komplexně a jejich potřeby zůstávají částečně neřešené (NIDA, 2010; NIDA, 2020).

Tato roztržičnost péče je přítomná i v českém kontextu, kde spolupráce mezi psychiatrií a sociálními službami bývá často nedostatečná. Sociální pracovník tak plní klíčovou roli „spojovacího článku“ mezi různými segmenty pomoci – od zdravotních přes adiktologické až po komunitní a krizové služby (Correia, Garvie a Allan, 2023). Efektivní podpora klienta s duální diagnózou vyžaduje multidisciplinární a koordinovaný přístup, který respektuje jeho individuální potřeby i právo na spoluúčast v rozhodování.

1.2.1 Bio-psycho-sociální model jako rámec práce

Biopsychosociální přístup představuje důležitý rámec, který sociální pracovníci využívají k porozumění složitému propojení biologických, psychologických a sociálních faktorů v životech klientů. V rámci tohoto modelu si pracovníci uvědomují, že na duševní zdraví a celkovou pohodu mají zásadní vliv nejen genetické nebo psychické aspekty, ale také širší sociální a environmentální podmínky – jako je například chudoba, diskriminace nebo omezený přístup ke zdravotním službám.

V praxi biopsychosociální model slouží jako nástroj k provedení komplexního hodnocení potřeb klienta, které zahrnuje identifikaci všech souvisejících faktorů ovlivňujících jeho situaci. Následně se vytváří individuální plán péče, který je zaměřen na odstranění či zmírnění těchto faktorů, a to ve spolupráci s klientem a dalšími odborníky.

Jedním z hlavních přínosů tohoto přístupu je jeho celostní a klientsky orientovaná povaha. Namísto pouhého zaměření na projevy problému se klade důraz na pochopení jeho příčin a na podporu dlouhodobého zotavení. Model také zdůrazňuje význam partnerského vztahu s klientem, který posiluje jeho důvěru v systém a podporuje pocit autonomie a osobní angažovanosti ve změně (Social Work Portal, 2024).

1.2.2 Multidisciplinární přístup v péči o lidi s duální diagnózou

Péče o osoby s duální diagnózou je natolik komplexní, že vyžaduje zapojení různých odborností a koordinovanou spolupráci více profesí. Multidisciplinární přístup se v tomto kontextu ukazuje jako klíčový nástroj, který umožňuje poskytovat klientům komplexní, efektivní a na míru šitou podporu.

V dokumentu Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře osob s duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021) je multidisciplinární přístup vymezen jako způsob partnerské spolupráce různých profesí a organizací, který je založen na efektivní komunikaci, společném plánování a sdílení znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch klienta.

Pro uplatnění multidisciplinárního přístupu je zásadní, aby členové týmu sdíleli společné porozumění celostnímu (holistickému) pojetí zdraví. Tento přístup vychází z filozofického směru zdůrazňujícího, že celek je více než pouhý součet jeho částí, přičemž kořeny tohoto pohledu sahají k řeckému slovu „holos“, znamenajícímu „celek“. Na koncept holismu přímo navazuje bio-psycho-socio-spirituální model zdraví, který integruje biologickou, psychickou, sociální a spirituální dimenzi lidského života.

Čím více se multidisciplinární týmy řídí tímto komplexním přístupem, tím lépe dokážou využít odborné dovednosti svých členů, podpořit partnerské vztahy v péči a přispět k dosažení rovnováhy v životě klienta i v samotném systému poskytované pomoci (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021).

V současné psychiatrické péči je týmová práce považována za základní princip, přičemž multidisciplinární tým je založen na spolupráci specialistů, nikoli na hierarchickém uspořádání. Zástupci jednotlivých profesí přinášejí do týmu specifické dovednosti a zaměřují se na různé aspekty potřeb klienta, přičemž efektivní fungování týmu vyžaduje nejen koordinaci postupů, ale také schopnost udržet profesní identitu a otevřenou komunikaci. V českém kontextu jsou členy multidisciplinárních týmů obvykle psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci a v některých případech i ergoterapeuti (Matoušek a kol., 2015).

1.3 Přístupy a metody v práci s lidmi s duální diagnózou

Práce s lidmi s duální diagnózou představuje komplexní výzvu, která vyžaduje specifické přístupy zaměřené na respekt k individualitě, podporu autonomie a rozvoj vnitřní motivace ke změně. Efektivní intervence v této oblasti musí reflektovat nejen aktuální psychický a sociální stav klienta, ale také jeho životní příběh, silné stránky a potenciál pro zotavení.

Tato kapitola se zaměřuje na klíčové přístupy a metody využívané v práci s touto cílovou skupinou. Představí koncept integrované léčby duálních poruch, recovery přístup a model psychosociální rehabilitace CARE, terapeutické metody podporující zotavení, využití motivačních rozhovorů a také význam práce s rodinným a sociálním prostředím klienta jako součást komplexní podpory zotavení.

1.3.1 Integrovaná léčba

Integrovaná léčba duálních poruch je týmový přístup, který se zakládá na spolupráci a multidisciplinárním týmu. Členové týmu jsou školeni k tomu, aby současně léčili psychiatrické symptomy i symptomy poruchy užívání návykových látek (SUD). Jednou z klíčových dovedností, které se členové týmu osvojují, je motivační rozhovor. Tento přístup se vyznačuje tím, že intervence mohou být přizpůsobeny aktuální motivační fázi pacienta, což umožňuje zaměřit se na harm reduction u jednoho pacienta, zatímco u jiného se může pracovat na podpoře abstinence (Wisdom, Manuel and Drake, 2011).

Integrovaná léčba probíhá v jednom zařízení a pod vedením jednoho terapeutického týmu, který je schopen řešit oba problémy současně. Většina autorů preferuje tento přístup, protože zvyšuje úspěšnost léčby, poskytuje klientům větší přínos a je nákladově efektivnější (Kalina, 2013).

Schulte et al. (2011) také uvádějí, že tento model je ideální pro spokojenost pacientů. Integrovaný model navíc minimalizuje rizika, která mohou vzniknout z konceptu „léčby s dvojím zaměřením“, a také z termínu „duální diagnóza“, který může vést k rozdělení klienta na dvě oddělené části a ignorování vzájemných vztahů (patogenetických, psychodynamických, neurofarmakologických) mezi užíváním návykových látek a jinými psychickými problémy, které se navzájem ovlivňují a spojují do jednotného klinického obrazu u jednoho jednotlivce (Kalina, 2013).

Integrovaná léčba duálních poruch představuje ucelený přístup, který propojuje péči o duševní onemocnění a poruchy užívání návykových látek. Model Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) byl formulován Mueserem a kol. (2003) a staví na principech integrované péče, dlouhodobosti, fázově orientovaných intervencí, individuálního plánování a multidisciplinární týmové práce. Praktické doporučení pro implementaci těchto principů rozpracovává příručka Clinical Guide for IDDT (Delos Reyes et al., 2012).

- **Integrovaná péče:** duševní onemocnění a závislost jsou léčeny současně, v rámci jednoho terapeutického plánu, jedním multidisciplinárním týmem.
- **Dlouhodobost léčby bez časového omezení:** klientům je poskytována péče po dobu, jakou skutečně potřebují, bez předem daného časového rámce.
- **Fázově přizpůsobené intervence:** zohledňování aktuální motivační fáze klienta (např. nepřipravenost ke změně, ambivalence, aktivní změna, prevence relapsu) a podle ní volba vhodných metod a cílů.

- **Motivační přístup:** využití technik jako je motivační rozhovor pro posílení vnitřní motivace klienta ke změně.
- **Individuální plánování péče:** léčba je postavena na konkrétních potřebách, hodnotách a životních cílech klienta.
- **Zapojení rodiny a blízkých:** spolupráce s přirozeným sociálním prostředím klienta, podpora jeho vztahových vazeb a opory v běžném životě.
- **Zaměření na zotavení a kvalitu života:** cílem není pouze snížení symptomů, ale i zlepšení fungování klienta v oblastech, jako je bydlení, zaměstnání, vztahy a volný čas.
- **Multidisciplinární týmová práce:** koordinovaná spolupráce různých odborností (psychiatr, adiktolog, psycholog, sociální pracovník aj.) pod jedním vedením.
- **Sledování a vyhodnocování průběhu léčby:** pravidelné monitorování pokroku klienta a flexibilní přizpůsobování léčby podle vývoje situace.

1.3.2 Sukcesivní léčba

Sukcesivní přístup k léčbě znamená, že se jednotlivé složky duální diagnózy řeší postupně – obvykle se nejprve zaměřujeme na závislost a následně na přidružené duševní onemocnění, nebo naopak. Tento postup může být důležitý pro to, aby klient mohl bezpečně a efektivně vstoupit do psychoterapie. U farmakologické léčby je klíčové rozlišit projevy duševní nemoci od účinků intoxikace. Zároveň je třeba mít na paměti, že pokud nejsou psychické obtíže včas rozpoznány a podpořeny, může to klientovi ztížit zapojení do léčebného procesu, snižovat jeho duševní pohodu a zvyšovat riziko přerušování léčby nebo návratu k rizikovému chování. Cílem je proto vytvořit takové podmínky, které klientovi umožní bezpečný prostor pro změnu a zotavení (Metodika moderních metod v adiktologických službách, 2021).

Podle výsledků výzkumu, které shrnuje Botha et al. (2023), účastníci sukcesivní léčby uváděli několik pozitivních dopadů tohoto přístupu. Za prvé, zvýšila se jejich motivace k udržení abstinence poté, co porozuměli účinkům návykových látek na svůj život. Za druhé, dosažení abstinence jim umožnilo s větší otevřeností a nasazením řešit psychické obtíže. A za třetí, dlouhodobé udržení abstinence vedlo ke zvýšení sebevědomí, pocitu kontroly nad vlastním životem a celkového funkčního fungování (Green et al., 2015, cit. dle Botha et al., 2023).

1.3.3 Paralelní léčba

Paralelní léčba znamená, že se závislost i duševní onemocnění řeší současně, avšak v různých zařízeních. Úspěch tohoto přístupu závisí především na kvalitní komunikaci a koordinaci mezi oběma institucemi, na sdílené koncepci péče a aktivní spolupráci všech zapojených odborníků. Ideální je, pokud je péče propojena prostřednictvím dobře nastaveného case managementu a jasně určených klíčových pracovníků. Pokud však taková koordinace chybí, přechází veškerá tíha zajištění propojení péče na samotného klienta, což může být velmi zatěžující a rizikové, zejména v období, kdy potřebuje spíše podporu než další organizační nároky (Metodika moderních metod, 2021).

Zatímco některé studie prokazují zlepšení v oblasti symptomů i návykového chování u klientů zapojených do paralelní léčby, jiné poukazují na její omezení. Například studie Mangruma, Spence a Lopeze (2006, cit. dle Botha et al., 2023) ukázala, že integrovaný model léčby vedl k nižší míře hospitalizací a zatčení ve srovnání s paralelní léčbou. Podobně Randall, Thomas a

Thevos (2001, cit. dle Botha et al., 2023) zjistili, že ačkoliv klienti se sociální úzkostí a závislostí na alkoholu zaznamenali zlepšení napříč oběma skupinami, paradoxně ti, kteří absolvovali integrovanou léčbu, po jejím ukončení častěji uváděli intenzivnější konzumaci alkoholu než kontrolní skupina. Tato zjištění ukazují, že účinnost paralelní léčby je proměnlivá a závisí na konkrétním nastavení služeb, charakteristikách klienta a míře koordinace mezi zapojenými odborníky.

1.3.4 Recovery a model psychosociální rehabilitace CARE

Přístup zaměřený na zotavení (recovery) vznikl jako odpověď na potřebu vnímat člověka s duševním onemocněním nejen skrze symptomy a omezení, ale jako celistvou osobnost schopnou hledat nový smysl, naději a kvalitu života i přes trvalé následky nemoci.

Jak uvádí Anthony (1993), ačkoli byl koncept zotavení běžný v oblasti fyzických onemocnění a postižení, v oblasti péče o osoby s vážným a přetrvávajícím duševním onemocněním se objevuje teprve později. Recovery je chápáno jako hluboce osobní a jedinečný proces, jehož cílem není pouze vymizení symptomů, ale především obnova naděje, rozvoj schopností a nalezení nové životní role a smyslu.

Tento přístup přináší zásadní změnu ve vnímání péče o lidi s duševním onemocněním, kdy odborníci již nevystupují pouze jako poskytovatelé léčby, ale jako partneři podporující klienta v jeho vlastní cestě k zotavení.

Jazyk podporující zotavení je založen na několika základních principech, které odrážejí respekt k individualitě a důstojnosti každého člověka.

Klíčovým východiskem je uznání jedinečnosti každého jednotlivce, jeho životního příběhu, který nelze zredukovat pouze na administrativní záznamy.

Dále je zdůrazňován princip „nic o nás bez nás“, který vyjadřuje právo každého člověka rozhodovat o svém životě a být aktivním účastníkem v procesu zotavení.

Významnou roli hraje také zaměření na silné stránky klienta, jeho schopnosti, přání a ambice, nikoliv pouze na jeho problémy či deficity.

Důležitým aspektem je srozumitelnost komunikace, tedy snaha mluvit jazykem, kterému klient rozumí, namísto používání odborného žargonu.

Posledním principem je neposuzující přístup, kdy pomáhající profesionálové nevystupují v roli soudců, ale v roli podporujících partnerů, kteří respektují zkušenosti a pohled klienta na vlastní život (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

Tradiční přístupy k léčbě osob s duální diagnózou, jako je postupná nebo paralelní léčba, často selhávají právě proto, že se zaměřují pouze na jednu složku problému nebo probíhají odděleně v různých systémech. Klienti pak čelí nejen nedostatečné koordinaci péče, ale i rozdílným přístupům odborníků. Zotavení je pak komplikováno roztržitostí podpory a absencí integrovaného rámce (Fox et al., 2011).

Na principy recovery přímo navazuje metoda CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation), která systematicky rozvíjí práci s individuálními cíli klienta, jeho potenciálem a prostředím, v němž žije.

Metoda CARE přistupuje k rehabilitaci klienta v širokém kontextu a staví do centra jeho osobnost a individuální životní příběh. Klienta vnímá jako celistvou lidskou bytost, přičemž reflektuje nejen jeho psychický stav, ale také prostředí, v němž žije, a jeho společenské vazby.

Základem přístupu je úzká provázanost mezi jednotlivými oblastmi života – bydlením, prací, vzděláváním, trávením volného času i sociálními vztahy. Cílem je zvýšit kvalitu života klienta skrze rozvoj jeho silných stránek, snižování zranitelnosti a podporu při dosahování individuálně zvolených cílů.

Podstatnou roli přitom hraje také odstraňování bariér prostředí a zajištění dostupnosti životních příležitostí – například v oblasti zaměstnání, vzdělání či volnočasových aktivit (Den Hollander a Wilken, 2016).

1.3.5 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) patří mezi nejčastěji využívané psychoterapeutické přístupy v práci s lidmi s duální diagnózou. Je postavena na modelu, který propojuje myšlení, emoční prožívání a chování. Změna v jednom z těchto aspektů se promítá do ostatních a vede k pozitivnímu ovlivnění klientova fungování (Pešek, Praško & Štípek, 2013).

U klientů s duální diagnózou pomáhá KBT především v oblasti zvládání maladaptivních vzorců myšlení, posilování sebeřízení a rozvíjení copingových strategií, např. při zvládání cravingu, práce s relapsem nebo zvládání úzkosti a deprese (Kalina et al., 2008). KBT rovněž podporuje schopnost plánovat změnu, strukturovat každodenní fungování a monitorovat chování (Beck, 2011).

V kontextu sociální práce je důležitá zejména flexibilita KBT – lze ji využít i v nízkoprahovém prostředí, ambulantní péči nebo v rámci komunitních služeb. Sociální pracovníci mohou některé základní intervenční prvky KBT (např. práce s myšlenkami, plánování aktivit, zpětná vazba) využít při stabilizaci klienta a podpoře jeho motivace ke změně (Pešek, Praško & Štípek, 2013; Kalina et al., 2008).

1.3.6 Peer podpora

Peer podpora představuje specifickou formu psychosociální pomoci, kterou poskytují lidé s osobní zkušeností s duševním onemocněním. V kontextu sociální práce s osobami s duální diagnózou hrají peer konzultanti významnou roli při budování důvěry, podpory motivace a posilování naděje na zotavení. Díky své zkušenosti jsou schopni navázat s klientem autentičtější a rovnocennější vztah, čímž mohou pozitivně ovlivnit ochotu klienta zapojit se do služeb (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014).

Podle metodiky Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (2016) se peer konzultanti aktivně zapojují do jednotlivých fází zotavení – od krizové intervence, přes stabilizaci každodenního života až po reintegraci do společnosti. Jejich práce zahrnuje jak emocionální podporu, tak i praktickou pomoc – například doprovod na úřady, pomoc s plánováním dne nebo vytvářením WRAP plánu. Důležitým aspektem je také jejich schopnost poskytnout naději na zlepšení a být důkazem, že zotavení je možné.

Díky svému postavení v multidisciplinárním týmu peer konzultanti přispívají ke zlepšení spolupráce mezi službami, posilují principy partnerského přístupu a snižují míru stigmatizace.

Jejich zapojení je tak důležitým faktorem, který může pozitivně ovlivnit výsledky sociální práce u osob s duální diagnózou – zejména v oblasti udržení kontaktu se službami, posílení sebevědomí a podpory aktivního přístupu ke změně (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2016).

1.3.7 Motivační rozhovory

Motivační rozhovory (MR) představují specifický styl komunikace, jehož cílem je podpořit vnitřní motivaci klienta k žádoucí změně. Miller a Rollnick (2013) charakterizují motivační rozhovor jako spolupracující a cílený přístup, který klade důraz na prozkoumávání a posilování klientových vlastních důvodů pro změnu v atmosféře přijetí a respektu. Tento styl práce zdůrazňuje důležitost autonomie klienta, podporuje jeho vlastní kompetence a pomáhá formulovat pozitivní závazek ke změně.

Základními principy motivačních rozhovorů jsou empatie, evokace vnitřní motivace a respekt k rozhodovacím procesům klienta.

Motivační rozhovor je dynamický proces, který se skládá ze čtyř klíčových fází: navázání kontaktu (engagement), vymezení cíle (focusing), vyvolání motivace (evoking) a plánování změny (planning).

V první fázi, navázání kontaktu, se klade důraz na vytvoření bezpečného a důvěryhodného vztahu mezi pracovníkem a klientem. Fáze vymezení cíle se zaměřuje na identifikaci konkrétní změny, na které chce klient pracovat. V následující fázi, vyvolání motivace, facilitátor podporuje klienta v hledání a formulování jeho vlastních důvodů ke změně. Závěrečná fáze plánování pak pomáhá klientovi vytvořit realistický a konkrétní plán kroků, které ho povedou ke kýžené změně.

Každá z těchto fází je flexibilní a v průběhu rozhovoru se mohou jednotlivé procesy prolínat, vracet nebo prohlubovat v závislosti na potřebách klienta (Miller a Rollnick, 2013).

Motivační rozhovor využívá několik základních komunikačních technik, které pomáhají navázat důvěrný vztah s klientem a podporují jeho vnitřní motivaci ke změně.

Jedním z hlavních nástrojů je reflektivní naslouchání, jehož cílem je hlubší porozumění klientovým pocitům, postojům a ambivalenci. Tato technika umožňuje klientovi lépe si uvědomit vlastní myšlenkové a emoční procesy v souvislosti se změnou.

Otevřené otázky podporují samostatné uvažování a umožňují klientovi rozvíjet vlastní odpovědi, čímž napomáhají formulaci jeho vlastních cílů.

Oceňování zdůrazňuje silné stránky klienta, jeho úspěchy a pozitivní zkušenosti, čímž posiluje jeho sebedůvěru a schopnost zvládat změnu.

Shrnování slouží k rekapitulaci hlavních témat rozhovoru, upevnění klientových rozhodnutí a strukturování společné práce.

Poskytování informací je pak nástrojem, který rozšiřuje klientovy znalosti způsobem, jenž respektuje jeho autonomii a umožňuje mu lépe se orientovat v možnostech změny, aniž by byl direktivně veden (Soukup, 2020).

Při vedení motivačního rozhovoru mohou nastávat různé překážky, které narušují proces posilování vnitřní motivace klienta.

Jednou z nejčastějších je tendence pracovníka přebírat roli autority a předepisovat klientovi konkrétní kroky nebo řešení, čímž dochází k omezení jeho autonomie.

Další bariérou je varování, zastrašování či dramatizace následků určitého chování, což často vyvolává odpor a obranu namísto motivace ke změně.

Problematickým přístupem je také nabízení hotových řešení a rad, které mohou působit neosobně a podkopávat klientovu vlastní schopnost hledat cesty ke změně.

K překážkám patří rovněž přesvědčování pomocí logických argumentů, které často nebere v potaz emocionální a individuální rozměr klientovy situace.

Všechny tyto komunikační chyby mohou vést ke snížení motivace klienta, posílení jeho obranných mechanismů a celkovému oslabení efektivity rozhovoru (Soukup, 2020).

1.3.8 Harm reduction

Přístup harm reduction (HR), v překladu „snížování škod“, představuje specifický způsob práce s lidmi, kteří se nacházejí v rizikové životní situaci, často spojené s užíváním návykových látek, duševním onemocněním či jiným typem sociálního vyloučení. V jádru tohoto přístupu stojí snaha minimalizovat negativní dopady rizikového chování, aniž by bylo nutné trvat na jeho okamžitém ukončení (např. abstinenci). V kontextu sociální práce je HR hodnotově ukotvený přístup, který klade důraz na respekt k autonomii klienta, uznání jeho důstojnosti a práce s realitou jeho aktuální životní situace. Sociální pracovník tak nevystupuje jako kontrolní orgán, ale jako partner, který klienta podporuje v tom, co je pro něj dosažitelné a smysluplné (Podané ruce o.p.s., 2019).

Efektivní uplatnění HR přístupu předpokládá spolupráci různých odborníků napříč službami – od sociálních pracovníků, přes zdravotníky, psychoterapeuty až po pracovníky nízkoprahových a pobytových zařízení. Klíčovým nástrojem je zde síťování, tedy vytváření funkčních vazeb mezi organizacemi a jednotlivými službami. Sociální pracovník v této roli často vystupuje jako koordinátor, který pomáhá klientovi orientovat se v systému služeb, propojuje jej s dalšími odborníky a podporuje jeho zapojení do péče. Právě pro osoby s duální diagnózou je takový komplexní přístup často klíčový (Podané ruce o.p.s., 2019).

1.3.9 Krizová intervence a case management

Krizová intervence a case management tvoří dynamickou dvojkrokovou strategii v péči o osoby s duální diagnózou. Krizová intervence zajišťuje okamžitou pomoc při akutní destabilizaci, zatímco case management se zaměřuje na dlouhodobou koordinaci péče, multidisciplinární týmovou spolupráci a kontinuální podporu klienta.

Krizová intervence představuje odbornou metodu práce s klientem, která se zaměřuje na pomoc v situacích, které klient prožívá jako ohrožující, stresující nebo jinak negativní. Jejím cílem je poskytnout klientovi podporu a pomoci mu zvládnout jeho aktuální stav. Krizová intervence se soustředí na zpřehlednění klientova prožívání a na zastavení neproduktivních reakcí, které by mohly vést k rizikovému chování. Terapeut se při tom orientuje na klientovy zkušenosti, které přispívají k současné krizi, a podporuje jeho schopnost využít své přirozené zdroje a dovednosti k jejímu překonání (Vodačková, 2020).

Jedním z klíčových faktorů ovlivňujících úspěšnost sociální práce s klienty s duální diagnózou je schopnost pracovníka rozpoznat a adekvátně reagovat na psychopatologické projevy, které jsou často s duální diagnózou úzce spojeny. Jak uvádí Lorenc in Vodačková et al. (2020), lidé s duální diagnózou se mohou potýkat s projevy psychotických stavů, které se vyznačují ztrátou schopnosti odlišit vlastní prožitky od reality, přítomností bludů a halucinací. Tyto symptomy mohou významně narušit spolupráci klienta a vést ke komplikacím v poskytování pomoci.

V praxi to znamená, že sociální pracovník musí být připraven nejen na projevy závislostního chování, ale také na krizové stavy, které vyplývají z psychických onemocnění (například schizofrenie nebo akutní toxické psychózy způsobené užíváním drog). Lorenc in Vodačková et al. (2020) zdůrazňuje, že krizová intervence v těchto případech pomáhá stabilizovat aktuální stav klienta, předcházet rizikovému chování a zároveň podpořit klienta v jeho motivaci ke spolupráci a léčbě.

Zásadní roli při práci s klienty s duální diagnózou hraje individuální přístup, který zohledňuje bio-psycho-sociální model. Tento přístup umožňuje pracovníkovi chápat klienta nejen jako nositele psychiatrické diagnózy, ale jako člověka, jehož stav ovlivňuje řada vzájemně propojených faktorů – od biologických přes psychologické až po sociální. Sociální pracovník by se proto měl orientovat nejen na řešení aktuálního problému (například stabilizaci psychického stavu), ale i na podporu sociálních vazeb, rodinných vztahů a prevence relapsu (Hajný in Vodačková et al., 2020).

V kontextu sociální práce s klienty s duální diagnózou je také nezbytné věnovat pozornost motivaci klienta k léčbě a změně životního stylu. Podle Hajného in Vodačková et al. (2020) je motivační přístup nedílnou součástí krizové intervence, neboť podporuje aktivní zapojení klienta do procesu změny a pomáhá mu hledat vlastní řešení své situace.

Z těchto důvodů je zřejmé, že úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou je ovlivněna celou řadou faktorů: schopností pracovníka rozpoznat a zvládnout psychopatologické projevy, dovedností využívat krizovou intervenci k překonání akutních stavů a motivací klienta ke spolupráci na řešení jeho obtíží.

Case management (případové vedení) představuje ucelený přístup, který propojuje různé služby a podporu klienta tak, aby mu pomohl zvládat náročné životní situace a zvýšit jeho soběstačnost. Podle Probstové (in Matoušek et al., 2010) je jeho cílem zajistit klientovi koordinovanou péči napříč zdravotními, sociálními a dalšími oblastmi a podpořit jeho aktivní účast na řešení problémů. Case management klade důraz na individuální přístup, flexibilitu a úzkou spolupráci mezi pracovníkem a klientem.

1.4 Faktory ovlivňující úspěšnost sociální práce

1.4.1 Kvalita vztahu jako prediktor efektivity práce

Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou je kvalita vztahu mezi pracovníkem a klientem. V odborné literatuře se pro tuto oblast často používá pojem *terapeutická aliance* nebo *pomáhající vztah*, který zahrnuje důvěru, vzájemné porozumění, respekt a společné stanovení cílů. V kontextu duální diagnózy, kde je důvěra narušena předchozími zkušenostmi se systémem, stigmatizací nebo traumatem, je kvalitní vztah často podmínkou další spolupráce.

Studie van Benthem et al. (2020) prokázala, že síla terapeutické aliance už při prvním sezení významně ovlivňuje výsledky léčby u mladistvých klientů s duální diagnózou. Kombinované hodnocení kvality vztahu ze strany klienta i terapeuta v časně fázi léčby výrazně zvyšovalo pravděpodobnost dosažení pozitivního výsledku – až osminásobně. Samotné hodnocení jedné strany bylo prediktivně méně přesné než společné hodnocení obou (van Benthem et al., 2020).

Tato zjištění jsou přenosná i do oblasti sociální práce, kde kvalita vztahu může ovlivnit jak setrvání klienta ve službě, tak jeho motivaci ke změně. Dobrý vztah zároveň umožňuje lépe pracovat s krizí, relapsem nebo ambivalencí, které jsou u cílové skupiny velmi časté. V kontextu multidisciplinární péče se navíc ukazuje, že právě sociální pracovník bývá často tím, kdo drží vztahovou kontinuitu napříč službami, a stává se tak klíčovým aktérem podpory zotavení.

Kvalitu vztahu mezi klientem a pracovníkem neovlivňuje pouze metoda práce, ale i míra osobní angažovanosti pracovníka. Kopřiva (2024) rozlišuje mezi pracovníkem, který je „angažovaný“, tj. vstupuje do vztahu s respektem, autenticitou a ochotou vnímat individuální potřeby klienta, a pracovníkem, který zůstává „úředníkem“ – tedy formálně správným, ale vztahově distancovaným. V kontextu práce s lidmi s duální diagnózou, kteří často zažili systémovou nedůvěru, je právě lidský, autentický a stabilní přístup klíčem k tomu, zda klient na vztah vůbec zareaguje a zda se do procesu péče aktivně zapojí (Kopřiva, 2024).

1.4.2 Individuální faktory

Na vznik duální diagnózy může mít vliv řada individuálních faktorů. Podle Roots Recovery (2023) mezi ně patří biologické predispozice, kdy genetická zátěž nebo abnormality ve struktuře a fungování mozku mohou zvyšovat pravděpodobnost rozvoje duševních poruch a užívání návykových látek. Pokud se například v rodině vyskytují psychické poruchy či závislosti, riziko vzniku těchto potíží u dalších členů rodiny roste.

K významným individuálním faktorům patří také osobní historie traumatických událostí, například fyzické nebo psychické týrání, zanedbávání v dětství nebo ztráta blízké osoby. Tyto zkušenosti mohou přispívat ke zvýšené psychické zranitelnosti a následně vést k vyššímu riziku rozvoje duální diagnózy.

Psychologické faktory pak odkazují na to, jak jedinec zvládá své emoce a stres. Často se stává, že lidé s psychickými problémy hledají úlevu v užívání návykových látek, aby si zmírnili příznaky

onemocnění. Tento způsob zvládání je však krátkodobý a z dlouhodobého hlediska může stav zhoršit.

Další roli hrají osobnostní rysy – například lidé, kteří mají vyšší tendenci k vyhledávání nových zážitků nebo k riskování, bývají náchylnější k užívání drog či alkoholu, což může přispívat k rozvoji duální diagnózy.

1.4.3 Interpersonální faktory

Interpersonální faktory představují důležitý aspekt úspěšné sociální práce s lidmi s duální diagnózou, protože zahrnují kvalitu vztahů mezi klientem a sociálním pracovníkem, spolupráci v multidisciplinárním týmu a síťování s dalšími institucemi. Kvalita vztahu mezi klientem a pracovníkem je klíčová pro navázání důvěry a efektivní podporu při změně návyků a chování. Podle Kaliny a Minaříka (2015) je nezbytné, aby tento vztah byl založen na respektu, empatii a vzájemné důvěře, neboť právě tyto prvky významně ovlivňují motivaci klienta spolupracovat na procesu léčby a sociálního začlenění.

Součástí interpersonálních faktorů je také spolupráce mezi pracovníky různých profesí, jako jsou adiktologové, psychiatři, psychologové a sociální pracovníci. Týmová práce umožňuje komplexní přístup k potřebám klienta a zvyšuje efektivitu poskytovaných služeb. Kalina a kol. (2015) zdůrazňují, že multidisciplinární tým a sdílení informací mezi jednotlivými odborníky je zásadní pro dosažení kvalitní péče.

Neméně důležitým prvkem interpersonálních faktorů je zapojení širší sociální sítě klienta, jako jsou rodina, přátelé, školy, úřady a neziskové organizace. Aktivní spolupráce s těmito institucemi pomáhá vytvořit podpůrné prostředí, které klientovi umožňuje lépe zvládat změny životního stylu a minimalizovat riziko relapsu. Síťování a spolupráce s komunitními zdroji tak významně přispívají k úspěchu sociální práce s osobami s duální diagnózou (Kalina a kol., 2015).

V sociální práci s lidmi s duální diagnózou hraje kvalita vztahu mezi klientem a pracovníkem zásadní roli. Podle SAMHSA (2020) je vytvoření respektujícího a podpůrného terapeutického vztahu klíčové pro zapojení klienta a úspěch intervence. Tito klienti často čelí stigmatizaci a nízké motivaci, což může narušovat proces spolupráce.

Duální diagnózy představují komplexní výzvu, která může zatěžovat vztah mezi klientem a pracovníkem a snižovat kvalitu poskytované péče. Proto je důležité využívat přístupy, které posilují empatii, motivaci a rozvoj dovedností klienta potřebných ke zvládání náročných situací. Tyto strategie podporují dlouhodobou stabilitu a zotavení.

Sociální pracovníci by měli být citliví k tomu, že některé duševní poruchy (např. deprese, úzkosti, PTSD) jsou chronické a mohou přinášet specifické obtíže, které vyžadují individuální přístup a důraz na udržení terapeutického vztahu (SAMHSA, 2020).

1.4.4 Organizační a systémové faktory

Organizační a systémové faktory představují důležitou součást úspěšné práce s lidmi s duální diagnózou. Podle Friedmana (2020) mají významný vliv na kvalitu života a míru zapojení těchto osob do komunitního prostředí právě služby a podpory poskytované organizacemi. Studie ukazuje, že individuální organizační podpora – například pomoc s využíváním prostředí,

zapojením do komunity či navazováním vztahů – výrazně zvyšuje šance osob s duální diagnózou na úspěšné zapojení do společnosti.

Friedman (2020) zároveň upozorňuje na systémové nerovnosti, které mohou vznikat v důsledku různých forem bydlení, způsobu komunikace nebo formy opatrovnictví. Tito lidé pak nemusí dostávat podporu potřebnou k plné účasti v komunitě. Proto je důležité, aby organizace reflektovaly tyto rozdíly a aktivně pracovali na odstraňování překážek v přístupu ke komunitním službám.

Celkově lze konstatovat, že systematická podpora a rozvoj komunitních služeb jsou klíčové pro podporu úspěšné integrace osob s duální diagnózou a zvyšování kvality jejich života (Friedman, 2020).

V České republice jsou tyto aspekty reflektovány v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030, který zdůrazňuje důležitost rozvoje komunitních služeb a deinstitucionalizace péče o osoby s duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020). Tento dokument klade důraz na efektivní koordinaci mezi zdravotními a sociálními službami na regionální a lokální úrovni, což je klíčové i pro klienty s duální diagnózou.

Mezi prioritní oblasti patří rozvoj komunitních center duševního zdraví (CDZ), která mají poskytovat flexibilní a individuálně přizpůsobenou péči a podporovat integraci klientů do přirozeného prostředí. Plán také počítá s posílením financování komunitní péče a zavedením nástrojů pro hodnocení kvality a efektivity služeb. Tyto kroky jsou zásadní pro vytvoření stabilního a dostupného systému, který reflektuje potřeby osob s duální diagnózou.

V kontextu sociální práce je důležité, aby pracovníci aktivně podporovali propojení služeb, účastnili se koordinace mezi jednotlivými poskytovateli a usilovali o rovný přístup klientů ke kvalitní péči (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

V této souvislosti lze využít i přístup popsany Nešporem (2018), který vychází ze systémové teorie. Podle něj je zdraví – a rovněž i duševní pohoda či míra rizikového chování – výsledkem působení mnoha vzájemně provázaných systémů (biologických, psychologických, sociálních, kulturních apod.). Nešpor zdůrazňuje, že ač některé z těchto systémů nelze přímo ovlivnit, je možné posílit ochranné faktory v jiných oblastech. V rámci práce s lidmi s duální diagnózou tak může být efektivní zaměřit se na oblasti, které jsou ovlivnitelné – například dostupnost komunitních služeb, forma komunikace, způsob zapojení do rozhodovacích procesů nebo kvalita mezilidských vztahů – a posilovat jejich podpůrnou funkci ve prospěch klienta.

1.4.5 Kulturní a environmentální faktory

Kulturní a environmentální faktory představují významný kontext, který ovlivňuje úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou. Tyto faktory zahrnují především hodnoty, normy, tradice a předsudky, které mohou ovlivnit postoj společnosti k osobám s duální diagnózou a jejich vlastní motivaci ke změně. Vliv kultury se projevuje také v rozdílech v přístupu k léčbě, ve vnímání duševních poruch a užívání návykových látek.

Podle SAMHSA (2020) může kulturní prostředí významně ovlivnit, jak lidé vnímají stigmatizaci, a tím i jejich ochotu vyhledat odbornou pomoc. Kulturní normy, postoje k alkoholu a drogám a úroveň informovanosti o duálních diagnózách často určují, zda jedinec bude považovat svou situaci za problém a bude motivován ke změně.

Environmentální faktory zahrnují fyzické prostředí, socioekonomické podmínky, dostupnost služeb, kvalitu bydlení, pracovní možnosti a podporu ze strany komunity. Například v prostředí s vysokou mírou chudoby nebo nedostatečnou dostupností zdravotní a sociální péče může být obtížnější zajistit efektivní podporu klientů s duální diagnózou. Také faktory jako nezaměstnanost, ztráta bydlení nebo nedostatek sociální podpory mohou vést k opakovaným relapsům a komplikovat proces zotavení.

V sociální práci je proto důležité brát v úvahu nejen individuální potřeby klientů, ale také jejich kulturní zázemí a environmentální podmínky, ve kterých žijí. Pracovníci by měli být citliví k těmto faktorům a přizpůsobovat intervence tak, aby odpovídaly realitě života klienta a podporovaly jeho sociální začlenění.

2 Výzkumná část / Praktická část

Výzkumná část této diplomové práce navazuje na teoretické poznatky shrnuté v první kapitole a usiluje o hlubší porozumění faktorům, které ovlivňují úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou. Přestože odborná literatura i strategické dokumenty opakovaně zdůrazňují význam multidisciplinárního přístupu, dostatečné propojení teorie a praxe v českém kontextu stále naráží na řadu překážek. Zkušenosti samotných sociálních pracovníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují v každodenní praxi, přitom představují nepostradatelný zdroj poznatků pro identifikaci dobré praxe i problémových oblastí systému.

Cílem výzkumu je zmapovat, jak sociální pracovníci působící v centrech duševního zdraví vnímají faktory podporující či komplikující efektivní práci s klienty s duální diagnózou. Výzkum se zaměřuje především na jejich zkušenosti s každodenní praxí, používané přístupy a metody, spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu a na vnímání bariér, které ovlivňují kvalitu poskytovaných služeb.

Pro dosažení tohoto cíle byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně metoda polostrukturovaných rozhovorů. Tento přístup umožňuje zachytit osobní zkušenosti, názory a postoje respondentů a zároveň poskytuje prostor pro detailní reflexi konkrétních situací. Záměrem není dospět k zobecnitelným statistickým závěrům, ale porozumět významům, které sociální pracovníci své práci přikládají, a identifikovat opakující se témata, jež mohou být inspirací pro další rozvoj služeb.

Výsledky výzkumu budou sloužit nejen k doplnění teoretických poznatků uvedených v první části práce, ale také jako podklad pro formulaci doporučení pro praxi a pro zefektivnění systémového nastavení podpory osob s duální diagnózou.

2.1 Cíl výzkumu/projektu

Hlavním cílem výzkumu je identifikovat a analyzovat faktory, které ovlivňují úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou v prostředí center duševního zdraví. Výzkum se zaměřuje na to, jak sociální pracovníci vnímají specifika této cílové skupiny, jaké postupy a přístupy považují za efektivní a jaké bariéry jim v praxi nejčastěji brání.

Dílčí cíle výzkumu jsou následující:

- zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí své zkušenosti s klienty s duální diagnózou,
- popsat přístupy, metody a nástroje, které se jim při práci osvědčují,
- zmapovat možnosti a limity multidisciplinární spolupráce v rámci center duševního zdraví,
- identifikovat faktory, které podporují, a naopak ty, které komplikují úspěšnou intervenci,
- formulovat doporučení pro praxi sociální práce a pro další rozvoj služeb.

Výzkum je koncipován kvalitativně, jeho cílem není statistické zobecnění výsledků, ale hlubší porozumění zkušenostem a perspektivám sociálních pracovníků, kteří se každodenně setkávají s klienty s duální diagnózou.

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumný design

Výzkum byl postaven na kvalitativním přístupu, který umožňuje porozumět tomu, jak lidé své zkušenosti vnímají, prožívají a vysvětlují. Tento typ výzkumu je vhodný zejména tehdy, když je cílem postihnout osobní pohledy účastníků a pochopit jejich vlastní vysvětlení situací, které se odehrávají v jejich profesním životě. Jak uvádí Hendl (2016), kvalitativní výzkum klade důraz na detailní porozumění souvislostem a procesům v jejich přirozeném prostředí a umožňuje flexibilně reagovat na nové informace, které se během práce v terénu objevují.

Tento přístup byl zvolen proto, že cílem bylo pochopit, jak sociální pracovníci vnímají svoji každodenní zkušenost při práci s klienty s duální diagnózou. Jedná se o oblast, kde nelze vystačit pouze s měřitelnými ukazateli, protože zásadní roli hrají osobní interpretace, profesní přesvědčení a subjektivní vnímání složitých situací. Kvalitativní metoda tak poskytuje prostor pro zachycení jemných rozdílů v tom, jak sociální pracovníci práci s touto skupinou klientů chápou a jaké významy jednotlivým situacím přiřkládají.

Výzkumný design byl navržen tak, aby podporoval otevřené sdílení zkušeností a zároveň umožnil upravovat průběh výzkumu podle toho, jaké informace se postupně objevovaly. Tato pružnost je pro kvalitativní práci charakteristická a umožňuje výzkumníkovi reagovat na témata, která jsou pro účastníky důležitá, a věnovat jim odpovídající pozornost.

Celkově zvolený postup umožňuje nahlédnout do komplexních situací, s nimiž se sociální pracovníci při práci s klienty s duální diagnózou setkávají, a pochopit je v širších souvislostech, než by umožnil čistě kvantitativní přístup.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo deset sociálních pracovníků působících v různých Centrech duševního zdraví (CDZ) v České republice. Všichni respondenti se ve své praxi setkávají s klienty s duální diagnózou, tedy s kombinací duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách.

Výběr probíhal záměrným výběrem (*purposive sampling*), kdy byli osloveni pracovníci splňující tato kritéria:

- působí v Centru duševního zdraví alespoň 1 rok,
- mají přímou zkušenost s prací s klienty s duální diagnózou,
- souhlasili s účastí v rozhovoru.

Všichni účastníci působí na pozici sociálního pracovníka a sdílejí zkušenosti z přímé práce s klienty s duševním onemocněním a současně s problematikou závislosti. Do výzkumu byli zařazeni pracovníci z různých regionů, což umožnilo zachytit rozmanitost praxe jednotlivých CDZ.

Délka praxe respondentů v oblasti sociální práce se pohybovala od 1 do 5 let. Většina z nich má zkušenost jak s terénní, tak ambulantní formou práce a někteří i z jiných sociálních služeb (např. chráněné bydlení či azylové domy). Tato pestrost zkušeností umožnila nahlédnout problematiku duálních diagnóz z různých úhlů pohledu.

Rozhovory probíhaly individuálně v období září roku 2025–říjen roku 2025, a to osobně či online formou. Každý rozhovor trval přibližně 20 až 40 minut. Všechny rozhovory byly nahrávány se

souhlasem respondentů, následně doslovně přepsány a anonymizovány. V textu jsou respondenti označeni kódy R1–R10, které chrání jejich totožnost.

Výzkumný vzorek byl tvořen homogenní skupinou sociálních pracovníků, což umožnilo soustředit se na jejich sdílené profesní zkušenosti, přístupy a vnímané obtíže v práci s klienty s duální diagnózou. Cílem nebylo dosáhnout reprezentativnosti, ale hlubšího porozumění praxi a vnitřnímu prožívání pracovníků v rámci multidisciplinárního systému péče.

Tabulka 1 Charakteristika účastníků výzkumu

Kód respondenta	Pohlaví	Délka praxe v CDZ	Celková praxe v sociální práci
R1	Ž	1,5 roku	3 roky
R2	Ž	2 roky	4 roky
R3	Ž	4 roky	4 roky
R4	Ž	3 roky	5 let
R5	Ž	4 roky	15 let
R6	Ž	2,5 roku	6 let
R7	Ž	3 roky	3 roky
R8	Ž	1,5 roku	2 roky
R9	Ž	3 roky	4 roky
R10	Ž	5 let	18 let

Zdroj: vlastní zpracování

Všichni účastníci byli seznámeni s cílem výzkumu a podepsali informovaný souhlas. Byla dodržena zásada anonymity, dobrovolnosti a etické ochrany účastníků v souladu s etickým kodexem sociální práce.

Nástroj sběru dat

Hlavním nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory vedené podle předem připraveného scénáře s otevřenými otázkami. Scénář vymezoval základní tematické okruhy, ale zároveň umožňoval flexibilně reagovat na odpovědi respondentů a rozvíjet témata, která se v rozhovoru spontánně objevila. Rozhovory trvaly 22 až 40 minut.

Rozhovorový scénář byl strukturován do několika hlavních oblastí:

- profesní zkušenosti respondentů a charakteristika jejich práce
- specifika klientů s duální diagnózou
- přístupy, metody a nástroje používané v práci s touto skupinou
- spolupráce v multidisciplinárním týmu
- faktory, které práci usnadňují nebo naopak komplikují
- doporučení a návrhy na zlepšení kvality péče

Plné znění scénáře rozhovoru je uvedeno v příloze A.

Postup sběru dat

Rozhovory byly realizovány osobně nebo prostřednictvím online komunikační platformy Zoom, podle možností a preferencí respondentů. Při realizaci výzkumu byl kladen důraz na etické zacházení s účastníky, zejména na ochranu jejich soukromí a získání informovaného souhlasu (viz příloha B) s poskytnutím rozhovoru, který je součástí příloh diplomové práce. Před zahájením rozhovoru byli respondenti vždy srozumitelně informováni o cíli a průběhu výzkumu, o způsobu využití získaných dat i o svých právech, včetně možnosti kdykoli účast ukončit. Tento postup umožnil vytvoření bezpečné a důvěryhodné atmosféry a přispěl k transparentnímu vedení celého výzkumu.

Zpracování a analýza dat

Analýza dat probíhala formou tematické analýzy podle Braun a Clarke (2006). Nejprve jsem si všechny přepisy rozhovorů několikrát přečetla, abych získala celkový přehled. Poté jsem v textech zvýrazňovala důležité myšlenky, opakující se motivy a části, které souvisely s výzkumnými otázkami.

Takto vznikly krátké kódy, které vystihovaly to, o čem respondenti mluvili. Šlo například o kódy jako:

- „nestabilita klienta“,
- „relaps jako součást procesu“,
- „obtížné navazování důvěry“,
- „motivační rozhovor“,
- „role peera“,
- „komunikační šum v týmu“,
- „nedostatek služeb“,
- „podpora týmu“,
- „supervize“.

Následně jsem podobné kódy spojovala dohromady a vytvářela z nich širší tematické okruhy. Tímto způsobem postupně vznikla hlavní témata, která prezentuji ve výsledkové části: *specifika klientů s duální diagnózou, budování důvěry, metody práce, multidisciplinární spolupráce, systémové bariéry a faktory usnadňující práci*.

Analýza probíhala opakovaně – během práce jsem se několikrát vracela k původním transkriptům, aby témata odpovídala tomu, co respondenti skutečně říkali.

Etické aspekty

Výzkum probíhal v souladu s etickými zásadami sociální práce a kvalitativního výzkumu. Respondenti byli informováni o účelu výzkumu, zachování anonymity a dobrovolnosti účasti. Všechny údaje jsou zpracovány pouze pro účely této diplomové práce a nebudou poskytnuty třetím stranám.

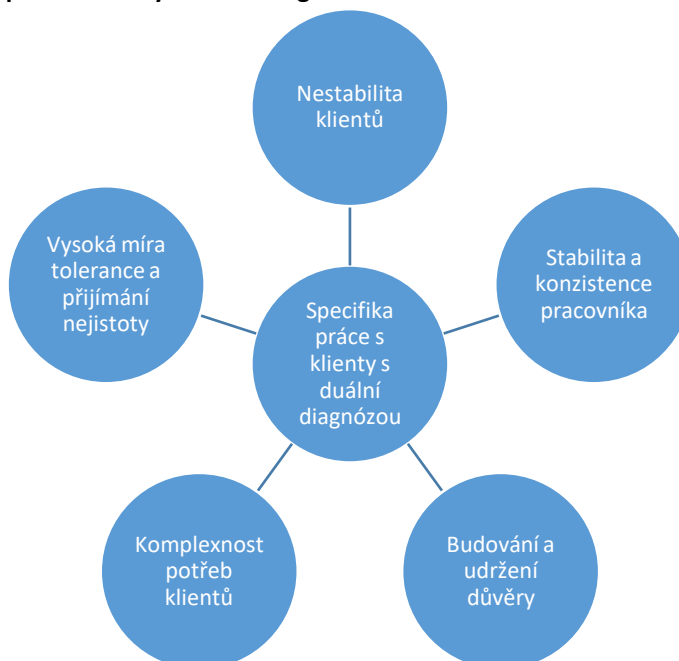
2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky výzkumu přinášejí hlubší porozumění tomu, jak sociální pracovníci vnímají a popisují práci s klienty s duální diagnózou a jaké faktory považují za klíčové pro efektivní podporu této skupiny. Cílem této kapitoly je představit hlavní témata, která se v rozhovorech opakovaně objevovala, a interpretovat jejich význam v kontextu současné praxe i teoretických východisek.

Analýza rozhovorů ukázala, že zkušenosti pracovníků se dotýkají jak individuální roviny práce s klientem, tak širšího systémového rámce, v němž služby fungují. Výsledky jsou proto uspořádány do několika tematických oblastí, které odrážejí hlavní okruhy identifikované během analýzy. Každá podkapitola představuje jedno z těchto témat, doplněné interpretací a ukázkami výpovědí respondentů.

2.3.1 Specifika klientů s duální diagnózou

Obrázek 1 Specifika práce s klienty s duální diagnózou



Zdroj: vlastní zpracování

Z rozhovorů se sociálními pracovníky vyplynulo, že práce s klienty s duální diagnózou je považována za mimořádně náročnou a odlišnou od práce s jinými cílovými skupinami. Tito klienti podle respondentů představují velmi nestabilní skupinu, která vyžaduje individuální, trpělivý a dlouhodobý přístup.

Respondenti opakovaně zdůrazňovali, že nestabilita klientů vyplývá z kombinace duševního onemocnění a závislosti, které se navzájem ovlivňují a prohlubují. Tato interakce podle nich významně zasahuje do psychického stavu klienta, jeho motivace i schopnosti spolupráce. Respondentka **R1** uvedla: „*Určitě je to nestabilita. Když klient užije návykovou látku, rozkolísá se celý jeho psychický stav, i když byl předtím stabilizovaný.*“

Tento výrok ukazuje, jak snadno může dojít k opětovnému zhoršení stavu a jak obtížné je udržet stabilní terapeutickou či pracovní spolupráci. Nestabilita se podle pracovníků projevuje nejen v oblasti duševního zdraví, ale také v oblasti sociální. Klienti často nedodržují domluvy, mizí z kontaktu nebo se vracejí až po delším období. Respondentka **R6** popsala: „*Často jsou méně spolehliví v domluvách – dohodneme se a pak to nedodrží, jsou rozlítaní nebo nezastížitelní, někdy i kvůli užití. V potřebách často strádají ve všech oblastech.*“

Nestabilita a opakované relapsy byly pracovníky vnímány jako přirozená součást procesu zotavování. Všichni respondenti se shodli, že relaps by neměl být považován za selhání, ale za součást cyklického procesu změny. Takový pohled je v souladu s principy *recovery přístupu*, který chápe zotavení jako individuální, dlouhodobý a často nerovnoměrný proces (viz Kapitola 1.3).

Respondentka **R10** k tomu uvedla: „U lidí s duální diagnózou se totiž nic neděje rychle. Je to hodně o vztahu, o důvěře a o tom, že když spadnou, tak jim neřekneš ‚já jsem ti to říkala‘, ale spíš ‚dobře, pojd‘, zkusíme to znova‘.“

Vedle relapsů se jako zásadní ukázala také obtížnost navazování důvěry. Klienti s duální diagnózou podle pracovníků často přicházejí s negativními zkušenostmi ze systému pomoci, se ztrátou důvěry v instituce nebo s narušenou schopností důvěřovat vůbec. Respondentka **R4** uvedla: „Hlavně důvěra — tu navazují strašně špatně, to je každodenní téma. Často jim nefungují mezilidské vztahy, a tak hledají útěchu v tom, že si vezmou drogu. Proto je potřeba být obrněný trpělivostí.“

Tato zkušenost ukazuje, že pro úspěšnou spolupráci je klíčová stabilita pracovníka, konzistentnost a dlouhodobost vztahu. Zároveň se zde odráží potřeba vyvážit empatii a hranice — pracovník musí být podpůrný, ale zároveň chránit vlastní stabilitu a profesní roli. Jak zdůraznila respondentka **R7**: „Je to náročný proces, který vyžaduje velkou dávku trpělivosti, empatie a schopnosti udržet si odstup, aby si pracovník zachoval vlastní stabilitu a nenechal se pohltit klientovými potížemi.“

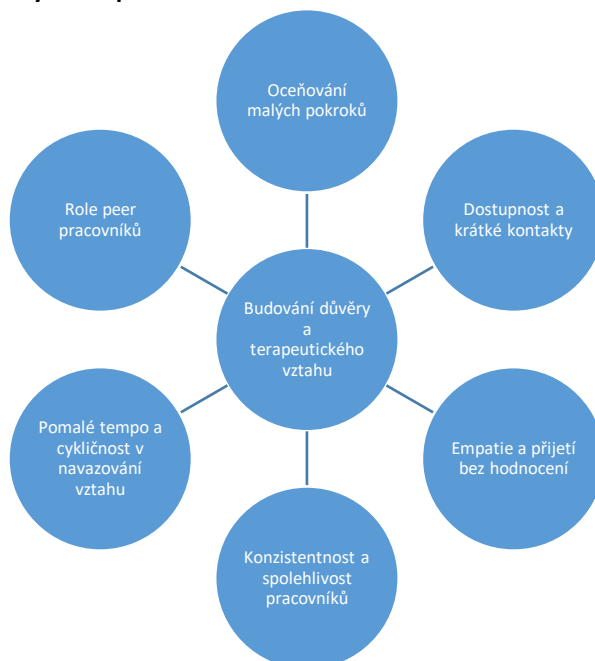
Dalším opakovaným tématem byla komplexnost potřeb klientů. Tito lidé se potýkají s kumulací potíží v různých oblastech života — od ztráty bydlení, přes zadlužení, až po narušené rodinné vztahy. Sociální pracovníci upozorňovali, že tyto problémy nelze oddělit od duševní nemoci nebo závislosti, protože se navzájem podmiňují a vytvářejí bludný kruh. Jak uvedla respondentka **R3**: „Je potřeba mít pevně vytyčené hranice a fakt se jich držet. (...) V praxi je to náročné hlavně tím, že do užívání často znovu spadnou a nepřiznají to.“

Z výpovědí je zřejmé, že práce s klienty s duální diagnózou vyžaduje vysokou míru tolerance k nejistotě a schopnost udržet profesionální odstup i při opakovaných krizích či selháních klienta.

Zjištění potvrzují, že pro úspěšnou práci s lidmi s duální diagnózou je zásadní porozumění cyklickému charakteru jejich zotavování, akceptace relapsu jako přirozené součásti procesu, ale také pevné profesionální hranice a dlouhodobý podpůrný vztah. Sociální pracovník zde plní nejen roli odborníka, ale i stabilního prvku v životě klienta, který mu umožňuje opakovaně zkoušet cestu ke změně.

2.3.2 Budování důvěry a terapeutického vztahu

Obrázek 2 Budování důvěry a terapeutického vztahu



Zdroj: Vlastní zpracování

Budování důvěry představuje podle sociálních pracovníků základní předpoklad pro práci s klienty s duální diagnózou. **R9** uvedla: „Bez vztahu neuděláš nic.“ Důvěra je pro pracovníky podmínkou jakéhokoli posunu v práci s klientem. Z rozhovorů vyplývá, že navázání kontaktu je u této skupiny dlouhodobý a často nestabilní proces. **R9** popisuje, že „je to pomalá práce a vyžaduje trpělivost. Často se vracejí zpátky – spadne, postaví se, zase spadne... ale když vydržíš s nimi, tak se občas stane, že to fakt klapne.“

Klienti s duální diagnózou podle pracovníků často potřebují delší čas na vytvoření vztahu. **R8** uvedla: „Musí si tě oťukat, zjistit, jestli to s nimi myslíš vážně. U nich je ta důvěra fakt křehká.“ Také **R4** řekla: „Hlavně důvěra – tu navazují strašně špatně, to je každodenní téma. Často jim nefungují mezilidské vztahy, a tak hledají útěchu v tom, že si vezmou drogu.“ Pracovníci popisují, že klienti mají za sebou opakované zklamání z institucí i osobních vztahů, což se promítá do jejich obav důvěřovat komukoli novému.

Důvěru podle respondentů nelze urychlit ani vynutit. Vztah vzniká postupně a závisí na přístupu pracovníka. **R1** uvedl: „Nesud’ je. Nehodnotit, nedávat přednášky, když užijí. Prostě přijmout situaci tak, jak je, a domluvit se, jak s tím dál pracovat.“ Důležitá je podle pracovníků otevřenost, pravdivost a transparentní komunikace. **R4** k tomu řekla: „Lhát nesmíme – poznají to vždycky.“

Důvěra je podle všech křehká a snadno se ztrácí. **R9** upozornila: „Stačí jedno nedorozumění a máš ji pryč.“ Proto je důležité držet se dohod a být konzistentní. **R3** uvedla: „Je potřeba mít pevně vytyčené hranice a fakt se jich držet. Průběžně připomínat dodržování dohod a termínů.“ Hranice vytvářejí pro klienta pocit bezpečí a jistoty.

Přímá komunikace je dalším prvkem, který pracovníci považují za klíčový. **R9** uvedla: „*Sednout si a říct si to na rovinu – hele, tohle ti teď nefunguje, pojd' se na to podívat jinak.*“ Podle **R5** je důležité „nastavit hned na začátku jasné hranice a pravidla služby a komunikovat o nich otevřeně“. Jasnost a čitelnost pomáhají klientovi orientovat se v rámci spolupráce.

Navazování vztahu je spojeno i s oceňováním drobných úspěchů. **R3** uvedla, že u klientů s duální diagnózou je důležité „vypíchnout malé krůčky, ukázat posun“, protože „často mají pocit, že nic nezvládají“. Podobně **R8** řekla: „*Ukazovat jim, co zvládli, i když to jsou malé kroky. Vlastně pořád dokola posilovat tu naději.*“ Pracovníci tak pomáhají klientům udržet motivaci i v období stagnace.

Kvalitní vztah je podle respondentů založený na rovnováze mezi empatií a vymezením hranic. **R9** uvedla: „*Mít jasné hranice, protože když se do toho člověk nechá vtáhnout, tak se snadno vyčerpá.*“ **R5** k tomu doplnila: „*Mám jasné nastavené hranice – vím, co chci a co nechci dělat. Když cítím, že by to bylo za mými hranicemi, raději to předám.*“ Udržování profesionálního odstupu pomáhá předcházet vyhoření i přetížení.

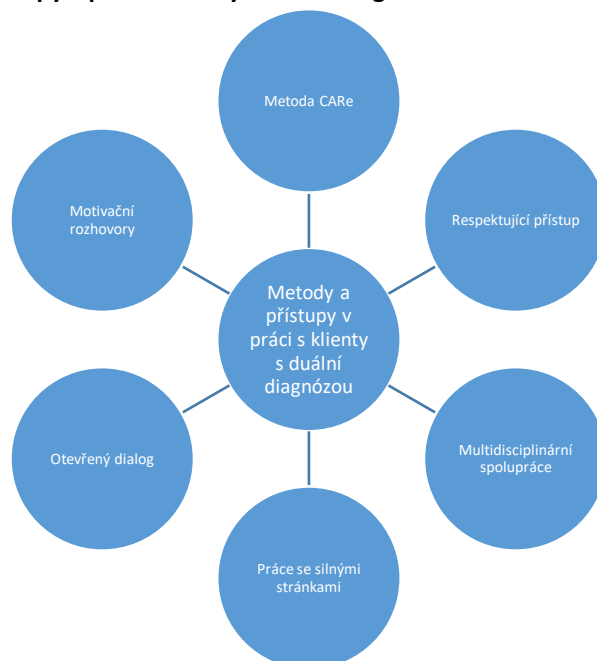
Součástí budování důvěry je i zapojení peer pracovníků, kteří přinášejí vlastní zkušenost s duševním onemocněním či závislostí. **R3** uvedla: „*Společné schůzky byly pro klienty přínosné – viděli, že to někdo zvládl, a mohl předat vlastní zkušenost. Já sama nemám zkušenost se závislostí, peer nás doplňoval – stejná metodika, jiná perspektiva, a klienty to motivovalo.*“ Také **R8** potvrdila, že „*peer má vlastní zkušenost a oni ho berou jinak než nás.*“

Důvěru podle některých pracovníků posiluje i běžná dostupnost a krátké kontakty mimo plánované schůzky. **R7** uvedla, že „*někdy stačí i krátký kontakt nebo telefonát, který zabrání propadu.*“ Přítomnost pracovníka v pravý moment může mít podle ní větší význam než dlouhé intervence.

Budování důvěry je dlouhodobý proces, který zahrnuje stabilitu, přijetí i schopnost zvládat opakované neúspěchy. Pracovníci často mluví o cykličnosti spolupráce – o návratech, přerušení a opětovném navázání kontaktu. **R8** poznamenala: „*Někdy to trvá dlouho, než se k tomu vůbec dostaneme.*“

2.3.3 Efektivní přístupy a metody práce

Obrázek 3 Metody a přístupy v práci s klienty s duální diagnózou



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti popisovali různé metody a přístupy, které se jim při práci s klienty s duální diagnózou osvědčily. Nejčastěji zmiňovanou metodou byla metodika CARE, která umožňuje vytvářet individuální plány a sledovat průběh zotavení. **R8** uvedla: „Máme metodiku CARE, tam je osobní plán, osobní profil, to je super. A pak třeba plán krizových situací, kde si klient sám popíše, co mu pomáhá, co ne. To se fakt osvědčilo, když pak přijde krize.“ **R9** popsala, že plán krizových situací využívá při práci s klientem tak, že si společně „popíšu, co pozná, když se blíží průšvih, a co mu tehdy pomáhá“. **R6** doplnila, že součástí CARE je i „plán včasných varovných příznaků“, který pomáhá předcházet krizím a relapsům.

Dalším často používaným nástrojem je tzv. „semafor“, který pomáhá klientům rozpoznávat rizikové situace. **R4** vysvětlila: „Zelená, žlutá, červená – klient si stanoví, co je ještě v pohodě a co už je za hranou a je čas uvažovat třeba o hospitalizaci.“ Tento vizuální způsob podle ní podporuje přehlednost a spolupráci.

Respondenti opakovaně zmiňovali motivační rozhovory, které pomáhají zjistit, v jaké fázi změny se klient nachází. **R5** uvedla: „Důležité je uvědomit si, v jaké fázi změny ten klient je – pokud já chci pracovat rychleji, než on je připravený, úplně se mineme.“ **R6** doplnila, že „motivační rozhovory pomáhají zjistit fázi změny a reagovat podle ní“. **R10** popsala jejich význam následovně: „Motivační rozhovor tě vrací do role průvodce, ne záchránce. Klient si sám říká, co chce změnit, a já jsem tu od toho, abych ho podpořila, ne rozhodovala za něj.“

Součástí práce je podle respondentů také otevřený dialog, který umožňuje vést rozhovor v atmosféře rovnosti a bez zatajování informací. **R6** uvedla: „Nejednáme za zády klienta, vše je

transparentní.“ **R9** doplnila: „Sednout si a říct si to na rovinu – hele, tohle ti teď nefunguje, pojď se na to podívat jinak.“

Několik pracovníků zmiňovalo, že klíčovou součástí práce je zaměření na silné stránky klienta. **R6** popsala: „Obecně pracujeme se silnými stránkami – co se daří, na tom stavíme.“ Podobně **R8** uvedla: „Ukazovat jim, co zvládli, i když to jsou malé kroky. Pořád dokola posilovat tu naději.“ **R10** popsala tuto práci konkrétně: „Klient si třeba ani neuvědomí, že má silné stránky. Děláme si spolu seznam – co mu šlo, co zvládl, co mu dělá radost.“

Více respondentů se shodlo, že efektivní je přístup založený na otevřenosti, respektu a trpělivosti. **R4** uvedla: „Člověk musí být trpělivý, nebrat si věci osobně a jednat v jejich zájmu – oni nejlíp vědí, co je pro ně dobře.“ **R1** řekl: „Nesud’ je. Nehodnotit, nedávat přednášky, když užijí. Prostě přijmout situaci tak, jak je, a domluvit se, jak s tím dál pracovat.“ Tento přístup pracovníci označují za základní podmínku pro navázání vztahu a další spolupráci.

Respondenti opakovaně zdůrazňovali význam peer pracovníků, kteří přinášejí vlastní zkušenost s onemocněním nebo závislostí. **R3** uvedla: „Společné schůzky s peerem byly pro klienty přínosné – viděli, že to někdo zvládl, a mohl předat vlastní zkušenost.“ **R8** dodala: „S některými klienty to hrozně dobře funguje, protože peer má vlastní zkušenost a oni ho berou jinak než nás.“

Za důležitou považují pracovníci také multidisciplinární spolupráci, která propojuje různé odbornosti. **R6** uvedla, že „v týmu je psycholog, psychiatr, sestry, peer konzultant – každý přináší jiný pohled a dohromady to dává smysl“. **R9** dodala: „Každý máme jiný styl práce – sociální pracovník, psychiatr, sestra, peer. Ale když se to sladí, tak to funguje.“

Několik respondentů se zaměřilo i na osobní nastavení a vzdělávání pracovníků. **R5** doporučila: „Jít na stáž do zařízení, kde s těmito lidmi denně pracují. Nasát způsob práce, vidět, jak to funguje v praxi.“ **R6** uvedla, že „stáž v kontaktním centru nebo následné péči“ pomáhá pochopit specifika závislostí. **R10** zdůraznila význam průběžného vzdělávání, protože „každý rok se objevují nové látky, nové trendy, a my musíme být v obraze“.

Efektivitu práce ovlivňuje také prostředí a návaznost služeb. **R9** uvedla: „Nedostatek doléčovacích center a chráněného bydlení brzdí další posun klienta.“ **R10** doplnila: „Propojení zdravotní a sociální oblasti je stále slabé – klienty si často spíš přehazujeme, než abychom spolupracovali.“ Přesto pracovníci uvádějí, že i přes nedostatky systému je možné dosáhnout pozitivních změn, pokud jsou přítomny jasné hranice, respekt a dlouhodobá podpora.

2.3.5 Multidisciplinární spolupráce

Obrázek 4 Multidisciplinární spolupráce



Zdroj: Vlastní zpracování

Spolupráce v multidisciplinárním týmu byla všemi respondenty popsána jako základní prvek fungování Centra duševního zdraví. Umožňuje spojit různé odbornosti, sdílet odpovědnost za péči o klienta a nabídnout podporu, která pokrývá jak zdravotní, tak sociální aspekty jeho situace.

R2 uvedla: „Je skvělé, když tam, kde končí moje kompetence, může klienta převzít někdo jiný – třeba psycholog, terapeut nebo zdravotník. Ta provázanost sociální a terapeutické složky má velký přínos.“ Podobně **R6** popsala: „V týmu je psycholog, psychiatr, zdravotní sestry, peer konzultant. Peer se zkušeností i s návykovými látkami je pro tuhle klientelu velmi motivující. Někdy narážíme na rozdílné pohledy zdravotní a sociální části, ale obecně je multidisciplinarita velké plus.“

Podle respondentů právě rozdílnost profesních pohledů vytváří prostor pro komplexní přístup ke klientovi, který by v jedné odbornosti nebyl možný. **R10** uvedla: „Máme psychologku, psychiatra, peera, sestry... Každý má jiný úhel pohledu. My sociální pracovníci se díváme víc na praktický život, psychiatři řeší léčbu, peer přináší zkušenost. Když se to spojí, má to obrovskou sílu.“

R9 popsala, že klienti pozitivně vnímají, když vidí, že o ně tým mluví společně: „Každý máme jiný styl práce – sociální pracovník, psychiatr, sestra, peer. Ale když se to sladí, tak to funguje.“

Někteří pracovníci popsali, že spolupráce mezi zdravotní a sociální částí služby přináší i určité napětí. **R4** uvedla: „Někdy je to složitější – ne vždycky přesně víme, co dělá zdravotnický personál,

a oni zase nevědí do detailu, co děláme my. Vzniká komunikační šum. Zároveň je to ale přínos: na poradách spojíme jejich znalost diagnóz ze zdravotního hlediska s naším humanitním pohledem a je z toho pro klienta benefit.“

R6 doplnila, že odlišnost rolí je přirozená a důležitá: *„Zdravotní část má spíš kontrolní roli, sociální je podpůrná. Je důležité, aby měl klient v týmu někoho, kdo drží pravidla, a zároveň někoho, kdo ho přijímá.“* Podle ní právě tento kontrast umožňuje klientovi cítit strukturu i bezpečí.

Na význam pravidelného sdílení zkušeností upozornila většina respondentů. **R4** uvedla: *„Pomáhají pravidelné týmové a případové porady, možnost chodit ve dvou.“* **R9** doplnila: *„Supervize je něco, bez čeho by to nešlo.“* **R10** uvedla: *„Supervize, intervize, sdílení s kolegy – bez toho by to nešlo. I humor v týmu je důležitý, pomáhá zvládat těžké situace.“*

Respondenti popisovali i konkrétní situace, kdy je spolupráce v týmu klíčová. **R3** uvedla: *„Někdy hranice služby – třeba když má klient důvěru hlavně ve mně, ale už by bylo lepší, aby něco řešil s jiným pracovníkem. Pomáhá předání s doprovodem a víc společných kontaktů, než se naváže důvěra i jinde.“* Týmová spolupráce podle ní umožňuje, aby se klient necítil opuštěný při změně pracovníka a lépe zvládal přechody mezi službami.

Více respondentů uvedlo, že silným prvkem týmu jsou peer pracovníci, tedy lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním nebo závislostí. **R3** popsala: *„Společné schůzky s peerem byly pro klienty přínosné – viděli, že to někdo zvládl, a mohl předat vlastní zkušenost.“* **R8** uvedla: *„S některými klienty to hrozně dobře funguje, protože peer má vlastní zkušenost a oni ho berou jinak než nás.“* **R6** dodala: *„Peer konzultant se zkušeností i s návykovými látkami je pro klienty s duální diagnózou velmi motivující.“*

Respondenti zároveň uváděli, že spolupráce se neomezuje jen na interní tým CDZ, ale probíhá i s dalšími institucemi – zejména s nemocnicemi, ambulantními psychiatry a adiktologickými službami. Právě zde se však objevují nejčastější limity. **R5** popsala: *„Obtíže bývají v komunikaci s adiktologickými službami – často to trvá dlouho a spolupráce není jednoduchá. Proto si myslím, že adiktolog přímo v týmu je klíčový.“* **R6** uvedla podobnou zkušenost: *„Mít v týmu někoho specializovaného na závislosti – ideálně adiktologa – by bylo velké plus.“* **R9** upozornila, že návaznost na doléčovací centra a služby následné péče je často velmi omezená, což komplikuje stabilizaci klientů po léčbě.

Součástí týmové spolupráce je i vzájemné vzdělávání a sdílení dobré praxe. **R4** uvedla: *„Pomáhá, že máme možnost vzdělávání a kurzů, i když by jich mohlo být víc. Know-how se musí neustále rozvíjet.“* **R10** doplnila: *„Každý rok se objevují nové látky, nové trendy, a my musíme být v obraze. Vzdělávání a propojení se zdravotní částí jsou klíčové.“*

R8 popsala, že sdílení v týmu pomáhá zvládat zátěžové situace: *„Týmová podpora, supervize, otevřená komunikace. A taky když máš pocit, že na to nejsi sama. Když se něco povede, i malá věc, tak tě to nakopne.“* Tento prvek pracovníci označovali za důležitý pro udržení stability a prevence vyhoření.

Někteří respondenti hovořili o tom, že týmová spolupráce musí být založena na respektu, důvěře a ochotě sdílet i neúspěchy. **R1** uvedl: „Když se v týmu něco pokazí, musí se to říct. Nehroutit se z toho, ale hledat cestu dál. Každý máme jinou zkušenost a právě to je výhoda.“ **R3** doplnila: „Bez otevřenosti to nejde. Když někdo drží informace, práce se zasekne.“

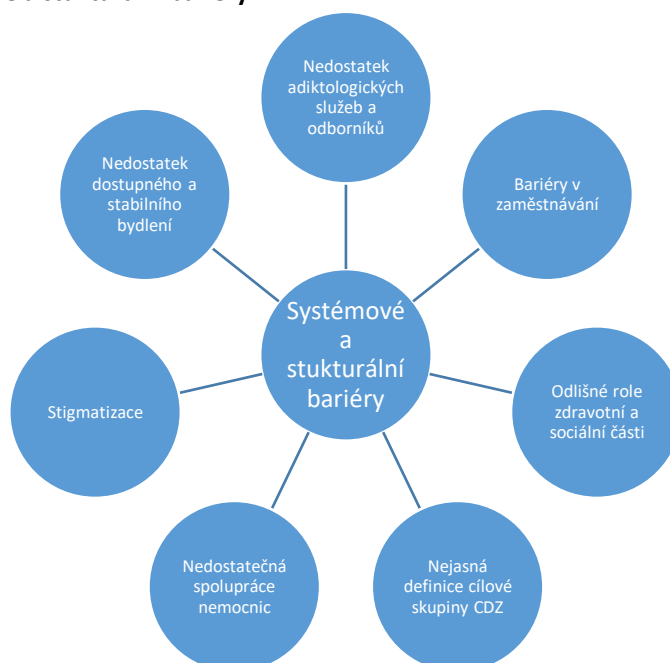
Respondenti také popsali, že multidisciplinární tým usnadňuje včasnou reakci na změnu stavu klienta. **R6** uvedla: „Když má klient krizi, díky týmu se rychle domluvíme, kdo může zasáhnout – někdo ze sociální části, někdo ze zdravotní, případně peer. Tím se daří předcházet zhoršení stavu.“

Podle respondentů spolupráce napříč profesemi zvyšuje kvalitu i kontinuitu služeb. **R9** uvedla: „Když se o klienta stará víc lidí, z různých úhlů, předejde se tomu, že něco unikne. Jeden si všimne něčeho jiného než druhý.“

Z rozhovorů vyplývá, že multidisciplinární týmová práce představuje pro zaměstnance Centra duševního zdraví hlavní oporu při zvládání náročné agendy klientů s duální diagnózou. Je založena na otevřené komunikaci, respektu, pravidelné reflexi a sdílení odpovědnosti. Přestože pracovníci upozorňují na limity systému, především v návaznosti služeb a rozdílech mezi zdravotní a sociální sférou, považují spolupráci různých profesí za základ efektivní pomoci a udržení dlouhodobé stability jak klienta, tak samotného týmu.

2.3.6 Systémové a strukturální bariéry

Obrázek 5 Systémové a strukturální bariéry



Zdroj: Vlastní zpracování

Respondenti se ve svých výpovědích shodli, že práce s klienty s duální diagnózou je významně ovlivněna systémovými a strukturálními bariérami, které omezují efektivitu služeb a

dlouhodobou stabilizaci klientů. Nejčastěji zmiňovali nedostatečnou propojenost mezi zdravotní a sociální oblastí, chybějící adiktologické služby, komplikace v oblasti bydlení, zaměstnávání a také přetrvávající předsudky společnosti vůči lidem se závislostí.

Jedním z nejčastějších témat byla nedostatečná návaznost mezi jednotlivými složkami systému péče. **R6** uvedla: „Když chybí propojení s nemocnicí nebo adiktologií, je to problém. Klient se často po léčbě vrací do prostředí, které ho stáhne zpátky. Nic mezi tím u nás není – chráněné bydlení vyžaduje abstinenci a na ubytovně zase nemá šanci vydržet.“ Podobně **R5** popsala: „Obtíže bývají v komunikaci s adiktologickými službami – často to trvá dlouho a spolupráce není jednoduchá. Proto si myslím, že adiktolog přímo v týmu je klíčový.“

Několik respondentů se vyjádřilo k absenci systémové spolupráce mezi službami. **R9** uvedla: „Nedostatek služeb, málo doléčovacích center, skoro žádné chráněné bydlení. Když klient nemá střechu nad hlavou, těžko řeší abstinenci.“ **R10** doplnila: „Klienti často nemají kam jít, takže se vrací tam, kde začali. To je strašně demotivující. Zdravotní a sociální oblast si klienty spíš přehazují, než aby spolupracovaly.“

Jako výrazná bariéra byla často zmiňována nedostatečná síť adiktologických služeb. **R6** uvedla: „Mít v týmu někoho specializovaného na závislosti – ideálně adiktologa nebo pracovníka s praxí v adiktologických zařízeních – by bylo velké plus. Tahle odbornost nám chybí.“ **R5** uvedla, že chybějící adiktolog v týmu komplikuje i rozhodování o postupu péče: „Často bych potřebovala konzultovat konkrétní situaci, ale nemám s kým. Adiktolog by mohl pomoci s odhadnutím fáze změny i s motivační prací.“

Respondenti často popisovali nedostatek dostupného a stabilního bydlení jako jeden z největších strukturálních problémů. **R6** uvedla: „Majitelé bytů nechtějí pronajmout, chráněné bydlení chce často abstinenci. Nic mezi tím u nás není, takže lidé končí na ubytovně nebo na ulici.“ **R8** doplnila: „Nedostatek návazných služeb – skoro žádná možnost následné péče nebo chráněného bydlení. I když se klient chce posunout, prostě nemá kam.“ **R4** uvedla: „Klienti by někdy i na trh práce nebo do bydlení šli, ale bojí se odsudků – že bydlí na ubytovně, hůř vypadají... Je to o společnosti.“

Další opakovanou překážkou byl nedostatek vhodných pracovních příležitostí pro klienty s duální diagnózou. **R4** uvedla: „Tím, že jsou závislí, potřebují ‚ted‘ a ‚tady‘, takže nevládnou chodit na osmihodinové směny. Řeší to půjčkami, krádežemi, prodáváním věcí, někdy i sebou navzájem.“ **R6** doplnila: „I chráněné dílny někdy odmítají, protože člověk působí jako uživatel. Bariérou je i kriminální minulost – ochranné léčení, detence – to všechno přeruší spolupráci.“

Respondenti zmiňovali také problémy v přístupu nemocnic a zdravotnického personálu. **R6** popsala, že někteří klienti nejsou v nemocnici přijati nebo vydrží jen krátce: „Často podepisují revers kvůli abstinčním příznakům, nebo i na oddělení užijí a jsou vyhozeni.“ **R4** uvedla, že tento cyklus vede k opakovaným hospitalizacím: „Klient je přijat, pak odejde a jede se od znova. Je to vyčerpávající.“

Častým tématem byly předsudky a stigmatizace jak ze strany společnosti, tak ze strany odborníků. **R9** uvedla: „Lidi s duální diagnózou jsou často bráni jako ti, co za to můžou. Ale realita

je jiná – nikdo si nevybere, že bude mít schizofrenii a závislost.“ **R10** doplnila: „Pořád se setkávám s tím, že závislost je brána jako selhání, ne jako nemoc. A to i od odborníků, bohužel.“ **R4** zmínila, že předsudky se promítají i do přístupu zaměstnavatelů: „Klienti by někdy i na trh práce šli, ale bojí se odsudků. Je to o společenském nastavení.“

Někteří pracovníci zmiňovali jako bariéru také nedostatečné financování a vzdělávací možnosti. **R4** uvedla: „Máme povinné vzdělávání, ale často na něj nejsou peníze. Know-how musí růst, výzkumů přibývá, je potřeba se průběžně dovzdělávat.“ **R10** uvedla: „Více financí na vzdělávání, aby pracovníci nebyli hození do vody. Každý rok se objevují nové látky, nové trendy, a my musíme být v obraze.“

K vnitřním bariérám systému podle respondentů patří i rozdílné nastavení zdravotní a sociální části služeb. **R6** uvedla: „Zdravotní část má spíš kontrolní roli, sociální je podpůrná. Je důležité, aby měl klient v týmu někoho, kdo drží pravidla, a zároveň někoho, kdo ho přijímá. Ale někdy to naráží na rozdílná očekávání.“ **R4** popsala, že tyto rozdíly mohou vést ke komunikačnímu šumu: „Ne vždycky přesně víme, co dělá zdravotnický personál, a oni zase nevědí, co děláme my.“

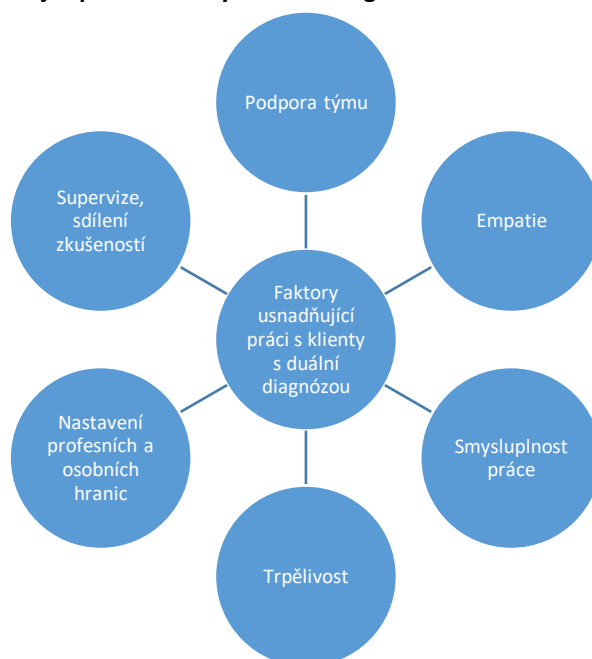
Několik respondentů zmínilo i nedostatek systémové podpory po léčbě. **R8** uvedla: „Když systém nefunguje – když klient nemá kam jít, nejsou dostupné adiktologické služby, chybí bydlení... To pak stojíš v místě a moc s tím nejde dělat.“ **R9** doplnila: „Lepší návaznost po léčbě by hodně pomohla. Ty přechody z léčebny zpět do reality jsou nejtěžší.“

Jako specifickou strukturální bariéru někteří pracovníci označili nejasnou definici cílové skupiny a kompetencí CDZ. **R6** uvedla: „Bývá časté, že když je primárně závislost, do CDZ klienta nevezmou. Ale právě tito lidé potřebují podporu nejvíc.“ Tato nejednoznačnost podle ní komplikuje práci s klienty, kteří spadají „mezi dva systémy“.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že systémové a strukturální bariéry mají komplexní charakter a vzájemně se prolínají. Nedostatek koordinace mezi zdravotní a sociální oblastí, absence vhodných návazných služeb, omezené možnosti bydlení a zaměstnávání, předsudky a nedostatečné financování vytvářejí prostředí, ve kterém je udržení dlouhodobé stability klientů s duální diagnózou mimořádně obtížné.

2.3.7 Faktory usnadňující práci s klienty s duální diagnózou

Obrázek 6 Faktory usnadňující práci s klienty s duální diagnózou



Zdroj: vlastní zpracování

Všichni respondenti se shodli, že práce s klienty s duální diagnózou je náročná, emočně zatěžující a vyžaduje dlouhodobou odolnost. Současně však popsali faktory, které jim práci usnadňují a pomáhají předcházet syndromu vyhoření. Nejčastěji zmiňovali podporu týmu, supervize, sdílení zkušeností, jasně nastavené hranice, trpělivost, empatii a smysluplnost práce.

R4 uvedla: „*Empatie, trpělivost, otevřenost a pochopení – aby se klient cítil vnímaný. Pomáhají pravidelné týmové a případové porady, možnost chodit ve dvou.*“ Podobně **R9** popsala: „*Supervize je něco, bez čeho by to nešlo. Když se můžeš vypovídat, získáš odstup a zjistíš, že v tom nejsi sám.*“ Týmová podpora a sdílení zkušeností představují podle respondentů zásadní ochranný faktor v náročné práci s klienty, kteří často selhávají, vracejí se k užívání látek a ztrácí motivaci.

Význam supervize a vzájemné podpory zdůraznila i **R10**: „*Vím, že na to nejsem sama. Supervize, intervize, sdílení s kolegy – bez toho by to nešlo. A i humor v týmu je důležitý, pomáhá zvládat těžké situace.*“ Podobný postoj vyjádřila **R8**: „*Týmová podpora, supervize, otevřená komunikace. A taky když máš pocit, že na to nejsi sama. Když se něco povede, i malá věc, tak tě to nakopne.*“

Respondenti často zmiňovali i význam jasně nastavených hranic jako ochranu před přetížením a osobním vyhořením. **R5** uvedla: „*Mám jasně nastavené hranice – vím, co chci a co nechci dělat. Když cítím, že by to bylo za mými hranicemi, raději to předám. U závislosti to mám prostě jasně vymezené.*“ **R9** doplnila: „*Mít jasné hranice, protože když se do toho člověk nechá vtáhnout, tak se snadno vyčerpá.*“

Většina respondentů uvedla, že k udržení dlouhodobé motivace přispívá vědomí smyslu práce a malých pokroků klientů. **R10** popsala: „Dřív jsem měla pocit, že musím něco zachraňovat. Teď už vím, že i malý krok dopředu – třeba že klient vůbec přijde – je úspěch.“ **R8** doplnila: „Je to těžká práce, ale fakt stojí za to, když vidíš, že se někomu aspoň trošku zlepší život.“ **R9** uvedla: „Je to pomalá práce, vyžaduje trpělivost. Ale když vydržíš, občas se stane, že to fakt klapne.“

R6 popsala, že klíčová je trpělivost a smíření s cykličností procesu: „Nemít přehnaná očekávání, být smířený s tím, že se věci opakují. Neztrácet naději.“ **R4** uvedla podobně: „Člověk musí být obrněný trpělivostí. Oni se často vracejí na začátek, ale důležité je to nebrat osobně.“

Někteří pracovníci uváděli jako podpůrný faktor také dobře fungující systém vzdělávání a možnost odborného růstu. **R5** uvedla: „U nás se na vzdělávání docela dbá, máme podporu v motivačních rozhovorech i otevřeném dialogu.“ **R6** doplnila: „V naší organizaci pomáhá systém vzdělávání a supervize – motivační rozhovory, otevřený dialog. Z osobnostních faktorů určitě empatie, otevřenost a nevyhořelost.“

Respondenti také zmiňovali možnost sdílení v rámci multidisciplinárního týmu jako zásadní prvek, který zajišťuje stabilitu a psychickou podporu. **R2** uvedla: „Když máš kolem sebe tým, kde se můžeš spolehnout, že tě nenechají v tom samotnou, zvládneš i těžké klienty.“ **R3** doplnila: „Když si s někým můžeš promluvit o tom, že se ti něco nepovedlo, a on tě pochopí, tak to pomáhá neskutečně.“

V několika rozhovorech se objevilo téma vnitřní motivace a osobního přesvědčení o smyslu práce. **R10** uvedla: „Když vidíš, že se někdo zvedne, že to má smysl, že se nebojí mluvit o věcech, které ho dřív ničily, tak to je ten důvod, proč to dělám.“ **R8** popsala podobný pocit: „Tahle práce má smysl. I když je těžká, fakt stojí za to, když vidíš, že se někomu daří aspoň trochu líp.“

Respondenti uváděli i další strategie prevence vyhoření – například psychohygienu, dovolenou, sport nebo humor. **R9** uvedla: „Bez humoru by to nešlo. Když se tomu občas nezasměješ, tak se z toho zblázníš.“ **R4** doplnila: „Když si člověk nenajde balanc mezi prací a osobním životem, nevydrží. Potřebuješ se umět odpojit.“

Několik respondentů zmínilo, že prevenci vyhoření pomáhá také realistické očekávání a nepřijímání odpovědnosti za klienta. **R8** uvedla: „Trpělivost, to je základ. A nebrat si věci osobně. Oni tě někdy zklamou, ale není to proti tobě.“ **R6** doplnila: „Nemít přehnaná očekávání a neztrácet naději. Když člověk přijme, že to nebude lineární, pracuje se mu líp.“

Významnou roli hraje podle respondentů i vztah důvěry s klientem, který poskytuje pracovníkům zpětnou vazbu a vnitřní naplnění. **R9** uvedla: „Když vidíš, že ti klient po čase důvěřuje, že se na tebe obrátí dřív, než to přeroste, tak to je největší odměna.“ **R3** doplnila: „Když klient po letech řekne, že mu to pomohlo, tak máš pocit, že to všechno mělo smysl.“

Z výpovědí vyplývá, že kombinace profesionálních a osobních faktorů – podpora týmu, supervize, vzdělávání, jasné hranice, trpělivost, empatie, smysl práce a péče o vlastní rovnováhu – představuje pro pracovníky Centra duševního zdraví klíčový ochranný systém proti vyhoření.

Tyto prvky umožňují udržet dlouhodobě kvalitní práci s klienty s duální diagnózou a zachovat motivaci i odolnost v prostředí, které je často emočně i organizačně náročné.

2.3.8 Shrnutí praktické části

Praktická část práce potvrdila, že práce s lidmi s duální diagnózou je mimořádně náročná a komplexní. Tito klienti se pohybují na rozhraní dvou světů – duševního onemocnění a závislosti – přičemž obě oblasti se vzájemně prolínají a posilují. Jak ukazuje teorie (Kalina et al., 2008; Nešpor, 2013), je obtížné určit, zda je primární psychická porucha nebo závislost, a právě tato nejasnost se v praxi často promítá do komplikované spolupráce s klientem i mezi jednotlivými službami. Sociální pracovníci v rozhovorech opakovaně popisovali, že se jejich práce pohybuje mezi léčbou, krizí a stabilizací, přičemž klienti se často vracejí zpět do systému v důsledku relapsu, ztráty bydlení nebo zhoršení psychického stavu.

Ukázalo se, že úspěšnost sociální práce v této oblasti do značné míry závisí na schopnosti pracovníků udržet komplexní pohled na člověka. Bio-psycho-sociální model (kap. 1.2) se v praxi osvědčuje jako nezbytný rámec – klienti potřebují podporu nejen v oblasti psychického zdraví, ale i při řešení sociálních problémů, vztahů, financí nebo každodenního fungování. Pracovníci často vystupují jako koordinátoři celého procesu pomoci a jejich role přesahuje hranice jedné profese. Z rozhovorů vyplynulo, že kvalitní spolupráce s psychiatry, adiktology a psychoterapeuty je klíčová, avšak zároveň ne vždy samozřejmá. Tato skutečnost potvrzuje teoretické poznatky o nezbytnosti multidisciplinární spolupráce a integrovaného přístupu (Mueser et al., 2003; Kalina, 2013; Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Empirická data rovněž ukázala, že vztahová rovina práce s klientem má zásadní význam. Důvěra, respekt a autenticita se ukazují jako základní nástroje sociálního pracovníka. Klienti s duální diagnózou jsou často nedůvěřiví vůči institucím, mají za sebou zkušenosti s odmítnutím nebo stigmatizací a potřebují čas, aby mohli pracovníkovi uvěřit. Tento závěr je v souladu s Kopřivou (2024), který zdůrazňuje, že v pomáhající profesi je osobní angažovanost pracovníka důležitější než pouhé formální plnění postupů. Vztah založený na lidskosti, přijetí a otevřené komunikaci vytváří prostor, v němž se může klient bezpečně měnit. Jak upozorňuje i teorie recovery přístupu (Anthony, 1993; Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021), klíčem není „vyléčení“ v tradičním smyslu, ale nalezení nové rovnováhy, smyslu a kvality života – v tempu, které klient zvládne.

Praktická část potvrdila i význam motivačních a kognitivně-behaviorálních metod, které pomáhají klientům lépe zvládat vlastní ambivalenci a rizikové chování. Motivační rozhovor (Miller & Rollnick, 2013) je v praxi využíván jako nástroj pro podporu vnitřní motivace a posílení odpovědnosti klienta. Sociální pracovníci oceňovali, že tento přístup umožňuje klienta vést, nikoli tlačit – a že funguje i v situacích, kdy je klient v odporu nebo opakovaně selhává. Podobně i prvky kognitivně-behaviorální terapie se uplatňují v každodenní práci, například při zvládání cravingu, nácviku nových strategií zvládání stresu nebo posilování sebevědomí. Tyto metody potvrzují teoretický předpoklad, že změna chování musí vycházet z klientova porozumění vlastním myšlenkám a emocím (Pešek, Praško & Štípek, 2013; Kalina et al., 2008).

Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že harm reduction přístup má v praxi své pevné místo, zejména v práci s klienty, kteří nejsou připraveni na úplnou abstinenci. Tento přístup je v souladu s teoretickým pojetím snižování škod (Podané ruce o.p.s., 2019), které chápe změnu jako proces postupného posunu a nikoli jako binární stav „užívám/neužívám“. Pracovníci zdůrazňovali, že klíčové je udržet kontakt s klientem – i v období relapsu – a nabízet realistickou míru podpory, která respektuje jeho aktuální možnosti. Tímto způsobem lze udržet vztah a předejít ztrátě důvěry, což je často rozhodující pro dlouhodobé zotavení.

Důležitým tématem, které se objevovalo napříč rozhovory, byly systémové a organizační bariéry. Pracovníci se shodovali, že systém sociálních a zdravotních služeb zůstává roztržštěný, chybí meziresortní koordinace, přechodová bydlení a dostatečná síť následné péče. Tyto závěry odpovídají poznatkům teorie, podle nichž roztržštěnost systému a chybějící kontinuita péče představují hlavní překážku efektivní podpory (Růžková, 2023; Ministerstvo zdravotnictví, 2020). V prostředí, kde nejsou služby dostatečně propojené, se klienti často „ztrácejí“ mezi institucemi. Význam case managementu, který by zastřešil koordinaci péče a udržel kontakt napříč službami, se proto ukazuje jako zásadní prvek efektivní práce.

Kromě systémových bariér byla v rozhovorech akcentována i potřeba podpory pracovníků samotných. Práce s klienty s duální diagnózou je emočně náročná, plná nejistoty a vyžaduje vysokou míru osobního nasazení. Supervize, týmová spolupráce a možnost sdílení zkušeností jsou proto nezbytné nejen pro prevenci vyhoření, ale i pro udržení kvality služeb. Tento aspekt je v teoretické části reflektován v kontextu organizačních faktorů úspěšnosti sociální práce (Friedman, 2020), které zdůrazňují význam podpůrného pracovního prostředí a systematické péče o odborníky.

Praktická část tak celkově potvrzuje, že účinná pomoc lidem s duální diagnózou vyžaduje integrovaný, dlouhodobý a individualizovaný přístup, který propojuje odborné metody s lidským rozměrem práce. Teoretické principy, jako je recovery, CARE model, harm reduction či motivační rozhovor, se v praxi ukazují jako životaschopné a vzájemně se doplňující rámce. Společným jmenovatelem je respekt k člověku, jeho tempu a možnostem, důraz na partnerský vztah a na posilování vlastní odpovědnosti klienta.

Zároveň je však zřejmé, že jednotlivé služby a pracovníci nemohou dlouhodobě kompenzovat systémové nedostatky. Potřeba větší provázanosti mezi sociální, adiktologickou a psychiatrickou oblastí, rozvoj komunitních center a deinstitucionalizace péče zůstávají klíčovými výzvami. Sociální práce v tomto kontextu neplní jen podpůrnou funkci, ale i roli advokační a systémové – upozorňuje na mezery, vytváří mosty mezi službami a přispívá k proměně pohledu na duální diagnózu z problému jednotlivce na problém systému.

2.4 Diskuse

Výsledky kvalitativního výzkumu ukazují, že úspěšnost sociální práce s osobami s duální diagnózou je podmíněna především kvalitou vztahu mezi klientem a pracovníkem, efektivní týmovou spoluprací a provázaností služeb. Jako zásadní faktor se ukazuje především důvěra, která je předpokladem pro navázání stabilní spolupráce. Respondenti popisovali, že bez důvěry je práce s touto cílovou skupinou výrazně náročnější, což odpovídá závěrům van Benthem et al. (2020), kteří uvádějí, že kvalita vztahu již v počátku intervence významně ovlivňuje výsledek práce.

Význam partnerského a respektujícího přístupu potvrzuje i studie von Greiff, Skogens a Topora (2020). Autoři popisují, že klienti s duální diagnózou často vykazují naučenou pasivitu, vycházející z dlouhodobého stresu, selhání a negativních zkušeností v systému péče. Zkušenosti respondentů této práce tuto skutečnost reflektují – podle nich mohou zdánlivě drobné projevy lidskosti, jako je srdečný pozdrav, respektující přístup či citlivé vstupování do soukromí klienta, významně posílit klientovu motivaci a pocit vlastní hodnoty. Tyto závěry dobře zapadají do konceptu recovery (Anthony, 1993), který zdůrazňuje podporu klientovy autonomie, individuální cesty a osobního růstu.

Výzkum dále ukazuje, že důležitým prvkem podpory je zapojení peer pracovníků. Respondenti uváděli, že peer konzultanti dokáží navázat hlubší a autentičtější vztah díky vlastní zkušenosti s duševním onemocněním či závislostí. Tento poznatek potvrzuje i studie Repper a Carter (2011), podle které peer podpora posiluje naději, motivaci i pocit sounáležitosti. Peer pracovníci zároveň přinášejí jinou perspektivu do týmu a mohou být mostem mezi odborníky a klientem.

Podobně významným faktorem je multidisciplinární spolupráce. Týmy, které mezi sebou sdílejí informace, respektují své role a dokáží koordinovat postupy, poskytují klientům stabilnější a komplexnější podporu. To odpovídá i doporučením NICE (2016), která kladou důraz na propojení zdravotních, sociálních a podpůrných služeb a na jasnou, průběžnou komunikaci mezi jednotlivými odborníky. Respondenti popisovali, že společné plánování, sdílení kompetencí i pravidelná supervize mají přímý vliv na to, jak stabilně a spolehlivě mohou klienta provázet jeho obtížemi.

Z dat zároveň vyplývá, že úspěšná intervence závisí také na širším systému péče. Respondenti opakovaně poukazovali na nedostatečnou návaznost služeb, zejména v oblasti bydlení, následné péče či pracovního uplatnění. Tyto bariéry jsou reflektovány i v mezinárodní literatuře. CAMH (2021) například uvádí, že diverzifikovaná síť služeb zvyšuje šance klientů na dlouhodobé zotavení. V českém prostředí však tyto služby často chybí, jsou kapacitně omezené nebo se řídí pravidly, která jsou pro osoby s duální diagnózou obtížně splnitelná (např. požadavek absolutní abstinence).

Důležitým tématem, které se objevuje jak ve výzkumu, tak v odborné literatuře, je dopad stigmatizace. Corrigan, Kosyluk a Rüsch (2013) upozorňují, že stigma spojené s duševním onemocněním může u jednotlivců vyvolávat pocity studu, nízké sebevědomí, nedůvěru v pomáhající systémy a vede často k vyhýbání se odborné péči. U osob s duální diagnózou může

být tato zkušenost ještě výraznější, protože kombinují stigma duševní poruchy a stigma spojené s užíváním návykových látek – tzv. dvojí stigma (Balhara et al., 2016). Respondenti tohoto výzkumu tyto poznatky potvrzují: popisovali například obavy klientů z odmítnutí, negativní zkušenosti při hospitalizacích a neochotu vyhledat pomoc z obavy, že budou souzeni či špatně přijati.

Mezi důležitá zjištění patří také reflexe emoční náročnosti práce. Pracovníci zdůrazňovali význam týmové podpory, supervize a dalšího vzdělávání, což je v souladu s odbornou literaturou (např. Kopřiva, 2024). Právě tyto zdroje podpory pomáhají předcházet vyhoření a udržovat dlouhodobě kvalitní a stabilní vztahy s klienty.

Interpretační rámec výsledků je nutné chápat s ohledem na několik omezení. Výzkumného šetření se zúčastnilo deset sociálních pracovníků z Center duševního zdraví, což znamená, že vzorek je relativně homogenní z hlediska profese i genderu. Výsledky tak odrážejí specifika práce právě v prostředí CDZ, které představuje formu integrované péče se silným důrazem na multidisciplinaritu. V jiných typech služeb, například v kontaktních centrech, na detoxikačních jednotkách či v adiktologických programech, mohou být zkušenosti pracovníků odlišné.

Dalším limitem je skutečnost, že výzkum zachycuje perspektivu pracovníků, nikoli klientů samotných. Ačkoliv pracovníci disponují odborným vhledem do situace osob s duální diagnózou, výpovědi klientů by mohly zpřesnit poznatky týkající se například motivace, subjektivního prožívání, role stigmatu nebo bariér v přístupu ke službám.

Specifickým limitem je také prostředí, v němž výzkum probíhal. CDZ představují model integrace služeb, který nemusí být dostupný ve všech regionech. Výsledky proto mohou odrážet pozitivnější zkušenosti, než by byly zaznamenány v méně propojeném systému péče. Částečné subjektivní zkreslení může ovlivnit i povaha rozhovorů – pracovníci mohou mít tendenci prezentovat určité postupy pozitivněji.

Celkově lze konstatovat, že výsledky výzkumu odpovídají aktuálním poznatkům odborné literatury i praxi sociální práce. Důvěra, respektující přístup, spolupráce v týmu, zapojení peer pracovníků a dostupnost navazujících služeb tvoří základ pro účinnou podporu osob s duální diagnózou. Zároveň je zřejmé, že kvalitu intervence významně ovlivňují také systémové faktory, zejména dostupnost služeb, kapacita podpůrných programů a míra stigmatizace ve společnosti. Výsledky výzkumu tak podtrhují důležitost rozvoje integrované péče a posilování multidisciplinárních týmů, které mohou významně přispět ke zlepšení kvality života osob s duální diagnózou a podpořit jejich cestu k zotavení.

2.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě zjištění z teoretické i praktické části diplomové práce a s ohledem na poznatky z českých i zahraničních výzkumů lze formulovat několik klíčových doporučení, která mohou přispět ke zkvalitnění sociální práce s lidmi s duální diagnózou. Tato doporučení reagují nejen na potřeby klientů, ale také na potřeby samotných pracovníků a širšího systému péče, v němž sociální práce probíhá. Ukazuje se, že úspěšnost práce s touto specifickou skupinou je podmíněna souhrou několika faktorů, z nichž některé lze ovlivnit na individuální úrovni pracovníka, zatímco jiné vyžadují systémové změny a organizační podporu.

Jako zásadní se ukazuje význam vztahové práce. Výzkum potvrzuje, že kvalitní vztah mezi pracovníkem a klientem je jedním z nejdůležitějších předpokladů efektivní intervence. Pracovníci popisovali, že bez vzájemné důvěry je prakticky nemožné s klientem dlouhodobě spolupracovat nebo ho motivovat ke změně. Odborná literatura ukazuje, že klienti s duální diagnózou často přicházejí do služby s velmi nízkou důvěrou ke „systému“ i k jednotlivým odborníkům. Švédská studie von Greiff, Skogens a Topora (2020) například upozorňuje na fenomén tzv. naučené pasivity, která může být důsledkem opakovaných neúspěchů či dlouhodobé životní zátěže. Ukazuje se, že u těchto klientů mohou mít zásadní význam i zdánlivě drobné projevy respektu a úcty. Patří sem způsob přivítání, tón komunikace, trpělivé vysvětlování situace nebo ochota pracovníka přijít za klientem do jeho přirozeného prostředí. Právě jednoduché, ale lidské jednání může v klientovi vyvolat pocit bezpečí a vytvořit prostor pro první krok směrem ke změně. Pro praxi je proto vhodné posilovat dovednosti pracovníků v oblasti komunikace, aktivního naslouchání, práce s důvěrou a partnerského přístupu. Užitečné je také poskytovat pracovníkům metodickou podporu v tom, jak rozpoznat situace, kdy je potřeba zpomalit, nabídnout klientovi prostor, případně upravit způsob komunikace tak, aby nevyvolával pocit tlaku nebo selhání.

Dalším významným prvkem efektivní práce s osobami s duální diagnózou je mezioborová spolupráce. Klienti často potřebují současně řešit problematiku závislosti, duševního zdraví, sociální stabilizace, bydlení nebo zaměstnání. Tyto oblasti se navzájem ovlivňují a žádná z nich nemůže být efektivně řešena izolovaně. Výsledky výzkumu ukázaly, že pracovníci považují spolupráci mezi službami za klíčovou, avšak často narážejí na nedostatečnou provázanost systému. Doporučení pro praxi proto zahrnují snahu o vytváření stabilních, pravidelně se setkávajících mezioborových týmů, ve kterých mají zastoupení odborníci ze sociální práce, adiktologie, psychiatrie, psychoterapie a terénních služeb. Vhodné je zavést společné kazuistické porady, sdílet informace o klientech s jejich souhlasem a vytvářet individuální, strukturované plány péče, na kterých se podílí všechny zainteresované strany. Tím lze předejít duplicitám, zmatkům v informacích nebo paradoxním situacím, kdy klient slyší protichůdná doporučení od různých institucí.

Zároveň se ukazuje, že kromě spolupráce mezi pracovníky je důležitá i kvalita vztahů v rámci týmů. Studie von Greiff, Skogens a Topora (2020) ukázala, že pokud mají pracovníci mezi sebou dobré vztahy, fungují jako model stabilní sociální sítě, kterou vnímají i klienti. Pro praxi je proto klíčové kultivovat takové pracovní prostředí, ve kterém se pracovníci mohou podporovat, sdílet obtíže a společně hledat řešení složitých situací. K tomu může přispět pravidelná supervize,

intervize nebo neformální týmová setkání, která posilují vzájemnou soudržnost a snižují riziko vyhoření.

Významnou roli mohou sehrát také peer pracovníci. Jejich zapojení pomáhá klientům překonávat pocity studu či nedůvěry, protože vidí před sebou někoho, kdo prošel podobnou zkušeností a dokázal svou situaci zvládnout. Doporučuje se proto systematicky rozšiřovat pozice peer konzultantů v zařízeních pracujících s duální diagnózou, jasně definovat jejich roli, poskytovat jim odbornou podporu a vytvářet prostor pro spolupráci s ostatními pracovníky. Peer podpora však nesmí být vnímána jako levnější náhrada odborné práce — její síla spočívá v doplnění profesionálního týmu o autentickou osobní zkušenost.

Respondenti výzkumu také upozorňovali na omezené možnosti návazných služeb, zejména v oblasti bydlení, následné péče a pracovního uplatnění. Pro praxi je zásadní rozvíjet spolupráci s obcemi, organizacemi poskytujícími sociální bydlení, chráněné dílny nebo sociální podniky. Stabilní bydlení často stojí na počátku úspěšné změny a jeho absence může klienta opakovaně vracet do služby kvůli relapsu či zhoršení psychického stavu. Rozšíření dostupnosti služeb následné péče je dalším doporučením, protože absence podpory po ukončení léčby může snižovat efektivitu celé intervence.

Důležitou oblastí je rovněž prevence stigmatizace. Lidé s duální diagnózou často čelí dvojitému znevýhodnění — kvůli duševní nemoci a současně kvůli závislosti. Tato stigmatizace může ovlivňovat jejich sebevnímání, motivaci i ochotu vyhledat pomoc. Doporučuje se proto realizovat osvětové aktivity, podporovat pracovníky v citlivé komunikaci a klást důraz na destigmatizační přístup v kontaktu s klienty. Součástí prevence stigmatizace může být také systematické zapojení klientů do rozhodování o jejich plánu podpory.

Další doporučení se týká podpory pracovníků. Práce s touto cílovou skupinou je emočně náročná, často konfrontuje pracovníky s krizovými situacemi a může vést k vyčerpání. Instituce by měly dbát na zajištění pravidelné supervize, dále podporovat vzdělávání pracovníků, vytvářet prostor pro sdílení zkušeností a posilovat týmovou kulturu, která pomáhá zvládat náročné situace.

Poslední významnou oblastí je získávání zpětné vazby od klientů. Výzkumy ukazují, že perspektiva klientů může přinést informace, které se v profesionálním diskurzu přehlíží — například zkušenosti se stigmatizací, bariéry v komunikaci nebo hodnocení konkrétních postupů. Doporučuje se proto zavést strukturovaný sběr zpětné vazby, který bude využíván k hodnocení efektivit služeb i plánování inovací.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo porozumět tomu, jaké faktory ovlivňují úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou v prostředí center duševního zdraví a jakým způsobem pracovníci těchto služeb hodnotí svou každodenní praxi. Na základě provedeného kvalitativního výzkumu lze konstatovat, že sociální práce s touto cílovou skupinou je velmi komplexní a vyžaduje pečlivé sladění několika klíčových oblastí – vztahové, metodické, organizační i systémové. Získaná data poskytla hlubší pohled na specifika práce s lidmi kombinujícími duševní onemocnění a závislost, odhalila významné podporující faktory i překážky a umožnila odpovědět jak na hlavní, tak na dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka směřovala k identifikaci faktorů, které ovlivňují úspěšnost sociální práce s osobami s duální diagnózou. Na základě analýzy výsledků lze jednoznačně uzavřít, že zásadní roli hraje kvalita vztahu mezi pracovníkem a klientem. V tematickém okruhu „Vztahová práce“ se objevuje, že navázání důvěry, nabídnutí bezpečného prostoru a respektující komunikace jsou nezbytným předpokladem pro to, aby klient vůbec vstoupil do spolupráce a byl ochoten přijmout nabídnutou podporu. Z výsledků dále vyplývá, že lidé s duální diagnózou často přicházejí se zkušenostmi z různých služeb nebo institucí, které v nich vyvolaly nedůvěru či pocit selhání. V tomto kontextu se jako klíčový faktor ukazuje trpělivost pracovníků, schopnost pracovat s ambivalencí a nabídnout klientovi postupné, realistické kroky, které odpovídají jeho aktuálním možnostem.

Dílčí výzkumná otázka zaměřená na to, jak sociální pracovníci hodnotí své zkušenosti s touto cílovou skupinou, byla také naplněna. Výsledky ukazují, že pracovníci vnímají tuto oblast jako náročnou, ale zároveň velmi smysluplnou. V tematickém okruhu „Specifika klientů s duální diagnózou“ se objevují popisy vysoké nestability, kolísající motivace, častých relapsů a potřeb, které se v čase mění podle psychického stavu a míry užívání návykových látek. Přesto pracovníci tuto oblast vnímají jako prostor, kde lze prostřednictvím dlouhodobého provázení dosáhnout zlepšení kvality života klienta, pokud existuje podpora vhodných služeb a pokud je poskytována ve správný čas.

Další dílčí výzkumná otázka směřovala k popisu přístupů, metod a nástrojů, které se pracovníkům osvědčují. V tematickém okruhu „Metody a přístupy“ se ukazuje, že mezi nejčastěji využívané postupy patří individuální práce doplněná o prvky motivačního rozhovoru, práce s harm reduction principy, plánování kroků v rámci case managementu, terénní práce a doprovázení klienta v běžném prostředí. Velmi důležitou roli hraje schopnost pracovníka přizpůsobit své tempo klientovi a realisticky vyhodnocovat, kdy je vhodné posunout se vpřed a kdy je naopak potřeba stabilizovat situaci. Významnou součástí práce je také edukace klientů ohledně dostupných služeb, rizik spojených s užíváním a možností, jak zvládat prožívání duševních obtíží.

Třetí dílčí výzkumná otázka se týkala možností a limitů multidisciplinární spolupráce v centrech duševního zdraví. Tento aspekt byl významně přítomen v tematickém okruhu „Role CDZ“. Výsledky ukazují, že pokud spolupráce mezi sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, psychiatry, adiktology a dalšími odborníky funguje, umožňuje klientovi přístup k provázané péči. Pracovníci oceňují, že mohou sdílet své poznatky, společně plánovat další kroky a reagovat na změny v klientově stavu. Zároveň se však ukazují i limity, zejména pokud jde o spolupráci

s externími institucemi. Nedostatečná koordinace, odlišné přístupy nebo obtížně dosažitelná psychiatrická péče mohou významně komplikovat kontinuitu podpory.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zaměřená na identifikaci podporujících a komplikujících faktorů byla v práci reflektována prostřednictvím tematických okruhů „Limity systému“, „Návazné služby“ a „Podpora pracovníků“. Mezi podporující faktory patří dostupnost různorodých odborností v týmu, možnost terénní práce, dobrovolnost spolupráce, stabilní a dlouhodobý kontakt mezi pracovníkem a klientem, dostupnost supervize a možnost sdílení náročných situací v týmu. Naopak komplikujícími faktory jsou nedostatek dostupného bydlení, absence služeb následné péče, kapacitně přetížené adiktologické služby, omezené možnosti detoxifikace a opakované hospitalizace klientů, které přerušují kontinuitu práce. U pozice pracovníků se objevuje i riziko emočního vyčerpání, pokud není dostupná adekvátní podpora a prostor pro psychohygienu.

Poslední dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na formulaci doporučení pro praxi a rozvoj služeb. Tato doporučení vycházejí přímo ze zkušeností pracovníků, přičemž klíčovým směrem je posílení dostupnosti návazných služeb, systematické rozvíjení multidisciplinární spolupráce, důraz na vztahovou práci, rozvoj terénních forem podpory a zajištění stabilního pracovního zázemí, které umožní pracovníkům dlouhodobě poskytovat kvalitní podporu.

Z hlediska přínosu práce lze konstatovat, že diplomová práce nabízí podrobné a ucelené zachycení praxe sociální práce s lidmi s duální diagnózou v prostředí center duševního zdraví. Přínosem je zejména propojení teoretických poznatků s konkrétními zkušenostmi pracovníků, identifikace klíčových faktorů, které mají dopad na úspěšnost práce, a zmapování specifik, se kterými se pracovníci potýkají. Práce rozšiřuje dosavadní poznání o oblasti, která je v českém kontextu zkoumána spíše okrajově, a přináší vhled do fungování center duševního zdraví jako relativně nového typu služby.

Výsledky mají využitelnost v praxi. Mohou sloužit jako podklad pro vzdělávání sociálních pracovníků, pro metodické vedení týmů, pro plánování rozvoje služeb i jako argumentace při prosazování změn ve veřejné politice. Využití lze najít také v oblasti supervize, kde mohou být poznatky z výzkumu využity k podpoře pracovníků při zvládání náročných situací.

Pro další výzkum se jeví jako přínosné zaměřit pozornost na perspektivu klientů s duální diagnózou, která by mohla doplnit chápání toho, jak jednotlivé faktory dopadají na jejich životy. Dále by bylo vhodné porovnat praxi center duševního zdraví napříč regiony nebo zkoumat dlouhodobé dopady jednotlivých metod práce. Výzkum by také mohl sledovat efektivitu multidisciplinárního modelu v delším časovém horizontu, případně porovnat výsledky mezi službami, které se do práce s duální diagnózou zapojují v různé míře.

Seznam použitých zdrojů

- Anthony, W. A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp.11–23.
- Balhara, Y. S., Parmar, A., Sarkar, S. & Verma, R. (2016). *Stigma in dual diagnosis: A narrative review*. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(2), 128–132. DOI: 10.4103/0971-9962.181093, dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/301645229_Stigma_in_dual_diagnosis_A_narrative_review
- Beck, J.S., 2011. *Kognitivně behaviorální terapie: Příručka terapeuta*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-877-1.
- BOTHA, Janet, et al. *Concurrent disorder management guidelines: an evidence-informed framework for mental health and addiction care*. *Health SA Gesondheid* [online]. 2023, 28, 2094. ISSN 2071-9736. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10157410/>
- Braun, V. a Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology'. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77–101. Dostupné z: https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1195620/mod_folder/content/0/Braun%20and%20Clarke%202006%20Thematic%20analysis.pdf
- Broklová, L., Šťastná, L., Minařík, J. (2017). Deprese a poruchy vyvolané užíváním alkoholu. *Adiktologie*, 17(2), 162–167.
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). 2021. *Concurrent Disorders: Substance Use and Mental Health*. Available from: <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/concurrent-disorders>
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014. *Manuál: Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* [online]. Praha: CRPDZ. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/centrum/manual_zpk_web.pdf [cit. 12. 6. 2025].
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2016. *Manuál: Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví* [online]. Praha: CRPDZ. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf [cit. 12. 6. 2025].
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021. *Příručka jazyka zotavení*. [online] Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf [Accessed 27 Apr. 2025].
- Correia, D.L., Garvie, R. & Allan, J. 2023, 'Dual diagnosis, social work and the perspective of a social work student', *Advances in Dual Diagnosis*, vol. 16, no. 2, s. 86–91, <https://doi.org/10.1108/ADD-07-2022-0020>

- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A. & Rüsch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), pp. 794-800. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301037. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3698841/>
- Delos Reyes, C., Kubek, P., Kruszynski, R., Boyle, P.E. & Kola, L. (2012). *Clinical Guide for Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)*. Cleveland, Ohio: Center for Evidence-Based Practices, Case Western Reserve University. Dostupné z: <https://case.edu/socialwork/centerforebp/sites/default/files/2021-03/iddtclinicalguide.pdf>
- Den Hollander, D. a Wilken, J., 2016. *Podpora zotavení a začlenění: Úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
- Fox, L., Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., Becker, D.R., McGovern, M.R., Cimpan, D., Bartels, S.J., Torrey, W.C., Foster, F.P., Strickler, D.A., Merrens, M.R. and Acquilano, S.C. (2011) *Integrovaná léčba duálních poruch: aktualizovaná a rozšířená příručka*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-260-1338-9.
- Friedman, C. (2020). Organizational supports to promote the community integration of people with dual diagnosis. *Intellectual and Developmental Disabilities*. Advance online publication. [online] Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/337844745> [Accessed 30 May 2025].
- Hendl, J. (2023) *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.
- Hostašová, J., 2021. *Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Brno.
- Kalina, K. (2013) *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4361-5.
- Kalina, K. et al. (2015) *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.
- Kalina, K., 2013. Duální diagnózy. *Adiktologie*, 13(2), pp.154–162. Available at: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2013_02_Kalina_Dualni-diagnozy.pdf [Accessed 27 Apr. 2025].
- Kalina, K., Nešpor, K., Gabrhelík, R. a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
- Kopřiva, K., 2024. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2050-3.
- Kvaternik, I. & Grebenc, V. (2009). *The role of social work in the field of mental health: Dual diagnoses as a challenge for social workers*. *European Journal of Social Work*, 12(1), 67–79. <https://doi.org/10.1080/13691450902981426>
- Magdalena, o. p. s. (2023). *Metodika práce s osobami s duální diagnózou v pilotním projektu programu následné péče v Praze Podolí*. Praha: Magdalena, o. p. s.

- Matoušek, O., Kodymová, P. & Kolářková, J. (eds.) 2010. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.kal
- Matoušek, O., Kodymová, P. a Kolářková, J. (eds.), 2015. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- Miller, W. R. a Rollnick, S., 2013. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3. vyd. New York: Guilford Press. ISBN 978-1-60918-227-4.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře osob s duševním onemocněním*. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf [Accessed 27 Apr. 2025].
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. [online] Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf> [Accessed 30 May 2025].
- Miovská, L., Miovský, M. & Mravčík, V. (2006). *Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog*. *Psychiatrie*, 10(3), 150–156. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/publikace/psychiatricka-komorbidita-pacientu-lecenyh-v-souvislosti-s-uzivanim-drog>
- Miovský, M. a kol. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0387-4.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford Press. ISBN 978-1572308503.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2024). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2024*. [online] Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35669/1333/Zpr%C3%A1va%20o%20neleg%C3%A1ln%C3%ADch%20drog%C3%A1ch%20v%20C4%8CR%202024_web241107.pdf [Accessed 30 May 2025].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016). *Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: community health and social care services (NICE Guideline NG58)*. London: NICE. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>
- National Institute on Drug Abuse (2020). *Common comorbidities with substance use disorders* [online]. Bethesda: National Institutes of Health. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/1155-common-comorbidities-with-substance-use-disorders.pdf> [cit. 2. 4. 2025].
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2010. *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. Bethesda: National Institutes of Health. Available from: https://www.drugsandalcohol.ie/12727/1/NIDA_Comorbidity.pdf
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2020. *Common Comorbidities with Substance Use Disorders*. Bethesda: National Institutes of Health. Available from: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/1155-common-comorbidities-with-substance-use-disorders.pdf>

- Nepustil, P. & Čtvrtečková, M. (2019) *Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách*. Praha: Úřad vlády ČR. [online] Dostupné z: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/10/Metodika_moderni%CC%81ch_metod_socia%CC%81ni%CC%81_pra%CC%81ce.pdf
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
- Nešpor, Karel., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
- Novotná, H., 2021. *Harm reduction jako nástroj sociální práce s uživateli návykových látek*. Diplomová práce. Ostravská univerzita.
- Pešek, R., Praško, J. a Štípek, P., 2013. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0501-2.
- Podané ruce o.p.s., 2019. *Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách*. Brno: Společnost Podané ruce o.p.s. Dostupné z: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/10/Metodika_moderních_metod_socální_práce.pdf
- Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), pp. 392-411. DOI: 10.3109/09638237.2011.583947. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21770786/> PubMed+1
- Roots Recovery (2023). *What Are the Risk Factors of Dual Diagnosis or Co-Occurring Disorders?* [online] Dostupné z: <https://roots-recovery.com/what-are-the-risk-factors-of-dual-diagnosis-or-co-occurring-disorders/> [Accessed 30 May 2025].
- Rozvoj adiktologických služeb. *Metodika moderních metod v adiktologických službách*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, o.p.s., 2021. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/11/6.-Metodia-modernich-metod.pdf>
- Růžková, J. (ed.) et al. (2023). *Podpora lidí s duální diagnózou* [online]. Praha: Metropolitní zdravotnický servis. ISBN 978-80-11-02592-2. Dostupné z: <https://cbf981ee94.clvaw-cdnwnd.com/...> [cit. 2. 4. 2025].
- Social Work Portal, 2024. *Best Biopsychosocial Model, Approach, Framework, and Factors* [online]. Austin, TX: Social Work Portal. Dostupné z: <https://www.socialworkportal.com/biopsychosocial-model/> [cit. 12. 6. 2025].
- Soukup, J., 2020. *Motivační rozhovory v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1705-3.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *Substance Use Disorder Treatment for People with Co-Occurring Disorders (TIP 42)*. [online] Dostupné z: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf [Accessed 30 May 2025].
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2020). *Substance Use Disorder Treatment for People with Co-Occurring Disorders (TIP 42)*. Rockville, MD: U.S.

Department of Health and Human Services. Dostupné z:
https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

van Benthem, P., Spijkerman, R., Blanken, P., Kleinjan, M., Vermeiren, R. R. J. M. & Hendriks, V. M. (2020). A dual perspective on first-session therapeutic alliance: strong predictor of youth mental health and addiction treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(11), pp. 1593-1601. DOI: 10.1007/s00787-020-01503-w.

Vodačková, D., et al., 2020. *Krizová intervence*. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1704-6.

von Greiff, N., Skogens, L. & Topor, A. (2020). Supporting recovery in social work with persons having co-occurring problems: clients' and professionals' perceptions. *Nordic Social Work Research*, 10(2), pp. 173-185. Dostupné z:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2156857X.2018.1520739#d1e139>

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H. & Wright, N. (2003). *Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*. The British Journal of Psychiatry, 183(4), 304–313.
DOI: 10.1192/bjp.183.4.304
Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/comorbidity-of-substance-misuse-and-mental-illness-in-community-mental-health-and-substance-misuse-services/42209DF8CE77D8854A1C717B8041DDB0>

Wisdom, J. P., Manuel, J. I. and Drake, R. E., 2011. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(4), pp.436–445. Available at:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547218302149> [Accessed 27 Apr. 2025].

Přílohy

Příloha A

Scénář rozhovoru

Jak dlouho pracujete v Centru duševního zdraví a s jakou klientelou se nejčastěji setkáváte?

Jak byste popsali své zkušenosti s klienty s duální diagnózou?

Jaká specifika v jejich potřebách nebo chování nejvíce ovlivňují vaši práci?

V čem se podle vás tito klienti liší od ostatních skupin, se kterými pracujete?

Jaké přístupy nebo metody se vám osvědčují při práci s klienty s duální diagnózou?

Používáte nějaké konkrétní nástroje či intervence, které považujete za obzvlášť účinné?

Můžete uvést příklad situace, kdy se určitý postup ukázal jako úspěšný?

Jak vnímáte spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu v Centru duševního zdraví při práci s klienty s duální diagnózou?

Co považujete za největší přínosy takové spolupráce?

S jakými obtížemi nebo limity se při spolupráci nejčastěji setkáváte?

Jaké faktory vám podle vaší zkušenosti usnadňují práci s klienty s duální diagnózou?

Naopak – co považujete za největší bariéry nebo překážky?

Jaká doporučení byste dali kolegům, kteří začínají pracovat s klienty s duální diagnózou?

Co by podle vás pomohlo zlepšit efektivitu a kvalitu služeb o klienty s duální diagnózou?

Jak vidíte budoucnost práce center duševního zdraví s touto klientelou?

Je něco, co považujete za důležité k tématu, a na co jsem se zatím nezeptala?

Příloha B

Informovaný souhlas pro respondenty kvalitativního výzkumu k diplomové práci

Informovaný souhlas účastníka výzkumného rozhovoru

Název diplomové práce: Faktory ovlivňující úspěšnost sociální práce s lidmi s duální diagnózou

Autor: Bc. Nikola Morkusová

Škola: Vysoká škola polytechnická Jihlava

Vedoucí práce: Ph.Dr. Eva Dragomírecká, PhD.

Tímto potvrzuji, že souhlasím s účastí ve výzkumu, který bude probíhat formou rozhovoru, a to buď osobně, nebo online. Rozhovor může být nahráván, následně přepsán a nahrávka bude poté smazána. Zpracování rozhovoru bude probíhat v souladu s platnými předpisy na ochranu osobních údajů.

Dávám své svolení k tomu, aby rozhovor a informace v něm obsažené byly využity pro účely uvedené diplomové práce, a souhlasím také s možností doslovného citování vybraných částí rozhovoru. Veškeré získané informace budou použity výhradně pro účely diplomové práce.

Beru na vědomí, že se výzkumu účastním dobrovolně a mám právo kdykoli svůj souhlas bez udání důvodu odvolat. Všechny mé dotazy ohledně výzkumu a mé účasti mi byly jasné a srozumitelně zodpovězeny.

V dne

Podpis:

