

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Pavla Malá, DiS.

**Vliv bodovacího systému na léčbu závislosti
u klientek s psychiatrickou komorbiditou**

**Effect of a scoring system for the treatment of addiction
for clients with psychiatric comorbidity**

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha

2014

Prohlášení

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

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

V Praze.....

Pavla Malá

Identifikační záznam: Pavla Malá: Vliv bodovacího systému na léčbu závislosti u klientek s psychiatrickou komorbiditou. [Effect of a scoring system for the treatment of addiction for clients with psychiatric comorbidity]. Praha, 2015. 137 s., 4 příl., 3 tab. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze 2015. Vedoucí práce, Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu mé diplomové práce, Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za odborné vedení diplomové práce, za jeho cenné rady a připomínky, vstřícnost při zpracování práce a hlavně za velkou podporu, když jsem již pomalu ztrácela sílu a motivaci.

Dále patří dík všem klientkám ochotným zapojit se do průzkumného šetření, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Speciální poděkování patří mým dětem za podporu a trpělivost.

ABSTRAKT:

Problematika psychiatrické komorbidity je závažným problémem veřejného zdraví, v léčbě závislosti se objevuje stále častěji a přináší s sebou různé komplikace a často i předčasné ukončení léčby. Jako hlavní nástroj léčby závislých klientů na většině specializovaných oddělení psychiatrických léčeben a nemocnic je stále používán bodovací systém spolu s pevně nastaveným režimem, přestože nebyla účinnost bodovacího systému doposud klinicky ověřena.

Cílem této pilotní studie je demonstrovat a ověřit na jednotlivých případech klientek s různými kategoriemi psychiatrických komorbidit, jak vnímají vyváženost sankcí a odměn a spravedlivé nastavení v rámci bodovacího systému. Dalšími cíli je zjistit a ověřit, jaký vliv má bodovací systém na motivaci ke změně chování a úspěšnost léčby, jaké nedostatky vnímají klientky s duální diagnózou v nastaveném bodovacím systému a jak si představují systém léčby, který by jim více vyhovoval a motivoval ke změně chování. Dále se tato studie snaží zjistit, zda jsou potíže a překážky na cestě obstát a projít bodovacím systémem odlišné u jednotlivých duálních diagnóz.

Ve výzkumné části práce je použit kvalitativní přístup. Kritériem záměrného výběru výzkumného souboru byla přítomnost duální diagnózy a podstoupení střednědobé ústavní léčby na oddělení závislostí. Dle četnosti výskytu jednotlivých duálních diagnóz bylo stanoveno pět kategorií a do každé kategorie byly vybrány dvě klientky s touto duální diagnózou, což znamená, že výzkumný soubor tvořilo celkem deset respondentek. Základními metodami kvalitativního sběru dat jsou pozorování, polostrukturované a narativní interview.

Z výsledků této pilotní studie vyplývá potřeba zamyslet se a zvážit možné změny bodovacího systému, tak aby byla zajištěna větší rovnováha mezi sankcemi a odměnami, větší spravedlnost v nastavení a zaměření na individuální potřeby a schopnosti klientek závislých na návykových látkách. Za přínosné pokládám, že se tato studie věnovala hodnocení bodovacího systému očima klientek, jak ony samy vnímají jeho výhody a nedostatky, jeho spravedlnost a vyváženost a vliv bodovacího systému na skutečnou motivaci ke změně jejich nežádoucího chování.

Klíčová slova: psychiatrická komorbidita – bodovací systém - hraniční porucha osobnosti – porucha příjmu potravy – úzkostně depresivní porucha osobnosti – schizoafektivní porucha - hyperkinetická porucha chování

ABSTRACT:

The issue of psychiatric co-morbidity is a serious public health problem occurring more and more frequently in the treatment of addiction and bringing with it various complications and often premature termination of treatment. The scoring system with a fixed set regime is still being used as the main instrument for treatment of addicted clients on the most specialized departments of psychiatric hospitals, although the effectiveness of the scoring system has not yet been clinically verified.

The aim of this pilot study is to demonstrate and verify of the individual cases of clients with different categories of dual diagnosis, how they perceive the balance of the sanctions and rewards and fair setting in the context of the scoring system. Other goals are to find out and verify what is the influence of the scoring system on the motivation to change the behavior and success of treatment, what weaknesses clients with dual diagnosis perceive in this system and how they represent the treatment system, which would make them more fit and motivated to change behavior. Further, this study seeks to establish whether difficulties and obstacles on the way to stand up and go through the scoring system are different for individual dual diagnoses.

A qualitative approach is used in the research part of the thesis. The criterion of a choice of the research file was the presence of dual diagnosis and the practice of medium-term inpatient treatment at a department of addiction. For five categories was provided according to the frequency of occurrence of individual dual diagnoses and two clients with this dual diagnosis have been chosen in each category, which means that the research file consisted of a total of ten respondent. The basic methods of qualitative data collection are observations, semi-structured and the narrative interview.

The need to reflect and consider possible changes to the scoring system implies from the results of this pilot study, so as to ensure a greater balance between sanctions and rewards, greater equity in the setting and the focus on the individual needs and abilities of clients dependent on addictive substances. This study focuses on the evaluation of the scoring system through the eyes of clients, how they perceive its benefits and shortcomings, his equity and balance, and the impact of the scoring system to a real motivation to change their unwanted behavior.

Key words: psychiatric comorbidity – scoring system – Borderline Personality Disorder – Binge Eating Disorder– Anxiety and Depressive Personality Disorder – Schizoaffective Disorder - Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Obsah

1. ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
2. PŘEDMLUVA	11
3. VYMEZENÍ POJMU PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITY	12
4. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA V ADIKTOLOGII.....	12
5. VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITY.....	14
5. 1. <i>Smíšená úzkostně depresivní porucha</i>	14
5. 2. <i>Poruchy příjmu potravy</i>	17
5. 3. <i>Hyperkinetická porucha chování (ADHD)</i>	21
5. 4. <i>Hraniční typ emočně-nestabilní poruchy osobnosti</i>	25
5. 5. <i>Schizoafektivní porucha</i>	29
5. 6. <i>Záměrné sebepoškození a suicidální chování</i>	32
6. LÉČBA ADIKTOLOGICKÝCH KLIENTŮ S PSYCHIATRICKOU KOMORBIDITOU	35
7. REŽIM A BODOVACÍ SYSTÉM VE STŘEDNĚDOBÉ ÚSTAVNÍ LÉČBĚ.....	38
7. 1. <i>Vznik a vývoj bodovacího systému</i>	38
7. 2. <i>Systém odměny a trestu</i>	39
7. 3. <i>Význam bodovacího systému při léčbě závislosti v současnosti</i>	40
7. 4. <i>Režim a bodovací systém ve vybraném adiktologickém zařízení</i>	42
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	47
8. CÍL PRÁCE.....	47
9. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
10. METODIKA.....	48
10. 1. <i>Výběr výzkumného souboru</i>	48
10. 2. <i>Metodika sběru dat</i>	48
10. 3. <i>Metodika analýzy dat</i>	50
10. 4. <i>Etické aspekty výzkumu</i>	51
12. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	52
12. 1. <i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	52
12. 2. <i>Výzkumná zjištění – odpovědi na výzkumné otázky</i>	54
13. DISKUZE	94
14. ZÁVĚR	101
15. SEZNAM LITERATURY	106
16. SEZNAM TABULEK	110
16. SEZNAM PŘÍLOH.....	110

1. Úvod

Problematika psychiatrické komorbidity se v léčbě závislosti objevuje stále častěji a přináší s sebou různé komplikace a často i předčasné ukončení léčby. Na oddělení střednědobé léčby závislostí pro ženy, kde autorka pracovala šest let, se stále používá pevně nastavený bodovací systém, který je hlavním pilířem režimové léčby závislosti.

V této práci se autorka věnuje otázce, zda je takto nastavený bodovací systém vhodný a účinný pro klientky, které nebojují jen se svou závislostí na návykových látkách, ale musí k tomu ještě řešit nelehké potíže související s jejich dalším psychiatrickým onemocněním. Nejedná se kolikrát pouze o problematiku duální diagnózy, ale mnohdy se klientky potýkají i s více psychiatrickými diagnózami najednou. Stále častěji nastupují do léčby klientky s poruchami příjmu potravy, s různými poruchami osobnosti, afektivními poruchami a jinými duševními poruchami, které zrovna nezlehčují jejich zapojení do léčby a jejich práci na sobě samých, aby dokázaly změnit své chování a mohly znovu plnohodnotně žít i mimo hranice chráněného prostředí (Informační systém Hippo, nedat.).

Během své práce se závislými klientkami se autorka již měla možnost setkat s více klientkami s hraniční poruchou osobnosti, s poruchami příjmu potravy, smíšenou úzkostně depresivní poruchou, hyperkinetickou poruchou chování, schizoafektivní poruchou a dalšími poruchami osobnosti a psychickými onemocněními (Kniha příjmů - rok 2012, 2013, 2014, 2015). U klientek s duální diagnózou se objevují vedle problému závislosti na návykových látkách suicidální tendence, záměrné sebepoškozování, snížené sebehodnocení a jiné psychické a psychosomatické potíže. Obzvláště pro ně bývá velmi těžké dodržovat nastavené hranice a obstát v zavedeném bodovacím systému. Klientky s duální diagnózou často odcházejí na revers ještě před ukončením léčby nebo jsou propuštěny z disciplinárních důvodů (Kniha propuštění – rok 2012, 2013, 2014, 2015, Informační systém Hippo, nedat.).

Autorka se snažila více porozumět otázce, jak vnímají klientky s duální diagnózou léčbu s pevně nastaveným režimem a bodovacím systémem, jak se jim daří obstát a co by chtěly změnit v tomto bodovacím systému. Chtěla také zjistit, zda považují klientky tento bodovací systém léčby za spravedlivý, účinný a vhodný k léčbě závislosti a změně stávajícího chování. Dále se autorka pokouší demonstrovat na případové úrovni a ověřit pomocí dalších výzkumných metod, zda jsou potíže a překážky na cestě obstát a projít

bodovacím systémem odlišné u jednotlivých psychiatrických komorbidit a zda jsou skutečnou příčinou častějšího vypadávání z léčby závislosti.

Tato diplomová práce je pilotní studií, která se zabývá tématem vlivu bodovacího systému na léčbu závislosti u klientek s psychiatrickou komorbiditou ve střednědobé ústavní léčbě. V rámci této práce nebylo možné obsáhnout všechny typy léčebných zařízení, všechny kategorie psychiatrických komorbidit a závislostí a obsáhnout toto téma ve větším rozsahu. Téma pilotní studie je zúženo na jedno adiktologické léčebné zařízení, které se zabývá střednědobou léčbou závislostí u žen. Jsou zde tedy zohledněna genderová specifika v léčbě závislosti a cíle pilotní studie vycházejí z výzkumu na úrovni polostrukturovaných rozhovorů vybraných klientek a doplňujících kvalitativních a kvantitativních výzkumných nástrojů.

Studie by měla přispět k lepšímu pochopení pohledu klientek s duální diagnózou na léčbu závislosti s nastaveným bodovacím systémem, na jejich vnímání bodovacího systému, překážek, nedostatků a možných změn v nastavení pravidel, hranic a režimu v rámci tohoto systému. Studie také odkrývá aktuální potřeby, schopnosti, možnosti a cíle klientek s přidruženou psychiatrickou komorbiditou, které procházejí střednědobou pobytovou léčbou závislosti založenou na plnění pravidel a požadavků, ale především na vyhýbání se postihům a sankcím v rámci bodovacího systému.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2. Předmluva

Na počátku teoretické části se autorka věnuje problematice psychiatrické komorbidity v léčbě závislosti, vymezením pojmu psychiatrické komorbidity, pojmu duální diagnózy a jejich vzájemného vztahu. Dále je zde shrnuta problematika psychiatrické komorbidity v adiktologii pomocí výsledků různých klinických a epidemiologických studií, pohled odborníků na diagnostiku duálních diagnóz, zastoupení jednotlivých duálních diagnóz u uživatelů návykových látek, druhy psychiatrické komorbidity a vlivu této komorbidity na léčbu závislosti.

V další části práce je popsáno pět psychiatrických poruch a onemocnění podle četnosti výskytu na vybraném oddělení závislosti pro ženy během posledních čtyř let (Informační systém Hippo, nedat., Kniha příjmů - rok 2012, 2013, 2014, 2015). Tyto psychiatrické poruchy a onemocnění se objevují jako nejčastější duální diagnózy u klientek léčených pro závislost či zneužívání návykových látek. U každé psychiatrické komorbidity jsou shrnuty poznatky o diagnostice, projevech a etiologii onemocnění, dále o problematice komorbidity těchto poruch s poruchami z užívání návykových látek a v neposlední řadě o léčbě těchto duševních poruch a onemocnění. K těmto psychiatrickým diagnózám je ještě přiřazeno sebepoškozování a suicidální chování, které často tyto psychiatrické komorbidity doprovázejí a ještě více ztěžují léčbu a snižují její celkovou úspěšnost.

Ve třetí části jsou shrnuty různé názory a pohledy odborníků na léčbu duálních diagnóz u klientů závislých na návykových látkách, komplikace plynoucí z duálních diagnóz snižující úspěšnost léčby závislosti a nakonec různé přístupy a možnosti v léčbě závislých klientů s duálními diagnózami.

Závěrečná kapitola teoretické části je věnována režimu a bodovacímu systému ve střednědobé ústavní léčbě, původem a vývojem bodovacího systému, povahou bodovacího systému ve smyslu vyváženosti sankcí a odměn a významu bodovacího systému v léčbě závislých klientů v současné době. O tématu bodovacího systému je v odborné literatuře velmi málo informací a ještě méně klinických studií se tímto tématem zabývá, ačkoliv je bodovací systém stále pevně zakotven jako hlavní nástroj léčby závislosti na odděleních psychiatrických léčeben a nemocnic. Nejvíce informací o bodovacím systému, jeho povaze, významu a použití v současnosti byly získány především díky průzkumu bodovacích systémů na specializovaných odděleních pro léčbu závislostí v léčebnách

a nemocnicích v ČR (viz Příloha 7 in Kalina, 2013) a dále pomocí výsledků šetření v rámci diplomové práce Kateřiny Mladé (2012).

Na úplný závěr teoretické části je popsán konkrétní bodovací systém a režim vybraného oddělení léčby závislosti, kde probíhalo průzkumné šetření v rámci této diplomové práce.

3. Vymezení pojmu psychiatrické komorbidity

Samotné vymezení pojmu psychiatrické komorbidity není napříč odbornou literaturou jednotné, jak ve vztahu k etiologii, tak ve vztahu k diagnostice, diferenciální diagnostice, tak následně i k prevenci, léčbě a rehabilitaci. Často jsou např. vzájemně zaměňovány pojmy komorbidita a duální diagnóza, samotné pojmy jsou různě vnímány a existuje celá řada odlišných výkladů a názorů na tuto problematiku. Pojem „duální diagnóza“ je v psychiatrické a adiktologické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, jíž se obecně rozumí výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince (Williams & Cohen, 2000).

Pojem komorbidita je v kontextu závislosti někdy také vykládán jako společný výskyt dvou diagnostikovaných psychických poruch spojených s užíváním drog, tzv. polymorfni užívání, tedy výskyt více diagnóz se skupiny F.10 až F.18 (dle MKN-10). Samotný termín duální diagnóza je v literatuře obvykle užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje tak určitou etiologickou souvislost daných onemocnění či poruch.

EMCDDA (2004) definuje komorbiditu nebo duální diagnózu jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“. Předpokladem přijetí takto definovaného pojmu je ovšem uznání, že porucha z užívání psychoaktivních látek a zejména závislost je také duševní poruchou, nikoliv např. sociálním problémem nebo morálním selháním (Kalina, Vácha, 2013).

4. Psychiatrická komorbidita v adiktologii

Mnoho klinických a epidemiologických studií poukázalo na vysokou četnost souběžného výskytu zneužívání návykových látek a duševní poruchy, nesoucí s sebou významné zdravotní a sociální důsledky. Dle výzkumných prací Regiera et al. (1990) uvedlo 22,3 % celoživotně psychiatricky nemocných jedinců dlouhodobé užívání alkoholu a závislost na

něm a 14,7 % pacientů uvedlo užívání dalších drog a drogovou závislost. Podle tohoto průzkumu má 38 % uživatelů drog ještě další psychiatrické onemocnění. Dle tohoto průzkumu je mezi pacienty s úzkostnou poruchou téměř 18 % takových, kteří mají rovněž problémy s abúzem alkoholu, totéž se týká 16,5 % pacientů trpících depresi; abúzus alkoholu se vyskytuje v průběhu onemocnění u 33 % pacientů se schizofrenií, 43 % pacientů s poruchou osobnosti má sklon k abúzu alkoholu. V Evropě se odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky, zejména alkohol, sedativa a konopné látky (EMCDDA, 2004).

Jak uvádí Kalina a Vácha (2013), v diagnostickém profilu klientů s poruchami z užívání návykových látek psychiatrických komorbidit se podle výše uvedených studií nejvíce objevují poruchy osobnosti a úzkostné a depresivní poruchy, dále poruchy příjmu potravy a různé psychotické poruchy. Studie cíleně zaměřené na určitý diagnostický okruh, např. na poruchy osobnosti (např. Jeřábek, 2008), stresové poruchy nebo ADHD (např. Čablová et al., 2015) obvykle dospívají ke značně vyšším číslům než práce hodnotící širší spektrum poruch.

Dle Popova (2003) představují lidé závislí na alkoholu 30–40% z celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení v průmyslově vyspělých zemích, v naší zemi jsou tato čísla v některých psychiatrických léčebnách ještě vyšší. Duální diagnóza komplikuje léčbu obou poruch a výrazně zhoršuje prognózu. Lidé závislí na alkoholu mají často tendenci ke škodlivému užívání dalších návykových látek, u většiny z nich se často rozvine závislost na více psychoaktivních látkách.

Miovska et al. (2008) rozlišují z hlediska etiologie v zásadě tři skupiny komorbidních uživatelů drog. První skupinu tvoří lidé s psychickou poruchou mimo závislostní okruh, bez ohledu na fakt, zda skutečně vyhledali odbornou pomoc a psychické problémy u nich tedy diagnostikovány jsou a jsou případně též léčeny, nebo zda těmito problémy trpí, ale pomoc nevyhledali a nejsou léčeni. Většinou začínají nekontrolovaně užívat návykové látky v důsledku těchto potíží. Jedná se o tzv. model samoléčení či sebemedikace. Druhou variantou je pak opačná situace, kdy dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek může duševní poruchu způsobit nebo častěji vyprovokovat. U třetí skupiny se předpokládá, že psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné jiné základní příčiny, např. poruchy osobnosti nebo stresové poruchy.

Torrens et al. (2006) považují spolehlivou a platnou diagnostiku psychiatrické komorbidity u závislých na psychoaktivních látkách za velmi obtížnou hlavně z toho důvodu, že akutní nebo chronické účinky zneužívání návykových látek mohou napodobovat příznaky mnoha jiných duševních poruch. Někdy je potom těžké rozlišit psychiatrické symptomy, které představují účinky akutního nebo chronického užívání návykových látek nebo jejich odnětí, od těch, které představují samotnou psychickou poruchu.

Miovská et al. (2008) dále upozorňují, že pro mnoho situací prozatím zůstává faktor kauzality nejasný a nelze jednoznačně vždy určit, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách, nebo naopak, zda závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů. Je dále samozřejmé, že dochází k interakci mezi oběma (nebo více) poruchami a onemocněními a je velmi důležité, zda k výskytu došlo za přítomnosti dalších rizikových, případně protektivních faktorů, a jakým způsobem na vývoj situace reaguje pacient zejména z perspektivy jeho léčebné compliance.

Dle Kaliny a Váchy (2013) panuje obecně shoda v tom, že klienti s duálními diagnózami mají těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní i sociální důsledky, více obtíží a komplikací v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti pouze s jednou poruchou (viz např. Cannaway & Merkes, 2010; Schulte et al., 2011; Torrens et al., 2012).

5. Vybrané psychiatrické komorbidity

V této části práce je popsáno pět psychiatrických poruch a onemocnění podle četnosti výskytu na vybraném oddělení závislosti pro ženy během posledních čtyř let (Informační systém Hippo, nedat., Kniha příjmů - odd. 8, rok 2012, 2013, 2014, 2015). Tyto psychiatrické poruchy a onemocnění se objevují jako nejčastější komorbidity u klientek léčených pro závislost či zneužívání návykových látek. K těmto psychiatrickým diagnózám je ještě přiřazeno sebepoškozování a suicidální chování, které často tyto psychiatrické komorbidity doprovázejí a ještě více ztěžují léčbu a snižují její celkovou úspěšnost.

5. 1. Smíšená úzkostně depresivní porucha

5. 1. 1. Diagnostika a charakteristika

V MKN-10 je smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2) definována následujícím způsobem: Této položky by mělo být použito, když jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval

k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Jsou-li úzkostné a depresivní příznaky natolik závažné, aby opravňovaly samostatné diagnózy, měly by být zaznamenány obě a této položky by nemělo být užito. Operacionální diagnostická kritéria pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu nejsou v MKN-10 vypracována.

V americké klasifikaci DSM-IV jsou kritéria pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu operacionálně definována jako trvalá nebo vracející se dysforická nálada trvajících nejméně jeden měsíc, přičemž je tato dysforická nálada doprovázena po dobu nejméně jednoho měsíce čtyřmi nebo více z následujících příznaků, kterými jsou obtíže s koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“, poruchy spánku tzn. obtíže s usínáním nebo udržením spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek, únava nebo malá energie, podrážděnost, obavy, snadné pohnutí k slzám, nadměrná bdělost nebo ostražitost, anticipace horšího tzn. pocit selhání, pocity beznaděje (pronikavý pesimismus do budoucna) a nízké sebevědomí nebo pocity bezcennosti. Tyto příznaky způsobují klinicky významné obtíže nebo zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí a zároveň nejsou způsobeny přímými fyziologickými účinky substance (např. návykové látky nebo léku) nebo somatického onemocnění (Smolík, 2002).

2. 1. 2. Etiologie, příznaky a projevy

Praško a Laňková (2006) popisují jako typické příznaky úzkostně depresivní poruchy trvalou nebo vracející se dysforickou náladu, obtížnou koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“, obtíže s usínáním nebo udržením spánku, neklidný spánek, pocit únavy a nedostatku energie, podrážděnost, nadměrnou ostražitost, tendenci k plačtivosti po nepatrných podnětech, pesimistická očekávání do budoucna, anticipaci horšího, nízké sebevědomí nebo pocity méněcennosti. Průběh úzkostně depresivní poruchy bývá buď periodický, jako u rekurentní depresivní poruchy, nebo dlouhodobě kolísající, jako u generalizované úzkostné poruchy. Symptomatologie se však často mění. Spontánní remise je spíše výjimkou.

Také Röhr (2012) zdůrazňuje jako hlavní příznak úzkostně depresivní poruchy trvalé narušení celkové nálady, které zasahuje duši, vede k tělesným poruchám i k poškození mezilidských vztahů, často žene lidi na pokraj existenciální propasti, a někdy je dohání až k sebevraždě. Objevují se poruchy spánku, ztráta energie, nedostatek soustředěnosti, ústup sexuální žádostivosti, ztráta chuti k jídlu, neschopnost požitku, ztráta zájmů, ztráta citu pro vlastní hodnotu a celková ztráta radosti ze života. Jako průvodní symptomy obvykle

můžeme pozorovat tělesné bolesti, vnitřní neklid, ztrátu emocí a vnímavosti, zármutek a silné pocity viny. Pro úzkostného a depresivního člověka jako by se zastavil čas, nemůže uvěřit, že by bylo možné zlepšit jeho momentální stav.

Dušek a Večeřová-Procházková (2010) pokládají prožitek smutku u jedinců se smíšenou úzkostně depresivní poruchou za rozdílný. Může jít o pasivní depresi se zaujatostí, nebo dráždivé depresivní rozlady s pochybnostmi. Jsou známy deprese, u kterých je v popředí únava, která depresivní obraz zakrývá. Jindy se objevují bezvýchodné postoje se sebeobviňováním, sebepoškozováním a suicidálními tendencemi, které mohou končit v sebevražedném pokusu nebo až dokonané sebevraždě. Ve výpovědích nemocných se vyskytují údaje o ztrátě schopnosti vnímat smutek, nejsou tak schopni se radovat, ale nejsou schopni ani vnímat a prožívat svůj smutek. Nemocní s depresí mají často pocit selhání při řešení určitých životních situací, uvědomují si, že nejsou schopni zvládnout povinnosti a úkoly, které na ně klade život, že je neprovádějí na té úrovni jako dříve, objevují se autoakuzace, silné pocity viny, bezmoci a ztráty smyslu života.

5. 1. 3. Problematika komorbidity

Praško a Laňková (2006) poukazují na skutečnost, že dlouhodobý abusus návykových látek může vést k úzkostně depresivní symptomatologii, rovněž se mohou úzkostné příznaky objevit v rámci syndromu z vysazení návykových látek. Upozornit na přítomnost závislosti na alkoholu nebo jiných látkách může anamnéza, informace od blízkých, ale také zvýšené hodnoty jaterních enzymů v krvi. U pacientů s úzkostnou poruchou může dojít druhotně k rozvoji závislosti, když se snaží „samoléčbou“ zmírnit příznaky pitím alkoholu nebo užíváním trankvilizérů. Někdy je těžké odlišit od sebe příčinu a následek.

Segal et al. (2006) považuje klienty s úzkostně depresivní poruchou za jedince s velmi nízkou sebeúctou a pronikavým vědomím vlastní bezcennosti, což zřejmě vede k tomu, že často vyhledávají a obklopují se lidmi, kteří jim ještě více posílí a podpoří jejich nízké sebevědomí a vyhýbají se naopak těm, kteří by s nimi polemizovali, argumentovali a snažili se změnit jejich negativní vnímání a pohled na svět. Tento výběr blízkých lidí může ještě více podporovat a prohlubovat jejich nízké sebehodnocení a potom se dá jen s obtížemi čelit jejich pocitům beznaděje a smutku a zlepšit jejich neustálé negativistické vnímání sebe a okolního světa. Úzkostně depresivní lidé často inklinují k rizikovým skupinám a rizikovým způsobům chování, jako je např. abúzus alkoholu a jiných návykových látek, gambling, sebepoškozování a suicidální chování.

5. 1. 4. Léčba úzkostně depresivní poruchy

Prašková a Praško (1999) poukazují na možné nedostatky v léčbě úzkostně depresivní poruchy, kdy pacienti dlouhodobě dostávají málo účinné benzodiazepiny, často se rozvíjí závislost a příznaky poruchy přitom dále přetrvávají. Neadekvátně léčená nebo chronická smíšená úzkostně depresivní porucha vede nápadně často k trvalé pracovní neschopnosti a invaliditě a celkový dopad bývá dokonce závažnější, než je tomu u velké depresivní poruchy. Velmi často dochází k rozpadu partnerských vztahů i sociální sítě postižených osob a izolovaní pacienti jsou opakovaně hospitalizováni v somatických nebo psychiatrických zařízeních, která jsou často jejich jediným sociálním zázemím. Přitom odpovídající léčba od počátku rozvoje poruchy může tento demoralizující vývoj změnit. Pokud je tato porucha včas rozpoznána a adekvátně léčená, nebývá její léčba nijak zvlášť obtížná.

Rovněž Priest a Baldwin (1994) upozorňují na možné potíže a komplikace v nevhodně zvolené a nastavené léčbě úzkostně depresivních klientů, kteří bývají léčeni benzodiazepiny po dobu mnoha let, získávají rezistenci na tuto léčbu, chronifikují a potýkají se potom navíc se svou závislostí na benzodiazepinech a jiných sedativech a anxiolytikách. U úzkostně depresivních pacientů se také objevuje vyšší riziko sebevražedného jednání a často u nich dochází k sekundárnímu rozvoji závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách, což přináší další komplikace v léčbě a zhoršuje kvalitu života lidí s touto psychiatrickou komorbiditou.

5. 2. Poruchy příjmu potravy

5. 2. 1. Diagnostika a charakteristika

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Poruchy příjmu potravy zahrnují dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii.

Mentální anorexie (F50.0) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, která je nejméně o 15% nižší než by odpovídalo věku a výšce jedince (BMI v hodnotě 17,5 a nižší). Mentální anorexie postihuje nejčastěji mladé dívky, pouze asi 5% nemocných tvoří chlapci. Lidé trpící anorexií se vyhýbají kaloricky obsažné stravě, vyvolávají si zvracení, průjmy, užívají laxativa, anorektika, diuretika, nadměrně cvičí. Mají

stálý strach z tloušťky, který přetrvává i přes jejich kachektizaci. Té neodpovídá jejich nadměrná aktivita a čilost. U většiny postižených se rozvine amenorea, snížení zájmu o sexualitu a snížení hodnot tělesné teploty, pulzu i krevního tlaku, u některých se mohou objevit edémy, leukopenie a jiné somatické obtíže. Postižené dívky mají sklon k zatajování obtíží, lhavosti, podvádění, někdy i k drobným krádežím, především jídla. Při rozvinutém onemocnění může dojít až k metabolickému rozvratu, poruše ledvin či srdeční zástavě s následnou smrtí. Odhaduje se, že asi 5-10% případů končí z těchto důvodů a z důvodů zvýšené tendence k suicidálnímu jednání letálně (Raboch, 2006).

Smolík (2002) definuje mentální bulimii (F50.2) jako opakované záchvaty přejídání a nadměrné zabývání se kontrolou tělesné hmotnosti, které vede k charakteristickému přejídání s následným zvracením nebo užitím projímadel. Před mentální bulimií se může vyskytnout v průběhu několika měsíců až let epizoda mentální anorexie. Opakované zvracení má za následek často elektrolytické poruchy a somatické komplikace.

5. 2. 2. Etiologie, příznaky a projevy

Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění, jejichž základem jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a poruchy vnímání vzhledu vlastního těla. Jak uvádí Raboch (2006), nejsou příčiny vzniku těchto onemocnění přesně známy. Je známo velké množství různých látek podílejících se centrálně i periferně na regulaci tělesné hmotnosti a aktivity (např. serotonin, dopamin). Dělí se na skupinu orexigenních látek, které chuť k jídlu zvyšují, např. neuropeptid Y, a skupinu látek anorexigenních, které chuť k jídlu zvyšují, např. CRH. Dříve předpokládaná představa o primárním hypothalamo-hypofyzo-gonadálním nebo jiném endokrinním postižení se nepotvrdila. Současný pohled na poruchy příjmu potravy je biopsychosociální. Uvádějí se takové momenty, jako je zděděná vulnerabilita k tomuto vzorci chování (genetický podíl na vzniku anorexie se odhaduje na 58-88%), perinatální trauma, pohlavní zneužití, časná separace od rodičů, strach z dospělosti, výskyt obezity u příbuzných. Významný je i vliv informačních médií a módy týkající se dosažení ideální štíhlosti u žen a sportovních tělesných proporcí u mužů.

Leibold (1995) považuje za hlavní příčinu bulimie u mnohých pacientů vliv výchovy v rodině, kde byl kladen důraz na zachování neporušené zevní fasády a mínění společnosti. Nemocní pak mají sklon k nadměrnému přizpůsobování se sociálním tlakům, nechtějí být nápadnými, nedokážou se vzepřít účelným způsobem a nekriticky se podrobují módním ideálům štíhlosti a jiným zevním tlakům. Na druhé straně sami cítí, že je takové nadměrné

přízpůsobování brzdí a často také brání jejich sebeuplatnění. Své odmítání tedy tajně vyjadřují nadměrným příjmem potravy a následným vyvoláním zvracení, což pro ně představuje dodatečný protest proti společenským tlakům.

V posledních letech je věnována značná vědecká pozornost problematice úzkého vztahu sociální úzkosti a poruchy příjmu potravy. Grabhorn et al. (2006) definoval pocity studu jako hlavní emocionální příznak ve spojení s pocity sociální úzkosti a sociální fobie. Pacienti s anorexií a bulimií mají vyšší skóre v internalizaci celkového pocitu studu než pacienti s úzkostnými poruchami a depresí. Jak pocity studu a tak i sociální úzkost je třeba považovat za důležité faktory, které mají vliv na vznik a průběh anorexie a mentální bulimie. Interakce mezi pocity studu a pocity sociální úzkosti mají význam pro vznik a rozvoj poruchy příjmu potravy. S ohledem na terapeutické důsledky, by se mohlo zdát rozumné zaměřit se nejen na léčbu, jak pocity studu ovlivnit, ale také konkrétně přijmout terapeutické strategie zaměřené na sociální úzkostné obavy.

Dle Krcha (1999) jsou si mentální anorexie a bulimie přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a kontrole váhy. Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Mentální bulimie je porucha příjmu potravy s opakujícími záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost, kdy u mentální anorexie je tělesná hmotnost udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní.

5. 2. 3. Problematika komorbidity

Papežová (2012) považuje komorbiditu poruch příjmu potravy a dalších onemocnění za poměrně častý problém. K nejčastějším společným diagnózám patří poruchy osobnosti, poruchy nálady, úzkostné poruchy a závislosti na návykových látkách, nejčastěji na alkoholu, lécích a v posledních letech je častá komorbidita poruch příjmu potravy a závislosti na stimulantech. Vyšší výskyt poruch příjmu potravy se objevuje u dívek s ADHD a poruchou autistického spektra.

Také Platznerová (2002) nachází u klientů vysokou korelaci poruch příjmu potravy s abúzem alkoholu a jiných návykových látek a sebepoškozováním. U klientů s poruchami

příjmu potravy je častá asociace se sebepoškozování s purgativními praktikami, generalizovanou impulzivitou, suicidálními pokusy, afektivními poruchami, sexuálním zneužitím v anamnéze, disociací, komorbiditou, stupněm závažnosti poruchy, vyšším počtem předčasných ukončení léčby a nedostatečnými výsledky léčby.

Rovněž podle Leibolda (1995) podporují různé faktory, které vyvolávají nezdravý postoj k jídlu a narušený obraz vlastního těla, vznik různých druhů závislosti. Část pacientů s narušeným vztahem k jídlu byla předtím závislá na jiné droze, jiní se naopak vzdávají své závislosti na jídle a místo něj používají jiné návykové látky, nejčastěji alkohol, nikotin nebo léky. V obou případech nebylo původní chorobné chování úplně vyléčeno, ale pouze nahrazeno jiným zlem. U většiny klientů s poruchou příjmu potravy lze navíc zjistit několikanásobnou závislost, což znamená, že zneužívají jednu nebo více návykových látek. Tato kombinace více druhů závislosti se dá většinou obtížněji léčit a vede také k rychlejšímu somatickému a psychickému poškození.

5. 2. 4. Léčba poruch příjmu potravy

Na přítomnost poruch příjmu potravy jako komorbidit v řadě důležitých oblastí, zahrnující deprese, bipolární poruchu osobnosti, úzkostné poruchy a zneužívání návykových látek upozorňuje ve svých pracích Woodside et al. (2006), který považuje za nejdůležitější zásadu léčby takových případů komorbidit uznání účinku hladovění a nestabilního příjmu potravy na obě diagnózy a na výsledek léčby. Kliničtí lékaři by měli komorbiditu u pacientů s poruchami příjmu potravy léčit obvyklým způsobem, ale musí si stále uvědomovat, že narušený příjem potravy bude mít negativní vliv na výsledky terapie.

Jak uvádí Smolík (2002), neexistuje dosud jednotný názor na způsob léčby mentální anorexie a mentální bulimie. Byly vypracovány komplexní metody, které využívají efektu pozitivního hodnocení plnění stanovených dietních režimů, informační zpětné vazby nebo snižování napětí nebo deprese před záchvatem přejídání. Někdy dochází k úlevě při aplikaci bicyklických antidepresiv, v poslední době jsou stále častěji pozitivně hodnoceny účinky selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu.

Papežová (2003) poukazuje na různé komplikace v léčbě klientek s poruchami příjmu potravy, kdy mohou terapeuti vnímat pacientku jako popírající, podvádějící, racionalizující za účelem uchovat si symptomy. Ve strachu z přibrání na váze, pacientka popírá specifické chování, jako jsou dietní rituály a užívání laxativ a není schopna reálně posoudit či

připustit, že je příliš štíhlá, jakoby necítila hlad ani únavu. Popření je pak příčinou neúspěšnosti intervence a porušování terapie a spolupráce. Hluboce ambivalentní pacientky se současnou váhou manipulují, aktivně podřívají terapii, zacházejí s jídlem potajmu a snaží se odvrátit pozornost odborníků od svého tělesného stavu. Spolupráce může být jen zdánlivá, pacientky si uchovávají tajemství, že věci jsou jinak, než se povídá a naučí se sdělovat to, co je od nich očekáváno. V závěru léčby vystupují do popředí témata sebekoncepcce, překonání negativních zážitků a přiměřené aktivizace nemocné. Nezbytnou podmínkou je kvalitní terapeutický vztah, pracující s motivací dívky. Navázat takový vztah je ale často největší překážkou, zvláště u dívek, které jsou k léčbě dotlačeny okolím a samy stále zůstávají bez potřebného náhledu a potřebné motivace. V průběhu terapie je proto třeba klientku neustále motivovat, stavět před ní přiměřené dílčí cíle, pohybovat se na věcné, dívce srozumitelné rovině, kde se pracuje s aktuálními problémy a pocity.

Podobně i Krch (2002) zdůrazňuje některá úskalí léčby klientek s poruchou příjmu potravy, kdy si tyto dívky a ženy často odmítají přiznat nemoc, odmítají pomoc a popírají tělesné i psychické obtíže, což vede k vyhýbání se léčbě. Při léčbě, není-li pacientka dostatečně motivována, pak vznikají problémy s vytvořením terapeutického vztahu, pracovní spolupráce, dodržováním plánovaných setkání a terapeutického plánu s jeho jednotlivými úkoly. Časté série „krátkých terapií“ s velkým počtem relapsů a častá přerušování léčby vedou k dalším problémům s trváním terapie. Klientky s poruchami příjmu potravy jsou ambivalentní k ideálu štíhlosti a ochranné funkci zvracení. Odpor a popření souvisí s vědomou a účinnou snahou zachovat si dosaženou velmi ceněnou hodnotu: štíhlost, kontrolu nad jídlem, morální čistotu či převahu nad ostatními (především cvičením a restrikcí příjmu potravy). Málokdy ochotně vyhledají léčbu, a když tak učiní, chtějí pomoci spíše od nutkavých myšlenek na jídlo, deprese a úzkosti, než od nízké váhy samotné. Někdy vyvolávají i u odborníků silné reakce, které vyžadují více sebekontroly, sebereflexe, podobně jako léčba závislosti.

5. 3. Hyperkinetická porucha chování (ADHD)

5. 3. 1. Diagnostika a charakteristika

Dle Drtílkové et al.(2007) nebylo pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu použito takové množství terminologických variant, které postupně odrážely změny v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi, jako na hyperkinetickou poruchu chování.

V různých zemích a v různých obdobích minulého století vznikla řada terminologických variant pro označení hyperaktivního chování s poruchou pozornosti, které bylo často provázeno dalšími nedostatky v kognitivní a behaviorální oblasti.

Americké diagnostické manuály psychiatrických poruch DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) a DSM-IV (1994) následně zvolily používání termínu „porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou“ (attention deficit hyperaktivity disorder, ADHD). Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 9. revizi používala pro tuto diagnostickou skupinu označení „psychomotorická instabilita na terénu LMD“ a teprve její 10. Revize, platná od roku 1993, přinesla termín „hyperkinetické poruchy“, který zahrnuje zejména diagnózy F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti a F 90.1. Hyperkinetická porucha chování. Současné pojetí hyperkinetických poruch podle DSM-IV a MKN-10 není zcela identické, hlavní rozdíl spočívá v rozdílném vyčlenění subtypů.

Hyperkinetické poruchy podle kritérií MKN-10 zahrnují subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0) a subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1). Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny společně všechny základní příznaky poruchy (poruchy pozornosti a hyperaktivita, případně impulzivita považovaná za přidružený příznak, který však pomáhá poruchu potvrdit).

Dle MKN-10 jsou hyperkinetické poruchy skupinou poruch charakterizovanou časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit.

Diagnostický manuál DSM-IV definuje ADHD podrobněji a dělí ji do tří podtypů: na ADHD, inattentive type (s převládající poruchou pozornosti), ADHD, hyperaktivity/impulzivity type (převládající hyperaktivitou a impulzivitou) a ADHD, combined type (smíšený typ).

5. 3. 2. Etiologie, příznaky a projevy

Smolík (2002) popisuje hyperkinetické děti jako často neukázněné a impulzivní jedince, kteří jsou náchylní k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou spíše pro bezmyšlenkovité porušování pravidel, než by úmyslně vzdorovali. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti

jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je poměrně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Klinický obraz hyperkinetické poruchy chování není během dětství a dospívání stacionární, jeho projevy se mění v průběhu vývojových etap, v návaznosti na postupující maturaci mozku. V období adolescence se často stupňují poruchy chování spojené s impulzivitou a při přechodu poruchy do dospělosti se objevuje klinický obraz „hyperkinetické poruchy v dospělosti“ s rizikem sociální maladaptace. Asi u poloviny dětí dochází ke spontánnímu ústupu hyperaktivity ještě před dosažením puberty, obvykle kolem 12. roku. U 40-60% postižených může porucha přetrvávat do dospělosti a komplikovat život především zvýšenou impulzivitou a nedostatkem seberegulace, podle některých výzkumů tyto osoby snadněji propadají alkoholu a drogám, mohou se dopouštět neuváženého jednání, mohou být promiskuitní, častěji měnit pobyt a zaměstnání, jejich sociální úspěšnost je často nižší, než by odpovídalo jejich možnostem. Vyskytují se však mezi nimi i originální, různě talentované typy s tvůrčími schopnostmi (Accardo et al., 2000).

5. 3. 3. Problematika komorbidity

Čablová et al. (2015) považuje poruchy osobnosti a ADHD u uživatelů návykových látek za jednu z nejčastějších komorbidit. Přitom poslední studie ukazují obecně poměrně vysokou prevalenci ADHD u adiktologických pacientů, což v kombinaci s více „tradiční“ komorbiditou v podobě poruch osobnosti reprezentuje vysoce rizikový a komplikující faktor z hlediska správné diagnostiky, indikace léčebných metod, postupů a celkového výsledku léčby. Výskyt symptomů, případně reziduí ADHD v dospělosti znamená pro daného jedince často výrazné potíže v osobním, sociálním i pracovním životě. Pacienti mohou prožívat vyšší míru frustrace, agresivity a interpersonálních konfliktů. To vše je mj. činí více zranitelnými vůči užívání návykových látek.

Drtílková et al. (2007) upozorňuje na tradiční spojení hyperkinetické poruchy s častým komorbidním výskytem poruch chování, tikovými poruchami, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností a motorických funkcí, úzkostnými poruchami a v neposlední řadě spojení ADHD s častým výskytem přidružených afektivních poruch a obsedantně-kompulzivní poruchy. Poruchy chování se mohou projevovat jako časté výbuchy zlosti, porušování pravidel, šikanování, manipulativní jednání, různé agresivní projevy, krádeže, záškoláctví nebo útky z domova. Nedostatečná schopnost potlačit náhlé

popudy a potřeby vytváří rizikový terén pro zneužívání alkoholu a drog nebo projevy antisociálního chování.

Dle Plotníka (2012) vede neustálá přítomnost útrap a jiných těžkostí u adolescentů trpících ADHD k možnosti volby a výběru participace do periferních skupin a větší přitažlivosti k nebezpečným a zakázaným způsobům chování. Preference delikventního, vyzývavého a zakázaného chování pomáhá dospívajícímu vyrovnat se s odmítnutím, pocity méněcennosti, nedostatky a zkušenostmi zraněného Ega, i za cenu abnormální socializace. Přitažlivost drog a alkoholu, které mnohdy nahrazují odpovídající lékařskou péčí za těžkou cenu závislosti a dalších tělesných a duševních poškození a ztrát, je u dospívajících s ADHD častou součástí života. Alkohol a jiné návykové látky dočasně zmírňují bolest, odstraní na krátkou dobu deprese, pocity úzkosti a smutku a poskytují pocit sociální sounáležitosti a dočasně i euforii a radost. Braní drog tak zvyšuje možnost dosažení vzrušení a rychlé odměny, i když ve stejnou dobu zároveň stupňuje existující těžkosti a potíže člověka trpícího hyperkinetickou poruchou chování.

Na častou komorbiditu hyperkinetické poruchy chování a zneužívání návykových látek upozorňuje také Skirrow et al. (2009), který spojuje výskyt symptomů ADHD v dětství s prevalencí užívání návykových látek v adolescenci či dospělosti, neboť se toto onemocnění často pojí s úzkostí, depresí, emoční labilitou, poruchou chování, poruchou opozičního vzdoru apod. Všechny výše uvedené symptomy mohou v mladých lidech s ADHD vyvolat potřebu sebemedikace v podobě užívání návykových látek z důvodů lepší regulace svých nálad a zvládnání pocíťovaného neklidu, naplňování potřeby stimulace a úlevy od sociálního tlaku či tísně související se symptomy ADHD. K výše uvedeným deficitům přispívají také zhoršené kognitivní schopnosti jedince. Tyto aspekty působí na celkový psycho-sociální vývoj jedince a často fungují na principu „začarovaného kruhu“ ve vztahu k rozvoji závislosti.

5. 3. 4. Léčba ADHD

Arnold (2002) udává následující přehled terapie základních symptomů ADHD: psychoaktivní medikace (stimulancia, antidepresiva, adrenergní agonisté, trankvilizéry, neuroleptika atd.), behaviorální léčba (vedení a trénink rodičů, konzultace s učiteli, trénink schopností, systém pochval a odměn, atd.), EMG biofeedback s relaxačním tréninkem a další pomocné metody, jako je poradenství, skupinová a rodinná terapie a jiné formy psychoterapie.

Dle Miovského et al. (2013) představuje výskyt poruchy ADHD v dospělosti pro daného jedince problémy nejen v osobním, profesním a sociálním životě, ale také zásadní komplikace právě pro léčbu závislosti. U pacientů s ADHD mohou být narušené kognitivní funkce, vyskytovat se odlišné behaviorální projevy a obecně snížené adaptační mechanismy a sociální dovednosti. Jedná se zejména o problémy se zvládním afektů a emocí, nižší míru frustrační tolerance, tendenci reagovat impulzivně či agresivně, problémy se zvládním stresu, tlaku a zátěže. Tyto psychické deficity mohou následně negativně působit na jeho interpersonální vztahy, komunikační schopnosti a strategie řešení konfliktů. Vzhledem k výše popsaným symptomům mohou být zásadním způsobem ovlivněny a narušeny schopnosti daného pacienta se adekvátně adaptovat a zvládnout a přiměřeně profitovat z léčebného modelu v prakticky každém typu rezidenčního zařízení pro léčbu závislosti. U daných jedinců se tak může objevovat vyšší výskyt frustrace, agresivity a interpersonálních konfliktů, což může vést u některých klientů k předčasnému vypadnutí z programu a nižší úspěšnosti léčby.

5. 4. Hraniční typ emočně-nestabilní poruchy osobnosti

5. 4. 1. Diagnostika a charakteristika

Levy et al. (2006) definuje hraniční poruchu osobnosti (BPD) jako závažné a rozšířené psychiatrické onemocnění, které se vyznačuje afektivní nestabilitou, výbuchy vzteku, častým výskytem suicidality a parasuicidalit a značnými deficity ve schopnosti pracovat a udržovat smysluplné vztahy. Epidemiologické studie prevalence naznačují, že BPD ovlivňuje přibližně 1-4% celkové populace, 10-15% psychiatrických ambulantních klientů a až 20% z psychiatrických hospitalizovaných klientů. BPD je vysoce komorbidní s jinými poruchami osobnosti, jakož i s řadou dalších psychiatrických onemocnění, zejména depresemi, úzkostmi, poruchami příjmu potravy, posttraumatickou stresovou poruchou a zneužíváním návykových látek.

Hraniční porucha osobnosti (BPD) je charakterizována obecnou nestabilitou ve vztazích, narušeným vnímáním sebe sama a afekty kombinovanými silnou impulsivitou v chování. BPD je vnímána jako komplexní bio-psycho-sociální vývojová porucha osobnosti (Gagnon et al., 2006).

5. 4. 2. Etiologie, příznaky a projevy

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti prokazují dle Watsona et al. (2006) různé úrovně disociace, které se zvyšují s úrovní traumatu z dětství, což podporuje hypotézu, že traumatické zážitky z dětství vyvolávají disociativní příznaky později v životě. Emocionální zneužívání a zanedbávání může být v rozvoji disociativních symptomů přinejmenším stejně důležité jako fyzické a sexuální zneužívání v dětství.

Platznerová (2002) považuje za psychopatologický podklad hraniční poruchy osobnosti hlubší psychologickou strukturu, organizovanou kolem fundamentálního rozštěpení. Tato struktura determinuje specifické vnímání sebe a druhých a vede k chaotickým mezilidským vztahům, impulzivnímu sebedestruktivnímu chování a dalším symptomům. Myšlenka rozštěpení vychází z modelu psychiky, ve kterém se emočně nabitě zážitky internalizují, tyto internalizace se kumulují a vytvářejí v psychické struktuře člověka tzv. objektivně-vztahové dyády, jednotky tvořené specifickou reprezentací sebe a specifickou reprezentací druhé osoby, provázené specifickou emocí. Dyády nejsou přesnou reprezentací historické reality, naopak reprezentují většinou extrémní obrazy a emoce. Vnitřní reprezentace frustrujících druhých ve vztahu k vlastnímu bezmocnému deprivovanému Já jsou tak úplně odštěpeny od vnitřních reprezentací uspokojujících druhých ve vztahu k vlastnímu spokojenému Já. Protichůdné reprezentace jsou silně emočně obsazeny, ty první nenávislnými, ty druhé láskyplnými pocity. Přítomnost protichůdných obrazů v psychice vede k příznakům hraniční poruchy osobnosti, jakými jsou chaotické interpersonální vztahy, emoční labilita, černobílé myšlení, chybné testování reality, vztek i impulzivní sebepoškozování.

Bohus (2002) vidí v popředí hraniční poruchy osobnosti poruchu regulace emocí. U hraničních jedinců se objevuje nízký práh dráždivosti pro vzbuzení emocí a vysoký stupeň vzrušivosti, což znamená velké množství silných emocí a poté zpomalený návrat na počáteční emociální úroveň. V silném stresu jsou emoce mnohokrát vnímané jako nediferencované. Postižení prožívají nejdříve zaplavující emoce, emoční zmatek anebo současně velmi rozdílné, protichůdné pocity. Společným znakem u BPD bývá opakující se prožitky silných averzivních stavů napětí. V průběhu těchto stavů se většinou rozvíjejí disociační symptomy, což jsou přechodné poruchy vnímání sebe a reality při omezeném zpracování sensorických podnětů. V rámci snahy zvládnout tyto fenomény napětí jsou používány četné dysfunkční vzorce chování jako například sebepoškozování nebo užívání návykových látek.

Vágnerová (2008) zdůrazňuje sklon ke zkratkovitému a impulzivnímu vytváření vztahů, které bývají ze strany jedinců s hraniční poruchou nepřiměřeně intenzivní. Na partnera kladou tito lidé často tak neúnosné požadavky, že jsou jen těžko zvladatelné, což většinou vyústí k brzkému rozpadu těchto vazeb a následující emoční krizi. Podobná zkušenost se může vzhledem k rysům jejich osobnosti opakovat a prohlubovat tak pocit emoční nepohody. Jejich problémem je, že k naplnění své identity potřebují někoho dalšího, ale nedovedou si jej udržet. Obtížně snášejí samotu, která posiluje pocity nejistoty vlastního sebeomezení. Vzhledem k nejasnosti jejich identity je pro ně těžké vytvořit jakýkoli trvalejší vztah, zejména intimního charakteru. Jejich agrese se často obrací proti nim, mají sklon k sebepoškozujícímu chování, např. k sexuálním excesům či abúzu drog, mívají suicidální tendence.

5. 4. 3. Problematika komorbidity

Gunderson (2001) uvádí, že pokud má pacient v anamnéze užívání návykových látek a zároveň se u něj objevují beznadějně, impulzivní a sebe-ohrožující vztahy k druhým, musí terapeut určit, zda tyto pro BPD typické projevy jsou skutečně známkou hraniční poruchy nebo jsou spíše jen výsledkem užívání drog a primární závislosti na návykových látkách. Jestliže je abúzus drog primární, odlišnosti v chování, jednání a potíže ve vztazích jsou způsobeny ztrátou zábran, uvolněním a dalšími změnami v emocích, vnímání a prožívání vyvolanými užíváním návykových látek. Nejčastěji zneužívanou návykovou látkou je u hraničních poruch osobnosti alkohol, ale specifický pro tyto klienty je především polymorfní abúzus návykových látek, kde není druh návykové látky pro klienta ani tak důležitý. Abúzus u těchto lidí má většinou tendenci k epizodickému a impulzivnímu užívání, druh užívané návykové látky závisí více na její dostupnosti.

Dušek a Večeřová-Procházková (2010) považují klienty s hraniční poruchou osobnosti za všeobecně nestabilní v zátěži, agující zneužíváním drog, alkoholu, krátkodobými vášnivými a impulzivními vztahy a také krátkodobými psychotickými stavy, derealizacemi a depersonalizacemi. Pro tyto klienty je typická snížená kontrola impulsů, neschopnost odložit uspokojení, tendence myslet tzv. černobíle a pohybovat se v extrémních kategoriích (ideál versus ztracení). Na úrovni chování se objevuje řada náhražkových mechanismů, jak se ubránit úzkosti a prázdnotě. Vztah typicky osciluje mezi úplným přijetím a úplným odmítnutím. Pokud si hraniční osobnosti dovolí určitou připoutanost, typicky mají ještě tzv. paralelní program, buď v podobě tajného vztahu, tajného zneužívání návykových látek, nebo lhaní a zatajování v jiném směru.

Také Feske et al. (2006) spojuje hraniční poruchu osobnosti s vysokou úrovní subjektivních tísní, včetně deprese, beznaděje, úzkosti, nudy, prázdnoty a nepříjemných fyzických stavů, které mohou sloužit u citlivých jedinců jako spouštěč k užívání návykových látek.

Dle Röhra (2009) je velká část pacientů s hraniční poruchou závislých, a to nejčastěji na více látkách, jako je alkohol, léky a drogy. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dávají přednost psychoaktivním látkám, které mají tlumivý účinek, jako je např. heroin, alkohol, barbituráty. Vzácněji jsou zneužívány halucinogeny, protože ty vyžadují zrušení beztak už slabých hranic ega, což může vést k hororovým tripům. Pacienti s hraniční poruchou jsou nezřídká závislí také na tzv. látkově nezávislých drogách. Röhr (2009) sem zařazuje přejídání, anorexii, bulimii, ale i závislost na hrách, sexu, práci atd.

5. 4. 4. Léčba hraniční poruchy osobnosti

Stone (1990) uvažuje, že přítomnost komorbidní závislosti na návykových látkách zdatně zvyšuje pravděpodobnost suicidálního chování a dokonaného suicidia a snižuje celkovou úspěšnost léčby pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Na druhé straně mohou pacienti s touto komorbiditou profitovat z programů léčby závislosti na návykových látkách. Někteří pacienti s BPD nemohou změnit své chování a způsob života, aniž by podstoupily terapii, která je cílená na jejich vztahové problémy, emoční nestabilitu a specifické potíže spojené s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. Proto je pro programy léčby závislosti důležitá citlivost a pochopení jejich specifických potřeb, aby se tito klienti zbavili nejen své závislosti a dosáhli abstinence od návykových látek, ale aby dokázali žít smysluplný život.

Linehan et al. (1994) pokládá za chování, které ohrožuje terapii klientů s hraniční poruchou osobnosti, všechny vzorce chování klienta i terapeuta, které brzdí pokrok terapeutického vývoje, ohrožují pokračování terapie nebo narušují terapeutický rámec. Klienti s BPD mají primární těžkosti vstoupit do terapie, někdy naopak rychle vstoupí do terapeutického vztahu a vydrží v něm určitou dobu, ale mají potíže s tolerováním přerušování nebo nezodpovědnosti ze strany terapeuta. Za ohrožující vzorce chování narušující terapii u klientů s hraniční poruchou jsou považovány např. pozdní příchody, neomluvené absence, sebepoškození, suicidální chování a vyhrožování suicidiem, psychogenní záchvaty během terapie, emocionální stažení se, uzavřenost, nedodržování dohod a stanovených hranic atd.

5. 5. Schizoafektivní porucha

5. 5. 1. Diagnostika a charakteristika

Mezi schizoafektivní poruchy (F25) patří dle MKN-10 epizodické poruchy, které mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují ani k diagnóze schizofrenie ani depresivní či manické epizody. Stav, kde afektivní symptomy nasedají na předchozí schizofrenní onemocnění nebo doprovázejí či střídají trvalou poruchu s bludy jiného typu. Nálada, neodpovídající psychotickým symptomům u afektivních poruch, neopravňuje k diagnóze schizoafektivní poruchy.

MKN-10 rozlišuje manický, depresivní a smíšený typ schizoafektivní poruchy. U manického typu (F25.0) jsou výrazné jak schizofrenní, tak manické symptomy, takže epizoda choroby neopravňuje ani k diagnóze schizofrenie ani mánie. Tato položka by se měla používat jak pro jedinou epizodu, tak pro recidivující poruchu, kde většina epizod je schizoafektivní manického typu. U depresivního typu (F25.1) jsou výrazné oba typy symptomů, jak schizofrenní, tak depresivní, takže epizoda neumožňuje diagnózu ani schizofrenie ani deprese. Tato položka by se měla používat jak pro jednu epizodu, tak pro recidivující chorobu, kde je většina epizod schizoafektivních, depresivního typu.

5. 5. 2. Etiologie, příznaky a projevy

Vágnerová (2008) předpokládá, že je genetická dispozice ke vzniku duševní choroby nespecifická, jde spíše o jakousi obecnou vulnerabilitu. Tato dispozice větší zranitelnosti spojuje schizofrenii i určité varianty poruchy nálad, resp. schizoafektivní poruchy. Mezi oběma chorobami není pravděpodobně z tohoto hlediska jednoznačná hranice. Existují přechodné varianty, pro něž je typická kombinace příznaků schizofrenie i afektivních poruch. Na vzniku schizoafektivní poruchy se podílejí různé faktory, genetické i exogenní, podobně jako v případě schizofrenie. Schizoafektivní poruchy se obvykle rozvíjejí v rané dospělosti, mezi 20. a 30. rokem. Mívají akutní průběh a poměrně krátké trvání, častěji jí trpí ženy než muži, z tohoto hlediska se schizoafektivní porucha více podobá afektivním poruchám než schizofrenii, kde je poměr nemocných obou pohlaví vyrovnaný.

Raboch et al. (2006) charakterizuje schizoafektivní poruchu jako časté onemocnění s přítomností schizofrenní a afektivní symptomatiky. U manického typu se vyskytuje expanzivní nálada se zvýšeným sebevědomím, vzrušením, někdy agresivitou, současně jsou přítomny megalomanické nebo perzekuční bludy a intrapsychické či jiné halucinace. U depresivního typu se objevuje depresivní nebo úzkostně depresivní nálada s obvyklým ranním pesimismem, ztráta životního elánu, sebeobviňování a velmi nízké sebehodnocení,

depresivní bludy autoakuzační a hypochondrické, jindy bludy perzekuční a bludy kontrolovanosti. Halucinované hlasy hovoří o klientovi nepříznivě, odsuzují ho, někdy vyhrožují. Pod vlivem patické depresivní nálady může dojít k suicidálnímu chování, suicidálním pokusům se zvýšeným nebezpečím sebevraždy.

Dušek a Večeřová-Procházková (2010) upozorňují na významné rozdíly mezi schizofrenií a schizoafektivní poruchou, u které zcela chybí negativní příznaky provázející schizofrenii a jsou přítomny pouze příznaky pozitivní. Odlišný bývá i průběh schizoafektivní poruchy, která se rozvíjí rychleji než schizofrenie, není zde tak zřetelná systematizace bludů a po odeznění epizody nezůstávají rezidua. V afektivní části je nutné rozlišit, zda jde o projevy odpovídající kritériím pro depresivní nebo manickou poruchu, nebo zda jde jen o depresivní či manické projevy v rámci schizofrenie. Terapeutický efekt je výraznější než u schizofrenie právě proto, že nejsou přítomny negativní symptomy.

Pogády (1998) rozděluje projevy schizoafektivní poruchy do dvou skupin, na afektivní příznaky, kam patří varianta manická s paranoidními bludy a extatickými projevy a varianta depresivní s příznaky typickými pro depresi, včetně poruchy psychomotorického tempa, suicidálních tendencí a depresivních bludů. Druhou skupinu tvoří příznaky z okruhu schizofrenie zahrnující poruchu myšlení s inkoharentním a bludným uvažováním, halucinace, poruchy vědomí, spojené s narušením pozornosti a orientace, a odchylky v jednání. Průběh onemocnění bývá obvykle akutní a jeho prognóza je příznivá. Pro sociální prognózu má význam věk, v němž se onemocnění objevilo, a případné poruchy premorbidní osobnosti.

5. 5. 3. Problematika komorbidity

Goff et al. (2011) uvádějí, že asi 50 % pacientů se schizofrenií a schizoafektivní psychózou užívá méně než 70 % předepsaných léků. To se podle těchto autorů týká tím spíše těch, kdo škodlivě užívají alkohol nebo jiné návykové látky. Tito pacienti častěji vynechávají dávky léků nebo berou vyšší dávky kvůli abstinčním příznakům a problémům způsobeným abúzem návykových látek. Léčba schizofrenie a schizoafektivní psychózy je komplikována interakcemi psychofarmak a alkoholu a jiných užívaných návykových látek, nekvalitní spoluprací a dalšími překážkami způsobenými z komorbiditou škodlivého užívání a závislosti na návykových látkách a duševní poruchy schizofrenního charakteru.

Volavka a Mohr (2011) se zabývali vlivem komorbidního užívání návykových látek a poruch osobnosti na riziko agresivního chování u schizofrenie, schizoafektivní poruchy

a jiných onemocnění schizofrenního charakteru. Tato komorbidita by měla být včas rozpoznána a léčena, přičemž léčba by měla začít již během hospitalizace a poté pokračovat při ambulantním sledování. Užívání návykových látek zvyšuje riziko agresivity u zdravých jedinců a je dobře známo, že tento vliv je obzvláště výrazný u lidí se závažnou duševní nemocí, jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha a jiné nemoci schizofrenního okruhu. Pokud by byl tento názor všeobecně akceptován a jeho důsledky by byly zohledněny v léčebných postupech, vedlo by to ke změně zacílení léčby a terapeutického úsilí od léčby psychózy k léčbě abúzu a závislostí.

5. 5. 4. Léčba schizoafektivní poruchy

Smolík (1996) udává, že léčba schizoafektivní poruchy se přizpůsobuje fázi a příznakům onemocnění, které se právě manifestují. V průběhu manické epizody se obvykle používá lithium, mnohdy v kombinaci s antipsychotiky. Lithium je také často používáno jako profylaxe manického typu schizoafektivní poruchy. U depresivního typu nebyl pozitivní účinek lithia pozorován. V současné době se nejvíce používají atypická antipsychotika, tedy antipsychotika II. generace, jako například risperidon nebo olazapin. V případě depresivního typu se nejčastěji užívají antidepresiva, také v kombinaci s benzodiazepiny a neuroleptiky.

Doubek (2012) pozitivně hovoří o léčbě chronobiologickými metodami, obzvláště v případě, kdy jde o depresivní složku u schizoafektivní poruchy. K těmto metodám patří fototerapie, terapie tmou a metoda spánkové deprivace. V některých případech může být dokonce podáván melatonin na vyrovnání jeho hladiny v organismu. Ten příznivě působí na správné fungování cirkadiálních rytmů. Cílem této léčby je tedy působit na patologicky pokleslou náladu skrze správnou spánkovou hygienu, která může být v rámci této nemoci často narušena. Dušek a Večeřová-Procházková (2010) udávají jako jednu z možností léčby využití elektrokonvulzivní terapie, a to hlavně u vzrušených nebo silně depresivních pacientů se schizoafektivním onemocněním.

Vágnerová (2008) považuje za velmi důležitou součást terapie psychoafektivní poruchy vedle psychofarmakologické léčby také psychoterapii, která by měla sloužit k podpoře nemocného při zvládnání nemoci, k porozumění sobě samému, podstatě své nemoci i ke zlepšení jeho sociálních dovedností. Je třeba respektovat úzkosti a obavy klientů, jejich pomalé nebo naopak zrychlené psychomotorické tempo a adaptační potíže. Jejich aktuální tolerance k zátěži bývá nízká, přetížení i nedostatečná stimulace mohou pak zvýšit riziko selhání klienta a neúspěšnost léčby.

5. 6. Záměrné sebepoškozování a suicidální chování

Na rozdíl od suicidálního chování je záměrné sebepoškozování chápáno jako akt, který má tendenci se opakovat, jeho letalita je nízká a záměrem jedince není ukončit život. Favazza (1987) dodává, že klinicky významným rozdílem je, že poškozující se jedinec nechce ukončit všechny pocity, ale naopak se snaží cítit se lépe. Přítomnost záměrného sebepoškozování rozhodně nevylučuje suicidalitu. Dle Kriegelové (2008) by se riziko dokonalého suicidia u sebepoškozujících jedinců nemělo podceňovat, neboť jeho pravděpodobnost je mnohem vyšší než v běžné populaci.

5. 6. 1. Záměrné sebepoškozování

Kriegelová (2008) definuje záměrné sebepoškozování jako úmyslné zranění vlastního těla bez zjevného suicidálního záměru a bez záměru sexuálního nebo dekorativního. Záměrné sebepoškozování se může objevit u žen i u mužů jakéhokoliv věku, ale jeho výskyt je nejčastější v období adolescence, kolem 14 let. Jedná se o sebeřezání, sebpálení, sebemučení, mírné sebetrávení, pravidelné předávkování, propichování kůže a další metody. Záměrné sebepoškozování je nejčastěji přítomno u jedinců bez jasné psychopatologie, u jedinců s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem.

Klonsky (2003) udává další motivy sebepoškozování, jako je snaha uniknout z nesnesitelné situace nebo nesnesitelného duševního stavu, snaha získat pocit kontroly nad vlastním tělem a psychikou, vyjádření pocitů, odpoutání pozornosti od jiných problémů, manifestace vlastních potřeb, dosažení poranění, která jsou viditelná a léčitelná, očištění se, znovuprožití traumatu ve snaze o jeho zpracování, získání pocitu bezpečí nebo jedinečnosti, vyjádření nebo potlačení sexuality, pokračování v abuzivních vzorcích rodičů nebo ochrana před emoční bolestí.

V klasifikacích DSM-IV i MKN-10 jsou jedinými diagnózami, u kterých je sebepoškozování uvedeno jako příznak nebo diagnostické kritérium, hraniční porucha osobnosti, porucha se stereotypními pohyby, asociovaná s autismem a mentální retardací, a předstírané poruchy s přítomností snahy simulovat tělesnou nemoc. Je rovněž známým faktem, že u psychotických pacientů a pacientů s bludy může docházet z psychotické motivace k závažným formám automutilace, jakými jsou amputace, kastrace atd. Sebepoškozující chování je však součástí klinického obrazu pacientů s mnoha dalšími diagnózami, jako je například deprese, bipolární poruchy, anorexie, bulimie, obsedantně-

kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy a různé asociativní poruchy (Platznerová, 2002).

Záměrné sebepoškozování u hraničních jedinců považuje Kriegelová (2008) za způsob upozorňování na sebe sama a za snahu o manipulaci druhými. Záměrné sebepoškozování může být ale také chápáno jako vysoce sebeprotektivní metoda udržení ostatních v dostatečné vzdálenosti. Sebeпоškozující chování u hraniční osobnosti představuje záměrné sebepoškozování, suicidální chování, setrvávání v násilném vztahu a různé formy rizikového chování.

Existuje rovněž výrazná komorbidita mezi záměrným sebepoškozováním a mentální anorexií a bulimií. Dle klinických výzkumů se prevalence sebepoškozování u mentální bulimie pohybovala mezi 21,6 % a 40 %, prevalence u mentální anorexie byla o něco nižší, od 5 % do 23 %. Záměrné sebepoškozování i poruchy příjmu potravy jsou typické pro ženy, většinou v období adolescence a jsou spojovány s pocity nespokojenosti s vlastním tělem a osobní neschopností. Je zde i přítomna snaha o kontrolu nad vlastním tělem a situací. Některé techniky vypuzování u mentální bulimie, jako je zneužívání laxativ nebo diuretik, mohou být dokonce považovány za určitý způsob záměrného sebepoškozování (Kriegelová, 2008).

Platznerová (2009) udává, že cílem léčby poškozujícího se pacienta je redukce počtu dalších epizod sebepoškozování, redukce touhy poškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života, při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby. K poškozujícím se klientům se doporučuje přistupovat s pochopením, respektem a diskrétností.

Brown, Comtois a Linehan (2002) pokládají za jednu z cest, jak omezit sebepoškozující chování, nácvik vhodnějších strategií zvládnání stresu a poskytnutí adaptivních alternativ pro řešení zátěžových situací. Vzhledem k tomu, že sebepoškozování je nejčastější u lidí, kteří nezvládají úzkosti, deprese nebo jiné stavy, jež převyšují jejich kapacitu regulace emocí, je důležité zaměřit se na zvýšení uvědomování si stresorů z prostředí, které fungují jako spouštěče sebepoškozování, a na zlepšení schopnosti rozeznat, prožívat a zvládat své emoční stavy produktivnějšími a pozitivními způsoby. Pouhé soustředění se na odstranění sebepoškozujících praktik bez posílení pozitivních prostředků regulace emocí může kontraproduktivně vést k osvojení si jiných sebedestruktivních způsobů chování, jakým je například abúzus návykových látek.

5. 6. 2. Suicidální chování a jednání

Dle Koutka a Kocourkové (2007) představují suicidální projevy širokou škálu chování a prožívání, na nichž se podílejí behaviorální, kognitivní, emoční a interpersonální aspekty. Při těchto projevech jsou přítomny vědomé i nevědomé motivy a souvislosti. Suicidální chování představuje širší pojem, obsahující nápady, myšlenky, výroky a proklamace, aniž by muselo dojít k vlastnímu suicidálnímu aktu. Suicidální jednání zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému počínání, jako je např. příprava suicidálních prostředků, autoagresivní chování ve smyslu sebevražedného pokusu či dokonáního suicidia.

Koutek a Kocourková (2007) považují za rizikový faktor vedoucí k suicidálnímu chování konfliktní rodinnou situaci, rozvod, suicidium v rodině, problematickou situaci ve škole nebo v práci, sníženou adaptaci mezi lidmi, zhoršený zdravotní stav, nízký sociální statut rodiny a další faktory. Specifický význam má onemocnění psychiatrickou poruchou, zejména depresí a jinými afektivními poruchami, schizofrenií a psychotickými poruchami, poruchami příjmu potravy a neurotickými poruchami. Sebevražedné chování může být též reakcí na závažné tělesné onemocnění. Se suicidálním chováním bývá často spojena problematika závislosti. Na rozdíl od jednorázového euforizujícího a uvolňujícího účinku způsobuje dlouhodobé užívání alkoholu depresi. Významný je komplexní negativní vliv abúzu alkoholu na psychický stav, sociální situaci a somatické zdraví postiženého. Abúzus alkoholu a závislost na něm je významným rizikovým faktorem pro suicidální pokus i dokonání suicidium.

Ohberg et al. (1996) považuje za významný rizikový faktor pro suicidální jednání drogovou závislost s následným abstinčním syndromem. Podle některých odhadů se až 18% závislých na návykových látkách dokonane suiciduje. Droga se v těchto případech také často stává jedem, který je k suicidiu použit. Někdy je obtížné odlišit předávkování nešťastnou náhodou od vědomého sebevražedného jednání. Při samotném suicidálním jednání hraje roli jak organické působení látky, vliv abstinčních příznaků, tak i celková bezvýchodnost situace závislého. Rovněž problematika patologického hráčství je často spojena se suicidálním jednáním. Situace tzv. gamblerů se vlivem jejich závislosti snadno stane bezvýchodnou, mají např. obrovské dluhy, což nezřídka vede k suicidálním tendencím.

Terapie sebevražedného jednání je dle Hawtona (2005) závislá jednak na akutním psychickém stavu postiženého, jednak na době, ve které je léčebná pomoc poskytována.

V rámci suicidálního jednání lze poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a konečně systematickou léčbu. Léčebné intervence mohou být psychoterapeutické, farmakoterapeutické, důležitá je socializace a sociální podpora klienta. V léčbě sebevraždného jednání je nutné se zaměřit jak na léčbu akutních suicidálních projevů, tak i na psychopatologické pozadí těchto projevů, jako je např. deprese, poruchy chování, závislost a jiné příčiny a aspekty suicidálního chování.

6. Léčba adiktologických klientů s psychiatrickou komorbiditou

Vysoká prevalence uživatelů drog s komorbidním onemocněním a následně problémy při léčbě patří, jak uvádí Kalina (2008), mezi závažné problémy současného veřejného zdraví. Psychiatrické onemocnění je nezanedbatelným rizikem pro možné užívání drog, drogovou závislost a relaps. Pacienti si do léčebných programů s duálními diagnózami přinášejí značné problémy a komplikují možnosti svého zapojení do programu a schopnosti profitovat z něj. Komorbidní onemocnění a poruchy jsou častým zdrojem rizikových situací, jež mohou vést k relapsům či jiným komplikacím, přinášejí výrazné komplikace při nedodržení abstinence a zvyšují zátěž a nároky na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy poruch a onemocnění a musí tak zvládat další komplikace plynoucí z duálních diagnóz.

Nepříznivé výsledky v léčbě drogově závislých klientů spojuje s psychiatrickou komorbiditou také Torrens et al. (2006). Podle něj vykazují pacienti s duální diagnózou vyšší psychopatologickou závažnost, více emergentních příjmů, významně vyšší výskyt psychiatrické hospitalizace a vyšší prevalenci sebevražd ve srovnání s pacienty s jednou psychiatrickou poruchou.

Také Čablová et al. (2015) považuje psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek z hlediska prevence a léčby za významný komplikující faktor, který zásadně ovlivňuje celkovou pacientovu compliance. Mezi nejčastějšími a z hlediska vlivu nejvýraznějšími komorbiditami můžeme nalézt zejména širokou skupinu poruch osobnosti, majících nejrůznější etiologii. Ve vztahu k léčbě jejich zvládnutí vyžaduje dlouhodobou perspektivu. Důležitá je kvalitní psychiatrická a psychologická diagnostika, zejména diferenciální diagnostik, vhodně zvolená farmakoterapie a individuální, systematický přístup v psychoterapii. Vztah mezi terapeutem a pacientem založený na důvěře, otevřenosti, přijetí a respektu je kvalitním základem pro efektivní terapii duálních diagnóz.

Rovněž Brewer et al. (1998) pokládá vysokou prevalenci uživatelů drog s komorbidním onemocněním a následně problémy při léčbě za závažné problémy současného veřejného zdraví. Psychiatrické onemocnění je nezanedbatelným rizikem pro možné užívání drog, drogovou závislost a relaps. Rozpoznání duševního onemocnění uživatele drog a znalost nejrůznějších aspektů jeho osobnosti může tedy významnou měrou přispět k volbě optimálních léčebných intervencí a tím k úspěšnosti léčby. Efektivní léčba spočívá především ve spolupráci všech součástí léčebného systému.

Kalina et al. (2015) rozlišuje tři modely léčby duálních diagnóz, kdy se terapie klienta musí zaměřit jak na návykovou poruchu, tak i na jiný duševní problém. Prvním modelem je léčba sukcesivní neboli následná, kde nejdříve probíhá léčba závislostní poruchy a teprve pak léčba další duševní poruchy, nebo naopak. Sukcesivní model však nereflektuje skutečnost, že obtíže spojené s psychiatrickou komorbiditou znamenají pro klienta omezení v zapojení do léčebného programu, sníženou schopnost z něj profitovat a vyšší riziko předčasného odchodu. Druhým modelem terapie duálních diagnóz je léčba paralelní, kdy se obě diagnózy léčí současně, ale každá v jiném léčebném zařízení. Tento model může přinášet problémy s mezioborovými a mezisektorovými bariérami a může být rizikový pro klienta při nedostatečném propojení, komunikaci a spolupráci mezi oběma službami. Třetím modelem je léčba integrovaná, která probíhá v jednom zařízení s jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy. Tento typ zvyšuje udržení v léčbě, přináší klientům větší prospěch a je ekonomičtější.

Podle Nešpora (2003) je zřejmé, že u klienta s duální diagnózou je třeba léčit jak pro návykovou poruchu, tak i pro jiný duševní problém. Taková léčba je daleko efektivnější než léčba pouze pro návykový problém nebo léčba pouze pro duševní poruchu. Vhodná je především podpurná psychoterapie, posilování motivace a některé kognitivně-behaviorální techniky na rozdíl od používání dramatických, úzkost vyvolávajících psychoterapeutických technik, které s sebou nesou vyšší riziko zhoršení závislosti i duševní poruchy. Při psychoterapii těchto klientů je na místě citlivost a opatrnost, v přístupu je vhodná větší tolerance, ale jasné a srozumitelné vymezení hranic a pravidel spolupráce. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat prevenci sebevražedného jednání a chování, které ohrožuje klienta a jeho okolí.

Na druhé straně Pecinovská (2011) pokládá za důležité zařazení klienta s duální diagnózou do běžného komplexního léčebného programu na oddělení léčby závislosti, s hlavním důrazem na režim s bodovacím systémem, který zajišťuje zpětnovazebnou informaci

o produktivitě klienta v léčbě a potřebnou stimulaci. Psychoterapeutický přístup by měl být v programu léčby závislosti u klientů s duální diagnózou integrativní, s prvky převážně kognitivními a behaviorálními, ve skupinách se může uplatňovat i přístup psychodynamický a humanistický. Velký důraz v léčbě je kladen na posilování zodpovědnosti a kompetence klienta pomocí různých edukativních programů, kognitivních a behaviorálních technik a dodržování léčebného řádu s pevně nastaveným režimem.

Volavka a Mohr (2011) uvádějí, že pokud jde o samotnou komorbiditu, v ČR dosud převažují přístupy sekvenční nebo paralelní, kde se řeší separátně problém duševní nemoci a zneužívání návykových látek. Teprve v poslední době se začínají rozvíjet integrované programy pro léčbu duálních diagnóz, kde vedle primárního psychiatrického onemocnění se současně řeší problematika závislosti. Tyto programy běží nejčastěji v rámci terapeutických komunit nebo denních stacionářů.

Kalina et al. (2015) považuje za optimální prostředí pro léčbu komplikovaných závislostních poruch model terapeutické komunity, kde mají struktura, řád, skupinové a komunitní procesy velmi široký potenciál pro úzdravu nejrůznějších duševních poruch, tedy i pro léčbu duálních diagnóz. Psychické komplikace u drogově závislých klientů v terapeutické komunitě jsou do značné míry zvládnutelné vlastními účinnými faktory procesu s podporou vzdělaného a zkušeného terapeutického týmu. Pro integrovanou léčbu duálních diagnóz je také nezbytná psychiatrická péče, včasná diagnostika a její adekvátní interpretace pro další pracovníky týmu, konzultace přístupů a rovněž uvážená preskripce psychofarmak, i když nejsou nezbytná ve všech případech.

Rovněž Brewer a kol. (1998) pokládá vysokou prevalenci uživatelů drog s komorbidním onemocněním a následně problémy při léčbě za závažné problémy současného veřejného zdraví. Psychiatrické onemocnění je nezanedbatelným rizikem pro možné užívání drog, drogovou závislost a relaps. Rozpoznání duševního onemocnění uživatele drog a znalost nejrůznějších aspektů jeho osobnosti může tedy významnou měrou přispět k volbě optimálních léčebných intervencí a tím k úspěšnosti léčby. Efektivní léčba spočívá především ve spolupráci všech součástí léčebného systému.

Souhrnem lze říci, že léčba závislých klientů s duální diagnózou s sebou přináší různé komplikace a rizika, duální diagnózy ztěžují schopnost klienta zapojit se do léčby a úspěšně ji dokončit. Problematika psychiatrické komorbidit u závislých klientů je závažným problémem veřejného zdraví, přesto je jí věnována malá pozornost a stále není

dořešena otázka integrované léčby těchto klientů s ohledem na jejich specifické potřeby, s odborně vyškoleným personálem s trpělivým, opatrným a citlivým přístupem.

7. Režim a bodovací systém ve střednědobé ústavní léčbě

Základem komplexního terapeutického programu ve střednědobé ústavní léčbě je strukturovaná léčba a s ní související soubor pravidel – režim. Režim specifikuje i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu. Dle Dvořáčka (2003) je soubor jasných pravidel a pevná struktura v terapii závislosti nezbytnou složkou. Smyslem léčby je podporovat takové vzorce chování, které vedou k získání odměny bezpečněji, perspektivněji a nikoli nutkavě a jeví se být méně rizikové z hlediska potenciálního relapsu. Cílem je ovšem přejít od vnějších pravidel a struktury, která je dána terapeutu, k pravidlům a struktuře vnitřní, kterou si klient dokáže udržet sám.

Ve většině zařízení je pak snahou pacientovo zvládnutí struktury a režimu objektivizovat a hodnotit, nejčastěji v podobě bodovacího systému. V rozvinuté podobě je bodovací systém souborem pravidel pro hodnocení zvládnutí strukturované léčby prostřednictvím kladných a záporných bodů. Důsledkem bodového hodnocení jsou různé výhody či nevýhody pro pacienta, skupinu či komunitu. V této podobě pak představuje bodovací systém jeden z nástrojů týdenního hodnocení průběhu léčby (Dvořáček, 2003).

7. 1. Vznik a vývoj bodovacího systému

Na počátku vzniku bodovacího systému vycházel Jaroslav Skála z práce ukrajinského pedagoga A. S. Makarenka, později bodovací systém Apolináře rozpracoval na základě dalších teoretických principů, jako je behaviorální terapie (učení a podmiňování), discentní psychoterapie (metoda s principy psychologie učení) a psychosomatická, dráždivá, „taraktická terapie“, při které dochází k posilování a zvyšování fyzické zdatnosti a frustrační tolerance. Původní Skálův bodovací systém obsahuje systém odměny i sankce ve srovnání s klasickou „token economy“ i se současnou pobídkovou terapií, které jsou založené na odměňování žádoucího chování. Skálův bodovací systém zahrnuje řadu požadavků, povinností, zákazů, ale i tvůrčích možností, které se sledují, kontrolují, hodnotí, odměňují a trestají podle sazebníku odměn a postihů, tzn. kladných a záporných terapeutických bodů (Kalina, 2013).

Bodovací systém byl v podobě uplatňované v Apolináři čistě „skálovský vynález“. Jaroslav Skála do své koncepce bodovacího systému zahrnul na rozdíl od zahraničních

kolegů jak odměnu, tak trest. Zahraniční aplikace kupónového či bodovacího systému se v této době soustřeďovaly především až výhradně na pozitivní projevy chování. Bodovací systém se stal velmi brzy součástí komplexního léčebného režimu, který Jaroslav Skála postupně budoval na protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky Karlovy univerzity v Praze, které založil roku 1948. Bodovací systém ve své první ucelené podobě byl součástí tohoto léčebného režimu od roku 1952. Nejprve bodovací systém sledoval pouze úsilí jednotlivce. Následně pak začal hodnotit nejen jednotlivé pacienty ale také jejich začleňování do malé skupiny (světnice) a vlivem jejich vzájemné soutěže začal platit i pro celý kolektiv pacientů (komunitu). Díky bodovacímu systému se tak režim uplatňovaný na tomto oddělení začal označovat jako „přísný ale spravedlivý“. Charakteristické pro toto označení bodování bylo nečinění rozdílů, ani udělování výjimek (Mladá, 2012).

Jak uvádí Mladá (2012), začala i jiná zařízení postupem času v bodovacím systému, který byl u Apolináře uplatňován, vidět velký smysl a brala si ho za příklad dobré praxe. Bodovací systém se tak postupem let začal šířit i na jiná psychiatrická pracoviště, a to jak na protialkoholní oddělení (např. v Lojovicích, Červeném Dvoře, Želivi, Horních Beřkovicích), tak i na oddělení, která se zabývala jiným odvětvím psychiatrie (dorostové a dětské psychiatrické oddělení v Opařenech nebo oddělení pro neurotiky v Brně-Bohunicích a Sadské). Na těchto různých odděleních nelze sledovat bodovací systém ve stejné podobě, jako byl uplatňován v Apolináři. Bodovací systém byl často upravován podle různých potřeb daných oddělení, aby konkrétní podoba bodovacího systému vyhovovala týmu, který ho uplatňuje a mohl tak plnit svou funkci.

7. 2. Systém odměny a trestu

Skála (1965) formuloval tvrdý, přísný a spravedlivý přístup, který korespondoval s jeho přesvědčením, že režim šetrný, měkký a shovívavý je pro alkoholiky nejen nežádoucí, ale dokonce i kontraindikovaný. Pacient byl tak během pobytu na oddělení, kde byl důsledně uplatňován režim, jehož hlavní součástí byl bodovací systém, vystavován dlouhodobému stresu - musel plnit tisíce a jednu povinnost, při které byl nejen kontrolován, ale i hodnocen ve smyslu odměny a trestu - systémem kladných a záporných bodů. Skála si byl vědom určitého rizika nerovnováhy odměn a trestů a zvažoval výhody i nevýhody bodovacího systému. Bodovací systém dle něj vyvíjí značný tlak na pacienta a působí žádoucím i nežádoucím směrem, urychluje adaptaci, někdy však zužuje pozornost jen na ni, projevuje negaci i projevy přínosné pro práci ve skupině i v komunitě. Podle Skály (1987) se bodovací systém podílí na autoselekcí pacientů v prvních třech týdnech léčby, což

znamená včasné vypadnutí z léčby, které je vysoce rizikové pro rychlý návrat k závislostnímu chování.

Jedním z důvodů a cílů používání bodovacího systému v léčbě závislosti je posilování žádoucího a oslabování nežádoucího chování, kdy je nežádoucí chování oslabováno udílením záporných bodů a následnou konkrétní sankcí. Na druhé straně je žádoucí chování posilováno udílením kladných bodů, jejichž konkrétními projevy jsou praktické výhody nebo nepřítomnost nevýhod. Kalina (2013) upozorňuje na skutečnost, že při vši snaze o rovnováhu nakonec sankce v leckterých aplikacích Apolinářského modelu převládají nad odměnami. Bodovací systémy jsou nastavené častěji a více na postihy nežádoucího chování než na posilování chování žádoucího.

Podle Rotgerse (1999) je převaha postihů nad odměnami z teoretického hlediska kontraproduktivní, jednak proto, že trest má tendenci vyvolávat negativní pocity a odvetné reakce, což může být překážkou změny chování, a potom také programy založené ve větší míře na trestání vykazují značný počet vypadnutí z léčby, což je překážkou její úspěšnosti. Rovněž Dvořáček (2003) považuje nevyváženost mezi sankcemi a odměnami za významné riziko bodovacího systému, což může znamenat od určitého momentu, zejména pak při velkém nahromadění sankcí, ztrátu terapeutického efektu.

7. 3. Význam bodovacího systému při léčbě závislosti v současnosti

Kalina (2013) charakterizuje dostupné bodovací systémy dle výsledků svého průzkumu jako systémy s komplikovanými a podrobnými schémata, s hlavním důrazem na hodnocení negativního chování a sankce za ně, kde nejtvrdějším postihem za porušení základních pravidel je disciplinární ukončení léčby. Disciplinární opatření však může dopadnout i na klienta, který nasbírá dostatečný počet záporných bodů za banální přestupky. V některých zařízeních existuje snaha o rozšíření kladné strany schématu, tj. žádoucího chování a odměny, s explicitním přiznáním poučení z behaviorálních terapií, a také snaha zajistit v bodovacím systému větší účast samotných pacientů a jejich spolusprávy, přičemž inovace nejsou obvykle vítány středním zdravotnickým personálem.

Dále Kalina (2013) upozorňuje na některé podstatné rozdíly mezi systémem pravidel, norem a zvyků ve skutečných terapeutických komunitách a mezi bodovacím systémem na režimových odděleních léčeben a nemocnic, které některé z principů terapeutických komunit uplatňují. Mezi závažné rozdíly patří např. skutečnost, že bodovací systém může

uzavřít prostor ke složitějším a efektivnějším formám učení, může klienta motivovat spíše k vnější adaptaci bez možnosti internalizace norem a hodnot a přináší vyšší riziko retraumatizace v léčbě. Dále bodovací systém reflektuje umělé režimové požadavky více než přirozené potřeby bezpečí komunity, obsahuje riziko vzniku neosobního mechanismu a riziko zneužití moci personálem. Bodovací systém může zatlačit do pozadí terapeutickou komunikaci, obsahuje velký počet režimových pravidel s nejasným vztahem k cílům léčby a často protirečící základním principům terapeutické komunity.

Heller a Pecinová (2011) považují program s pevně stanoveným režimem a bodovacím systémem za základ úspěšné léčby závislosti, kde režim určuje časovou strukturu dne a pravidla, která jsou ukazatelem účasti v léčebném programu. Režim má svůj význam v synchronizaci biologických rytmů, která přispívá k stabilizaci somatického i psychického stavu pacienta. Důležitým doplněním léčebného programu je bodovací systém, který slouží jako informační a motivační nástroj, pomocí kterého získávají terapeuti výkonný systém informací o tom, co se pacientovi nejen daří, ale především, co se mu nedaří. Tento systém má obvykle i toleranční hladiny, do kterých je možné chybovat, a při překročení těchto hladin se objevují různé předem stanovené postihy a sankce. Tyto sankce pacienta dle těchto autorů motivují a stimulují ke změnám závislého chování, posilují kognitivní funkce, posilují spolupráci ve skupině a nabízí spousty modelových situací, které pak mohou sloužit jako vhodný materiál pro psychoterapii.

Nešpor (1996) zdůrazňuje význam sebeodměňování a posilování pozitivního chování, kdy odměnou mohou být konkrétní důležité hodnoty materiální povahy nebo symbolické hodnoty, jako jsou ocenění a povzbuzení. Možnosti posilování pozitivního chování poskytuje i bodovací systém, ve kterém získání určitého počtu bodů spolu se splněním časového limitu umožňuje pokročit do vyššího stadia léčby s vyšší mírou výhod, např. častějšími propustkami nebo stacionářem. Větší důležitost pro upevnění pozitivního chování a zvyšování vlastního sebevědomí však autor přikládá sebeodměňování, které může praktikovat sám pacient v každodenním životě a nelze ho nahradit výhodami plynoucími z plnění bodovacího systému.

Mladá (2012) se snažila zjistit ve své průzkumu hlavní důvody, kvůli kterým dnes není bodovací systém na některých odděleních pro léčbu závislých používán. Dle názorů příslušných primářů a vedoucích oddělení jsou hlavními důvody nevyužívání bodovacího systému jeho podpora obranného systému odčiňování, který je typický pro adiktologické

klienty, dále tendence ke stereotypnímu přístupu ze strany personálu a také nemožnost věnovat se klientům individuálně, dle jejich aktuálních potřeb.

Dle Kaliny (2013) je bodovací systém využívající tzv. Skálův či apolinářský model neznámější aplikací behaviorálních terapií, která je využívána na specializovaných odděleních pro léčbu závislých v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, kde je bodovací systém pevně zakotven a je mu přisuzován vysoký terapeutický význam. Dle průzkumu bodovacích systémů na specializovaných odděleních léčby závislosti v léčebnách a nemocnicích v ČR, který autor uskutečnil v roce 2009 (viz Příloha 7, in Kalina, 2013), jsou snahy bodovací systém zjednodušit, rozvíjet, prověřovat jeho přiměřenost spolu s pacienty nebo jej zcela opustit ojedinělé a inovace bodovacího systému nejsou obvykle vítány středním zdravotnickým personálem. Bodování tak představuje jakýsi subkulturní znak a symbol správné praxe, kde existuje riziko nepochopení při nedostatečné znalosti a sounáležitosti s příslušnou subkulturou. Není známo ověření účinnosti „ skálovského“ či „postskálovského“ bodovacího systému, tudíž ho nelze pokládat za evidence-based metodu.

Názory a postoje na účinnost a vhodnost bodovacího systému v léčbě závislosti se různí, od názoru, že bodovací systém je základním nástrojem léčby závislosti, bez kterého není možná změna závislého chování, přes názor, že bodovací systém je třeba měnit a upravovat dle aktuálních potřeb klientů a týmu, ale objevují se i kritické postoje, které považují bodovací systém za málo účinný pro změnu závislého chování a pro léčbu závislosti. Účinnost bodovacího systému nebyla doposud klinicky ověřena, přesto je ve většině oddělení psychiatrických léčeben a nemocnic bodovací systém spolu s pevně nastaveným režimem stále používán jako hlavní nástroj léčby závislých klientů.

7. 4. Režim a bodovací systém ve vybraném adiktologickém zařízení

Bodovací systém a režim je zapsán v dokumentu Domácí řád režimové části odd. PN (příloha č. 3), který byl naposledy upraven v červnu 2014, kdy byly do řádu připsány další zakázané věci, např. MP3 a nabíječky, ale již nebyly tyto věci vyjmuty z věcí povolených. Tato skutečnost poukazuje na nepřehlednost a rozporuplnost domácího řádu. Bodovací systém se nemění, je stejný od roku 1998, kdy došlo k posledním malým úpravám a přibylo více záporných bodových hodnocení. V bodovacím systému převažují záporná bodová hodnocení nad těmi kladnými, což vypovídá o nevyváženosti sankcí a odměn v takto nastaveném systému. Bodovací systém a pravidla režimu může měnit pouze tým,

do kterého patří primář oddělení, vedoucí lékařka, dva lékaři, dva psychologové a staniční setra. Pokusy měnit tento systém zezdola, tedy ze strany klientek nebo i ze strany středního zdravotnického personálu, zatím nikdy nedopadly ku prospěchu nějakých změn. Návrhy na změny, jak se zdá, nejsou vítány, bodovací systém a dodržování pravidel řádu jsou hlavním pilířem léčby, i kdyby se mohl tento systém a řád jevit jako rigidní a zastaralý, bez klinického ověření jeho účinnosti v léčbě závislých klientek.

7. 4. 1. Režim a stupně léčby

Každé pacientce je přidělen režim **tox** nebo **alko**. Pacientky v režimu tox mají režim přísnější - **nesmí přijímat telefonní hovory** (ale je povoleno, aby je provolali a ony jim zavolaly zpět pod dohledem sestry), pokud chtějí samy někam volat, musí si podat žádost na tým (více viz oddíl "návštěvy a telefony"), mají přísnější bodové i časové limity (viz oddíl "délka léčby a víkendové vycházky"), nesmí se zúčastňovat některých programů mimo oddělení, nesmí plnit některé role (více oddíl "ostatní"), atd.

Popis rolí a stupňů léčby viz příloha č. 3.

7. 4. 2. Bodovací systém

Kladné body:

+ ½

- drobná pomoc komunitě
- aktivní účast na některém programu
- kvalitní deníkový zápis
- obecně prospěšná aktivita
- hlídání jídelny

+ 1

- krátkodobý zástup některé role
- provedení připraveného programu
- kvalitní elaborát
- pomoc komunitě nebo zástup při vedení samořídícího programu

+ 2

- vysoce kvalitní samořídící program vyžadující dlouhodobou přípravu

- obzvlášť kvalitní elaborát
- mimořádná iniciativa vyžadující značné úsilí a mající pro komunitu velký význam
- výrobek týdne

Záporné body:

- ½

- nepořádek v osobních věcech
- nekvalitní elaborát
- krátký deníkový zápis nebo pozdní odevzdání deníku
- odevzdání deníku na dolní detox místo na režimovou část odd v případě, že pac. je již přeřazena do režimu
- spojený deníkový zápis za víkend

- 1

- rušení na společném programu (např. při autogenním tréninku)
- nevyzvednutí léků.
- neodevzdání výrobku
- neodevzdání elaborátu na připravovaný program (1xA5)
- hrubé vyjadřování (netýká se skupiny, kde je přípustné)
- nedostavení se k podepsání léčby na tým- „pacientka dne“
- pouštění televize mimo povolený čas
- bezdůvodné zvonění na detoxu
- nepřezouvání
- pozdní příchod na program (skupiny, přednášky, strava atd.)
- sezení před sesternou (pokud zde klientka nečeká na ošetření)
- pozdní návrat z jednodenní vycházky, existenčního volna + ještě ztráta 1 hod. za každou započatou hodinu z další víkendové vycházky

- 2

- nahlížení do cizí dokumentace či deníku
- aplikace náušnic (nové vpichy) - platí příp. pro obě zúčastněné klientky
- znovunasazení sundaného piercingu
- neúčast na programu - 4 hod. z víkendové vycházky (dále vík.v.)
- neomluvený či samovolný odchod z programu se počítá jako neúčast na programu

- pozdní příchod na AUT, relaxaci a jógu – při pozdním příchodu se pacientka již programu neúčastní, aby nerušila a ohlásí se na sesternu - 4-hod. z vík.v.
- neohlášená návštěva - při opakování individuálně přísnější postih
- uchovávání vařeného jídla z Aramarku -4 hod. z vík.v.
- nezajištění zástupu rolí či programu - 4 hod. z vík.v.
- pobyt návštěvy (rodinných příslušníků apod.) na pokoji
- kontakt či přebírání věcí oknem - 4 hod.z vík.v.
- telefonování bez schválené žádosti - 4 hod.z vík.v.
- nedodržení budíčku
- neodevzdání elaborátu - 4 hod z vík.v.
- neodevzdání deníku – nenapsání - 4 hod.z vík.v.
- fyzická agrese nebo její obdoba - 4 hod. z vík.v.
- návštěva restaurace bez porušení abstinence
- vstup do kuchyně kromě služeb
- neslušné výrazy (vulgárnost vůči personálu) - 4 hod. z vík.v.
- zdržování se na cizích pokojích
- opakovaný noční neklid (rušení, nedodržení večerky, pobíhání po pokojích apod.) - 4 hod.z vík.v.
- polepování stěn oddělení a pokojů - 4 hod. z vík.v.
- neuposlechnutí příkazu personálu - 4 hod.z vík.v.
- nedodání potvrzení z existenční propustky
- nedovolené kontakty s mužskými pacienty léčebny
- opuštění areálu bez vědomí týmu – ztráta jedné víkendové vycházky
- vědomé ničení majetku
- zneužití existenční propustky pro jiný účel, než pro jaký byla schválena
- používání výtahu
- zdržování se ve II. patře bez vyzvání personálem - 4 hod. z vík.v.
- nedodržení povinností ekologické hlídky/zneužití role k jiným účelům - 4 hod.z vík.v.
- neplnění úkolů vyplývajících z role a rozdělení úkolů - 4 hod.z vík.v.
- kouření mimo vyhrazený čas či prostor - 4 hod.z vík.v.

- nedodržení povinností vyplývajících ze stupně „P“ (např. pacientka v modelu PX odejde na program mimo pavilon) - 4 hod.z vík.v.

Pokles P:

- držení zakázaných věcí (včetně pití kávy - totéž platí pro kuchyňskou službu, která k vaření kávy napomáhala)
(v případě držení návykových látek přísnější postih viz níže)
- úmyslné zatajování důležitých skutečností a přestupků
- během jednoho dne 2 x - 2 body
- během jednoho týdne zisk - 5 bodů

P2 □ **P1:** návrat P2 po 1 týdnu (k limitu na P3 se přičítá 1 týden od původního termínu)

P3 □ □ **P2:** návrat P3 po 1 týdnu

Překlad na detox nebo propuštění z léčby v případech:

- porušení abstinence (alkohol, drogy, neordinované léky ovlivňující psychiku)
- závažná fyzická agrese,
- krádež nad 100,-Kč (zpravidla navíc hlášeno policii)
- sexuální kontakty s pacienty nebo zaměstnanci

Pacientka během léčby nesmí přesáhnout **limit -20 bodů**. V případě přesáhnutí limitu se na poradě týmu zvažuje další setrvání v léčbě.

Další režimová opatření a pravidla viz příloha č. 3.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

8. Cíl práce

Tato diplomová práce je pilotní studií, která se zabývá tématem vlivu bodovacího systému na léčbu závislosti u klientek s psychiatrickou komorbiditou ve střednědobé ústavní léčbě. V rámci této práce nebylo možné obsáhnout všechny typy léčebných zařízení, všechny kategorie psychiatrických komorbidit a závislostí a obsáhnout toto téma ve větším rozsahu. Téma pilotní studie je zúženo na jedno adiktologické léčebné zařízení, které se zabývá střednědobou léčbou závislostí u žen. Jsou zde tedy zohledněna genderová specifika v léčbě závislosti a cíle pilotní studie vycházejí z výzkumu na úrovni případových studií vybraných klientek a doplňujících kvalitativních a kvantitativních výzkumných nástrojů.

Cílem této pilotní studie je demonstrovat a ověřit na jednotlivých případech klientek s různými kategoriemi psychiatrických komorbidit, jak vnímá klientka s duální diagnózou vyváženost sankcí a odměn a spravedlivé nastavení v rámci bodovacího systému.

Dalším cílem je zjistit a ověřit, jaký vliv má bodovací systém na motivaci ke změně chování a úspěšnost léčby závislosti z pohledu klientek s duální diagnózou.

Třetím cílem je zjistit, jaké nedostatky vnímají klientky s duální diagnózou v nastaveném bodovacím systému a jak si představují systém léčby, který by jim více vyhovoval a motivoval ke změně chování.

Posledním cílem této studie je demonstrovat a ověřit na jednotlivých případech klientek, zda jsou potíže a překážky na cestě obstát a projít bodovacím systémem odlišné u jednotlivých psychiatrických komorbidit.

9. Výzkumné otázky

V této pilotní studii byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak vnímá klientka s duální diagnózou vyváženost sankcí a odměn a spravedlivé nastavení v rámci bodovacího systému?
2. Jaký vliv má bodovací systém na motivaci ke změně chování a úspěšnost léčby závislosti z pohledu klientek s duální diagnózou?

3. Jaké nedostatky vnímají klientky s duální diagnózou v nastaveném bodovacím systému a jak si představují systém léčby, který by jim více vyhovoval a motivoval ke změně chování?

4. Jsou potíže a překážky na cestě obstát a projít bodovacím systémem odlišné u jednotlivých psychiatrických komorbidit?

10. Metodika

10.1. Výběr výzkumného souboru

Metodou výběru výzkumného souboru je metoda záměrného výběru, která patří mezi nepravděpodobnostní metody výběru. Jak uvádí Miovský (2006), prostý záměrný výběr spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňující určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně je ochoten se do výzkumu zapojit.

Kritériem výběru v tomto výzkumu je přítomnost psychiatrické komorbidity a podstoupení střednědobé ústavní léčby na oddělení závislostí. Dle četnosti přítomnosti jednotlivých psychiatrických komorbidit bylo stanoveno pět kategorií psychiatrických komorbidit a do každé kategorie byly záměrným výběrem vybrány dvě klientky s touto přidruženou psychiatrickou diagnózou, což znamená, že výzkumný soubor tvořilo celkem deset klientek. Dalším kritériem byla ochota klientek zapojit se do výzkumu a projevit tak své názory, postoje a sdílet svůj životní příběh.

10.2. Metodika sběru dat

Základními metodami kvalitativního sběru dat v této práci jsou pozorování, polostrukturované a narativní interview. Dle Miovského (2006) dokáže polostrukturované interview řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview, a proto je také nejvíce rozšířenou podobou interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné, a které specifikuje okruhy otázek, na které se bude ptát. Během interview používá tazatel následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníkem. Ověří si tak, zda věc správně pochopil a interpretoval, klade různé doplňující otázky. U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. jádro interview,

minimum témat a otázek, které musíme probrat, a na toto jádro se nabaluje množství dalších témat a otázek, které mohou přinést mnoho kontextuálně vázaných informací, a mohou tak pomoci lépe uchopit problém, který nás zajímá.

Jádro polostrukturovaného interview, které bylo použito při sběru dat v tomto výzkumu:

1. Jaký vliv má bodovací systém na Vaši motivaci k léčbě? Jaké v něm vidíte přednosti a výhody?
2. Je pro Vás pozitivní odměnou sbírání bodů a z toho plynoucí výhody a postup v léčbě a jak se cítíte, když body získáváte?
3. Jaké máte pocity, pokud jste sankciováni a body ztrácíte? Myslíte, že je zde vyváženost mezi sankcemi a odměnou, mezi ziskem a ztrátou bodů?
4. Jaké aktivity jsou pro vás výhodnější a jakým se naopak vyhýbáte? Jakým způsobem se snažíte body získávat?
5. Považujete bodovací systém za spravedlivý? Pokud ne, proč?
6. Jaké vidíte chyby a nedostatky v bodovacím systému?
7. Jak si představujete systém léčby, který by Vám vyhovoval a motivoval Vás ke změně? Co byste změnili v takto nastaveném bodovacím systému?
8. Myslíte si, že je pro Vás obtížnější obstat v takto nastaveném bodovacím systému než pro klientky, které nemají další přidružené psychiatrické onemocnění? Pokud ano, vysvětlíte důvody.

Průměrná délka polostrukturovaného interview byla přibližně 45 minut. Práce s jednotlivými klientkami byla pokaždé velmi zajímavá a odlišná – zatímco některé rozhovory probíhaly opravdu polostrukturovanou formou, několik pacientek bylo aktivnějších a rozhovor byl spíše nestrukturovaný, narativní, kdy mi povídali svůj životní příběh, aniž bych je musela pobízet nebo někam směřovat. Rozhovory probíhaly individuálně, v klidné místnosti, aby se klientka cítila bezpečně. Byly plánovány tak, aby nebyl narušen chod zařízení a ani léčebný program jednotlivých pacientek. Ty byl o rozhovoru předběžně informovány a souhlasily se svou účastí i časem provedení interview. Data byla zaznamenávána jako audiozáznam (s čímž respondentky souhlasily v informovaném souhlasu) a následně došlo k doslovnému přepisu rozhovorů. Součástí mé diplomové práce není kompletní přepis. Byla provedena selekce potřebných informací a skutečností, které jsou pro můj výzkum důležité.

Další metodou sběru dat byl narativní rozhovor. Jak uvádí Hendl (2005), při narativním rozhovoru není subjekt konfrontován standardizovanými otázkami, ale je povzbuzován ke

zcela reálnému vyprávění. V případě narativního rozhovoru určujeme předmět vyprávění a zároveň se hledá subjekt, u něhož je jistota, že bude schopen vyprávět. Vlastní narativní rozhovor se dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky. Hlavní význam narativního rozhovoru spočívá ve vyprávění vlastního příběhu od začátku až do konce nebo v líčení vývojových procesů.

Narativní rozhovory byly použity ke zjištění průběhu vývoje závislosti na psychoaktivních látkách, k průběhu vývoje a vzniku dalšího psychiatrického onemocnění a k vylíčení zážitků v průběhu léčby, pocitů a postojů klientek během pobytu na oddělení závislostí a v některých případech k vylíčení pocitů, obav a potřeb při disciplinárním propuštění klientky nebo vypadnutí z léčby. Narativní rozhovory nebyly podrobně zaznamenávány a nejsou ani zahrnuty do analýzy dat. Slouží spíše k dokreslení a lepšímu pochopení vnímání pocitů, postojů a názorů klientek na danou problematiku léčby závislosti. V příloze autorka uvádí některé úryvky z narativních rozhovorů s klientkami.

Dalším zdrojem dat byly dokumenty a výsledky odborných vyšetření, jako jsou záznamy z dekursu klientek, sesterské, lékařské a psychologické záznamy, lékařské epikrízy, záznamy z interních dokumentů oddělení a záznamy z informačního systému daného oddělení. Významným zdrojem sběru dat byly také soukromé dokumenty klientek, jako jsou záznamy v deníku klientky, vypracované elaboráty na zadaná témata a životopisy klientek. Při sběru dat z těchto dokumentů byla zachována ochrana osobních a jiných citlivých údajů o klientkách podle jasných a předem daných pravidel.

10.3. Metodika analýzy dat

Příprava dat k analýze spočívala nejdříve ve fixaci dat pomocí audiozáznamu. Pro převedení dat do textové podoby byla použita metoda transkripce. Došlo tak k první redukci dat, protože z audiozáznamu nelze zaznamenat vše. Pro zpřesnění transkripce byla použita technika kontroly transkripce opakovaným poslechem. Následovala redukce prvního řádu, kdy z textu byly odstraněny například nedokončené věty, výpovědi, které se opakovaly a nevztahovaly se k výzkumnému tématu. V případě tohoto výzkumu byly použity prvky zakotvené teorie. Rozebráním a konceptualizací byl uskutečněn rozbor pozorování, vět nebo odstavců a přidělena jména, podle toho, co daný jev reprezentuje.

Jak uvádí Miovský (2006), je kategorie třídou pojmů, která je objevena, když se při vzájemném porovnávání pojmů zdá, že náleží podobnému jevu. Takto jsou pojmy

seskupovány do vyššího řádu – pod abstraktnější pojem nazývaný kategorie. Jev reprezentovaný určitou kategorií dostane také pojmové označení, ovšem toto označení by mělo být abstraktnější, než jména pojmů, které jsou v této kategorii uskupeny. Kategorie mají určitý pojmový rozsah, který určuje skupiny pojmů (subkategorie) pod danou kategorií. Teorie vzniká určením hlavní kategorie, která je spojena na široké úrovni pojmů, vlastností a dimenzí. Teorie se ověřují podle údajů a dokončí procesem zakotvení.

Kódováním byly údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Dle Miovskeho (2006) nacházíme při axiálním kódování nové vazby mezi vzniklými kategoriemi a subkategoriemi. Pokračujeme v jejich dalším rozvíjení a zabýváme se jejich kontextem, nacházíme a popisujeme, v jakém vzájemném vztahu jsou. Selektivní kódování je proces, kdy po výběru centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsány kategoriemi. Ve výzkumu byly nejprve navrženy koncepty a pomocí metody otevřeného kódování identifikovány jednotlivé kategorie, jakožto základní jednotky analýzy. Na závěr analýzy dat byly metodou selektivního kódování vybrány centrální kategorie, které byly uvedeny do vztahu s ostatními popsány kategoriemi.

Vedle těchto kvalitativních výzkumných metod byla k ověření a testování předpokládaných vztahů a spojitostí mezi nízkou úspěšností obstatí v nastaveném bodovacím systému a přítomností psychiatrických komorbidit použita analýza dokumentů, kde byl sledovány tyto ukazatelé: celkový počet dosažených bodů, celková ztráta bodů, celkový zisk bodů a vypadnutí z léčby. Při analýze těchto dokumentů byla zachována ochrana osobních a jiných citlivých údajů o klientkách podle jasných a předem daných pravidel.

10. 4. Etické aspekty výzkumu

V diplomové práci dodržuji relevantní etické principy, výzkum byl schválen primářkou oddělení a také projednán a schválen Etickou komisí (příloha č. 1). Všechny komunikační partnerky z výzkumného souboru byly seznámeny s účelem sběru a použitím dat, s cílem práce a formou prezentace výsledků práce a se způsobem ochrany osobních údajů. Dále byly informovány o tom, že účast ve výzkumu je dobrovolná a tudíž není nárok na odměnu za účast. Výzkumu se zúčastnily pouze ty klientky, které se svojí účastí souhlasily, což je doloženo podepsáním informovaného souhlasu účastníka výzkumu (příloha č. 2), který byl založen do chorobopisu klientek. Účastnice výzkumu byly upozorněny rovněž na to, že

mají právo kdykoli z výzkumu odstoupit bez udání důvodu a že získané informace nebudou nikomu sdělovány.

Byla dodržována anonymita klientky a ochrana jejích osobních údajů, aby klientka nemohla být identifikována. Nejsou uváděna skutečná jména osob ani léčebného zařízení, bibliografické údaje klientek jsou mírně posunuty pro zachování anonymity. Případné nahrávky rozhovorů nebudou nikomu poskytovány a bezprostředně po využití v rámci této práce (jejich transkripci do elektronické podoby) budou zničeny. O všech těchto skutečnostech byly klientky informovány. Bylo důsledně dbáno na to, aby rozhovory byly vedeny tak, aby nezpůsobily klientkám psychické obtíže nebo bažení apod. Všechny výsledky a závěry pocházejí pouze z reálných výzkumných zjištění.

12. Prezentace a interpretace výsledků výzkumu

12.1. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 komunikačních partnerek (klientek), které byly během června až září 2015 hospitalizovány na vybraném oddělení závislostí pro ženy. Klientky byly vybrány pomocí záměrného výběru, kde byla stanovena tato kritéria: přítomnost diagnózy závislosti na návykových látkách a zároveň přítomnost další psychiatrické diagnózy, tedy duální diagnózy. Bylo stanoveno 5 psychiatrických komorbidit dle nejčastějšího výskytu těchto diagnóz během posledních 3,5 let, od ledna 2012 do června 2015 (Kniha příjmů - rok 2012, 2013, 2014, 2015, Informační systém Hippo, nedat.).

Do každé kategorie příslušné psychiatrické komorbidity byly vybrány dvě klientky, které byly ochotny zúčastnit se výzkumu. Žádná z vybraných klientek účast na výzkumu neodmítla a nenastaly ani potíže při sběru dat, kdy byly rozhovory nahrávány se souhlasem klientek a zaručením anonymity a dalších etických aspektů. Autorka výzkumu na vybraném oddělení již delší dobu pracuje, což ovlivnilo i vztah autorky a klientek, účastnících se výzkumu, založený na vzájemné důvěře a porozumění a snahu autorky přistupovat ke klientkám citlivě, s otevřeností a respektem, aby i získaná data byla důvěryhodná, pravdivá a byla skutečným obrazem vnímání a názorů klientek.

V tabulce č. 1 jsou řazeny jednotlivé psychiatrické komorbidity dle častosti výskytu na vybraném oddělení za určenou dobu, tedy od ledna 2012 do června 2015 (Kniha příjmů - rok 2012, 2013, 2014, 2015, Informační systém Hippo, nedat.). V závorce jsou uvedeny použité zkratky těchto diagnóz.

Tabulka č. 1 – Vybrané psychiatrické komorbidity

Vybrané psychiatrické komorbidity
1. Úzkostně depresivní porucha (ÚDP)
2. Poruchy příjmu potravy (PPP) – mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB)
3. Hyperkinetická porucha chování (ADHD)
4. Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ (BPD)
5. Schizoafektivní porucha (SCHAP)

V tabulce č. 2 jsou u jednotlivých klientek uvedeny údaje o věku a dosaženého vzdělání, druh diagnózy ze závislostního okruhu, druh duální diagnózy, zda se jedná o první či opakovanou léčbu na vybraném oddělení závislostí a způsob ukončení léčby závislosti (negativní revers, disciplinární ukončení či řádné dokončení léčby). Je zde také uvedena přítomnost další přidružené psychiatrické komorbidity, přítomnost sebepoškozování a suicidálního chování. Jména klientek jsou pozměněna z důvodu zachování anonymity klientek.

Tabulka č. 2 - Přehled charakteristik klientek

Jméno	Věk v letech	Vzděl.	DG z okruhu F10-F19	Duální diagnóza	Další psychiatrická komorbidity	SP či SCH	Pořadí léčby	Způsob ukončení léčby
Lucie	18	Z	F15.2	ADHD	ne	SP	1.	discip.
Monika	39	VŠ	F10.2	ÚDP	ne	SCH	7.	revers
Naďa	45	SŠ	F19.2	SCHAP	ne	SCH	11.	revers
Martina	36	SŠ	F10.2	PPP-MB	DS	ne	5.	řádně
Petra	28	V	F15.2	BPD	MB	SP	3.	revers
Alina	22	SŠ	F15.2	ADHD	OKP	ne	2.	discip.
Marie	58	VŠ	F13.1	ÚDP	ne	ne	1.	řádně
Josefina	29	VŠ	F10.2	BPD	MA	SP+SCH	1.	discip.
Eva	41	SŠ	F10.2	PPP-MA	DS	SP	7.	řádně
Sandra	24	Z	F19.2	SCHAP	ne	SCH	2.	revers

Legenda: Vzděl. – dokončené vzdělání; Z - základní, V - vyučena, SŠ - středoškolské, VŠ – vysokoškolské, DS - depresivní syndrom, OKP – obsedantně kompulzivní porucha, SP – sebepoškozování, SCH – suicidální chování, discip. – disciplinární ukončení léčby.

Průměrný věk respondentek je 34 let, z toho 1 klientka vyučena, 2 klientky se základním vzděláním, 3 s vysokoškolským vzděláním a 4 se středoškolským vzděláním. U 4 klientek se vyskytuje syndrom závislosti na alkoholu, u 3 klientek syndrom závislosti na stimulantech (převážně amfetaminu), u dvou klientek se objevuje závislost na více návykových látkách a u jedné klientky škodlivé užívání sedativ a hypnotik. U 5 klientek jsou k hlavní duální diagnóze ještě přidruženy další psychiatrické komorbidity, jako jsou poruchy příjmu potravy, depresivní syndrom a obsedantně kompulzivní porucha. Pouze u 3 z vybraných 10 klientek se neobjevuje problematika sebepoškozování či suicidálního chování. 3 klientky podstoupily svou první léčbu na vybraném oddělení závislostí, ostatních 7 klientek se zde léčilo opakovaně. Pouze 3 klientky řádně dokončily léčbu, 4 klientky odešly z léčby na negativní revers před jejím ukončením a 3 klientky byly disciplinárně propuštěny, dvě z důvodu velkého bodového poklesu během léčby a 1 klientka byla disciplinárně propuštěna pro porušování pravidel a režimu oddělení. Z 3 klientek, které léčbu řádně dokončily, byly 2 klientky do dvou měsíců znovu hospitalizovány na vybraném oddělení pro léčbu závislosti.

12. 2. Výzkumná zjištění – odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná zjištění vycházejí z odpovědí na stanovené výzkumné otázky. Tato zjištění byla získána analýzou polostruturovaných rozhovorů vedených s klientkami, které podstoupily léčbu na oddělení závislostí pro ženy ve vybraném adiktologickém zařízení a zároveň u nich byla diagnostikována další psychiatrická komorbidity. Výzkumná zjištění jsou vždy pro ilustraci doplněna vybranými citacemi z rozhovorů s klientkami.

12. 2. 1. Vnímání spravedlivého nastavení a vyváženosti sankcí a odměn v bodovacím systému z pohledu klientky s duální diagnózou

Pro získání odpovědi na první výzkumnou otázku týkající se postojů a názorů klientek na spravedlivé nastavení bodovacího systému na vybraném oddělení závislostí odpovídaly klientky na otázku, zda je jim zdá bodovací systém spravedlivý, jak vnímají jeho nastavení a jaké pocity s sebou přináší udělování sankcí a ztráta bodů. Dále je zde řešena otázka vyváženosti sankcí a odměn, zda nepřevažují příliš ztráty terapeutických bodů a možné vypadnutí z léčby nad získáním kladných bodů a tím i možnostmi postupu v léčbě závislosti.

a) spravedlnost bodovacího systému

➤ bodovací systém je spravedlivý

Pouze jedna klientka považuje bodovací systém za spravedlivý a dobře nastavený, i když uvádí možnosti porušení řádu a rozdílného hodnocení ze strany personálu.

Eva: „*Já myslím, že je to dobře nastavené. Je to spravedlivé, každý si najde, co potřebuje a dají se ty body lehce nasbírat. Tak štve mě, když ztratím body za někoho jiného, ale už to tak je, když se někdo nedokáže přiznat, neseme vinu i my ostatní. Já taky občas poruším řád, ale už vím, co si můžu dovolit a co ne. Víím, na co jaká sestřička dává pozor a co hodnotí, nějaká sestra neřeší nic a jiná zase všechno. Každý si prostě s tím řádem a systémem poradí po svém, každému to dá něco jiného, ale spravedlivé to je, jinak by to nefungovalo.*“

➤ bodovací systém je spravedlivý, ale lidé si ho různě vysvětlují a přizpůsobují

Dvě klientky považují bodovací systém za spravedlivý, ale nespravedlnost vidí v rozdílném a nejednotném hodnocení a v rozdílné interpretaci pravidel a řádu ze strany klientek i personálu.

Josefina: „*Systém se snaží být spravedlivý, ale lidé si ho různě přizpůsobují, různě vysvětlují, nespravedlivě ho interpretují a používají, porušují řád a pravidla a morální hodnoty se ztrácejí. V rukou a mysli člověka potom již nastavený systém spravedlivý být ani nemůže.*“

Monika: „*Bodovací systém je spravedlivý, nespravedliví jsou lidé, kteří ho využívají a řídí se podle něho. Samotný systém je docela dobře nastavený, ale pak už záleží na lidech, jak se k němu postaví, co z něj si vezmou a zda dokážou udržet hranice a pravidla. Ať už ze strany personálu, tak i z naší strany. Každý si stejně ten řád a bodovací systém vysvětluje podle svého, může ho různě upravovat, dělat kompromisy, dělat chyby, být nespravedlivý vůči ostatním, ale i sám k sobě. Ta spravedlnost je v nás, ne v tom řádu a systému.*“

➤ bodovací systém je spravedlivý, ale existuje různé hodnocení, neznalost a nejednotnost ze strany personálu

Další klientky uvádějí nejednotnost v hodnocení, neznalost systému a řádu ze strany personálu. Nespravedlnost také vidí v možnosti porušování pravidel a podvádění ze strany klientek, které jsou tu opakovaně a znají systém a řád lépe než personál oddělení.

Martina: „*Přijde mi ten systém spravedlivý. Snad jen, že by měl být personál zajedno, každý dává za stejné prohřešky jiný trest, jedna sestra najde nepovolenou věc, třeba lak na nehty a hned je pokles P a jiná to prostě velkoryse přehlédne. Každá psycholožka hodnotí taky jinak a je*

jinak přísná. U jedné složíte zkoušku v pohodě, jen odříkáte pár pouček a u jiné se musíte dlouho učit a stejně to pak nedáte.“

Petra: „Ten systém se dá lehce přelstít, obejít pravidla, obměkčit sestřičku. Každá totiž hodnotí jinak, takže už víte, co si můžete dovolit při směně téhle sestry a co ne. Navíc ani ta nová psycholožka nezná ten náš řád, podle kterého nás hodnotí, není si jistá v otázkách, ze kterých nás zkouší. Myslím, že by personál měl znát pravidla a být trochu jednotnější, pak tu docela vládne chaos, ale po nás se chce, abychom plnili a dodržovali řád, který personál ani pořádně nezná. To je pak myslím k ničemu. Systém prostě není spravedlivý a personál není sjednocený a zná ten řád méně než my. Já se pak v tom docela ztrácím, snažím se, ale často překračuju své hranice, ztrácím body, cítím vztek a vím, že to nezvládám.“

Marie: „Tak ten systém by byl asi spravedlivý, kdyby se dodržoval tak, jak je nastavený. Ale jsme jenom lidé a každý si vysvětluje určité pravidlo po svém, upravuje si ten systém, jak se mu to hodí a jak je to pro něj výhodnější. Klientky, co jsou tu poněkolidkaté, v tom umí chodit, dokážou podvádět a přitom projít bez problémů léčbou, dokážou lehce získávat body a neztrácet je zbytečně. Přitom ta pravidla porušují, ale vědí, jak to udělat, aby se na to nepřišlo. Znají personál, vědí, co chce jaká psycholožka slyšet a co si mohou dovolit, když slouží zrovna tahle sestra a čeho se naopak vyvarovat. Tak kde je pak ta spravedlnost?“

➤ **bodovací systém není spravedlivý, hodnotí někoho za chybu jiného**

Dále klientky hodnotí bodovací systém jako nespravedlivý a to hlavně kvůli možnosti kolektivní viny, kdy klientka, která řád neporušila, nese zodpovědnost a trest za klientku, která porušila řád a pravidla, ale svou chybu nepřiznala.

Petra: „Není to moc spravedlivý systém. Vadí mi ta kolektivní vina, že se někdo nepřizná, i když mi třeba dobře víme, kdo ta pravidla porušil, ale nechceme ho shodit, vlastně ho kryjeme, protože nejsme bonzáci, tak pak neseme vinu všichni. Ale k čemu pak takový systém je? Slouží jen ke lžím a podvodům, většina holek tu podvádí.“

Lucie: „Bodovací systém není moc spravedlivý. Není to zrovna motivace, když lehce body ztrácíte, ale získat je, to je horší. Pak ta kolektivní vina, kdy si nějaký nezodpovědný kuřák zakouří na pokoji, sestřička najde vajgly za oknem a trest postihne všechny kuřáky. Já to nemůžu ovlivnit, ale ztrácím najednou 2 body a 4 hod z vycházky. To mi nepřijde zrovna fér.“

➤ **bodovací systém není spravedlivý, je neosobní, rigidní**

Tři klientky spatřují nespravedlnost v nastaveném bodovacím systému především v jeho rigidnosti a neosobnosti. Uvádí názory, že tým oddělení není nakloněný změnám

a přehodnocení systému a některých pravidel. Bodovací systém nebere ohledy na specifika klientek, jejich potřeby a možnosti.

Alina: *„Jinak spoustu rolí si nemůžu brát, protože jsem v toxo režimu. To mně přijde docela nespravedlivé. Nechápu, v čem jsou horší holky, co braly pervitin, než třeba alkoholičky. Proč ony můžou tak lehce sbírat body a my ne. Proč všechny ty role, za které je nejvíc bodů, nemůžou mít toxandy? To nějak nechápu. Ale když chceme něco změnit, nejde to, ten systém se prostě nemění.“*

Naďa: *„Spravedlivý? Já nevím, mě to moc nemyslí. Není spravedlivé, že jsem tu už měsíc nedobrovolně. Ale pak se dá všem kuřačkám kolektivní trest a já musím psát elaborát, to je nespravedlivé, mělo by se všechno řešit více individuálně. Sbíráme body, ale nikdo se nám moc nevěnuje“.*

Marie: *„Ten bodovací systém se léta nemění, je všeobecný a nebere ohledy na specifika lidí. Každý člověk je přeci jiný a každý má jiné schopnosti a jinou povahu. Nejde hodnotit všechny lidi stejně a podle stejného měřítko. Ale to je jen můj názor, který bych neřekla každému.“*

➤ **bodovací systém není spravedlivý, umožňuje lži a podvody**

Nakonec je tu názor klientky, která hodnotí bodovací systém velmi negativně, jako systém plný lží a podvodů.

Sandra: *„Nic tu není spravedlivý, je to samá lež a podvod. Holky podvádí, doktoři nám lžou, sestry, ty jen přikyvují a vykonávají příkazy. Nikdo mi nerozumí a nikdo mi nevěří. Já zase nevěřím jim a celé jejich bodování a ten systém je největší podvod a je k ničemu.“*

b) vyváženost sankcí a odměn

Všechny klientky vnímají nevyváženost sankcí a odměn, kdy postihy převažují nad ziskem terapeutických bodů a z něj plynoucích výhod. Uvádějí, že je obtížné body získat, ale mnohem lehčí je body ztratit a nést daný postih. Pouze jedna klientka tvrdí, že při opakované hospitalizaci a znalosti týmu a systému převažuje zisk kladných bodů nad ztrátou.

➤ **nevyváženost sankcí a odměn, bodovací systém by se měl přehodnotit**

Jedna klientka se zamýšlí nad převahou trestů nad odměnami, nad podhodnocením a naopak nadhodnocením některých aktivit a rolí. Uvádí názor, že by se měl tým těmito otázkami zabývat a spolu s komunitou bodovací systém přehodnotit.

Monika: „*Bodovací systém by se mohl občas přehodnotit a zamyslet se nad tím, zda nejsou některé aktivity a role nedocenené a jiné zase nadhodnocené. Je více postihů a minusových bodů než těch kladných bodů a výhod. Lehké je body ztrácet a těžké získat. Prostě by si měl někdy ten tým sednout a spolu s celou komunitou tyhle otázky řešit.*“

➤ **nevyváženost sankcí a odměn, některé aktivity a role nejsou dostatečně oceněné, přísné tresty za minimální porušení pravidel a režimu, za chyby jiných klientek**

Většina klientek vidí nevyváženost sankcí a odměn především v tom, že některé aktivity a role jsou nedocenené a jiné naopak nadhodnocené, což způsobuje nevyváženost v rozdělování rolí a aktivit, pocity vzteku, zbytečnosti a nespravedlnosti. Klientky považují některé tresty za příliš přísné a nesmyslné.

Alina: „*Nevyváženost mezi ziskem a ztrátou bodů, mezi ohodnocením různých aktivit a rolí, nespravedlnost, na každého jiný metr...přísnost, ale nedůslednost. Body se získávají pomalu a ztrácí se velmi rychle, za něco jsou příliš velké tresty. Za nějaké aktivity a práce je zase bodů málo.*“

Lucie: „*Je to špatně nastavené, za něco je málo bodů a je pak lepší si ty aktivity nebrat, protože víc bodů můžete ztratit, když se vám to jednou nepovede a víc získat. Ztratím tak více než získám. Proto je výhodnější jednou za týden na generálu zamakat a mám hned potřebné body za necelé dvě hodiny práce. Tak proč si brát nějaké aktivity a role? Raději se už na nic nehlásím, štvete mě, jak je to absurdní a nespravedlivé.*“

Martina: „*Neřeším, kolik je za co bodů. Myslím, že je lehké sbírat body, když člověk chce. Ale těch možností body ztratit je víc, je to hned, přijdu o chvíli pozdě na program a ztratím body, které jsem pracně sbírala týden. To pak člověka naštvete.*“

Marie: „*Pak taky je hrozně snadné body ztratit, ani neuděláte chybu, ale dostanete trest za někoho, kdo něco provede a nepřizná se. Tady je vůbec víc trestů než toho pozitivního. Kdyby bylo víc odměn a výhod, děvčata by se víc snažila, takhle to často vzdávají.*“

➤ **nevyváženost sankcí a odměn, při opakované hospitalizaci převažují zisky a výhody nad ztrátou a postihem**

Jedna klientka přiznává, že při opakované hospitalizaci a dokonalé znalosti bodovacího systému je lehké tímto systémem projít, je mnohem lehčí skrýt některé prohřešky proti pravidlům a řádu. V tomto případě pak převažují získané kladné body a výhody nad ztrátou a postihy. Tato klientka také uvádí těžkosti projít systémem a profitovat z léčby při první hospitalizaci klientek.

Eva: *„Dá se naučit, jak tím systémem projít, jednak je to pořád stejný, nemění se to. Když jste tu opakovaně, víte už jak body získat co nejlépe cestou a taky víte, jak to udělat, aby vás nikdo nenachytil, když už něco porušíte. Takže pak nemusíte ztrácet body zbytečně. Když ten systém znáte, převažují získané body a výhody nad postihy, pro ty, co jsou tu poprvé je těžké body neztrácet, u těch pak je víc trestů a nemůžou se nikam posunout. Někdy pak zbytečně odcházejí, protože to nezvládnou.“*

➤ **nevyváženost sankcí a odměn, potíže se zvládnutím projít bodovacím systémem, nepříjemné pocity při ztrátě bodů, ztráta motivace**

Další klientky vnímají neustálou ztrátu bodů jako své vlastní zklamání a selhání, doprovázené pocity vzteku, beznaděje a vlastní neschopnosti. Takové klientky ztrácejí motivaci k léčbě, nezvládají projít bodovacím systémem, většinou odcházejí na revers nebo jsou disciplinárně propuštěny.

Petra: *„Nejvíce bodů ztrácím za pozdní příchody, nedokážu přijít včas, nedokážu dodržet ten nastavený režim, i když se snažím. Když jsem nespravedlivě obodovaná, tak mám vztek, jsem naštvaná na personál. Tady prostě víc fungují tresty, je lehké body ztratit a je víc věcí, za které se dávají postihy a těch, za které můžeme body získat, je o dost méně, to není pak zrovna motivující.“*

Josefína: *„Když ztrácím body, cítím, jak se nemám ráda, jak jsem neschopná, pocit své vlastní zbytečnosti a malichernosti. Mám potom pocit, že všechno, co dělám, dělám špatně. Beru to jako trest, ale někdy je těch trestů příliš, více než odměn a výhod. Mám strach z těch trestů, mám strach sama ze sebe, že to nezvládnou.“*

Naďa: *„Já těch bodů moc nenasbírám. Když je ztrácím, cítím smutek, bezmoc, že jsem k ničemu, že to nemůžu nikdy zvládnout, ošklivé pocity, hnusím se sama sobě. Ale já se*

snažím, dělám, co můžu, neporušuju nikdy pravidla, ale stejně se vždy vyboduju nebo nemám dost těch bodů. Pak dám raději revers, minule jsem vydržela 6 týdnů a stejně jsem ani nešla na propustku. Přijde mi, že je tu více trestů než odměn.“

➤ **nevyváženost sankcí a odměn, velká ztráta bodů znamená možnost opustit léčbu**

Jedna klientka vnímá neustálou ztrátu bodů a převahu trestů nad odměnou jako možnost ukončit léčbu na oddělení a dostat se domů i přes skutečnost nedobrovolné hospitalizace.

Sandra: „Je mi to jedno. Pořád ztrácím body, za všechno možný i nemožný. Ani už nezaznamenávám, že jsem nějaké ztratila. Asi se brzo vyboduju. Tak co? Aspoň se dostanu domů, vlastně mně to pomůže. Co je pro někoho trest může být pro mě odměnou.“

12. 2. 2. Vnímání spravedlivého nastavení a vyváženosti sankcí a odměn v bodovacím systému z pohledu klientky s duální diagnózou - shrnutí

Tato výzkumná otázka se zabývá širší problematikou hodnocení bodovacího systému očima klientek s duální diagnózou, jejich názory na spravedlivé nastavení bodovacího systému na vybraném oddělení závislosti. Dále je zde řešena otázka vyváženosti sankcí a odměn, zda nepřevažují příliš ztráty terapeutických bodů a možné vypadnutí z léčby nad ziskem kladných bodů a tím i možností postupu v léčbě závislosti.

Pouze jedna klientka považuje bodovací systém za spravedlivý a dobře nastavený, i když uvádí možnosti porušení řádu a rozdílného hodnocení ze strany personálu. Dvě klientky považují bodovací systém za spravedlivý, ale nespravedlnost vidí v rozdílném a nejednotném hodnocení a v rozdílné interpretaci pravidel a řádu ze strany klientek i personálu. Další klientky uvádějí nejednotnost v hodnocení, neznalost systému a řádu ze strany personálu. Nespravedlnost také vidí v možnosti porušování pravidel a podvádění ze strany klientek, které jsou tu opakovaně a znají systém a řád lépe než personál oddělení. Klientky hodnotí bodovací systém jako nespravedlivý také z důvodu možnosti kolektivní viny, kdy klientka, která řád neporušila, nese zodpovědnost a trest za klientku, která porušila řád a pravidla, ale svou chybu nepřiznala. Tento trest v nich vyvolává pocity vzteku, zbytečnosti a snižuje motivaci k plnění pravidel a sbírání kladných bodů.

Tři klientky spatřují nespravedlnost v nastaveném bodovacím systému především v jeho rigidnosti a neosobnosti. Uvádí názory, že tým oddělení není nakloněný změnám a přehodnocení systému a některých pravidel. Bodovací systém nebere ohledy na specifické potřeby a možnosti klientek, slouží spíše jako nástroj v rukou personálu pro udržení řádu, poslušnosti a pořádku na oddělení. Nakonec je tu názor klientky, která hodnotí bodovací systém velmi negativně, jako systém plný lží a podvodů, což možná vyplývá z obtíží, které s sebou nese přítomnost její duální diagnózy.

Všechny klientky vnímají nevyváženost sankcí a odměn, kdy postihy převažují nad ziskem terapeutických bodů a z něj plynoucích výhod. Uvádějí, že je obtížné body získat, ale mnohem lehčí je body ztratit a nést daný postih. Jedna klientka se zamýšlí nad převahou trestů nad odměnami, nad podhodnocením a naopak nadhodnocením některých aktivit a rolí. Uvádí názor, že by se měl tým těmito otázkami zabývat a spolu s komunitou bodovací systém přehodnotit. Čtyři klientky vidí nevyváženost sankcí a odměn především v tom, že některé aktivity a role jsou nedocenené a jiné naopak nadhodnocené, což způsobuje nevyváženost v rozdělování rolí a aktivit, pocity vzteku, zbytečnosti a nespravedlnosti. Klientky považují některé tresty za příliš přísné a nesmyslné.

Další klientka přiznává, že je mnohem těžší projít systémem a profitovat z léčby při první hospitalizaci, na rozdíl od opakované hospitalizace, která s sebou často přináší dokonalou znalost bodovacího systému, řádu a personálu. V takovém případě je lehké tímto systémem projít a je také mnohem lehčí skrýt některé prohřešky proti pravidlům a řádu. Získané kladné body a výhody z nich plynoucí potom převažují nad ztrátou bodů a postihy, což může znamenat, že při opakovaných hospitalizacích je cesta k proplutí bodovacím systémem mnohem snadnější, ale přináší s sebou osvojení různých podvodů, klamů, lží a nežádoucího naučeného chování, kdy nedochází ke zvnitřnění pravidel a hranic vedoucích ke změně závislého chování.

Klientka, která podstupuje léčbu na základě nedobrovolné hospitalizace, vnímá neustálou ztrátu bodů a převahu trestů nad odměnou jako možnost ukončit léčbu na oddělení a dostat se domů. Ztráta bodů není v takovém případě vnímána jako trest, ale jako aktuální odměna nedobrovolně hospitalizované klientky.

Klientky, které mají potíže s tím, aby obstály v nastaveném bodovacím systému, vnímají neustálou ztrátu bodů jako své vlastní zklamání a selhání, doprovázené pocity vzteku, beznaděje a vlastní neschopnosti. Takové klientky ztrácejí motivaci k léčbě, nezvládají

projít bodovacím systémem, většinou odcházejí na revers nebo jsou disciplinárně propuštěny pro porušení pravidel nebo větší ztrátu terapeutických bodů.

Spravedlivé nastavení bodovacího systému a vyváženost sankcí a odměn jsou vnímány klientkami s duální diagnózou jako důležité otázky, které je třeba řešit a zabývat se možnostmi přehodnocení bodovacího systému. Nerovnováha trestů a odměn snižuje klientkám motivaci k léčbě, brání klientkám osvojit si nové dovednosti a vzorce chování a zbavit se těch nežádoucích návyků a chování vedoucích do začarovaného kruhu závislosti.

12. 2. 3. Vliv bodovacího systému na motivaci ke změně chování a úspěšnost léčby závislosti z pohledu klientky s duální diagnózou

Pro získání odpovědi na druhou výzkumnou otázku týkající se postojů a názorů klientek na bodovací systém a jeho vlivu na jejich motivaci ke změně chování odpovídaly klientky na otázku, zda je pro ně získávání bodů skutečně pozitivní odměnou, zda je bodovací systém motivuje k léčbě a změně jejich závislého chování a byly zjišťovány jejich názory na úspěšnost léčby závislosti pomocí takto nastaveného bodovacího systému a režimu oddělení.

a) Zisk bodů jako pozitivní odměna a motivace ke změně chování

➤ zisk bodů je pozitivní odměnou a motivací

Zisk kladných bodů vnímají 4 klientky jako pozitivní odměnu, která je posouvá blíže ke změně chování a přijímání vlastní odpovědnosti.

Josefína: „*Ano, zajisté je pro mne pozitivní odměnou získávání kladných bodů. Cítím se blíže ke splnění svých cílů a nesení vlastní odpovědnosti.*“

Martina: „*Je to příjemný pocit. Jednak sbíráme body na tu propustku a na tu se každá těší. Je to příjemný, když dostanete za něco bod navíc, za něco, co jste udělala dobře.*“

Eva: „*Určitě, je to pro mě pozitivní odměna, mám radost a cítím, že se někam posouvám. Získávám body a tím získávám různé výhody. Těší mě to, bez toho by to nefungovalo.*“

Petra: „*Když získávám body, mám radost, to určitě. Beru to jako pokrok v léčbě, nedělám to jen kvůli bodům, ale mám radost, že budu moct jít brzy na propustku.*“

➤ **zisk bodů je vnímán jako pozitivní odměna, ale je zde preference jiných pozitivních odměn**

Další dvě klientky vnímají získávání kladných bodů jako pozitivní odměnu, ale preferují jiné druhy odměn, jako je pochvala, kladná zpětná vazba, pomoc a podpora členek komunity, pocit sounáležitosti a přijetí.

Marie: „*Tak body sbírám, abych prošla léčbou, abych se dostala na vycházku, ne proto, že mi to přináší nějakou radost. Pozitivní odměnou je pro mne spíš pak ta vycházka, setkání s rodinou. Cítím se dobře spíš, když mne někdo pochválí nebo když dostanu od holek zpětnou vazbu, která mě potěší a zahřeje na duši. Když dostanu body navíc, vím, že je to pro mne výhodné a že se dostanu dřív domů na propustku, ale odměnu si představuji trochu jinak.*“

Monika: „*Získávání bodů je pro mě pozitivní odměna, cítím asi radost, že jsem to zvládla, ale větší radost cítím, když mě někdo za něco pochválí, když něco dobrého udělám a někdo z toho má radost, když někomu můžu aspoň trošku pomoci. Pochvala a radost druhého je pro mě pozitivní odměna, ne že mám dva body za úklid chodby.*“

➤ **zisk bodů není až tak pozitivní odměnou, spíše motivací k získání výhody první propustky**

Dvě klientky vnímají zisk kladných bodů jako vcelku pozitivní odměnu, ale body sbírají především kvůli získání výhody první propustky. Vnímají sbírání bodů jako spíše nesmyslné, ale nutné k tomu, aby mohli získat víkendovou propustku.

Alina: „*Když dostanu body navíc, třeba za generální úklid, tak mě to vcelku potěší, ale jinak mi to je spíš jedno. Víím, že se jinak nedostanu ven, tak prostě musím sbírat nesmyslně body. Ale chci jít příští sobotu na propustku, tak na to ty body potřebuju.*“

Lucie: „*Neberu to jako pozitivní odměnu, ale bez nich se domů nedostanu, takže v závěru je to vlastně pozitivní. Ale že bych cítila něco dobrého, když body získávám, to ne. Beru to tak, že to je nutné a že to je tak nastavené.*“

➤ **zisk bodů je vnímán jako pozitivní odměna, ale těžko dosažitelná**

Pro jednu klientku by bylo sbírání bodů pozitivní odměnou, ale vzhledem k její diagnóze je spíše stresujícím faktorem. Pro tuto klientku je velmi obtížné body získat a radovat se z výhod, které zisk bodů přináší.

Naďa: „Dělá mi to dobře, ale já moc nezvládám ty body sbírat. Třeba se bojím, že neudělám tu P3, nedokážu se naučit ty otázky, nesoustředím se, ale cítím se líp než na začátku, mám ještě občas hlasy, ale je to lepší.“

➤ **zisk bodů není pozitivní odměnou**

Pro další klientku není zisk kladných bodů pozitivní odměnou, preferuje jiné druhy odměn a při sbírání bodů nemá žádné pocity radosti ani jiné kladné pocity.

Sandra: „Nebaví mě to sbírat body, nevím, v čem by mě mělo pomoci vytírání podlahy a uklízení. Z toho mám mít radost, že dobře vytržu chodbu nebo prach na pokoji? Proč? To znám tedy lepší pocity a odměny. Získám body, měla bych se radovat, ale já necítím nic.“

b) Vliv bodovacího systému na motivaci závislých klientek s duální diagnózou

➤ **bodovací systém nemotivuje k léčbě a změně chování**

Více než polovina klientek uváděla, že samotný bodovací systém nemá vliv na jejich motivaci k léčbě závislosti a že sbírání bodů je spíše jen motivací k získání výhody první vikendové propustky.

Lucie: „Bodovací systém mě nemotivuje k léčbě, jen snad k tomu, abych se dostala domů. Je to tak nastavené, tak to tak dělám, jinak se nedostanu na propustku, musím mít body. Kdyby ty body nebyly potřeba, abych se dostala domů, tak se na to můžu vykašlat.“

Monika: „Opravdovou motivaci k tomu, abych se změnila, nezískám díky bodovacímu systému, ten už jsem prošla úspěšně několikrát a mám strach, že dělám v životě stále stejné chyby a jen těžce se měním, abych dokázala žít bez pomoci alkoholu.“

Alina: „Tak jako pro mě nebyly motivací známky ve škole, tak pro mě není motivací to honba za body. Člověk sbírá a ztrácí body, ale uvnitř zůstává stejný. Asi by to mělo být více o lidech a méně o bodech...člověk se nemusí měnit, ani snažit, prostě tím projde, ale nic mu to nedá. Jo, umím si to představit, že abstinovat můžete i bez sbírání bodů. Pro mě je důležité nastavení pravidel a hranic. Body jsou pro mě jen motivací v případě propustky, abych se na ni dostala, bez toho to tady nejde.“

Naďa: „Já se nechci léčit, nechci tu být. Jsem tu poněkolkáté, nikdy jsem neprošla celou léčbou. Nezvládám ten bodovací systém, nedokážu se soustředit, chtěla bych domů.“

Petra: „Umím si to představit i jinak, bez bodování, to ano. Třeba kdyby to bylo na základě

času, neskupovat body, jen jak by člověk postupoval a získával postupně nějaké výhody. Je to pro mě možná trochu motivační, když se snažím někam dostat, postoupit, složit zkoušku, abych mohla domů. Ale nejsem zrovna motivována abstinovat nebo se změnit. Jen vím, že musím to a to splnit, abych tu léčbu prošla a dostala se odsud pryč. Nejsem si úplně jistá, že si venku tu drogu nedám.“

Sandra: „Moc ne, nechci se léčit na tomhle oddělení, mám jiné problémy, nechci sbírat body, to mně těžko pomůže. Můžu vlastně ztrácet body, jak chci, můžu porušovat pravidla, můžu si dělat, co chci, ale když jsem tu nedobrovolně, je to všechno k ničemu. K čemu je pak to jejich slavné bodování?“

➤ **bodovací systém motivuje k léčbě, ne již tak ke změně chování**

Čtyři klientky považují bodovací systém za důležitou součást léčby, která je motivuje ke změně chování, vyhovují jim přísná a pevně daná pravidla, která jsou ukazatelem žádoucího a nežádoucího chování a posouvají je v léčbě dopředu.

Martina: „Ano, určitě mě to motivuje, bez bodovacího systému by to nešlo. Nevěděla bych, co dělám špatně. A díky záporným bodům se nad tím pak zamyslím.“

Eva: „No jistě, bodovací systém mě motivuje, posouvá mě v léčbě, bez něj si to neumím představit. Je to výhoda, když máte přísný režim a nad sebou nějakou autoritu, která vám určuje, co je dobré a co naopak špatné. Máte přesně dané, co je zakázáno a co je povoleno, víte, co dělat, abyste tu léčbu úspěšně zvládla. Víte, kolik bodů potřebujete nasbírat a kolik si jich můžete dovolit ztratit. Všechno je dané a vy jen plníte a sbíráte body a posouváte se, kam potřebujete. Kdo ten systém nezvládá, tak může odejít. Kdo neplní a ztrácí body, vyboduje se a musí odejít. Kdo to zvládá, postupuje a vyléčí se. Vyhovuje mi tenhle systém léčby, neměnila bych to, vezmu si z toho, co potřebuju, motivuje mě to. Je fakt, že jsem tu poněkolkrát a prošla jsem různými léčbami, ale tady mi to dá vždycky nejvíce. Cítím se nakopnutá a odhodlaná, že to zvládnu, že se budu zase starat o děti a fungovat jako máma. Jenže venku je to těžké a já do toho zase spadnu. Nevím proč, tady funguju, nemám problémy, vždycky tu léčbu úspěšně ukončím. Venku to je prostě horší.“

Josefína: „Bodovací systém umožňuje zakotvení naší zodpovědnosti. Zodpovědnost je v nás ukotvena v podobě dvou kotev. První zakotvení se projevuje ve vlastních potřebách a individuálních touhách. Ta druhá je kotvou přidržující mé individuální touhy v mezích toho, co si mohu dovolit, aniž bych tím porušovala to svoje muset. Alkoholikovo muset je

jeho jediná možná záchrana před zkázou, relapsem a následné a často okamžité recidivy. Ta pravidla mi umožňují být rovnocenným a respektovaným členem nějakého společenství.“

Marie: „Myslím, že je pro mě režim a dodržování pravidel důležité, bez bodovacího systému si to moc neumím představit, i když tady se člověk jen honí za body a sbírá je, protože mu nic jiného nezbyvá, je to tak dané. Výhodou asi je, že u toho člověk moc nemusí myslet, prostě jede podle toho, jak je to nastavené a jak to dělají všichni ostatní. Snažím se sbírat body a neztrácet je zbytečně, soustředím se na to a nemám čas myslet na své problémy. Takže to bodování tady má asi nějaký význam.“

c) Vliv bodovacího systému na úspěšnost léčby závislých klientek s duální diagnózou

➤ léčba s bodovacím systémem je úspěšná

Pouze dvě klientky pokládají léčbu s bodovacím systémem za úspěšnou a věří si, že je takto nastavená léčba dokáže změnit, pomůže jim k abstinenci od návykových látek a naučí je větší zodpovědnosti a samostatnosti v dalším životě.

Josefína: „Ze začátku jsem stále plakala, bála jsem se, že to nezvládnou. Utíkala jsem ze skupin a programů, chtěla jsem odsud pryč. Neuvědomila jsem si, že potřebuji tento řád, že se musím naučit být vojákem. Musím se zbavit své neschopnosti a svého chtění, naučit se být zodpovědná za sebe sama a své jednání, což je současně i zodpovědnost za ty druhé. Jen tak se můžu zbavit své závislosti a všech těch potíží se sebou.“

Eva: „Když jste tu opakovaně, víte už jak body získat co nejlépe cestou a taky víte, jak to udělat, aby vás nikdo nenachytil, když už něco porušíte. Vyhovuje mi tenhle systém léčby, vezmu si z toho, co potřebuju, motivuje mě to. Je fakt, že jsem tu poněkolkrát a prošla jsem různými léčbami, ale tady mi to dá vždycky nejvíce...Ale je to těžký, venku to nefunguje tak jako tady, nikdo mě nehlídá, nemám nad sebou tu přísnou autoritu. Já si ale věřím, teď už to vyjde, tahle léčba mi dala hodně. Snad to všechno nějak zvládnou. Věřím si, tentokrát si opravdu věřím.“

➤ **léčba s bodovacím systémem není úspěšná**

Dalších osm klientek nevěří, že by jim léčba s bodovacím systémem pomohla ke změně závislého chování a ke změně sebe samotné.

Monika: „*Díky bodovacímu systému se nezměním, jsem tu už posedmé, vždy jsem léčbu dokončila, ale venku to pak stejně nezvládám. Není pro mě těžké obstát v tomto bodovacím systému, je pro mě ale těžké se změnit.*“

Lucie: „*Já zrovna na nějaké sbírání bodů nejsem. Potřebuju režim a nastavit hranice, ale v tom mi myslím bodovací systém nepomůže.*“

Nad'a: „*Jsem tu poněkolkáté, nikdy jsem neprošla celou léčbou, nezvládám ten bodovací systém, nedokážu se soustředit, stejně se vždy vyboduju nebo nemám dost těch bodů. Pak dám raději revers, minule jsem vydržela 6 týdnů a stejně jsem ani nešla na propustku. Jsem tu už asi podesáté.*“

Martina: „*Když jste tu opakovaně, je lehčí a lehčí tím projít, možná i snadnější ty pravidla porušovat, aniž by se na to přišlo. Já vím, že pak asi klamu a podvádím vlastně sebe. Možná i proto se sem zase znovu a znovu vracím. Naučila jsem se tím systémem projít, aniž bych se musela nějak moc měnit.*“

Petra: „*Tak někdo má problémy dodržovat ten řád, někdo se i vyboduje nebo podá revers, nezvládne to tady. Většinou jsou to ty poruchy osobnosti, nebo když má někdo opravdu velké úzkosti, panické ataky nebo jiné ošklivé stavy. I já měla dost velké problémy, hlavně na začátku. Je to má třetí léčba, ale nikdy jsem ji úplně nedokončila, většinou se vyboduju natolik, že musím odejít nebo odejdu na revers, protože to prostě nezvládám.*“

Alina: „*Každý si pak dělá, co chce. Když je tady někdo poněkolkáté, má ten řád naučený nazpaměť, zná jeho nedostatky a ví, kde se dá co obejít, jak nejvíce získat bodů, jak ten systém a řád přelstít. Člověk se nemusí měnit, ani snažit, prostě tím projde, ale nic mu to nedá. Klientky, co jsou tu poněkolkáté, v tom umí chodit, dokážou podvádět a přitom projít bez problémů léčbou. Dokážou lehce získávat body a neztrácet je zbytečně. Přitom ta pravidla porušují, ale vědí, jak to udělat, aby se na to nepřišlo.*“

Marie: „*To mi vadí, že nás neberou jako lidi, ale jen jako pacientky, které mají problém a které tu jsou proto, aby slepě poslouchaly a plnili jednotlivé kroky toho systému. Potom se diví, že se jim klientky opakovaně vrací a že se po třech měsících léčby v člověku nic nezmění. Někdo ten systém a řád prostě nemůže zvládnout, ale to ještě přeci neznamená, že*

nemůže dostat šanci. Za posledních čtrnáct dní odešlo devět holek na revers, většinou to tady nezvládaly. Je mi z toho smutno.“

Sandra: „Asi se brzo vyboduju. Tak co? Aspoň se dostanu domů, vlastně mně to pomůže. Můžu vlastně ztrácet body, jak chci, můžu porušovat pravidla, můžu si dělat, co chci, ale když jsem tu nedobrovolně, je to všechno k ničemu. K čemu je pak to jejich slavné bodování? Pár holek už propustili z disciplinárních důvodů, vybodovaly se nebo měly u sebe mobil nebo jinou zakázanou věc. Když někdo chce, dokáže navenek sbírat body a být vzornou pacientkou, ale stejně se nezmění, podvádí všechny kolem a lže sám sobě. Nedržela bych tu nikoho proti jeho vůli, k čemu to je, když nechci, tak nechci, nezměním se. Stejně se pak ty holky vrací, je tu spousta těch, co jsou tu poněkolkáté. Nechala bych tu jen ty, co se chtějí opravdu léčit.“

12. 2. 4. Vliv bodovacího systému na motivaci ke změně chování a úspěšnost léčby závislosti z pohledu klientky s duální diagnózou – shrnutí.

Zisk kladných bodů vnímají čtyři klientky jako pozitivní odměnu, která je posouvá blíže ke změně chování a přijímání vlastní odpovědnosti. Tyto klientky cítí radost, když kladné body získávají a vnímají zisk bodů jako možnost získávání různých výhod a zároveň jako pokrok v léčbě a dosažení stanovených cílů. Dvě klientky vnímají získávání kladných bodů jako pozitivní odměnu, ale preferují jiné druhy odměn, jako je pochvala, kladná zpětná vazba, pomoc a podpora členek komunity, pocit sounáležitosti a přijetí. Další dvě klientky vnímají zisk kladných bodů jako vcelku pozitivní odměnu, ale body sbírají především kvůli získání výhody první propustky. Vnímají sbírání bodů jako spíše nesmyslné, ale nutné k tomu, aby mohly získat víkendovou propustku a dostat se konečně mimo zdi léčebny, ke svým rodinám a blízkým. Pro jednu klientku by bylo sbírání bodů pozitivní odměnou, ale vzhledem k její duální diagnóze je spíše stresujícím faktorem. Pro tuto klientku je velmi obtížné body získat a radovat se z výhod, které zisk bodů přináší. Pro další klientku není zisk kladných bodů pozitivní odměnou, preferuje jiné druhy odměn a při sbírání bodů nemá žádné pocity radosti ani jiné kladné pocity.

Více než polovina klientek uváděla, že samotný bodovací systém nemá vliv na jejich motivaci k léčbě závislosti, že sbírání bodů je spíše jen motivací k získání výhody první víkendové propustky. Některé z nich body sbírají, protože je to tak nastavené a není jiná možnost, jak projít léčbou a postupně využívat výhody plynoucí ze sbírání kladných bodů.

Klientky uváděly, že jejich chování se nemění díky bodovacímu systému, že je možné projít nastaveným bodovacím systémem, aniž by se člověk změnil. Jedna klientka udává potíže a svou neschopnost projít nastaveným bodovacím systémem při svých opakovaných pobytech na oddělení závislostí. Jiná klientka poukazuje na nedobrovolnost své léčby a tudíž i chybějící motivaci zapojit se do programu s bodovacím systémem.

Čtyři klientky považují bodovací systém za důležitou součást léčby, která je motivuje ke změně chování, vyhovují jim přísná a pevně daná pravidla, která jsou ukazatelem žádoucího a nežádoucího chování a posouvají je v léčbě dopředu. Tyto klientky si neumějí léčbu bez bodovacího systému představit. Je ovšem otázkou, zda jsou skutečnou motivací ke změně závislého chování a zda dochází ke zvnitřnění daných norem a pravidel. Klientky totiž uvádějí, že zvládají abstinovat a fungovat v prostředí léčebny pod pevně nastaveným bodovacím systémem, ale po opuštění a dokončení léčby je pro ně dodržování abstinence od návykových látek, dodržování hranic a pravidel velmi obtížné.

Pouze dvě klientky pokládají léčbu s bodovacím systémem za úspěšnou a věří si, že je takto nastavená léčba dokáže změnit, pomůže jim k abstinenci od návykových látek a naučí je větší zodpovědnosti a samostatnosti v dalším životě.

Dalších osm klientek nevěří, že by jim léčba s bodovacím systémem pomohla ke změně závislého chování a ke změně sebe samotné. Klientky poukazují na časté vypadávání z léčby, časté recidivy klientek, které řádně prošly léčbou a bodovacím systémem a na problematiku opakovaných pobytů klientek na oddělení léčby závislosti. Uvádějí různé výhody a nevýhody, které vnímají na straně klientek, které se zde léčí opakovaně a na možnosti, jak obstát v bodovacím systému pomocí získaných znalostí a dovedností. Tyto znalosti a dovednosti vnímají klientky spíše jako naučené chování, jak bodovací systém obejít, přelstít a získat výhody, aniž by člověk zvnitřnil důležitá pravidla, režim a naučil se novým dovednostem vedoucím ke změně závislého chování a životního stylu klientek.

12. 2. 5. Nedostatky v bodovacím systému a možné změny pro větší motivaci a úspěšnost léčby z pohledu klientky s duální diagnózou

Ve třetí výzkumné otázce byly zjišťovány názory a postoje klientek na nedostatky a chyby, které vnímají při procházení léčbou a plnění požadavků, rolí a aktivit vycházejících z daného režimu a stanovených pravidel zakotvených v bodovacím systému a režimu oddělení závislostí. Dále klientky uváděly, jaké změny by uvítaly v rámci současného

bodovacího systému a jak by si představovaly systém a režim léčby, který by jim více vyhovoval a motivoval je ke změně chování.

a) Nedostatky v bodovacím systému

➤ **bodovací systém není spravedlivý a vyvážený**

Klientky uváděly různé nedostatky v bodovacím systému, které vnímají během léčby a v průběhu svého postupu režimem a programem oddělení. Některé z nich považují bodovací systém za nespravedlivý, hlavně co se týče nevyváženosti sankcí a odměn a nepřiměřenosti ohodnocení některých aktivit a rolí.

Lucie: „*Je to špatně nastavené, za něco je málo bodů a je pak lepší si ty aktivity nebrat, protože víc bodů můžete ztratit, když se vám to jednou nepovede a víc získat. Přijde mi nefér, že mám za plnění role rolničky 2 body za týden, ale pak jednou později zazvoním a ztratím 2 body a 4 hodiny z vycházky. Nebo týden uklízím chodbu a pak jednou mi to někdo pošlape a hned mám zase body dolů. Ztratím tak více než získám.*“

Alina: „*Nevyváženost mezi ziskem a ztrátou bodů, mezi ohodnocením různých aktivit a rolí, nespravedlnost, na každého jiný metr.*“

➤ **bodovací systém je zastaralý, rigidní, nemění se**

Dalším nedostatkem bodovacího systému jedle některých klientek jeho zastaralost, rigidnost a nemožnost změny. Bodovací systém je stále stejný a nepřizpůsobuje se aktuálním potřebám a změnám.

Monika: „*Nedostatky? Snad jen v tom, že ten bodovací systém je stále stejný po celé roky, nemění se, je zastaralý a rigidní. Přibývají pouze položky na seznamu zakázaných věcí. Někdy se nesmyslně zakáží věci, jen proto, že se neví, zda by nebylo lepší je povolit. Bodovací systém by se mohl občas přehodnotit a zamyslet se nad tím, zda nejsou některé aktivity a role nedocenené a jiné zase nadhodnocené.*“

Marie: „*Asi největší chybou je ta nespravedlnost a rigidnost toho systému. Nedá se změnit a ani se nemění. Některé klientky přišly s návrhy, jak to alespoň trochu změnit, ale všechny naše připomínky jsou okamžitě smeteny ze stolu, aniž by se jimi chtěl tým zabývat. Ten bodovací systém vytvořili lékaři a psychologové, ale oni s námi téměř vůbec nejsou, neznají nás. Sestry nás znají mnohem víc, bodují nás, některé z nich vědí, jaké jsou v tom*

systemu nedostatky, ale nemůžou do toho mluvit.“

➤ **bodovací systém je neosobní, málo se věnuje jednotlivcům, nedbá na jejich individuální potřeby**

Dále klientky uvádějí, že bodovací systém je neosobní, nebere v úvahu potřeby a přání jednotlivce, je spíše nástrojem k vedení závislých klientek k poslušnosti a plnění úkolů režimu.

Marie: *„To mi vadí, že nás neberou jako lidi, ale jen jako pacientky, které mají problém a které tu jsou proto, aby slepě poslouchaly a plnili jednotlivé kroky toho systému. Ocenila víc lidskosti a vstřícnosti v přístupu k nám, závislým klientkám. Chtěla bych, aby se s každým jednalo individuálně, podle jeho vlastních schopností a dovedností.“*

Naďa: *„Tady se jede na body, nikoho nezajímá, jak mi je, že nemám peníze ani na základní hygienu. Nekouřím, protože nemám cigarety, ale pak se dá všem kuřačkám kolektivní trest a já musím psát elaborát. To je nespravedlivé, mělo by se všechno řešit více individuálně. Sbíráme body, ale nikdo se nám moc nevěnuje.“*

Petra: *„Místo honění se za body bych chtěla, aby se mi někdo více věnoval, mluvil se mnou a snažil se mě pochopit. Nedokážu mluvit otevřeně na skupinách, některé věci tam prostě nemůžu řešit.“*

➤ **bodovací systém je dobře nastavený, bez větších nedostatků**

Jedna klientka považuje bodovací systém ve srovnání s léčbou na jiných odděleních a v různých léčebnách za dobře nastavený a vyhovující, bez větších nedostatků.

Eva: *„Nevidím nějaké chyby a nedostatky. Je to dobrý systém. Snad by měl být někdy přísnější. Prošla jsem různými systémy a léčbami, ale tady mi to vyhovuje nejvíce, i když je to daleko od mého bydliště. Jinde je to zbytečně přísné a někde zase příliš uvolněné. To si pak děláte, co chcete, anebo odejdete, protože se to nedá zvládnout.“*

➤ **bodovací systém je špatně nastavený, je obtížný, nedá se zvládnout**

Dvě klientky jen s těžkostmi zvládají léčbu pomocí bodovacího systému, bodovací systém považují za příliš přísný a nespravedlivý.

Naďa: *„Nedostatek je, že ta léčba není dobrovolná a ten bodovací systém je nastavený tak,*

že se nedá zvládnout. Je to moc těžké a přísné. Chtěla bych to zvládnout, ale nejde to. Jsem tady už přes měsíc.“

Petra: „ Ten systém asi moc nefunguje, není spravedlivý a personál není sjednocený a zná ten řád méně než my. Já se pak v tom docela ztrácím, snažím se, ale často překračuju své hranice, ztrácím body, cítím vztek a vím, že to nemůžu zvládnout. Je to má třetí léčba, ale nikdy jsem ji úplně nedokončila, většinou se vybodoju natolik, že musím odejít nebo odejdu na revers, protože to prostě nezvládám.“

➤ **bodovací systém je přísný, ale nedůsledný, vyvolává zmatek a chaos**

Dále je bodovací systém vnímán jako přísně nastavený, ale nedůsledný. Personál není sjednocen v hodnocení a nastavování hranic a pravidel, což následně přináší zmatek a chaos, ve kterém jsou hranice a pravidla těžce udržitelná.

Martina: „Asi velká přísnost a přitom nedůslednost. Je v tom pak jen zmatek, v kterém se nikdo nevyzná.“

Alina: „Přísnost, ale nedůslednost. Chaos, pokud sestra neví, raději nesmyslně zakáže, personál není sjednocený v tom, co se může a co ne, co je povoleno a co zakázáno. Jak to máme vědět potom my? Jak máme mít nějaké hranice? Každý si pak dělá, co chce.“

Josefína: „Chyby jsou v každém z nás. Chyby nejsou v systému, ale v lidech, kteří postrádají vlastní zodpovědnost a nejsou spravedliví sami k sobě. Lidé pravidla porušují. Chybou je tedy nedůslednost a umožnění překračování pravidel pomocí různých interpretací a různých řešení jednoho a toho samého prohřešku a porušení stanoveného řádu.“

➤ **bodovací systém příliš nefunguje, neznalost a nejednotnost na straně personálu**

Tři klientky vnímají nespravedlnost a nefunkčnost bodovacího systému, především kvůli nejednotné interpretaci a neznalosti tohoto systému ze strany personálu, což opět přináší zmatek, nejasné vymezení hranic a pravidel, následné porušování těchto pravidel a ztrátu motivace k léčbě a změně chování.

Petra: „Ten systém asi moc nefunguje, není spravedlivý a personál není sjednocený a zná ten řád méně než my. Já se pak v tom docela ztrácím, snažím se, ale často překračuju své hranice, ztrácím body, cítím vztek a vím, že to nezvládám. Navíc ani ta nová psycholožka

nezná ten náš řád, podle kterého nás hodnotí, není si jistá v otázkách, ze kterých nás zkouší. Myslím, že by personál měl znát pravidla a být trochu jednotnější, pak tu docela vládne chaos. Po nás se chce, abychom plnili a dodržovali řád, který personál ani pořádně nezná. To je pak myslím k ničemu.“

Martina: „Někdy velká nejednotnost v hodnocení mezi personálem, možná i nedostatečná znalost řádu ze strany personálu a někdy tady pak vládne chaos, kterého se dá využít k porušování pravidel a uvolnění morálky. Já ten systém a řád už znám do podrobností. Když jste tu opakovaně, je lehčí a lehčí tím projít, možná i snadnější ty pravidla porušovat, aniž by se na to přišlo. Naučila jsem se tím systémem projít, aniž bych se musela nějak moc měnit.“

Marie: „Je pravda, že některé sestry ten systém a řád vůbec neznají a je jim to jedno, když se jich na něco zeptáte, odkážou vás na lékaře nebo vám rovnou všechno zakážou. My ten celý řád musíme umět nazpaměť, ale k čemu nám to vlastně je?“

➤ **bodovací systém postrádá smysl**

Jedna klientka nevidí v bodovacím systému žádný smysl, zřejmě z důvodu své nedobrovolné hospitalizace.

Sandra: „Už jsem to řekla, je to k ničemu, nějaké bodování. Na co se mám honit za body, když jsem tu stejně nedobrovolně a nemůžu jít domů. Nevidím v tom smysl.“

b) Změna bodovacího systému

➤ **pevné nastavení hranic a pravidel**

Tři klientky by ocenili především pevné nastavení hranic a pravidel, ale nevěří, že by jim v tom mohl pomoci bodovací systém.

Monika: „Představovala bych si takovou léčbu, kde by byla pevně stanovená pravidla a řád, byly by tak určeny hranice, které by si závislý člověk v sobě zakotvil.“

Lucie: „To nevím. Asi je potřeba pevně nastavit hranice a mít stanovený režim a pravidla. Nevím, je to moje první léčba, tak nemůžu srovnávat. Potřebuju režim a nastavit hranice, ale v tom mi myslím bodovací systém nepomůže.“

Petra: „Chtěla bych spravedlivější bodování, pevně nastavené hranice a důslednost ze

strany personálu.“

➤ **přehodnocení bodovacího systému, vyváženost sankcí a odměn, bez hromadných trestů**

Čtyři klientky považují za důležité, aby se bodovací systém přehodnotil, aby se změnilo hodnocení některých aktivit a rolí, aby se našla rovnováha mezi udělovanými postihy a odměnami. Také by zrušily hromadný trest, kdy všechny klientky nesou vinu za chybu jednotlivce, který se k porušení pravidel nepřiznal.

Monika: *„Bodovací systém by se mohl občas přehodnotit a zamyslet se nad tím, zda nejsou některé aktivity a role nedocenené a jiné zase nadhodnocené. Prostě by si měl někdy ten tým sednout a spolu s celou komunitou tyhle otázky řešit.“*

Lucie: *„Nevím, je to moje první léčba, tak nemůžu srovnávat. Změnila bych stanovené body za některé aktivity a plnění rolí. Něco není docenené. Změnila bych asi počet minusových bodů a nedávala bych hromadný trest za někoho, kdo ty pravidla porušuje a nepřizná se k tomu.“*

Alina: *„Změnila bych ten bodovací systém. Když už musí být, tak aby byl spravedlivější a vyváženější. Body se získávají pomalu a ztrácí se velmi rychle, za něco jsou příliš velké tresty. Za nějaké aktivity a práce je zase bodů málo.“*

Petra: *„Chtěla bych spravedlivější bodování, pevně nastavené hranice a důslednost ze strany personálu. Více času na to, aby se mnou někdo mluvil, když se necítím dobře, aby personál místo hádání se mezi sebou, řešil věci, které nás trápí. A ne pořád jen rozdávat minusové body. Brala bych více odměn a pochval a méně trestů. Zrušila bych hromadný trest, to je přeci nesmysl, že dostanu trest za někoho, kdo se nepřiznal a pak se mi směje do tváře.“*

➤ **více psychoterapie, individuálních pohovorů, více skupinové terapie vedené odborníky**

Dvě klientky by ocenily více skupinové a individuální psychoterapie a více skupin vedených odborníky.

Monika: *„Ocenila bych více psychoterapie, hlavně individuálních pohovorů, kterých je tady velmi málo, není na to zřejmě čas. Více skupin, vedených odborníky, méně skupin, kde*

si samy čteme jen tak z knih nebo něco povídáme a málokdo se doopravdy zapojuje. Měla bych pak možnost a snahu měnit se, pracovat na sobě, zvýšit si své sebevědomí.“

Lucie: *„Ale ocenila bych víc aktivit venku, víc psychoterapie, individuální i skupinové.“*

➤ **léčba na základě dobrovolnosti**

Dvě klientky považují léčbu na základě nedobrovolné hospitalizace za nepřínosnou, léčba by dle nich měla být na bázi dobrovolnosti a opravdového zájmu o léčbu.

Naďa: *„Já nevím, co bych změnila. Asi abych se nemusela honit za těmi body, aby to bylo nastavené tak, abych to mohla zvládnout, abych tu nemusela být nedobrovolně, proti své vůli. Nemám pak sílu něco dělat.“*

Sandra: *„Nedržela bych tu nikoho proti jeho vůli, k čemu to je, když nechci, tak nechci, nezměním se. Stejně se pak ty holky vrací, je tu spousta těch, co jsou tu poněkolkáté. Nechala bych tu jen ty, co se chtějí opravdu léčit.“*

➤ **větší přísnost, disciplína a důslednost, dodržování pravidel a morálky**

Dvě klientky si představují systém léčby založený na větší přísnosti a důsledném dodržování pravidel, důležitá je pro ně disciplína a dodržování morálky v komunitě.

Martina: *„Co bych změnila? Asi bych chtěla větší přísnost a důslednost a na všechny stejný metr. Někdy je v tom chaos. Pak si myslím, že by měla kněžna více bodovat a využívat své funkce, když třeba někdo vyrušuje při relaxaci nebo na programech. Já kdybych byla kněžnou, dávala bych jim minusové body častěji. Ale jinak, není to tu přísné, možná by to mohlo být přísnější. A je to o té disciplíně. Ta je důležitá.“*

Josefína: *„Představuji si systém založený na důsledném dodržování pravidel. V poslední době tady v komunitě upadá morálka a zodpovědnost vůči druhým. Přešlap jednoho a nedbalost jednoho člověka znamená přešlap všech členek společenství. Musíme proto mnohonásobně důsledněji zvažovat své činy a chování, a to nejen vůči sobě, ale zejména vůči těm druhým. Jakmile má člověk řád v sobě, lépe se adaptuje na jakýkoli řád, který je zvnějšku vštěpován.“*

➤ **přístupnost ke změnám režimu a pravidel vycházejících z potřeb klientek a zkušeností středního zdravotnického personálu**

Dále se objevují názory na větší přístupnost ke změnám bodovacího režimu ze strany klientek, ale i z pozice středního zdravotnického personálu.

Petra: „*Mělo by se to změnit, ale nás se nikdo neptá, jak bychom to chtěli. Když podáme za komunitu nějaký návrh, vždycky se to zamítne. Já vím, že všechno nejde povolit, ale tady se hned všechno zamítne a pak nám dají ještě napsat elaboráty, proč chceme něco měnit a neměníme sebe. Nikdo nás neposlouchá. Prostě se jede léta stále stejně, asi je to jednodušší než něco měnit.*“

Marie: „*Nevím, co bych změnila. Já to nedokážu pojmenovat. Asi bych nechala větší prostor změnám, změnám a návrhům ze strany nás klientek, ale i ze strany sester, které nás bodují. Ten bodovací systém vytvořili lékaři a psychologové, ale oni s námi téměř vůbec nejsou, neznají nás.*“

➤ **změna odlišného přístupu ke klientkám závislým na alkoholu a ke klientkám závislých na jiných návykových látkách**

Dvě klientky považují za nespravedlivé, že se přistupuje odlišně ke klientkám závislým na alkoholu a ke klientkám závislým na nealkoholových drogách. Klientky závislé na nealkoholových drogách mají přísnější režim, nemohou vykonávat některé role a aktivity, mají velmi omezené návštěvy a telefonáty, je pro ně pak těžší získávat body a výhody, často mají pocity méněcennosti a izolovanosti.

Alina: „*Pak bych změnila to, že nemůžou pacientky v toxo režimu vykonávat některé role a práce. Chápu, že mám přísnější režim, že za mnou můžou na návštěvu jen rodiče, že mohu volat jen rodičům, ale proč nemůžu pracovat v kuchyni, proč nemůžu být kněžnou ani místokněžnou, nemůžu na nákup, ani hlídat zahradu. Prostě je to nespravedlivé. Tohle bych změnila. Cítím se pak dost méněcenně, když mi někdo řekne, že jsem toxo, že tohle přeci nemůžu, že nemám stejná práva jako alkoholičky, které jsou přitom kolikrát horší a porušují pravidla víc než my, toxandy. Přitom, když jsme tedy tak jiné, proč nemůžeme mít skupinu zvlášť pro nás, aspoň jednou týdně, jako to mají na sedmičce. Žádali jsme o to, ale bylo nám to okamžitě zamítnuto. Je to tady prostě tak nastavené a nebude se to přeci měnit, když to tak úžasně funguje. Ale funguje to?*“

Petra: „*Chtěli jsme mít svoji toxo skupinu, jako to mají na sedmičce, chtěli jsme nějaké změny v návštěvách a telefonátech pro ty, co jsou v toxo režimu, chtěli jsme více času trávit venku a víc sportu. Já vím, že všechno nejde povolit, ale tady se hned všechno zamítne. Pro*

pacientky v toxo režimu je to všechno nesmyslně přísné, máme o dost menší práva a možnosti než alkoholičky. Je pro nás mnohem obtížnější sbírat body a mnohem lehčí je ztrácet. Měli by nám dát stejné možnosti, nejsme snad o nic horší než ty, co se léta utápěly v alkoholu.“

➤ **individuální přístup založený na lidskosti a vstřícnosti, s ohledem na specifické potřeby a možnosti klientek**

Některé klientky vyjádřily názor, že by ocenily více lidskosti a vstřícnosti, více individuálního přístupu s ohledem na specifické potřeby a možnosti klientek.

Marie: *„Ocenila víc lidskosti a vstřícnosti v přístupu k nám, závislým klientkám. Chtěla bych, aby se s každým jednalo individuálně, podle jeho vlastních schopností a dovedností. Někdo ten systém a řád prostě nemůže zvládnout, ale to ještě přeci neznamená, že nemůže dostat šanci. Za posledních čtrnáct dní odešlo devět holek na revers, většinou to tady nezvládaly. Je mi z toho smutno.“*

Naďa: *„Ty skupiny mě taky už nic nedávají, je to pořád jen dokola a dokola. Chtělo by to, aby se si mnou někdo takhle víc povídal, vyslechl mě, abych měla šanci se dostat ven a ne že se snažím a stejně se nikam nedostanu.“*

➤ **změna bodovacího systému není potřebná**

Pouze jedna klientka by neměnila bodovací systém, považuje ho za motivující a přínosný.

Eva: *„Tak mě vyhovuje tenhle systém léčby, neměnila bych to, vezmu si z toho, co potřebuju, motivuje mě to. Je fakt, že jsem tu poněkolkáté a prošla jsem různými léčbami, ale tady mi to dá vždycky nejvíce.“*

➤ **zrušení bodovacího systému**

Dvě klientky by zcela zrušily bodovací systém, pokládají ho za příliš přísný, obtížný a nesmyslný.

Sandra: *„Tak hlavně bych zrušila ty body. Víím, nějaký řád tu musí být a nemůže být všechno dovoleno, ale tohle je přehnaný. Když někdo chce, dokáže navenek sbírat body a být vzornou pacientkou, ale stejně se nezmění, podvádí všechny kolem a lže sám sobě.“*

Naďa: *„Já nevím, co bych změnila. Asi abych se nemusela honit za těmi body, aby to bylo*

nastavené tak, abych to mohla zvládnout. Zrušila bych ten bodovací systém, je to k ničemu.“

12. 2. 6. Nedostatky v bodovacím systému a možné změny pro větší motivaci a úspěšnost léčby z pohledu klientky s duální diagnózou – shrnutí

Ve třetí výzkumné otázce byly zjišťovány názory a postoje klientek na nedostatky a chyby, které vnímají při procházení léčbou a plnění požadavků, rolí a aktivit vycházejících z daného režimu a stanovených pravidel zakotvených v bodovacím systému a režimu oddělení závislostí. Některé z klientek považují za hlavní nedostatek nespravedlnost bodovacího systému, hlavně co se týče nevyváženosti sankcí a odměn a nepřiměřenosti ohodnocení některých aktivit a rolí. Dalším nedostatkem bodovacího systému je jeho zastaralost, rigidnost a nemožnost změny. Bodovací systém je stále stejný a nepřizpůsobuje se aktuálním potřebám, schopnostem a možnostem klientek, nemění se a nevyvíjí se, tak jako se vyvíjí a mění vše kolem nás.

Dále klientky uvádějí, že bodovací systém je neosobní, nebere v úvahu potřeby a přání jednotlivce, je spíše nástrojem k vedení závislých klientek k poslušnosti a plnění úkolů režimu. Dvě klientky jen s těžkostmi zvládají léčbu pomocí bodovacího systému, bodovací systém považují za příliš přísný a nespravedlivý. Jedna klientka naopak považuje bodovací systém ve srovnání s léčbou na jiných odděleních a v různých léčebnách za dobře nastavený a vyhovující, bez větších nedostatků.

Dále je bodovací systém vnímán jako přísně nastavený, ale nedůsledný. Personál není sjednocen v hodnocení a nastavování hranic a pravidel, což následně přináší zmatek a chaos, ve kterém jsou hranice a pravidla těžce udržitelná. Tři klientky vnímají nespravedlnost a nefunkčnost bodovacího systému, především kvůli nejednotné interpretaci a neznalosti tohoto systému ze strany personálu, což opět přináší zmatek, nejasné vymezení hranic a pravidel, následné porušování těchto pravidel a ztrátu motivace k léčbě a změně chování. Jedna klientka nevidí v bodovacím systému žádný smysl, zřejmě z důvodu své nedobrovolné hospitalizace.

Na otázku, co by změnili v tomto systému léčby, aby jim lépe vyhovoval a motivoval je ke změně závislého chování, odpovídaly klientky různě a nad touto otázkou se déle zamýšlely, zřejmě z důvodu, že je vždy lehčí systém kriticky hodnotit, ale mnohem těžší je navrhnout nějaké změny a přemýšlet nad svými potřebami a možnostmi.

Tři klientky potřebují především pevné nastavení hranic a pravidel, ale nevěří, že by jim v tom mohl pomoci bodovací systém. Čtyři klientky považují za důležité, aby se bodovací systém přehodnotil, aby se změnilo hodnocení některých aktivit a rolí, aby se našla rovnováha mezi udělovanými postihy a odměnami. Také by zrušily hromadný trest, kdy všechny klientky nesou vinu za chybu jednotlivce, který se k porušení pravidel nepřiznal. Dvě klientky by ocenily více skupinové a individuální psychoterapie a více skupin vedených odborníky. Uvádějí, že jim skupiny, které vedou a řídí samy klientky, nic nepřinášejí, potřebují více individuálních pohovorů a odborně vedených skupin, aby mohly řešit své potíže, dostávat zpětnou vazbu a rady, jak tyto potíže řešit a aby se naučily, jak zvládat svou závislost a změnit sebe a své chování.

Dvě klientky považují léčbu na základě nedobrovolné hospitalizace za nepřínosnou, léčba by dle nich měla být na bázi dobrovolnosti a opravdového zájmu o léčbu. Další klientky si představují systém léčby založený na větší přísnosti a důsledném dodržování pravidel, důležitá je pro ně disciplína a dodržování morálky v komunitě. Také se objevují názory na větší přístupnost ke změnám bodovacího režimu ze strany klientek, ale i z pozice středního zdravotnického personálu. Některé klientky vyjádřily názor, že by ocenily více lidskosti a vstřícnosti, více individuálního přístupu s ohledem na specifické potřeby a možnosti klientek.

Dvě klientky považují za nespravedlivé, že se přistupuje odlišně ke klientkám závislým na alkoholu a ke klientkám závislým na nealkoholových drogách. Klientky závislé na nealkoholových drogách mají přísnější režim, nemohou vykonávat některé role a aktivity, mají velmi omezené návštěvy a telefonáty, je pro ně pak těžší získávat body a výhody, často mají pocity méněcennosti a izolovanosti. Změnou v tomto systému by tedy měl být rovnější přístup ke klientkám, bez nálepkování a diskriminace klientek závislých na nealkoholových návykových látkách.

Pouze jedna klientka by neměnila bodovací systém, považuje ho za motivující a přínosný. Na druhé straně se zde objevuje názor dvou klientek, které by zcela zrušily bodovací systém, pokládají ho za příliš přísný, obtížný a nesmyslný.

Pokud shrneme názory na nedostatky a změny v bodovacím systému z pohledu klientek s duální diagnózou, vyplývá nám požadavek na změnu nastavení a přehodnocení bodovacího systému, tak aby byla zaručena větší vyváženost sankcí a odměn, vyváženost a spravedlnost v ohodnocení některých aktivit a rolí a hlavně zaměření bodovacího

systemu na individuální potřeby, možnosti a cíle závislých klientek. Důležitý význam je také přikládán možnosti vyjadřovat se, dávat podněty a podílet se na změnách bodovacího systému ze strany klientek a také ze strany středního zdravotnického personálu podle jejich vlastních zkušeností a možností. Klientky by ocenily větší znalost řádu a systému na straně personálu, jednotnost, přehlednost, srozumitelnost a lidský přístup s citlivostí k aktuálním potřebám klientek.

12. 2. 7. Vnímání potíží, překážek a odlišností na cestě obstát a projít bodovacím systémem u jednotlivých typů duálních diagnóz

Tato výzkumná otázka zkoumá potíže a překážky, které vnímají klientky s duální diagnózou na své cestě obstát a projít bodovacím systémem, při plnění pravidel a režimu na vybraném oddělení závislosti. Srovnává také odlišnosti těchto potíží a překážek u jednotlivých typů duálních diagnóz, ale také podobnosti těchto potíží. Na začátku je řešena otázka způsobu plnění bodovacího systému, jaké a aktivity a role si jednotlivé klientky vybírají a jakým se naopak vyhýbají, protože autorka předpokládá, že klientky mají různé přístupy, jak obstát v bodovacím systému nejen podle druhu zneužívané návykové látky, ale také podle typu duální diagnózy. Duální diagnózy jsou řazeny dle četosti výskytu u závislých klientek na vybraném oddělení za dané období.

a) způsoby plnění bodovacího systému

Klientkám byla položena otázka, jaké aktivity a role si vybírají, jakým se naopak vyhýbají, jakým způsobem sbírají kladné body a jak se jim daří plnit požadavky v rámci bodovacího systému

➤ úzkostně depresivní porucha

Klientky s úzkostně depresivní poruchou shodně uvádějí, že si aktivity a role nevybírají, ale spíše čekají, které aktivity a role na ně zbudou nebo o které není takový zájem. Vyznačují se nízkým sebevědomím, pokleslou náladou a pocity prázdna, beznaděje a viny, což také ovlivňuje jejich zapojení do programu. Nerady se zapojují do aktivit, kde je třeba něco prezentovat a hlasitě mluvit před komunitou a vyjadřovat své názory a postoje. Při ztrátě bodů se jejich pocity bezmoci, smutku a vlastní zbytečnosti ještě více prohlubují.

Monika: „*Nejvíc bodů asi získávám za úklid a plnění rolí. Nejrady jsem v kuchyni nebo uklízím. Beru si, co na mě zbude, nikam se necpu, nehádám se jako ostatní holky. Nebo si беру to, co nikdo nechce a je to za málo bodů. Jsou chvíle, kdy se mi nechce dělat vůbec nic, nemám do ničeho chuť a chce se mi jen tak sedět a koukat do prázdna, cítím pak takovou beznaděj a že jsem k ničemu. Když pak ztratím body, cítím taky tu beznaděj a prázdnotu, že nejsem nic, ale aspoň něco cítím. Někdy mám pocit viny za ostatní, že se nikdo nehlásí na ty nejhorší rajóny, tak se přihlásím já. Rozhodně si neberu ty aktivity, co se při nich musí vystupovat před celou komunitou nebo něco přednášet, ukazovat se, předvádět se. Ráději jsem vážně někde o samotě a sbírám si body v klidu a té své uzavřenosti.*“

Marie: „*Nevím, беру si většinou to, co na mě zbude nebo, co nikdo nechce. Nerada někoho překřikuji, nemám ráda takové to napětí v komunitě a nerada mluvím přede všemi. Tak si беру většinou ty nejhorší úklidy nebo nákupy, mytí nádobí a tak. Možná i proto sbírám body pomaleji než děvčata, co se nestydí a mají sebevědomí na rozdávání. To já nikdy mít nebudu.*“

➤ **poruchy příjmu potravy**

Tyto dvě klientky s poruchou příjmu potravy mají spíše problém s udržováním hranic, rády pravidla porušují, netrápí je nízké sebevědomí, spíše se vyznačují manipulativním chováním. Vybírají si aktivity, kde mohou předvést své schopnosti a dovednosti, nemají problém se prezentovat před ostatními, naopak rády ostatní vedou a usměrňují. Nemají problém se sbíráním bodů, které berou většinou jako výzvu, proto si vybírají obtížnější aktivity a role, hodně se zapojují do sportovních aktivit, často cvičí a předcvičují ostatním, snaží se být neustále v pohybu, což má spojitost s jejich duální diagnózou.

Martina: „*Uvědomila jsem si, jak lehce a ráda porušuju pravidla a řád a že mě to stahuje někam zpátky. Musím dodržovat pravidla a režim, bez toho to nejde, je to pro mě důležité. Brala jsem si všechno, od úklidu až po ty aktivity, co musíte přede všemi něco číst nebo předvádět. Třeba jsem si brala proměny nebo myšlenku dne, abych mohla někoho pokárat a aby to slyšela celá komunita, prostě aby to mělo na dotyčnou osobu největší vliv, aby si z toho vzala ponaučení. Jinak to беру jako výzvu, беру si ty nejtěžší aktivity, jako je beseda o zaměstnání, proměny, samořídící skupinu, abych si dokázala, že na to mám.*“

Eva: „*Já si беру všechno. Potřebuju nasbírat body na propustku. Beru si různé úklidy,*

i když tu už nechávám jiným. Spíš besedy, přednášky, samořídící skupiny. Vlastně si více vybírám ty aktivity, na kterých se dá nasbírat nejvíce bodů. Už to znám, jsem tu posedmé. Tak se snažím za těch pět týdnů nasbírat co nejvíce, abych postoupila. Beru si besedu o zaměstnání, četbu z knihy, autogenní trénink. Prostě ty aktivity, kde lehce nasbíráte body a nemusíte brzy ráno vstávat a trapně uklízet. Často si беру cvičení, ráda předcvičuju a holky mě chválí, že si se mnou dobře zacvičí. Tady je málo pohybu, tak dělám, co můžu, abych se více hýbala, a ještě za to získám body.“

➤ **hyperkinetická porucha chování**

Klientky s hyperkinetickou poruchou chování uvádějí shodné potíže se soustředěním, učením, čtením a mluvením před ostatními. Také mívají potíže s dodržováním pravidel, včasným příchodem na programy a z počátku i se získáváním kladných bodů. Brzy si však dokážou najít takové aktivity, kde se dají body lehce nasbírat. Na programech často vyrušují, ozývají se a občas se snaží ostatním vnutit své postoje a názory. Nechtějí stát stranou, chtějí být součástí komunity, přestože někdy mají pocit, že je ostatní neuznávají. Obě klientky považují bodovací systém za nespravedlivý až absurdní.

Lucie: *„Ze začátku jsem často chodila pozdě na programy, teď už si to více hlídám. Holky jsou na mě naštvané, že jim pořád skáču na skupinách do řeči, ale já jen chci říct, co si myslím nebo se někoho zastat. Jinak si neberu moc ty aktivity, při kterých se musí mluvit přede všemi nebo číst. Mám trochu potíže s učením a při čtení zadržávám. Bylo pro mě těžké naučit se na P3, ale nakonec jsem zkoušku složila. Ale věnovala jsem tomu hodně času. Chtěla jsem plnit různé role, pak postupem času, jsem zjistila, že není pro mě výhodné se hlásit na různé aktivity, tam pak víc bodů můžu ztratit. Ztratím tak více než získám. Proto je výhodnější jednou za týden na generálu zamakat a mám hned potřebné body za necelé dvě hodiny práce. Tak proč si brát nějaké aktivity a role? Raději se už na nic nehlásím, štve mě, jak je to absurdní a nespravedlivé.“*

Alina: *„Mám problém se soustředit, naučit se otázky ke zkoušce, nikdy mi nešlo učení, mám ADHD a naši se mnou měli problémy. Na škole jsem se špatně učila a často porušovala pravidla. Teď už je to lepší, jen někdy se mnou cloumají moc silné emoce a dávám to ostatním najevo. Jsem prostě slyšet a nenechám si nic líbit, ale taky se zastávám těch slabších. Holky mě za to asi nemají rády. Jinak nejvíc bodů jde získat za generální úklid, tak tam se snažím nejvíc. Jinak spoustu rolí si nemůžu brát, protože jsem v toxo režimu. To mi přijde docela nespravedlivé. Nechápu, v čem jsou horší holky, co*

braly pervitin, než třeba alkoholičky. Proč oni můžou tak lehce sbírat body a my ne. Proč všechny ty role, za které je nejvíc bodů, nemůžou mít toxandy? To nějak nechápu.“

➤ **hraniční porucha osobnosti**

Tyto klientky s hraniční poruchou osobnosti mají rozdílné názory a postoje k možnostem zisku kladných bodů a plnění bodovacího systému. Klientka Petra si stěžuje na nespravedlivý přístup a omezené možnosti klientek v „toxu“ režimu, aktivity si nemůže příliš vybírat, body získává tedy především za úklid, na jiné aktivity a role se tolik nehlásí, nerada se projevuje přede všemi, vyhledává spíše samotou a klid. Josefína proklamuje poctivý a zodpovědný přístup, aktivity a role si nevybírání, snaží se brát i ty, o které nemají ostatní zájem.

Petra: „Nejvíc bodů získávám za úklid, za to se dá získat tady nejvíc bodů. Navíc, když jsem v toxo režimu, tak mám hrozně omezené možnosti. Nemůžu do kuchyně, nemůžu být ekohlídka, chodit na pochůzky, prostě nemůžu skoro nic, kromě toho úklidu. Tak sbírám body za úklid. Jinak čtení nebo jiné aktivity si neberu, to se nevyplatí a nechce se mi to dělat. Číst něco přede všemi, nerada mluvím, jsem raději o samotě, je to pro mě tady i tak dost těžký. Moc lidí, moc křiku, žádný klid a není kam utéct. Došlo mi, že se nevyplatí uklízet celý týden, že je výhodnější, když jednou za týden pořádně uklidím na generálu.“

Josefína: „Nad tím jsem ještě nepřemýšlela. Snažím se brát si poctivě to, o co jiní nemají takový zájem. To jsou většinou úklidy chodeb a role patronek. Cítím zodpovědnost za komunitu, nemám zájem o to, aby zde probíhaly nějaké hádky a neshody. Pokud někdo nemá zájem o nějakou aktivitu, přihlásím se a nepřemýšlím nad tím, kolik získám bodů.“

➤ **schizoafektivní porucha**

Klientky se schizoafektivní poruchou získávají body obtížně, mají problémy s pozorností, myšlením, učením a zapojením se do programů, se zvládáním aktivit a rolí. V léčbě se proto příliš neposouvají, nemohou těžit ze získaných výhod a nejsou motivovány k léčbě a plnění bodovacího systému.

Naďa: „Beru si úklid anebo práci v kuchyni, ale nedokážu se prát o ty role a funkce, čekám, co na mě zbude. Jinak ty ostatní aktivity, to ne. Já nikdy nenasbírala dost bodů, abych šla vůbec na propustku. Stejně nemám moc kam jít, ale být tu nechci, ubíjí mě to. Ale měli by brát ohled na to, že se nedokážu soustředit, že nedokážu zvládnout některé

programy, že se nedostanu ven, protože nenasbírám ty zatracené body. Přitom se snažím a pravidla a režim dodržuju.“

Sandra: „Tak já si moc aktivit neberu, jak už jsem řekla, nehoním se za body. Jen aby se neřeklo, aby holky nebyly naštvány, tak si občas vezmu nějaký úklid nebo něco. Moc se nesnažím. Stejně jsou na mne všichni naštvaní, že prý jen sedím a koukám, nezapojuju se, ale já bych to stejně nezvládla, ty jejich programy, skupiny, je to hrůza, tolik lidí. Je mi z toho akorát úzko, necítím se tam dobře, nedokážu se soustředit a myslet na jednu věc, poslouchat ty jejich řeči o alkoholu a drogách.“

b) potíže a překážky při plnění bodovacího systému u jednotlivých duálních diagnóz

➤ úzkostně depresivní porucha

Obě klientky s úzkostně depresivní poruchou mají podobné potíže se zapojením se do aktivit a plněním bodovacího systému. Potýkají se s nízkým sebehodnocením a pocity smutku, prázdna a beznaděje, což jim brání zapojit se do některých aktivit, projevit a uvolnit své emoce, otevřít se na skupině, prosadit se mezi ostatními a změnit tak sebe sama a své chování. Monika vyjadřuje svůj názor, že dokáže bez větších potíží obstát v bodovacím systému, ale nevěří, že by se dokázala změnit. Rovněž Marie prožívá pocity smutku, prázdna, vlastní zbytečnosti a strach z budoucnosti, který ji brání změnit závislé chování a zvýšit svou sebeúctu. Bodovací systém tedy nepřináší žádné velké překážky a potíže, ale není ani motivací ke změně a k nalezení cesty ze začarovaného kruhu závislosti.

Monika: „Mám problém s tím, že cítím ty pocity prázdnoty, bezmoci, zbytečnosti a ztráty vlastní hodnoty. Svou hodnotu nezískám tím, že budu vzorně uklízet a mýt nádobí. Opravdovou motivaci k tomu, abych se změnila, nezískám díky bodovacímu systému, ten už jsem prošla úspěšně několikrát a mám strach, že dělám v životě stále stejné chyby a jen těžce se měním, abych dokázala žít bez pomoci alkoholu. Je to možná těžší v tom, že mám hodně nízké sebevědomí a časté pocity smutku a bezmoci, což mě brání se plně zapojit do některých aktivit a vzít si z léčby to, co bych měla. Některým aktivitám se prostě vyhýbám a nedokážu se prosadit, říct nahlas svůj názor, otevřít se ve skupině. Můžu projít bodovacím systémem, aniž bych se účastnila nebo dělala věci, které mi jsou nepříjemné a které by mě možná právě pomohly zvýšit si to moje pošramocené sebevědomí. Není pro mě těžké obstát v tomto bodovacím systému, je pro mě ale těžké se změnit. Změnit se a žít

normální život, dokázat ho prožívat. Bez alkoholu a jiných zrádných berliček, které mě udržují v tom začarovaném kruhu.“

Marie: „Určitě je to těžší pro někoho, kdo řeší nejen problém se svou závislostí, ale i sám se sebou. Nemyslím, že zrovna já bych měla nějaké větší problémy, abych obstála tady v léčbě. Měla jsem velké deprese a úzkosti, problémy se spánkem. Ale to už je lepší, asi po těch lécích, co beru. Mám jen problém s tím, že si stále nevěřím, nedokážu se prosadit, často mě přepadnou ty mé pocity prázdna a zbytečnosti. Přijde mi pak marné a zbytečné všechno, co dělám, mám velký strach z budoucnosti, z toho, co bude, až odsud vyjdu. Nemám už myšlenky, jako dřív, že nechci žít, že si něco udělám, ale ty pocity smutku a prázdna se vrací a já se bojím, že tam venku zase sáhnu po alkoholu nebo po platičku sedativ nebo hypnotik, že zas pojedou v tom začarovaném kruhu a nikdo mi nepomůže. Ale jinak si myslím, že jsou tady holky, co jsou na tom mnohem hůř než já. Třeba ty, co se jim vrací ty psychotické stavy nebo holky, co mají anorexii a jiné problémy se svým tělem. Já jsem na tom vlastně dobře a můžu být šťastná, že jsem vychovala děti, na které se můžu spolehnout. Už kvůli nim bych chtěla normálně žít a být zas dobrou mámou a babičkou.“

➤ **poruchy příjmu potravy**

Klientky s poruchou příjmu potravy neuvádějí větší potíže s plněním bodovacího systému a získávání výhod a profitů z léčby, naopak body získávají při svých opakovaných hospitalizacích bez problémů, i přes častější porušování pravidel a hranic, které však zůstává díky dokonalé znalosti řádu a personálu většinou skryto. Dochází tak k osvojení naučených nežádoucích návyků a chování, které jsou překážkou opravdové změny a osvojení chování žádoucího. Klientky s poruchou příjmu potravy mají sklon k podvádění, lžím a manipulativnímu jednání. Lžou a podvádějí samy sebe, vnímají potíže spojené s jejich duální diagnózou, ale léčba ve vybraném zařízení dle jejich názoru klade důraz na léčbu závislosti na návykových látkách, problémy poruchy příjmu potravy stojí stranou a neřeší se, nebo se řeší jen velice okrajově. Tyto klientky netrpí nízkým sebehodnocením, mají ale narušené vnímání vlastního těla, což je nutí k neustálému soustředění se na svůj vzhled, kontrolu hmotnosti a dostatku pohybu, cvičení a jiných aktivit. Bodovacím systémem tedy dokážou projít opakovaně a bez obtíží, ale jen těžko se mění a mimo prostředí léčeben a jiných zařízení se opět vrací ke své závislosti a poruchám příjmu potravy.

Martina: „Není to pro mě těžké, i když s tou mojí bulimií. Nevím, teď jsem v pohodě. Tady

se klade důraz na léčbu závislosti. To, že mám poruchu příjmu potravy, nikdo moc neřeší. Ze začátku jsem seděla na sesterně 20 minut po jídle, abych nezvracela, ale když člověk chce, poradí si. Není to pro mě těžké, body sbírám lehce. Je fakt, že často porušuju pravidla a někdy ty body lehce ztrácím, proto si беру spoustu těch aktivit, vedu cvičení a chodím běhat, abych moc nepřibrala. Stále si hlídám tu svou váhu. Nevím, co bude, až budu venku. Snad to nějak ustojím.“

Eva: „Je to pro mne těžší. Musím bojovat se závislostí na alkoholu a ještě se svou anorexií. Stále se mi honí hlavou, že jsem tlustá, že jsem přibrala, že to musím dát ze sebe pryč. Do toho poslouchám stále stejné řeči o drogách a alkoholu. Řeším si tady svou závislost, ale neřeším už tu poruchu příjmu potravy. Jasně, píšu jídelníček a sedím 20 minut po jídle pod dohledem, ale to je všechno. Přitom je tu docela hodně holek, co řeší svou postavu, přejídají se a zvrací nebo skoro vůbec nejí. Nedá se to uhlídat. Já to mám pod kontrolou, aspoň teď, snažím se do sebe dostat celé porce jídla, pak ale musím hodně cvičit, běhám po schodech nahoru a dolů, protože tady stále sedíme a jíme a jíme. Je to hrůza. Ale nezvracela jsem už týden a přibrala jsem dvě kila. Venku to zase shodím. Ale mám to v hlavě srovnaný, budu mít práci, starat se o děti, mít své koníčky, nezbude mi čas na takové ty myšlenky, co mě pak trápí a já se buď napiju, nebo spadnu do té anorexie. Tady mně vždycky pomůžete. Ale je to těžký, venku to nefunguje tak jako tady, nikdo mě nehlídá, nemám nad sebou tu přísnou autoritu. Ale já si věřím, teď už to vyjde, tahle léčba mi dala hodně. Věřím si, tentokrát si opravdu věřím.“

➤ **hyperkinetická porucha chování**

Klientky s hyperkinetickou poruchou chování mají větší potíže při plnění pravidel a režimu v rámci bodovacího systému, což má zřejmě spojitost s jejich duální diagnózou, při které jsou narušeny poznávací schopnosti, schopnosti udržet pozornost, učit se novým věcem a mít pod kontrolou své impulzivní a někdy bezmyšlenkovité projevy chování. Tyto klientky mají problém s udržováním hranic, dodržováním pravidel, s projevy svých emocí a názorů. Také se potýkají s nízkým sebehodnocením, které u nich bylo posilováno zřejmě od raného dětství. Často vyhledávají konflikty, chtějí být součástí komunity, ale mají pocity, že stojí spíše stranou, že nejsou dostatečně oceněny a milovány. Obstát v bodovacím systému je pro ně obtížné, bojují s velkou ztrátou bodů, které mnohdy ztrácejí neúmyslně. Bodovací systém jim nedává prostor pro skutečnou motivaci a možnost změny, obě klientky nezvládají tento systém léčby a v závěru budou disciplinárně propuštěny.

Lucie: „ Nevím. Možná, ano. Diagnostikovali mi ADHD. Občas mám problémy se soustředit a dodržovat čas. Ze začátku jsem často chodila pozdě na programy, teď už si to více hlídám. Holky jsou na mě našťvané, že jim pořád skáču na skupinách do řeči, ale já jen chci říct, co si myslím nebo se někoho zastat. Jinak si neberu moc ty aktivity, při kterých se musí mluvit přede všemi nebo číst. Mám trochu potíže s učením a při čtení zadržávám. Bylo pro mě těžké naučit se na P3, ale nakonec jsem zkoušku složila. Ale věnovala jsem tomu hodně času. Někdy jedním moc impulzivně, neudrším se, nedokážu některá pravidla dodržet. Často se hádám s holkama, je to tu náročný, ale některé holky mě vážně dost štve, mluví o drogách a já mám pak bažení. Někdy mám chuť odtud utéct, na všechno se vykašlat, někdy to nezvládám. Ale neumím si představit, že bych měla nějaké úlevy, to bych asi ani nechtěla. To by mě holky ještě víc nesnášely, takhle mám někdy pocit, že nemůžu do té komunity zapadnout.“

Alina: „Tak je to pro mě asi těžší v tom, že mám často problém se soustředit, naučit se otázky ke zkoušce, nikdy mi nešlo učení, mám ADHD a naši se mnou měli problémy. Teď už je to lepší, jen někdy se mnou cloumají moc silné emoce a dávám to ostatním najevo. Jsem prostě slyšet a nenechám si nic líbit, ale taky se zastávám těch slabších. Holky mě za to asi nemají rády. Na škole jsem se špatně učila a často porušovala pravidla. Byla jsem taková rebelka, nešlo mi učení, tak jsem chtěla vynikat v něčem jiném. Třeba, že něco provedu učitelce nebo budu tajně kouřit, chodit za školu a tak. Pak to došlo tak daleko, že jsem začala ve třinácti fetovat. Byla jsem ráda, že patřím do nějaké party. Mám prostě problémy sama se sebou a není pro mě zrovna jednoduchý to tady zvládnout, dodržovat některá pravidla, mít v sobě ty hranice. Tady sbírám a ztrácím body, ale co pak venku? Tak jako pro mě nebyly motivací známky ve škole, tak pro mě není motivací to honba za body. Člověk sbírá a ztrácí body, ale uvnitř zůstává stejný. Asi by to mělo být více o lidech a méně o bodech.“

➤ hraniční porucha osobnosti

Tyto dvě klientky s hraniční poruchou osobnosti mají rozdílné vnímání svých potíží s plněním bodovacího systému a režimu. Klientka Petra nezvládá dodržovat nastavená pravidla, často překračuje hranice, jedná impulzivně, potýká se s nízkým sebevědomím a pociťuje silné nepříjemné pocity, které je naučená řešit impulzivním sebepoškozováním a užíváním návykových látek. Režimovou léčbu v rámci bodovacího systému nezvládá a má strach z opakovaných relapsů a recidiv, má strach sama ze sebe. Klientka Josefína

také zažívá velmi nepříjemné pocity, které jsou často protichůdné a extrémní. Objevuje se zde velký smysl pro zodpovědnost a disciplínu, který je alespoň tak navenek prezentován. Klientka se sama přesvědčuje o tom, že jí pevný řád a disciplína pomůže na cestě dostat se ze závislosti a změnit se. Přitom ji neustále trápí silné protichůdné pocity, podceňuje své schopnosti, odsouvá své potřeby a přání, nenávidí své tělo, své smysly, nenávidí sebe sama, ale chce být součástí komunity, podílet se na její zodpovědnosti, jakoby se chtěla skrýt za to velké společenství lidí a nebýt, neexistovat jako jedinečná bytost. U obou klientek se objevuje snížená kontrola impulsů, pocity úzkosti a prázdnoty, tendence k extrémnímu myšlení a chování a také tendence k sebepoškozování a suicidálnímu chování.

Petra: *„Prostě velké požadavky a náročné úkoly. Cítila jsem úzkost, smutek, do toho jsem měla bažení po perníku, vracely se mi ty ošklivé stavy, jako bych v sobě tu drogu měla. Ted' je to o něco lepší, ale stejně to moc nezvládám. Je tu zmatek a chaos, já se pak v tom docela ztrácím, snažím se, ale často překračuju své hranice, ztrácím body, cítím vztek a vím, že to nezvládám. Místo honění se za body bych chtěla, aby se mi někdo více věnoval, mluvil se mnou a snažil se mě pochopit. Nedokážu mluvit otevřeně na skupinách, některé věci tam prostě nemůžu řešit. Ani ted' nedokážu vždy udržovat nastavené hranice, mám problém sama se sebou a nevím, co bude, až vyjdu ven. Mám nízké sebevědomí, nevěřím si, často mám pocit hrozného tlaku, pak mám touhu si ublížit, uvolnit ty nepříjemné pocity, dostat to ze sebe. Proto jsem si dříve často ubližovala, řezala jsem se na ruku i nohách, ta bolest mi pomáhala od toho šíleného tlaku. Mám z toho docela strach. Tady jsem hlídaná, jsem v bezpečném prostředí, snažím se dodržovat pravidla a dostat se z toho. Je to má třetí léčba, ale nikdy jsem ji úplně nedokončila, většinou se vybodoju natolik, že musím odejít nebo odejdu na revers, protože to prostě nezvládám.*

Josefína: *„Necítím se nějak vyčleněná či indisponována v tomto systému. Pochopila jsem, že nesmím být princeznou, že musím být vojákem. Ze začátku jsem stále plakala, bála jsem se, že to nezvládnou. Utíkala jsem ze skupin a programů, chtěla jsem odsud pryč. Neuvědomila jsem si, že potřebuji tento řád, že se musím naučit být vojákem. Musím se zbavit své neschopnosti a svého chtění, naučit se být zodpovědná za sebe sama a své jednání, což je současně i zodpovědnost za ty druhé. Pokud tomu tak není, nemůže společenství dlouho fungovat. Zodpovědnost jde ruku v ruce s láskou a péčí vůči sobě sama, vůči druhým lidem. Trpím tím, že se nemám ráda, nenávidím své touhy a chtění, nenávidím pachy a smysly svého těla. Cítím pak zase to nutkání nebýt, zmizet z toho*

společenství, dokázat přeplout na druhý břeh, kde budu zase princeznou.“

➤ **schizoafektivní porucha**

Klientky se schizoafektivní poruchou mají velké potíže a vnímají mnoho překážek na cestě projít bodovacím systémem, obstát v léčbě a profitovat z ní. Zažívají nepříjemné pocity, psychotické stavy s halucinacemi, mají větší potíže s myšlením, pozorností a reálným uvažováním. Mají sníženou adaptaci k novému prostředí, změnám a k lidem, nedůvěřují jim, podezřívají je, necítí se dobře ve velkém kolektivu komunity. Obě klientky jsou zde navíc hospitalizovány nedobrovolně z důvodu jejich ohrožujícího psychického stavu a suicidálních tendencí, v popředí však stojí potíže vyplývající z jejich duální diagnózy, ne potíže se závislostí na návykových látkách. Nezvládají systém léčby s bodovacím systémem, nejsou schopny plnit řád a dodržovat pravidla, obě odcházejí na revers po stabilizaci jejich psychického stavu, klientka Naďa po dvou měsících léčby a klientka Sandra po šesti týdnech léčby na oddělení závislosti.

Naďa: „Změnili mi medikaci. Jo, dělá mi to dobře, ale já moc nezvládám ty body sbírat. Třeba se bojím, že neudělám tu P3, nedokážu se naučit ty otázky, nesoustředím se, ale cítím se líp než na začátku, mám ještě občas hlasy, ale je to lepší. Ty moje stavy, dám si jednou perník a už mám zase tu psychózu nebo co to je. Děsivé halucinace a hlasy, pak mě odveze sanitka sem. Jsem tu už asi podesáté. Nejhorší je, že už mám ty hlasy, i když si nic nevezmu, zhoršuje se to, tak snad mi pomůžou ty léky. Určitě je to pro mne těžší, ze začátku to byla vůbec hrůza, měla jsem ošklivé psychické stavy a musela jsem se zapojit tady do režimu. Bylo to moc rychlý, ani teď to nezvládám a to už jsem tu pátý týden. Mám asi stále tu toxickou psychózu nebo co, já nevím, ale měli by brát ohled na to, že se nedokážu soustředit, že nedokážu zvládnout některé programy, že se nedostanu ven, protože nenasbírám ty zatracené body. Přitom se snažím a pravidla a režim dodržuju, ale stejně je to k ničemu, jsem tu nedobrovolně a musím tu být, pak mi dají dobrovolný vstup a já podepíšu revers, protože tady stejně nevydržím.“

Sandra: „Říkají mi, že jsem stále mimo, ale já myslím, že jsem v pohodě, tady jsou sami blázni, nevěřím jim, někdy se bojím, že se něco stane, že mi tu někdo ublíží. Dívají se na mne jako na blázna a sami jsou zlí a ulhaní. I doktor podvádí. Tvrdil mi, že nejsem těhotná, ale já vím, že jsem, cítím to dítě v sobě. To mi prostě nikdo nevymluví. Tak já nemám problém s alkoholem ani drogami, vezmu si jen občas perník, když chci, dám si travku, ta mi dělá dobře, nemám ty hnusný stavy, ale závislá nejsem, tak nevím, proč bych měla tady

poslouchat ty řeči o abstinenci a sbírat body a přitom nic nesmět. Nemůžu ven, nemůžu vidět přítele, na návštěvu smí jen rodiče, ale ti se o mě vůbec nezajímají, jsem jim ukradená, vždycky jsem byla. Mám v sobě dítě, chci být dobrou matkou, nechci být jako moje máma, která se na mě vykašlala a dala mě do děčáku. Vlastně mi nikdo nevěří, myslí si, že si vymýšlím, že jsem blázen. Občas se mi zdá, že se všichni spikli proti mně, že mi chtějí ublížit. Slyším hlasy, musím je poslouchat, jsou pro mě důležitý. Řekly mi, že mám v sobě dítě, nový zárodek. Tady mě cpou práškama, ale ty hlasy mám pořád, i když ne tak často. Nechci tu být, není to tu pro mě, nepatřím sem, nejsem jako ty ostatní, jsem možná jiná, ale to přece není důvod, abych tu byla proti své vlastní vůli.“

12. 2. 8. Vnímání potíží, překážek a odlišností na cestě obstát a projít bodovacím systémem u jednotlivých psychiatrických komorbidit – shrnutí

V této části jsou shrnuty potíže a překážky, které vnímají klientky s duální diagnózou na své cestě obstát a projít bodovacím systémem, při plnění pravidel a režimu na vybraném oddělení závislostí. Na začátku je řešena otázka způsobu plnění bodovacího systému, jaké a aktivity a role si jednotlivé klientky vybírají a jakým se naopak vyhýbají. Tato otázka vychází z předpokladu, že klientky mají různé přístupy, jak obstát v bodovacím systému nejen podle druhu zneužívané návykové látky, ale také podle typu duální diagnózy. Je zde také snaha o srovnání odlišností a podobností těchto potíží a překážek u jednotlivých typů duálních diagnóz.

Klientky s úzkostně depresivní poruchou shodně uvádějí, že si aktivity a role nevybírají, ale spíše čekají, které aktivity a role na ně zbudou nebo o které není takový zájem. Vyznačují se nízkým sebevědomím, pokleslou náladou a pocity prázdna, beznaděje a viny, což také ovlivňuje jejich zapojení do programu. Nerady se zapojují do aktivit, kde je třeba něco prezentovat a hlasitě mluvit před komunitou a vyjadřovat své názory a postoje. Při ztrátě bodů se jejich pocity bezmoci, smutku a vlastní zbytečnosti ještě více prohlubují.

Obě klientky s úzkostně depresivní poruchou mají podobné potíže se zapojením se do aktivit a plněním bodovacího systému. Potýkají se s nízkým sebehodnocením a pocity smutku, prázdna a beznaděje, což jim brání zapojit se do některých aktivit, projevit a uvolnit své emoce, otevřít se na skupině, prosadit se mezi ostatními a změnit tak sebe sama a své chování. Bodovací systém tedy těmto klientkám s duální úzkostně depresivní

poruchou nepřináší žádné velké překážky a potíže, ale není ani motivací ke změně a k nalezení cesty ze začarovaného kruhu závislosti.

Klientky s poruchou příjmu potravy mají spíše problém s udržováním hranic, rády pravidla porušují, netrápí je nízké sebevědomí, spíše se vyznačují manipulativním chováním. Vybírají si aktivity, kde mohou předvést své schopnosti a dovednosti, nemají problém se prezentovat před ostatními, naopak rády ostatní vedou a usměrňují. Nemají problém se sbíráním bodů, které berou většinou jako výzvu, proto si vybírají obtížnější aktivity a role, hodně se zapojují do sportovních aktivit, často cvičí a předcvičují ostatním, snaží se být neustále v pohybu, což má spojitost s jejich duální diagnózou.

Klientky s poruchou příjmu potravy neuvádějí větší potíže s plněním bodovacího systému a získávání výhod a profitů z léčby, naopak body získávají při svých opakovaných hospitalizacích bez problémů, i přes častější porušování pravidel a hranic, které však zůstává díky dokonalé znalosti řádu a personálu většinou skryto. Dochází tak k osvojení naučených nežádoucích návyků a chování, které jsou překážkou opravdové změny a osvojení chování žádoucího. Klientky s poruchou příjmu potravy mají sklon k podvádění, lžím a manipulativnímu jednání. Lžou a podvádějí samy sebe, vnímají potíže spojené s jejich duální diagnózou, ale léčba ve vybraném zařízení dle jejich názoru klade důraz na léčbu závislosti na návykových látkách, problémy poruchy příjmu potravy stojí stranou a neřeší se, nebo se řeší jen velice okrajově. Tyto klientky netrpí nízkým sebehodnocením, mají ale narušené vnímání vlastního těla, což je nutí k neustálému soustředění se na svůj vzhled, kontrolu hmotnosti a dostatku pohybu, cvičení a jiných aktivit. Bodovacím systémem tedy dokážou projít opakovaně a bez obtíží, ale jen těžko se mění a mimo prostředí léčeben a jiných zařízení se opět vrací ke své závislosti a poruchám příjmu potravy.

Klientky s hyperkinetickou poruchou chování uvádějí shodné potíže se soustředěním, učením, čtením a mluvením před ostatními. Také mívají potíže s dodržováním pravidel, včasným příchodem na programy a z počátku i se získáváním kladných bodů. Brzy si však dokážou najít takové aktivity, kde se dají body lehce nasbírat. Na programech často vyrušují, ozývají se a občas se snaží ostatním vnutit své postoje a názory. Obě klientky považují nastavení bodovacího systému za nespravedlivé až absurdní.

Klientky s hyperkinetickou poruchou chování mají větší potíže při plnění pravidel a režimu v rámci bodovacího systému, což má zřejmě spojitost s jejich duální diagnózou, při které

jsou narušeny poznávací schopnosti, schopnosti udržet pozornost, učit se novým věcem a mít pod kontrolou své impulzivní a někdy bezmyšlenkovité projevy chování. Tyto klientky mají problém s udržováním hranic, dodržováním pravidel, s projevy svých emocí a názorů. Také se potýkají s nízkým sebehodnocením, které u nich bylo posilováno zřejmě od raného dětství. Často vyhledávají konflikty, chtějí být součástí komunity, ale mají pocity, že stojí spíše stranou, že nejsou dostatečně oceněny a milovány. Obstát v bodovacím systému je pro ně obtížné, bojují s velkou ztrátou bodů, které mnohdy ztrácejí neúmyslně. Bodovací systém jim nedává prostor pro skutečnou motivaci a možnost změny, obě klientky nezvládají tento systém léčby a ještě před dokončením léčby jsou disciplinárně propuštěny.

Klientky s hraniční poruchou osobnosti mají rozdílné názory a postoje k možnostem získání kladných bodů a plnění bodovacího systému. Jedna klientka si stěžuje na nespravedlivý přístup a omezené možnosti klientek v „toxó“ režimu, na omezené možnosti aktivit, rolí a získávání kladných bodů, druhá klientka proklamuje poctivý a zodpovědný přístup, aktivity a role si nevybírá, snaží se brát i ty, o které nemají ostatní zájem.

Tyto dvě klientky s hraniční poruchou osobnosti mají rozdílné vnímání svých potíží s plněním bodovacího systému a režimu. Jedna nezvládá dodržovat nastavená pravidla, často překračuje hranice, jedná impulzivně, potýká se s nízkým sebevědomím a pociťuje silné nepříjemné pocity, které je naučená řešit impulzivním sebepoškozováním a užíváním návykových látek. Režimovou léčbu v rámci bodovacího systému nezvládá a má strach z opakovaných relapsů a recidiv, má strach sama ze sebe. Druhá klientka také zažívá velmi nepříjemné pocity, které jsou často protichůdné a extrémní. Objevuje se u ní velký smysl pro zodpovědnost a disciplínu, který je alespoň tak navenek prezentován. Klientka se sama přesvědčuje o tom, že jí pevný řád a disciplína pomůže na cestě dostat se ze závislosti a změnit se. Přitom ji neustále trápí silné protichůdné pocity, podceňuje své schopnosti, odsouvá své potřeby a přání, nenávidí své tělo, své smysly, nenávidí sebe sama, ale chce být součástí komunity, podílet se na její zodpovědnosti, jakoby se chtěla skrýt za to velké společenství lidí a nebýt, neexistovat jako jedinečná bytost. U obou klientek se objevuje snížená kontrola impulsů, pocity úzkosti a prázdnoty, tendence k extrémnímu myšlení a chování a také tendence k sebepoškozování a suicidálnímu chování.

Klientky se schizoafektivní poruchou získávají body obtížně, mají problémy s pozorností, myšlením, učením a zapojením se do programů, se zvládáním aktivit a rolí. V léčbě se

proto příliš neposouvají, nemohou těžit ze získaných výhod a nejsou motivovány k léčbě a plnění bodovacího systému.

Tyto klientky vnímají mnoho překážek na cestě projít bodovacím systémem, obstat v léčbě a profitovat z ní. Zažívají nepříjemné pocity, psychotické stavy s halucinacemi, mají větší potíže s myšlením, pozorností a reálným uvažováním. Mají také sníženou adaptaci k novému prostředí, změnám a k lidem, nedůvěřují jim, podezřívají je, necítí se dobře ve velkém kolektivu komunity. Obě klientky jsou zde navíc hospitalizovány nedobrovolně z důvodu jejich ohrožujícího psychického stavu a suicidálních tendencí, v popředí však stojí potíže vyplývající z jejich duální diagnózy, ne potíže se závislostí na návykových látkách. Nevládají systém léčby s bodovacím systémem, nejsou schopny plnit řád a dodržovat pravidla, obě odcházejí na revers po stabilizaci svého psychického stavu.

Při shrnutí výzkumných zjištění o potížích a překážkách při plnění bodovacího systému a stanoveného režimu u jednotlivých psychiatrických komorbidit a použití dalších kvantitativních výzkumných nástrojů (celkový počet dosažených bodů, celková ztráta bodů, celkový zisk bodů a vypadnutí z léčby – viz tabulka č. 3), můžeme dojít k závěru, že největší potíže mají klientky se schizoafektivní poruchou, které nevládají plnit řád v rámci bodovacího systému, dodržovat pravidla, zapojovat se do programu a profitovat z něj. Navíc jsou hospitalizovány nedobrovolně a léčbu opouští na revers po stabilizaci psychického stavu.

Druhou největší ztrátu terapeutických bodů a neúspěšné ukončení léčby vykazují klientky s hyperkinetickou poruchou chování, které mají rovněž potíže s dodržováním pravidel a nastavených hranic, navíc se u nich objevují poruchy pozornosti a učení a často i impulzivní chování. Obě klientky jsou disciplinárně propuštěny pro velkou ztrátu terapeutických bodů ještě před ukončením léčby.

Třetí skupinou v pořadí největších ztrát bodů a získaných sankcí jsou klientky s hraniční poruchou osobnosti, u nichž se také objevují potíže s udržováním hranic a pravidel, tendence k extrémním emocím a chování, ale také k sebepoškozování a suicidálnímu chování. Jedna klientka léčbu řádně dokončuje, ale je po dvou měsících znovu hospitalizována po suicidálním pokusu, druhá klientka s hraniční poruchou osobnosti odchází na revers z důvodu ztráty motivace a nevládní léčby.

Čtvrtou skupinou v pořadí, co se týče bodových ztrát a počtu sankcí tvoří klientky s úzkostně depresivní poruchou osobnosti, které nemají problém s plněním režimu,

získáváním terapeutických bodů a dodržováním pravidel. Trápí je však nepříjemné pocity beznaděje, smutku, prázdnoty a nízké sebehodnocení, dokážou bez větších obtíží projít nastaveným bodovacím systémem, ale mají strach z budoucnosti a nevěří si, že dokážou změnit své chování. Jedna klientka řádně dokončila svou první léčbu, druhá odchází ze své sedmé léčby na tomto oddělení na revers dva týdny před dokončením léčby.

Klientky s poruchami příjmu potravy dle výsledků této studie jsou nejúspěšnější, co se týče zisku terapeutických bodů a plnění režimu. Klientky podstupují opakovanou léčbu závislosti na tomto oddělení, bodovacím systémem tedy dokážou projít bez obtíží, ale jen těžko se mění a mimo prostředí léčeben a jiných zařízení se opět vrací ke své závislosti a poruchám příjmu potravy. Obě klientky léčbu řádně dokončují, otázkou je, zda z léčby skutečně profitují.

13. Diskuze

Použité výzkumné nástroje a metody se ukázaly vhodně zvolené. Forma polostrukturovaného rozhovoru se projevila jako výhodná z toho důvodu, že nechala dotazovaným prostor pro volné vyprávění svých zkušeností, zároveň však zajistila, že se vázaly k tématu a nedocházelo tudíž k rozvláčnému zabíhavému vyprávění, které by nebylo přínosné. Analýza dokumentů byla přínosná k ověření a testování předpokládaných vztahů a spojitostí mezi nízkou úspěšností obstatí v nastaveném bodovacím systému a přítomností psychiatrických komorbidit.

Při hodnocení spravedlivého nastavení bodovacího systému a vyváženosti sankcí a odměn bylo zjištěno, že většina respondentek považuje bodovací systém za nespravedlivě nastavený z důvodu nejednotnosti v hodnocení, neznalosti, rozdílné interpretaci pravidel a řádu ze strany personálu a možnosti porušování pravidel a podvádění ze strany klientek, které jsou tu opakovaně a znají systém a řád lépe než personál oddělení. Některé klientky spatřují nespravedlnost v nastaveném bodovacím systému především v neochotě ke změnám a přehodnocení tohoto systému ze strany týmu a v jeho rigidnosti a neosobnosti, kdy bodovací systém nebere ohledy na specifické potřeby a možnosti klientek, slouží spíše jako nástroj v rukou personálu pro udržení řádu, poslušnosti a pořádku na oddělení. Na tendence ke stereotypnímu přístupu ze strany personálu a nemožnost věnovat se klientům individuálně, dle jejich aktuálních potřeb upozorňuje také Mladá (2012), která se zabývala podobami bodovacích systémů a důvody používání a naopak nevyužívání bodovacího

systemu na některých odděleních pro léčbu závislosti. Na riziko vzniku neosobního mechanismu a riziko zneužití moci personálem poukazuje rovněž Kalina (2013), dle něhož bodovací systém může zatlačit do pozadí terapeutickou komunikaci, obsahuje velký počet režimových pravidel s nejasným vztahem k cílům léčby a často protirečící základním principům terapeutické komunity.

Všechny respondentky vnímají nevyváženost sankcí a odměn, kdy postihy převažují nad ziskem terapeutických bodů a z něj plynoucích výhod, tresty jsou příliš přísné, body je mnohem lehčí ztrácet než získat. Nevyváženost se objevuje také v hodnocení některých a aktivit a rolí, což vyvolává u klientek pocity vzteku, zbytečnosti, nesmyslnosti a nespravedlnosti. Nerovnováha trestů a odměn snižuje klientkám motivaci k léčbě, brání klientkám osvojit si nové dovednosti a vzorce chování a zbavit se těch nežádoucích návyků a chování vedoucích do začarovaného kruhu závislosti. Na převahu sankcí nad odměnami a skutečnost nastavení bodovacích systémů častěji a více na postihy nežádoucího chování než na posilování žádoucího upozorňuje Kalina (2013). Podle Rotgerse (1999) je převaha postihů nad odměnami v léčbě kontraproduktivní z důvodu vyvolání negativních pocitů a odvetných reakcí, které bývají překážkou ke změně chování, a také z důvodu značného počtu vypadnutí z léčby u programů založených ve větší míře na trestání. Stejně tak Dvořáček (2003) považuje nevyváženost sankcí a odměn za významné riziko bodovacího systému, podle kterého ztrácí bodovací systém při velkém nahromadění sankcí terapeutický efekt. Kalina (2013) charakterizuje dostupné bodovací systémy dle výsledků svého průzkumu jako systémy s hlavním důrazem na hodnocení negativního chování a sankce za ně, kde nejtvrďší postih za porušení základních pravidel může dopadnout i na klienta, který nasbírá dostatečný počet záporných bodů za banální přestupky. Toto zjištění potvrzuje i tato studie, kde jsou respondentky disciplinárně propuštěny pro dostatečnou ztrátu terapeutických bodů za opakované banální přestupky.

Ve výzkumných zjištěních se objevují názory respondentek, že je mnohem těžší projít systémem a profitovat z léčby při první hospitalizaci, na rozdíl od opakované hospitalizace, která s sebou často přináší dokonalou znalost bodovacího systému, řádu a personálu. V takovém případě je lehké tímto systémem projít a je také mnohem lehčí skrýt některé prohřešky proti pravidlům a řádu. Získané kladné body a výhody z nich plynoucí potom převažují nad ztrátou bodů a postihy, což může znamenat, že při opakovaných hospitalizacích je cesta k proplutí bodovacím systémem mnohem snadnější, ale přináší

s sebou osvojení různých podvodů, klamů, lží a nežádoucího naučeného chování, kdy nedochází ke zvnitřnění pravidel a hranic vedoucích ke změně závislého chování.

Více než polovina respondentek uváděla, že samotný bodovací systém nemá vliv na jejich motivaci k léčbě závislosti, že sbírání bodů je spíše jen motivací k získání výhody první víkendové propustky a že je možné úspěšně projít bodovacím systémem, aniž by se člověk měnil a zbavil se závislého chování. Čtyři klientky považují bodovací systém za důležitou součást léčby, která je motivuje ke změně chování, vyhovují jim přísná a pevně daná pravidla, která jsou ukazatelem žádoucího a nežádoucího chování a posouvají je v léčbě dopředu. Je ovšem otázkou, zda je bodovací systém skutečnou motivací ke změně závislého chování a zda dochází ke zvnitřnění daných norem a pravidel. Klientky totiž uvádějí, že zvládají abstinovat a fungovat v prostředí léčebny pod pevně nastaveným bodovacím systémem, ale po opuštění a dokončení léčby je pro ně dodržování abstinence od návykových látek, dodržování hranic a pravidel velmi obtížné. Na skutečnost, že bodovací systém může uzavřít prostor ke složitějším a efektivnějším formám učení a může klienta motivovat spíše k vnějškové adaptaci bez možnosti internalizace norem a hodnot upozorňuje Kalina (2013).

Pouze dvě klientky pokládají léčbu s bodovacím systémem za úspěšnou a věří si, že je takto nastavená léčba dokáže změnit, pomůže jim k abstinenci od návykových látek a naučí je větší zodpovědnosti a samostatnosti v dalším životě. Dalších osm klientek nevěří, že by jim léčba s bodovacím systémem pomohla ke změně závislého chování a ke změně sebe samotné. Klientky poukazují na časté vypadávání z léčby, časté recidivy klientek, které řádně prošly léčbou a bodovacím systémem a na problematiku opakovaných pobytů klientek na oddělení léčby závislosti.

Pokud shrneme názory na nedostatky a změny v bodovacím systému z pohledu klientek s duální diagnózou, vyplývá nám požadavek na změnu nastavení a přehodnocení bodovacího systému, tak aby byla zaručena větší vyváženost sankcí a odměn, vyváženost a spravedlnost v ohodnocení některých aktivit a rolí a hlavně zaměření bodovacího systému na individuální potřeby, možnosti a cíle závislých klientek. Důležitý význam je také přikládán možnosti vyjadřovat se, dávat podněty a podílet se na změnách bodovacího systému ze strany klientek a také ze strany středního zdravotnického personálu podle jejich vlastních zkušeností a možností. Klientky by ocenily větší znalost řádu a systému na straně personálu, jednotnost, přehlednost, srozumitelnost a lidský přístup s citlivostí k aktuálním potřebám klientek. Dle průzkumu Kaliny (2013) nejsou inovace bodovacího systému

obvykle vítány středním zdravotnickým personálem a snahy bodovací systém zjednodušit, rozvíjet a prověřovat jeho přiměřenost spolu s pacienty jsou zcela ojedinělé. Z výsledku této studie vyplývá, že snahy bodovací systém přizpůsobit potřebám klientek, měnit jej a přehodnotit vycházejí nejvíce ze strany klientek, ale také od středního zdravotnického personálu, který není součástí týmu, v jehož kompetenci je rozhodovat o možných změnách. Tým oddělení však není těmto změnám nakloněn a zdá se být nepřístupný k možnosti řád a bodovací systém aktualizovat a přizpůsobit skutečným potřebám a schopnostem klientek.

Čtvrtá výzkumná otázka vychází z předpokladu, že klientky mají různé přístupy, jak obstat v bodovacím systému nejen podle druhu zneužívané návykové látky, ale také podle typu duální diagnózy. Je zde také snaha o srovnání odlišností a podobností těchto potíží a překážek u jednotlivých typů duálních diagnóz.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondentky s poruchami příjmu potravy vnímají potíže a komplikace spojené s jejich duální diagnózou, ale na vybraném oddělení je kladen důraz na léčbu závislosti a abstinenci od návykových látek, problémy spojené s poruchami příjmu potravy stojí stranou a neřeší se, nebo se řeší jen velice okrajově a bez specifických odborných znalostí a dovedností, které tyto poruchy vyžadují. Klientky s mentální anorexií nebo mentální bulimií netrpí nízkým sebehodnocením, mají ale narušené vnímání vlastního těla, což je nutí k neustálému soustředění se na svůj vzhled, kontrolu hmotnosti a dostatku pohybu, cvičení a jiných aktivit. Klientky s poruchou příjmu potravy mají sklon k podvádění, lžím a manipulativnímu jednání, což uvádí ve svých pracích také Platznerová (2003) a Krch (2002), kteří zdůrazňují komplikace a nedostatečné výsledky léčby u klientek s poruchami příjmu potravy. Také Woodside et al. (2006) se zabývá negativním vlivem narušeného příjmu potravy na výsledky terapie psychiatrických komorbidit a potřeby erudovaného a klinicky podloženého přístupu v léčbě těchto duálních diagnóz.

Dle výsledků této studie jsou obě respondentky s duální diagnózou poruchy příjmu potravy nejúspěšnější, co se týče zisku terapeutických bodů a plnění režimu, neuvádějí větší potíže s plněním bodovacího systému a získávání výhod a profitů z léčby, naopak body získávají při svých opakovaných hospitalizacích bez problémů, i přes častější porušování pravidel a hranic, které však zůstává díky dokonalé znalosti řádu a personálu většinou skryto. Dochází tak k osvojení naučených nežádoucích návyků a chování, které jsou překážkou opravdové změny a osvojení chování žádoucího. Bodovacím systémem tedy dokážou

projít opakovaně a bez obtíží, ale jen těžko se mění a mimo prostředí léčeben a jiných zařízení se opět vrací ke své závislosti a poruchám příjmu potravy.

Respondentky s úzkostně depresivní poruchou mají podobné potíže se zapojením se do aktivit a plněním bodovacího systému. Potýkají se s nízkým sebehodnocením a pocity smutku, prázdna a beznaděje, což jim brání zapojit se do některých aktivit, projevit a uvolnit své emoce, otevřít se na skupině, prosadit se mezi ostatními a změnit tak sebe sama a své chování. Rovněž tak Segal et al. (2006) považuje klienty s úzkostně depresivní poruchou za jedince s velmi nízkou sebeúctou a pronikavým vědomím vlastní bezcennosti, kteří se často vyhýbají lidem, činnostem a cílům vedoucím ke změně jejich negativního vnímání pohledu na svět, což pak ještě více prohlubuje jejich nízké sebehodnocení a brání plně se zapojit do léčby a profitovat z ní. Papežová (2003) upozorňuje na problematiku komorbidity závislosti na návykových látkách a vyšší riziko sebevražedného jednání u úzkostně depresivních pacientů, přinášející komplikace v léčbě a zhoršení kvality života těchto lidí. Respondentky s úzkostně depresivní poruchou se dle výzkumu umístily na čtvrtém místě v pořadí, co se týče bodových ztrát a počtu sankcí, nemají problém s plněním režimu, získáváním terapeutických bodů a dodržováním pravidel, dokážou bez větších obtíží projít nastaveným bodovacím systémem, bodovací systém pro ně ale není motivací ke změně a k nalezení cesty ze začarovaného kruhu závislosti. Jedna klientka řádně dokončila svou první léčbu, druhá odchází ze své sedmé léčby na tomto oddělení na revers dva týdny před dokončením léčby.

Třetí skupinou v pořadí největších ztrát bodů a získaných sankcí jsou klientky s hraniční poruchou osobnosti, u nichž se také objevují potíže s udržováním hranic a pravidel, tendence k extrémním emocím a chování, ale také k sebepoškozování a suicidálnímu chování. Tyto dvě klientky s hraniční poruchou osobnosti mají rozdílné vnímání svých potíží s plněním bodovacího systému a režimu. U obou klientek se objevuje snížená kontrola impulsů, pocity úzkosti a prázdnoty, tendence k extrémnímu myšlení a chování a také tendence k sebepoškozování a suicidálnímu chování. Jedna klientka léčbu řádně dokončuje, ale je po dvou měsících znovu hospitalizována po suicidálním pokusu, druhá klientka s hraniční poruchou osobnosti odchází na revers z důvodu ztráty motivace a nezvládnutí léčby. Na vyšší pravděpodobnost suicidálního chování a nižší úspěšnost léčby u hraničních osobností s komorbidní závislostí na návykových látkách poukazuje Stone (1990), podle kterého mohou na druhé straně pacienti s touto komorbiditou profitovat z programů léčby závislosti na návykových látkách, protože u klientů s hraniční poruchou

se často objevují těžkosti vstoupit do terapie a udržet se v ní. Na tuto skutečnost upozorňuje také Linehan et al. (1994), který uvádí časté komplikace a nízkou úspěšnost léčby závislých klientů s hraniční poruchou, u nichž se projevují ohrožující vzorce chování, jako jsou neomluvené a pozdní příchody na terapie, sebepoškozování a vyhrožování suicidiem, psychogenní záchvaty během terapie, emocionální stažení se, uzavřenost a nedodržování dohod a stanovených hranic. Stone (1990) dále zdůrazňuje potřebu citlivého přístupu, zaměření se na vztahové problémy, emoční nestabilitu a pochopení specifických potřeb závislých klientů s diagnózou hraniční poruchy osobnosti.

Druhou největší ztrátu terapeutických bodů a neúspěšné ukončení léčby vykazují respondentky s hyperkinetickou poruchou chování, které mají rovněž potíže s dodržováním pravidel a nastavených hranic, navíc se u nich objevují poruchy pozornosti a učení a často i impulzivní chování. Mají větší potíže při plnění pravidel a režimu v rámci bodovacího systému, což má zřejmě spojitost s jejich duální diagnózou, při které jsou narušeny poznávací schopnosti, schopnosti udržet pozornost, učit se novým věcem a mít pod kontrolou své impulzivní a někdy bezmyšlenkovité projevy chování. Tyto klientky mají problém s udržováním hranic, dodržováním pravidel, s projevy svých emocí a názorů, potýkají se s nízkým sebehodnocením, které u nich bylo zřejmě posilováno od raného dětství. Rovněž Skirrow et al. (2009) a Plotnik (2012) spojují hyperkinetickou poruchu chování s nedostatečným udržováním hranic, porušováním pravidel, nedostatečnou regulací emocí a zhoršenými kognitivními schopnostmi. Obě respondentky často vyhledávají konflikty, chtějí být součástí komunity, ale mají pocity, že stojí spíše stranou, že nejsou dostatečně oceněny a milovány. Obstát v bodovacím systému je pro ně obtížné, bojují s velkou ztrátou bodů, které mnohdy ztrácejí neúmyslně. Bodovací systém jim nedává prostor pro skutečnou motivaci a možnost změny, obě klientky nezvládají tento systém léčby a ještě před dokončením léčby jsou disciplinárně propuštěny. Na problematiku předčasného vypadnutí z programu a nižší úspěšnost léčby upozorňují také Drtílková (2007) a Miovský et al. (2013), zabývající se výskytem narušených kognitivních funkcí, odlišných behaviorálních projevů, snížených adaptačních mechanismů a sociálních dovedností u pacientů s ADHD, které mohou následně negativně ovlivnit možnost těchto pacientů zvládnout a přiměřeně profitovat z léčebného modelu v zařízení pro léčbu závislosti.

Největší potíže s bodovacím systémem mají respondentky se schizoafektivní poruchou, které nezvládají plnit řád v rámci bodovacího systému, dodržovat pravidla, zapojovat se do

programu a profitovat z něj. Tyto klientky vnímají mnoho překážek na cestě projít bodovacím systémem, obstat v léčbě a profitovat z ní. Mají sníženou adaptaci k novému prostředí, změnám a k lidem, nedůvěřují jim, podezřívají je, necítí se dobře ve velkém kolektivu komunity, zažívají nepříjemné pocity, psychotické stavy s halucinacemi, mají větší potíže s myšlením, pozorností a reálným uvažováním. Rovněž Pogády (1998) spojuje schizoafektivní poruchu s inkoharentním a bludným uvažováním, halucinacemi, narušením pozornosti a orientace, odchylkami v jednání a suicidálními tendencemi. Obě respondentky se schizoafektivní poruchou jsou zde navíc hospitalizovány nedobrovolně z důvodu jejich ohrožujícího psychického stavu a suicidálních tendencí, v popředí však stojí potíže vyplývající z jejich duální diagnózy, ne potíže se závislostí na návykových látkách. Vágnerová (2008) se zabývá zvýšeným rizikem selhání klienta se schizoafektivní poruchou a častou neúspěšností léčby z důvodu jejich nízké aktuální toleranci k zátěži, přetížení i nedostatečné stimulace. Je třeba respektovat úzkosti a obavy klientů, jejich pomalé nebo naopak zvýšené psychomotorické tempo a adaptační potíže, podporovat nemocného při zvládnání nemoci, porozumění sobě samému, podstatě své nemoci a snažit se zlepšit jeho sociální dovednosti. Také z výsledků výzkumu vyplývají nedostatky, komplikace a velmi malá úspěšnost léčby těchto respondentek na oddělení závislostí. Nevládají systém léčby s bodovacím systémem, nejsou schopny plnit řád a dodržovat pravidla, v léčbě se proto příliš neposouvají, nemohou těžit ze získaných výhod a nejsou motivovány k léčbě a plnění bodovacího systému, obě respondentky odcházejí na revers po stabilizaci svého psychického stavu.

Při shrnutí výzkumných zjištění o potížích a překážkách při plnění bodovacího systému a stanoveného režimu u jednotlivých psychiatrických komorbidit a použití dalších kvantitativních výzkumných nástrojů (celkový počet dosažených bodů, celková ztráta bodů a vypadnutí z léčby) byly jednotlivé kategorie psychiatrických komorbidit seřazeny do tabulky podle celkového zisku a celkové ztráty terapeutických bodů. V tabulce jsou také uvedeny způsoby ukončení léčby na oddělení závislosti, tzn. řádné ukončení léčby, ukončení negativním reverbem a disciplinární propuštění. Pouze 3 klientky řádně dokončily léčbu, 4 klientky odešly z léčby na negativní revers před jejím ukončením a 3 klientky byly disciplinárně propuštěny, dvě z důvodu velkého bodového poklesu během léčby a 1 klientka byla disciplinárně propuštěna pro porušování pravidel a režimu oddělení. Z 3 klientek, které léčbu řádně dokončily, byly 2 klientky do dvou měsíců znovu hospitalizovány na vybraném oddělení pro léčbu závislosti.

Tabulka č. 3 – Úspěšnost v plnění bodovacího systému a v léčbě

Pořadí	Duální diagnóza	Jméno	CKB	CZP	CKB za DD	CZP za DD	Ukončení léčby
1.	PPP	Martina	58	4(0)	106	8(8)	Ř
		Eva	48	4(8)			Ř
2.	ÚDP	Monika	45	8(16)	83	10(16)	NR
		Marie	38	2(0)			Ř
3.	BPD	Josefína	32	2(8)	54	30(24)	D
		Petra	22	8(16)			NR
4.	ADHD	Lucie	28	26(12)	46	46(24)	D
		Alina	18	20(12)			D
5.	SCHAP	Nad'a	12	18(8)	22	44(24)	NR
		Sandra	10	26(16)			NR

Legenda: PPP - poruchy příjmu potravy; ÚDP – úzkostně depresivní porucha; BPD – hraniční porucha osobnosti; ADHD – hyperkinetická porucha chování; SCHAP – schizoafektivní porucha; CKB – celkový počet kladných bodů; CZP – celkový počet záporných bodů; CKB za DD – celkový počet kladných bodů za kategorii duální diagnózy; CZP za DD – celkový počet záporných bodů za kategorii duální diagnózy (v závorce jsou minusové hodiny z vycházky); Ř – řádné ukončení léčby; NR – ukončení negativním reversionem; D – disciplinární propuštění.

14. Závěr

Domnívám se, že cíle práce bylo dosaženo, výzkumné otázky byly zodpovězeny. Je nutné upozornit, že tento výzkum se potýká s jistými limity a omezeními. Diplomová práce je pouze pilotní studií, v níž nebylo možné obsáhnout všechny typy léčebných zařízení, všechny kategorie psychiatrických komorbidit a závislostí a obsáhnout toto téma ve větším rozsahu. Téma pilotní studie je zúženo na jedno adiktologické léčebné zařízení, které se zabývá střednědobou léčbou závislostí u žen. Jsou zde tedy zohledněna genderová specifika v léčbě závislosti a cíle pilotní studie vycházejí z výzkumu na úrovni analýzy polostrukturovaných rozhovorů s vybranými respondentkami a doplňujících kvalitativních a kvantitativních výzkumných nástrojů. Je třeba upozornit, že výsledky se týkají pouze výzkumného souboru 10 respondentek, nejsou proto reprezentativní pro závislé klientky ve střednědobé ústavní léčbě jako takové. Navíc zde chybí srovnávací kategorie respondentek bez přítomnosti duální diagnózy, což také limituje výsledky a závěry této pilotní studie.

Všechny klientky, které se účastnily výzkumu, podaly velmi ilustrující svědectví, z něhož vyplývají následující závěry, které jsou formulovány jako odpovědi na výzkumné otázky stanovené v úvodu výzkumné části:

První výzkumná otázka se zabývá hodnocením spravedlivého nastavení bodovacího systému a vyvážeností sankcí a odměn v rámci bodovacího systému na vybraném oddělení závislosti očima klientek s duální diagnózou. Z výzkumných zjištění vyplývá, že většina respondentek považuje bodovací systém za nespravedlivě nastavený z důvodu nejednotnosti v hodnocení, neznalosti, rozdílné interpretaci pravidel a řádu ze strany personálu, neochotě ke změnám a přehodnocení tohoto systému ze strany týmu, ale také v jeho rigidnosti a neosobnosti, kdy bodovací systém nebere ohledy na specifické potřeby a možnosti klientek, slouží spíše jako nástroj v rukou personálu pro udržení řádu, poslušnosti a pořádku na oddělení. Všechny respondentky vnímají nevyváženost sankcí a odměn, kdy postihy převažují nad ziskem terapeutických bodů a z něj plynoucích výhod, tresty jsou příliš přísné, body je mnohem lehčí ztrácet než získat. Nerovnováha trestů a odměn snižuje klientkám motivaci k léčbě, brání klientkám osvojit si nové dovednosti a vzorce chování a zbavit se těch nežádoucích návyků a chování vedoucích do začarovaného kruhu závislosti.

Druhá výzkumná otázka se zabývá vlivem bodovacího systému na motivaci ke změně chování a úspěšností léčby závislosti z pohledu klientek s duální diagnózou. Více než polovina respondentek uváděla, že samotný bodovací systém nemá vliv na jejich motivaci k léčbě závislosti a ke změně nežádoucího chování, je spíše nástrojem k získání určitých výhod a jedinou možností, jak projít léčbou bez nutnosti a možnosti změny a získání nových návyků a dovedností vedoucí k abstinenci od návykových látek a změně životního stylu závislých klientek. Čtyři respondentky považují bodovací systém za důležitou součást léčby, která je motivuje ke změně chování, vyhovují jim přísná a pevně daná pravidla, která jsou ukazatelem žádoucího a nežádoucího chování a posouvají je v léčbě dopředu. Je ovšem otázkou, zda je bodovací systém skutečnou motivací ke změně závislého chování a zda dochází ke zvnitřnění daných norem a pravidel. Klientky totiž uvádějí, že zvládají abstinovat a fungovat v prostředí léčebny pod pevně nastaveným bodovacím systémem, ale po opuštění a dokončení léčby je pro ně dodržování abstinence od návykových látek, dodržování hranic a pravidel velmi obtížné. Pouze dvě respondentky pokládají léčbu s bodovacím systémem za úspěšnou a věří si, že je takto nastavená léčba dokáže změnit, pomůže jim k abstinenci od návykových látek a naučí je větší zodpovědnosti a samostatnosti v dalším životě. Dalších osm respondentek nevěří, že by jim léčba s bodovacím systémem pomohla ke změně závislého chování a ke změně sebe samotné.

Ve třetí výzkumné otázce byly zjišťovány nedostatky, které vnímají respondentky s duální

diagnózou v nastaveném bodovacím systému a jak si představují systém léčby, který by jim více vyhovoval a motivoval ke změně chování. Z výzkumných zjištění vyplývá požadavek na změnu nastavení a přehodnocení bodovacího systému, tak aby byla zaručena větší vyváženost sankcí a odměn, vyváženost a spravedlnost v ohodnocení některých aktivit a rolí a hlavně zaměření bodovacího systému na individuální potřeby, možnosti a cíle závislých klientek. Důležitý význam je také přikládán možnosti vyjadřovat se, dávat podněty a podílet se na změnách bodovacího systému ze strany klientek a také ze strany středního zdravotnického personálu podle jejich vlastních zkušeností a možností. Respondentky by ocenily větší znalost řádu a systému na straně personálu, jednotnost, přehlednost, srozumitelnost a lidský přístup s citlivostí k aktuálním potřebám a schopnostem klientek.

Čtvrtá výzkumná otázka zkoumá, zda jsou potíže a překážky na cestě obstát a projít bodovacím systémem odlišné u jednotlivých psychiatrických komorbidit. Při shrnutí výzkumných zjištění o potížích a překážkách při plnění bodovacího systému a stanoveného režimu u jednotlivých psychiatrických komorbidit a použití dalších kvantitativních výzkumných nástrojů můžeme dojít k závěru, že největší potíže mají respondentky se schizofrenií, které nezvládají plnit řád v rámci bodovacího systému, dodržovat pravidla, zapojovat se do programu a profitovat z něj, navíc jsou hospitalizovány nedobrovolně a léčbu opouští na revers po stabilizaci psychického stavu. Druhou největší ztrátu terapeutických bodů a neúspěšné ukončení léčby vykazují respondentky s hyperkinetickou poruchou chování, které mají rovněž potíže s dodržováním pravidel a nastavených hranic, navíc se u nich objevují poruchy pozornosti a učení a často i impulzivní chování. Obě klientky jsou disciplinárně propuštěny pro velkou ztrátu terapeutických bodů ještě před ukončením léčby. Třetí skupinou v pořadí největších ztrát bodů a získaných sankcí jsou respondentky s hraniční poruchou osobnosti, u nichž se také objevují potíže s udržováním hranic a pravidel, tendence k extrémním emocím a chování, ale také k sebepoškozování a suicidálnímu chování. Čtvrtou skupinou v pořadí, co se týče bodových ztrát a počtu sankcí tvoří respondentky s úzkostně depresivní poruchou osobnosti, které nemají větší problémy s plněním režimu, získáváním terapeutických bodů a dodržováním pravidel, potýkají se však s nízkým sebehodnocením a pocitem smutku, prázdna a beznaděje, což jim brání prosadit se mezi ostatními, změnit sebe sama a své chování, plně se zapojit do léčby a profitovat z ní. Respondentky s poruchami příjmu potravy dle výsledků této studie jsou nejméně úspěšné, co se týče zisku terapeutických bodů

a plnění režimu. Klientky podstupují opakovanou léčbu závislosti na tomto oddělení, bodovacím systémem tedy dokážou projít bez obtíží, ale jen těžko se mění a mimo prostředí léčeben a jiných zařízení se opět vrací ke své závislosti a poruchám příjmu potravy. Obě klientky léčbu řádně dokončují, otázkou je, zda z léčby skutečně profitují.

Respondentky s přidruženou psychiatrickou komorbiditou vnímají různé překážky a potíže na cestě obstát a projít bodovacím systémem, některé překážky jsou podobné, jiné vyplývají z jejich duální diagnózy. Každá kategorie psychiatrických komorbidit má trochu jiné potíže s plněním bodovacího systému a s absolvováním léčby na oddělení závislosti, pro všechny respondentky je ale obtížné změnit své nežádoucí chování a profitovat z léčby s takto nastaveným bodovacím systémem. Pouze tři respondentky léčbu řádně dokončují, ale do dnešní doby jsou dvě z nich znovu hospitalizovány.

Doporučení: Tato studie zkoumá bodovací systém z pohledu klientek s duální diagnózou, které se podstupují léčbu na vybraném oddělení závislosti. Přínosné by bylo zkoumat tuto otázku z pohledu klientek bez přítomnosti další psychiatrické komorbidity, rozšířit okruh kategorií psychiatrických komorbidit, rozšířit výzkumný vzorek o mužskou klientelu nebo zahrnout do výzkumu více bodovacích systémů na různých odděleních léčby závislosti. Zajímavé by také bylo hodnocení bodovacích systémů pomocí kvantitativních výzkumných názorů, zkoumání přístupu a pohledu středního zdravotnického personálu na tuto otázku, ověření úspěšnosti a účinnosti bodovacích systémů. Účinnost bodovacího systému nebyla doposud klinicky ověřena, přesto je ve většině oddělení psychiatrických léčeben a nemocnic bodovací systém spolu s pevně nastaveným režimem stále používán jako hlavní nástroj léčby závislých klientů.

Z výsledků této pilotní studie vyplývá potřeba zamyslet se a zvážit možné změny bodovacího systému, tak aby byla zajištěna větší rovnováha mezi sankcemi a odměnami, větší spravedlnost v nastavení a zaměření na individuální potřeby a schopnosti klientek závislých na návykových látkách. Za přínosné pokládám, že se tato studie věnovala hodnocení bodovacího systému očima klientek, jak ony samy vnímají jeho výhody a nedostatky, jeho spravedlnost a vyváženost a vliv bodovacího systému na skutečnou motivaci ke změně jejich nežádoucího chování. Na oddělení závislosti přicházejí ženy, které se potýkají se svou závislostí a často i s dalším duševním onemocněním, mají potíže obstát v léčbě, kde je hlavním ukazatelem a pilířem bodovací systém, který se nemění a nepřizpůsobuje jejich aktuálním potřebám a cílům, nebere ohled na jejich možnosti, schopnosti a osobnostní charakteristiky. Snad přispěje tato pilotní studie k tomu, aby se

odborníci pracující v oboru adiktologie více zamysleli nad možnými změnami a řešením otázky, zda je nutné pevně se držet daného bodovacího systému, který nebyl dosud klinicky ověřen, zda není možné změnit přístup a metody v léčbě závislých klientů s větším důrazem na jejich odbornost a klinickou validizaci, se zaměřením na individualitu, specifické cíle a potřeby klientů v adiktologických službách.

15. Seznam literatury

- Accardo, P. et al. (2000). *Attention deficits and hyperactivity in children and adults*. New York: Marcel Dekker.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arnold, L. (2002). *Contemporary diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Newtown: Handbooks in Healthcare.
- Brewer, D. D. et al. (1998). A meta analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, p. 73-92.
- Bohus, M. (2005). *Borderline porucha osobnosti: pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (1), p. 198-202.
- Čablová L., Miovský M., Kalina K., Šťastná L. (2015) Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(2), p. 99-107.
- Doubek, P. (2012). Chronobiologická léčba psychických poruch. *Lékařské listy*, 2012(8), <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/chronobiologicka-lecba-psychicky-poruch>.
- Drtílková, I., Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén.
- Dušek, K., Večeřová-Procházková A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K., at al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 8/7. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- EMCDDA (2004). *Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. EMCDDA: Lisbon.
- Favazza, A. R. (1987). *Bodies under Siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Feske, U. et al. (2006). Borderline Personality and Substance Use in Women. *American Journal on Addictions*, 15(2), p. 131-137.
- Gagnon, J. et al. (2006). Inhibition and object relations in borderline personality traits after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20 (1), p. 67-81.

- Canaway, R., Merkes, M. (2010). Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Australian Health Rev.*, 34(3), p. 262-268.
- Goff, D. et al. (2011) Treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*, 72(4), p. 133-138.
- Grabhorn, R. et al. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: the mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (1), p. 12-19.
- Gunderson, J. G. (2001) *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hawton, K. (2005). *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice*. New York: Oxford University Press.
- Heller, J., Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnost efektivní léčby*. Praha: Togga.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich aplikace v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), p. 144–164.
- Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Klonsky, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160, p. 1501-1508.
- Koutek, J., Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
- Krch, F., et al. (1999). *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda.

- Levy, K. N., et al. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), p. 481-501.
- Linehan, M. M. et al.(1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), p. 1771-1776.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize. (1996). *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský M., Čablová L., Kalina K. (2013). Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 13(2), p. 130-144.
- Mladá, K. (2012). *Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislosti v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR*. Praha: 1. LF UK.
- Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 4/5. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Ohberg, A. et al. (1996). Alcohol and Drugs in Suicides. *British Journal of Psychiatry*, 169, p. 75-80.
- Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa -příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén.
- Plotnik, R. (2012) *Growing up differently: the emotional and social world of children with learning disabattention-deficit disorder: a new language for parents and educators*. Tel Aviv: Contento De Semrik.

- Pogády, J. (1998). Schizoafektívne poruchy. In Kafka, J. et al. *Psychiatria*. Martin: Osveta.
- Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatria pre prax*, 1, p. 31-35.
- Praško, J. et al. (2003). *Smíšená úzkostně depresivní porucha. Příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén.
- Praško, J., Laňková, J. (2006). *Úzkostné poruchy. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: CDP-PL.
- Prašková, H., Praško, J. (1999). *Úzkostné a depresivní poruchy*. Praha: Galén.
- Priest, R., Baldwin, D. (1994). *Depression and anxiety*. London: Martin Dunitz.
- Psychiatrická nemocnice Bohnice. (nedat.) *Informační systém Hippo*. Interní informační systém PNB.
- Psychiatrická nemocnice Bohnice. (2012,2013, 2014, 2015). *Kniha propuštění – Interní dokument*.
- Psychiatrická nemocnice Bohnice. (2012,2013, 2014, 2015). *Kniha příjmů – Interní dokument*.
- Raboch, J., Pavlovský, P. et al. (2003). *Psychiatrie*. Praha: Triton.
- Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. (2006). *Psychiatrie-minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Regier D. A. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, p. 2511–2518
- Röhr, H. P. (2003). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Praha: Portál.
- Röhr, H. P. (2012). *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému*. Praha: Portál.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Segal, D. et al. (2006). *Personality Disorders and Older Adults. Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New Jersey: John Wiley&Sons, Inc.
- Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64.
- Skála, J. (1965). Teoretické základy některých specifických i nespecifických znaků apolinářského léčebného režimu. In: Skála, J. a kol., *Zápisy z Apolináře – léčebná pomůcka*, 15, p.1-5.
- Skála, J. et al. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných látkách*. Praha: Avicenum.
- Skirrow C., McLoughlin G., Kuntsi J., Asherson P. (2009). Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, p. 489–503.

- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Stone, M. H. (1990). *The Fate of Borderline Patients*. New York: Guilford.
- Torrens, M. et al. (2006). Importance of Clinical Diagnoses for Comorbidity Studies in Substance Use Disorders. *Neurotoxicity Research*, 10 (3/4).
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Volavka, J., Mohr, P. (2011). Vliv komorbidního užívání návykových látek a poruch osobnosti na riziko agresivního chování u schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 107(6), p. 335 -342.
- Watson, S. et al. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (5), p. 478-481.
- Williams, R., Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards. *Psychiatric bulletin*, 24, p. 43-46.
- Woodside, B. D., Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20 (8), p. 655-663.

16. Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Vybrané psychiatrické komorbidity (*kap. 12.1.*)

Tabulka č. 2 - Přehled charakteristik klientek (*kap. 12.1.*)

Tabulka č. 3 - Úspěšnost v plnění bodovacího systému a v léčbě (*kap. 13*)

16. Seznam příloh

Příloha č. 1 - Schválení etické komise

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas

Příloha č. 3 - Domácí řád režimové části léčby

Příloha č. 4 - Přepis rozhovorů

Příloha č. 1 – Schválení etické komise



Etická komise
ekomise@plbohnice.cz

Bc. Pavla Malá DiS
Kusého 534/6,
Praha 8 -18100
tel. 608 97 28 82
PNB - p.8 -I. 208

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne 28. 5. 2014

Žádost o umožnění sběru dat

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila **souhlas** se sběrem dat pro diplomovou práci **Vliv bodovacího systému na léčbu závislosti u klientek s psychiatrickou komorbiditou ve střednědobé ústavní léčbě** (magisterské studium na 1. lékařské fakultě UK- obor adiktologie - vedoucím závěrečné práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomýkáč v.z.
tajemník, etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111, Fax: +420 284 016 595, www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s., 16434081/0100, IČ: 00064220, DIČ: CZ00064220

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Vážená paní,

velice si vážím Vaši ochoty účastnit se výzkumné části mé diplomové práce.

Toto je studie, kterou realizuji pro účely diplomové práce pro studijní obor adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Studie je anonymní a kdykoliv můžete rozhovor ukončit. Za tento rozhovor nebude poskytnuta odměna. Nahrávka bude využita pouze pro účely této studie, některé pasáže mohou být anonymně citovány pro účely diplomové práce. Předtím než zapnu diktafon, Vás poprosím o vyjádření, zdali souhlasíte s účastí ve studii. Po zapnutí diktafonu Vám přidělím anonymní jméno a poprosím o zopakování souhlasu s účastí ve studii.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a anonymní, stejně tak můžete z jakéhokoli důvodu účast přerušit.

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně, data budou shromažďována a analyzována výše popsaným způsobem, a to výhradně k účelům této studie.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studii.

Datum

Podpis

Příloha č. 3 – Domácí řád režimové části léčby

I. PŘESTUP Z DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY NA REŽIM

Životopis

Před vstupem do aktivní (režimové) léčby, během pobytu na detoxifikační jednotce (dolní detox), vypracuje pacientka **životopis** nebo **vstupní elaborát (recidiva jako užitečná zkušenost)** o rozsahu minimálně 4 strany formátu A4.

Recidiva

Ty, které se u nás již léčily a životopis napsaly při předchozím pobytu, zpracují vstupní elaborát na téma **„Recidiva jako užitečná zkušenost“** o rozsahu minimálně 4 strany formátu A4.

II. DÉLKA LÉČBY A VÍKENDOVÉ VYCHÁZKY

U **dobrovolných léčeb** se délka stanovuje individuálně, při **„pacientce dne“** (viz. níže). Délka léčby je kolektivním rozhodnutím, k dohodě dochází mezi pacientkou, komunitou, popř. rodinou, zaměstnavatelem a týmem. Toto rozhodnutí je možno ze závažných důvodů změnit jen po společné dohodě. Pokud se pacientka rozhodne odejít v rozporu s výše uvedenou dohodou dříve, jedná se o tzv. propuštění na revers. K možnosti odejít na revers se vyjadřuje tým. Pacientka, která odchází s nedokončenou léčbou, nemá nárok na absolventské léčby a je v případě další recidivy přijímána jako poslední v pořadí.

U **nedobrovolných léčeb** se délka léčby stanovuje stejným způsobem. Časové okolnosti postupu v léčbě stanovuje lékař.

Rozsah a způsob léčby určuje tým.

Nejčastější modely léčby

1) základní léčba (11 týdenní):

a) závislost na alkoholu (režim alko)

První víkendová vycházka nejdříve po 3 týdnech v aktivní léčbě při zisku min. 25 bodů (středoškolačky +2 body, vysokoškolačky +4 body).

b) závislost na drogách

závislost léková

závislost kombinovaná (režim toxo)

První víkendová vycházka po 5 týdnech (nezletilé s doprovodem a zletilé bez doprovodu) v aktivní léčbě při zisku min. 35 bodů (středoškolačky +3 body, vysokoškolačky +5 bodů) Další víkendové vycházky nejdříve ve 14 denních intervalech při zisku min. 20 bodů (středoškolačky +1, vysokoškolačky +2). Celkem lze čerpat 3 víkendové vycházky během 1 léčby.

Poslední týden léčby probíhá formou stacionáře (P4).

2) léčba 8 týdenní:

V rámci 8 týdenní léčby pacientka absolvuje jednu víkendovou vycházku – po 3 týdnech v aktivní léčbě, složení P3, při zisku minimálně 25 bodů (středoškolačky +2 body, vysokoškolačky +4 body).

3) léčba 5 týdenní:

V rámci pětítýdenní léčby pacientka nemá nárok na víkendovou vycházku. O existenční volno (viz. níže) může pacientka požádat, podmínkou je složení zkoušky P3 - min. po 3 týdnech v aktivní léčbě, při zisku min. 25 bodů (středoškolačky +2 body, vysokoškolačky +4 body).

Poslední týden léčby probíhá formou stacionáře (P4).

4) léčba 3 týdenní: Pacientka zůstává po celou dobu hospitalizována na oddělení, ne má nárok na víkendovou vycházku či existenční volno.

5) absolventská léčba:

Pacientky s ukončenou léčbou mají nárok na 3 týdenní léčby během roku formou stacionáře od pondělí do pátku. Přestupky na absolventské léčbě se hodnotí minusovými hodinami jako u stacionáře P4.

Tým má právo časový a bodový limit snížit – a to ve výjimečných případech (např. u pacientek se zdravotním omezením, ze zdravotních důvodů atd.).

NEKUŘAČKÁM SE KRÁTÍ DOBA LÉČBY (jen léčba 11 týdnů) O JEDEN DEN!

Pacientkám vzniká nárok na první víkendovou vycházku po splnění P3. Všechny víkendové vycházky jsou jednodenní (sobota 6.30-19.00). Druhá a další víkendové vycházky následují po 14 dnech při splnění bodového limitu. Jednodenní vycházky platí i pro mimopražské pacientky.

Poslední týden léčby probíhá formou stacionáře (= pacientka postoupí na P4). **V rámci stacionáře nemá nárok na víkendovou vycházku ani na existenční volno** (tj. pacientka i o víkendu přichází ráno ve stanovený čas na oddělení a odchází ve stanoveném čase po programu).

Prodloužený stacionář:

U pacientek, které uvolňují lůžko, může tým rozhodnout o prodlouženém 14 denním stacionáři. Má-li pacientka o prodloužený stacionář zájem, podá si písemnou žádost na tým 4 dny předem následující formou: „Žádám o prodloužený 14 denní stacionář bez lůžka ode dne... z důvodu...“ Pokud tým žádosti vyhoví, pacientka podává na stanovený den žádost o zkoušku P4 stejným způsobem jako při skládání P4 v řádném termínu (podrobnosti ke zkoušce P4 viz dále).

Absolventská léčba:

Na své první komunitě se pacientka z absolventské léčby představí ostatním. Do středy pak pacientka zpracuje elaborát (2 strany A4, v rozsahu min. 50 řádků) na téma „S čím jsem se potýkala od skončení poslední léčby a co mi pomáhalo to překonat“. Na své poslední komunitě se rozloučí tím, že stručně jen v několika větách shrne, co jí absolventská léčba dala.

III. Stupně a režimy léčby

Každé pacientce je přidělen režim **toxó** nebo **alko**. Pacientky v režimu toxó mají režim přísnější - **nesmí přijímat telefonní hovory** (ale je povoleno, aby je provolali a ony jim zavolaly zpět pod dohledem sestry), pokud chtějí samy někam volat, musí si podat žádost na tým (více viz oddíl "návštěvy a telefony"), mají přísnější bodové i časové limity (viz oddíl "délka léčby a víkendové vycházky"), nesmí se zúčastňovat některých programů mimo oddělení, nesmí plnit některé role (více oddíl "ostatní"), atd.

P0:

Pacientka v detoxifikační části oddělení.

Při ranní vizitě lékař individuálně povoluje návštěvy a telefony.

O délce detoxifikace rozhoduje na základě zdravotního stavu ošetřující lékař.

Během detoxifikace se předpokládá vypracování předepsaného životopisu nebo elaborátu o recidivě.

PX:

Do zpevněného modelu X jsou zařazovány nezletilé pacientky a pacientky s nedobrovolným vstupem. **Pacientka nesmí opustit pavilon!** Nemá nárok na vycházky, výjimečné či zdravotní volno, neúčastní se programů mimo pavilon. O zrušení tohoto modelu žádá pacientka po dohodě s terapeutem písemnou žádostí. Zrušení modelu X posuzuje tým individuálně.

P1:

Přidělení stupně P1 určuje lékař. Tento stupeň platí pro alko i toxó pacientky po dobu jednoho týdne (první týden v aktivní léčbě).

Pacientka je platnou členkou režimové komunity s právem spolurozhodovat o společných záležitostech, neúčastní se společné chůze ani programů mimo pavilon, nesmí vykonávat některé role, jako např. úklid před budovou, nesmí sama opustit oddělení.

P2:

Členka komunity po uplynutí jednoho týdne podá písemnou žádost na tým o postup do P2, a to do složky v předvečer dne, kdy by měla na P2 postoupit. V případě delšího pobytu na dolním detoxu si pacientka o P2 sama zažádá u sestry na dolním detoxu. Dále dodržuje řád dolního detoxu až do doby přechodu na režim. Pokud pacientka nepřechází na režim (např. některé stabilizační pobyty), další postup její léčby určuje lékař.

P3:

Členka komunity odchází o víkendech na jednodenní vycházku (kromě pacientek s pětítýdenní a třítýdenní léčbou). Bodový a časový limit na první jednodenní vycházku je nutno splnit ke dni přidělení P3 (podrobně viz výše oddíl ČASOVÉ A BODOVÉ LIMITY). Na žádosti o P3 musí pac. kromě dalších náležitostí uvést, zda má nasazený antabus.

Pokud pac. nesloží P3 dvakrát, má třetí pokus s odstupem jednoho týdne od druhé zkoušky. Pokud P3 nesloží ani na třetí pokus, zůstává do konce léčby na stupni P2.

Víkendovou vycházku u P3 lze neposkytnout jen výjimečně - např. ze zdravotních důvodů či v případě těžké krize. V těchto případech rozhoduje tým.

Nezletilé pacientky smí na víkendovou jednodenní vycházku či existenční volno pouze v doprovodu rodičů!

P4:

Poslední týden léčby - denní stacionář.

Příchod na oddělení ve všední dny v 7.50 hod., o víkendech příchod v 9:00. Odchod je po skončení odpoledního programu.

Za pozdní ranní příchod na oddělení pacientka získává minusové hodiny! Stejně tak místo minusových bodů jsou pacientce odečítány hodiny. Při opakovaném nedodržení řádu na stacionáři je pacientce ukončena léčba předčasně z disciplinárních důvodů.

Mimopražské pacientky mohou na dobu stacionáře požádat o lůžko, pacientky s lůžkem mají odpolední vycházky automaticky, s odchodem po programech (viz tabulka výše) a příchodem do 17:00 s večeří, do 19:00 bez večeře. Pokud pacientka žádá o stacionář s lůžkem, je potřeba, aby podala písemnou žádost na tým nejpozději 4 dny před nástupem na stacionář.

Mezi postupem do vyšší kategorie P musí být vždy alespoň 1 týden, pokud nerozhodne tým jinak.

Plnění léčebných stupňů je podmínkou léčby. Při jejich nedodržení a prodlevě delší než týden bude pacientka pozvaná na tým a bude zvažováno její propuštění pro nespolupráci v léčbě. **O dalším postupu v léčbě či propuštění rozhoduje tým.**

V. BODOVACÍ SYSTÉM

Kladné body:

+ ½

- drobná pomoc komunitě
- aktivní účast na některém programu
- kvalitní deníkový zápis
- obecně prospěšná aktivita
- hlídání jídelny

+ 1

- krátkodobý zástup některé role
- provedení připraveného programu
- kvalitní elaborát
- pomoc komunitě nebo zástup při vedení samořídícího programu

+ 2

- vysoce kvalitní samořídící program vyžadující dlouhodobou přípravu
- obzvlášť kvalitní elaborát
- mimořádná iniciativa vyžadující značné úsilí a mající pro komunitu velký význam
- výrobek týdne

Záporné body:

- ½

- nepořádek v osobních věcech
- nekvalitní elaborát

- krátký deníkový zápis nebo pozdní odevzdání deníku
- odevzdání deníku na dolní detox místo na režimovou část odd v případě, že pac. je již přeřazena do režimu
- spojený deníkový zápis za víkend

- 1

- rušení na společném programu (např. při autogenním tréninku)
- nevyzvednutí léků.
- neodevzdání výrobku
- neodevzdání elaborátu na připravovaný program (1xA5)
- hrubé vyjadřování (netýká se skupiny, kde je přípustné)
- nedostavení se k podepsání léčby na tým- „pacientka dne“
- pouštění televize mimo povolený čas
- bezdůvodné zvonění na detoxu
- nepřezouvání
- pozdní příchod na program (skupiny, přednášky, strava atd.)
- sezení před sesternou (pokud zde klientka nečeká na ošetření)
- pozdní návrat z jednodenní vycházky, existenčního volna + ještě ztráta 1 hod. za každou započatou hodinu z další víkendové vycházky

- 2

- nahlížení do cizí dokumentace či deníku
- aplikace náušnic (nové vpichy) - platí příp. pro obě zúčastněné klientky
- znovunasazení sundaného piercingu
- neúčast na programu - 4 hod. z víkendové vycházky (dále vík.v.)
- neomluvený či samovolný odchod z programu se počítá jako neúčast na programu
- pozdní příchod na AUT, relaxaci a jógu – při pozdním příchodu se pacientka již programu neúčastní, aby nerušila a ohlásí se na sesternu - 4-hod. z vík.v.
- neohlášená návštěva - při opakování individuálně přísnější postih
- uchovávání vařeného jídla z Aramarku -4 hod. z vík.v.
- nezajištění zástupu rolí či programu - 4 hod. z vík.v.
- pobyt návštěvy (rodinných příslušníků apod.) na pokoji
- kontakt či přebírání věcí oknem - 4 hod.z vík.v.
- telefonování bez schválené žádosti - 4 hod.z vík.v.
- nedodržení budíčku
- neodevzdání elaborátu - 4 hod z vík.v.
- neodevzdání deníku – nenapsání - 4 hod.z vík.v.
- fyzická agrese nebo její obdoba - 4 hod. z vík.v.
- návštěva restaurace bez porušení abstinence
- vstup do kuchyně kromě služeb
- neslušné výrazy (vulgárnost vůči personálu) - 4 hod. z vík.v.
- zdržování se na cizích pokojích
- opakování noční neklid (rušení, nedodržení večerky, pobíhání po pokojích apod.) - 4 hod.z vík.v.
- polepování stěn oddělení a pokojů - 4 hod. z vík.v.
- neuposlechnutí příkazu personálu - 4 hod.z vík.v.
- nedodání potvrzení z existenční propustky
- nedovolené kontakty s mužskými pacienty léčebny
- opuštění areálu bez vědomí týmu – ztráta jedné víkendové vycházky

- vědomé ničení majetku
- zneužití existenční propustky pro jiný účel, než pro jaký byla schválena
- používání výtahu
- zdržování se ve II. patře bez vyzvání personálem - 4 hod. z vík.v.
- nedodržení povinností ekologické hlídky/zneužití role k jiným účelům - 4 hod.z vík.v.
- neplnění úkolů vyplývajících z role a rozdělení úkolů - 4 hod.z vík.v.
- kouření mimo vyhrazený čas či prostor - 4 hod.z vík.v.
- nedodržení povinností vyplývajících ze stupně „P“ (např. pacientka v modelu PX odejde na program mimo pavilon) - 4 hod.z vík.v.

Pokles P:

- držení zakázaných věcí (včetně pití kávy - totéž platí pro kuchyňskou službu, která k vaření kávy napomáhala)
(v případě držení návykových látek přísnější postih viz níže)
- úmyslné zatajování důležitých skutečností a přestupků
- během jednoho dne 2 x - 2 body
- během jednoho týdne zisk - 5 bodů
- z rozhodnutí týmu

P2 □ **P1:** návrat P2 po 1 týdnu (k limitu na P3 se přičítá 1 týden od původního termínu)

P3 □ □ **P2:** návrat P3 po 1 týdnu

Překlad na detox nebo propuštění z léčby v případech:

- porušení abstinence (alkohol, drogy, neordinované léky ovlivňující psychiku)
- závažná fyzická agrese,
- krádež nad 100,-Kč (zpravidla navíc hlášeno policii)
- sexuální kontakty s pacienty nebo zaměstnanci

Pacientka během léčby nesmí přesáhnout **limit -20 bodů**. V případě přesáhnutí limitu se na poradě týmu zvažuje další setrvání v léčbě.

Zakázané věci

- mobilní telefon a nabíječka
- MP3,nabíječka,čtečky karet
- káva, čaje sypané, bylinkové léčivé
- potravinové doplňky, ocet
- varná konvice, ponorný vařič, rádio, magnetofon, budík s radiem a jiné elektrospotřebiče
- kosmetika s obsahem alkoholu (pouze tekutého skupenství – např. parfémy**, pleťové vody); **šampony a kondicionéry, pleťové krémy, deodoranty ve spreji i kuličkové pacientka u sebe mít může**
- parfémy není možné ani přinést do léčebny z vycházky a nechat na sesterně
- aceton, lak, odlakovač, ostrý nůž, nůžky, žiletky a holicí strojky všech druhů (i jednorázová „holítka“)*
- veškeré léky (i vitaminy a projímadla)

- sypaný tabák a balicí papírky
- hazardní hry a karty; tarotové a vykládací karty
- plyšové hračky, vlastní polštář a deku
- dvd přehrávače
- svíčky (vlastní vyrobené svíčky z centrální terapie uloží pacientka na sesternu)
- je zákaz manipulace se svíčkami

***) Holící strojek může mít pacientka uložený na sesterně.** V případě potřeby si ho může půjčit **ve vyhrazené době, t.j. 19,30 – 21,30 hod každý den.** Po použití strojek vrátí k uschování zpět na sesternu.

*****)** Pokud má pac.uložený parfém na sesterně, nebude k němu mít po celou dobu léčby přístup! Vyzvednout si jej může v den ukončení léčby.

Klíče od skříněk jsou u staniční sestry za poplatek 50 Kč.

Personál má právo udělat kdykoliv namátkovou kontrolu osobních věcí (za přítomnosti členky komunity).

Pacientka může mít u sebe

- šampon, kondicionér, sprchový gel, pleťový krém, pleťové mléko, deodorant
- discman, MP3 (malá zařízení se sluchátky, aby jejich hlasitost nerušila ostatní)
- fen, kulmu, žehličku na vlasy, depilátor
- čistý zelený a ovocný čaj v nálevových sáčcích

Pacientky na stacionáři (P4) jsou bodovány nikoliv zápornými body, ale jsou jim strhávány hodiny.

Při poskytnutí moče jiné pacientce následuje zpravidla překlad na detox a je zvažováno propuštění z léčby z disciplinárních důvodů.

Toxické řeči

Jako postih za toxické řeči píše klientka dvoustránkový elaborát (dvě A4, rozsah min 50 řádků) „Duševní hygiena“

Při porušení abstinence na oddělení je pacientka přeložena na detox, následuje propuštění z disciplinárních důvodů nebo překlad do jiného léčebného zařízení.

Nález stříkaček, jehel, alkoholu a léků znamená propuštění z léčby!

Pokud je pacientka propuštěna disciplinárně či na revers, nemá pak nárok na absolventské léčby.

Pacientky, které ukončily léčbu, nesmí navštěvovat komunitu. Mohou přijít na absolventskou léčbu (viz výše).

VI. BEZDROGOVÉ PROSTŘEDÍ

Na oddělení je zakázáno kouřit mimo vyhrazený čas a prostor! Zákaz kouření platí i pro společné vycházky a cestu na centrální terapie.

Kouření je povoleno jen v prostorách kuřárny a to:

- ve všedních dnech 6:00-9:00 hod., 11:30-13:00hod., 16:00-21:30hod.
- víkendech 8:00-9:00 hod., 11:30-13:00hod., 16:00-21:30hod.
- avšak **POUZE V DOBĚ, KDY NENÍ TERAPEUTICKÝ PROGRAM** (dle programu oddělení). Na oddělení je dále **zakázáno pít kávy mimo času po obědě**, kdy je vaření a pít kávy je povoleno týmem), užívání neordinovaných léků a samozřejmě drog a alkoholu. Zákaz pít alkoholu na oddělení platí i pro personál. Zakázány jsou kontakty s pacienty mužského AT oddělení, veškeré sexuální kontakty s pacienty nebo zaměstnanci léčebny. Zakázány jsou návštěvy mimo vyhrazenou dobu (výjimku nutno předem povolit na komunitě). Ve všech případech jsou zakázány návštěvy na pokojích.

VII. ŽÁDOSTI

Každá žádost musí projít ranní schůzkou terapeutického týmu. Poté se schvaluje na komunitě.

Žádost o zkoušku P3 a P4 se podává den před plánovanou zkouškou. Pacientka napíše žádost, večer ji odevzdá na sesternu a tato žádost je ráno schvalována týmem.

Žádost o stacionář s lůžkem se podává nejpozději 4 dny před nástupem na stacionář.). Žádost o stacionář bez lůžka se nepodává, podává se pouze žádost o P4.

VIII. NÁVŠTĚVY A TELEFONY

Telefony

Na oddělení je telefonní automat na kartu.

Z tohoto přístroje mohou alko pacientky ve vyhrazeném čase telefonovat (po-so 9.30 - 10.00 hod. a 19.30 - 22.00 hod, ne pouze 19.30-22.00). **Pacientky toxo mohou telefonovat pouze v přítomnosti sestry** po podání a schválení žádosti o telefonát, jinak se v době telefonů toxo pacientky nebudou zdržovat u automatu. **Toxo pacientky mohou provolat povolený hovor pod dohledem sestry a následně volat.** Za řádný průběh telefonů odpovídá telefonistka.

Mezi 20.00 - 22.00 hod. mohou v případě nutnosti telefonovat rodinní příslušníci na sesternu oddělení. Sestra přebere vzkaz.

Návštěvy na oddělení

pondělí	16.00 - 17.00	středa	15.00-16.00
sobota	15.00 - 17.00	neděle	14.00 - 16.00

Návštěvní hodiny je nutno dodržovat. Každá návštěva se při příchodu hlásí u službu konající pacientky (jen P3 alko), která ji zapíše. Na oddělení nemají přístup návštěvy, které jeví známky požití alkoholu nebo jiných návykových látek. Tým má právo nepovolit návštěvu, pokud lze předpokládat její nepříznivý vliv na průběh léčby pacientky. Návštěvy

osob v současnosti hospitalizovaných v PL jsou možné pouze s předchozím souhlasem týmu.

Mimořádná návštěva je možná, pokud ji předem schválí tým a komunita. Jestliže není možno z vážných důvodů mimořádnou návštěvu schválit předem, může ji dle svého uvážení povolit pracovník týmu, avšak pacientka to na následující komunitě zdůvodní. Mimořádná návštěva nesmí zasahovat do programu, s výjimkou mimopražských návštěv by neměla trvat více než 30 min.

Členky komunity závislé na nealkoholových drogách mohou mít návštěvy pouze rodičů a pouze rodičům smějí telefonovat. Na oddělení mají při návštěvách přístup pouze jejich sourozenci mladší 12 let. Starší sourozenci se mohou účastnit rodinné terapie.

P0 - nemá obecně nárok na návštěvy, výjimku povoluje individuálně lékař

P1 - návštěva v jídelně, společenské místnosti

P2 - návštěva v jídelně, společenské místnosti nebo na zahradě (mimo pacientky dolního detoxu)

P3 - návštěva v jídelně, společenské místnosti nebo na zahradě

Hlášení návštěv je povinné pro všechny (nedodržení - **2 body**).

Při opuštění vymezených prostor v době návštěv - **2 body**. Při opakování přestupku je přísnější postih.

Upozornění: Na oddělení je zákaz používání mobilních telefonů! Vzhledem k pracovní zaneprázdněnosti sester v ambulanci žádáme laskavě návštěvy, aby během návštěv neodcházely z oddělení např. z důvodu kouření, za porozumění děkujeme.

Příloha č. 4 – Přepisy rozhovorů

ROZHOVOR 1

ADHD - Lucie

1. To, ne ...bodovací systém mě nemotivuje k léčbě..jen snad k tomu, abych se dostala domů..je to tak nastavené, tak to tak dělám...jinak se nedostanu na propustku, musím mít body. Kdyby ty body nebyly potřeba, abych se dostala domů, tak se na to můžu vykašlat....tak asi, kdyby byl ten systém lépe nastavený a hodnocení by bylo spravedlivější, tak by mě to asi někam posouvalo. Ale já zrovna na nějaké sbírání bodů nejsem. Potřebuju režim a nastavit hranice, ale v tom mi myslím bodovací systém nepomůže.
2. Neberu to jako pozitivní odměnu, ale bez nich se domů nedostanu, takže v závěru je to vlastně pozitivní. Ale že bych cítila něco dobrého, když body získávám, to ne. Beru to tak, že to je nutné a že to je tak nastavené.
3. Když ztrácím body, cítím vztek a možná i pocit ukřivdění a nespravedlnosti, že se zbytečně snažím a pak jednou přijdu o chvílku pozdě nebo mi někdo něco pokazí..třeba, co jsem uklidila a já nesu vinu. Takhle jsem ztratila 12 hodin z vycházky, pak je všechno mé snažení k ničemu...dostanu se na propustku jen na omezenou dobu.
4. Ze začátku jsem si brala hodně úklidu a chtěla jsem plnit různé role...pak postupem času, jsem zjistila, že není pro mě výhodné se hlásit na různé aktivity, tam pak víc bodů můžu ztratit...raději se snažím při generálním úklidu a mám hned body navíc. Jinak si neberu moc ty aktivity, při kterých se musí mluvit přede všemi nebo číst...mám trochu potíže s učením a při čtení zadržávám...bylo pro mě těžké naučit se na P3, ale nakonec jsem zkoušku složila...ale věnovala jsem tomu hodně času. Neberu si ani autogenní tréninky nebo různé besedy a přednášky. Asi raději uklízím nebo plním různé role, při kterých se pracuje třeba v kuchyni nebo role hostesky, pochůzkářky...stačí mi to, abych ty potřebné body nasbírala.
5. Bodovací systém není moc spravedlivý. Není to zrovna motivace, když lehce body ztrácíte, ale získat je, to je horší. Pak ta kolektivní vina, kdy si nějaký nezodpovědný kuřák zakouří na pokoji, sestřička najde vajíčky za oknem a trest postihne všechny kuřáky. Já to nemůžu ovlivnit, ale ztrácím najednou 2 body a 4 hod z vycházky. To mi nepřijde zrovna fér.
6. Nedostatky – je to špatně nastavené, za něco je málo bodů a je pak lepší si ty aktivity nebrat, protože víc bodů můžete ztratit, když se vám to jednou nepovede a víc získat. Přijde mi nefér, že mám za plnění role rolničky 2 body za týden, ale pak jednou později zazvoním a ztratím 2 body a 4 hod z vycházky. Nebo týden uklízím chodbu a pak jednou mi to někdo pošlape a hned mám zase body dolů. Ztratím tak více než získám. Proto je výhodnější jednou za týden na generálu zamakat a mám hned potřebné body za necelé dvě hodiny práce. Tak proč si brát nějaké aktivity a role? Raději se už na nic nehlásím, štve mě, jak je to absurdní a nespravedlivé.
7. To nevím. Asi je potřeba pevně nastavit hranice a mít stanovený režim a pravidla. Ale ocenila bych víc aktivit venku, víc psychoterapie, individuální i skupinové. Nevím, je to moje první léčba, tak nemůžu srovnávat. Změnila bych stanovené body za některé aktivity a plnění rolí. Něco není doceněné. Změnila bych asi počet minusových bodů a nedávala bych hromadný trest za někoho, kdo ty pravidla porušuje a nepřizná se k tomu.

8. Nevím. Možná, ano. Diagnostikovali mi ADHD. Občas mám problémy se soustředit a dodržovat čas. Ze začátku jsem často chodila pozdě na programy, teď už si to více hlídám. Holky jsou na mě našťvané, že jim pořád skáču na skupinách do řeči, ale já jen chci říct, co si myslím nebo se někoho zastat. Jinak si neberu moc ty aktivity, při kterých se musí mluvit přede všemi nebo číst. Mám trochu potíže s učením a při čtení zadržávám. Bylo pro mě těžké naučit se na P3, ale nakonec jsem zkoušku složila. Ale věnovala jsem tomu hodně času. Někdy jedním moc impulzivně, neudržím se, nedokážu některá pravidla dodržet. Často se hádám s holkama, je to tu náročný, ale některé holky mě vážně dost štvou, mluví o drogách a já mám pak bažení. Někdy mám chuť odtud utéct, na všechno se vykašlat, někdy to nezvládám. Ale neumím si představit, že bych měla nějaké úlevy, to bych asi ani nechtěla. To by mě holky ještě víc nesnášely, takhle mám někdy pocit, že nemůžu do té komunity zapadnout.

ROZHOVOR 2

ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA - Monika

1. Tak ano, motivuje mě...ale spíš potřebuju ta pevná pravidla a řád než sbírat body. Sbírá body, protože je to tak nastavené, ale umím si představit léčbu i bez toho, že bych se honila za nějakými body. I když motivuje mě to, abych se někam posunula, abych mohla jít na propustku...ale díky bodovacímu systému se nezměním...jsem tu už posedmé, vždy jsem léčbu dokončila, ale venku to pak stejně nezvládám, stále si nevěřím a cítím prázdnotu a smutek a s věkem se to zhoršuje.
2. Získávání bodů je pro mě pozitivní odměna, cítím asi radost, že jsem to zvládla, ale větší radost cítím, když mě někdo za něco pochválí, když něco dobrého udělám a někdo z toho má radost, když někomu můžu aspoň trochu pomoci. Pochvala a radost druhého je pro mě pozitivní odměna, ne že mám dva body za úklid chodby.
3. Body ztrácím hlavně za kouření mimo vyhrazený čas a prostor, jinak jsem, dalo by se říct, vzorná a nic neporušuju. Ale nerada kouřím s ostatními lidmi, je nás tam moc a já mám raději samotou a klid. V kuřárně křičí jedna přes druhou, to se nedá...já pak mám chuť dát si v klidu cigaretu a je mi v té chvíli jedno, že by mě přistihla sestřička...vlastně na to trochu čekám, aby tam někdo přišel a já budu dělat jakoby nic...což dělám často a čekám na reakci ostatních...jen abych necítila tu prázdnotu a smutek...jsou chvíle, kdy se mi nechce dělat vůbec nic, nemám do ničeho chuť a chce se mi jen tak sedět a koukat do prázdna...potřebovala bych se zaměstnat, něco dělat...ale já nemám chuť...a je to stále dokola...cítím pak takovou beznaděj a že jsem k ničemu...když pak ztratím body, cítím taky tu beznaděj a prázdnotu, že nejsem nic...ale aspoň něco cítím.
4. Nejvíce bodů asi získávám za úklid a plnění rolí. Nejraději jsem v kuchyni nebo uklízím...beru si, co na mě zbude, nikam se necpu, nehádám se jako ostatní holky...nebo si beru to, co nikdo nechce a je to za málo bodů...někdy mám pocit viny za ostatní, že se nikdo nehlásí ma ty nejhorské rajóny, tak se přihlásím já...rozhodně si neberu ty aktivity, co se při nich musí vystupovat před celou komunitou nebo něco přednášet, ukazovat se, předvádět se...sbírá body za výrobky týdne, ruční práce mě baví. Jednou jsem si vzala besedu o zaměstnání, nejdřív jsem se toho dost bála, ale zvládla jsem to a měla jsem radost, jak mě všichni poslouchají a že je to snad i zajímavá. Ale raději jsem vážně někde

o samotě a sbírám si body v klidu a té své uzavřenosti.

5. Bodovací systém je spravedlivý, nespravedliví jsou lidé, kteří ho využívají a řídí se podle něho. Samotný systém je docela dobře nastavený, ale pak už záleží na lidech, jak se k němu postaví, co z něj si vezmou a zda dokážou udržet hranice a pravidla. Ať už ze strany personálu, tak i z naší strany. Každý si stejně ten řád a bodovací systém vysvětluje podle svého, může ho různě upravovat, dělat kompromisy, dělat chyby, být nespravedlivý vůči ostatním, ale i sám k sobě. Ta spravedlnost je v nás, ne v tom řádu a systému.
6. Nedostatky? Snad jen v tom, že ten bodovací systém je stále stejný po celé roky, nemění se, je zastaralý a rigidní. Přibývají pouze položky na seznamu zakázaných věcí. Někdy se nesmyslně zakáží věci, jen proto, že se neví, zda by nebylo lepší je povolit. Bodovací systém by se mohl občas přehodnotit a zamyslet se nad tím, zda nejsou některé aktivity a role nedocenené a jiné zase nadhodnocené. Je více postihů a minusových bodů než těch kladných bodů a výhod. Lehké je body ztrácet a těžké získat. Třeba za roli patronky je za celý týden 1 bod a přitom je to hodně práce a je to důležitá pomoc nově příchozím do komunity. A pak stačí něco přečíst z knihy během půl hodiny nebo říct myšlenku dne a máte hned taky ten bod navíc. Prostě by si měl někdy ten tým sednout a spolu s celou komunitou tyhle otázky řešit. Ale je to jen můj názor, který bych stejně nedokázala říct nahlas přede všemi.
7. Představovala bych si takovou léčbu, kde by byla pevně stanovená pravidla a řád, byly by tak určeny hranice, které by si závislý člověk v sobě zakotvil. Ocenila bych více psychoterapie, hlavně individuálních pohovorů, kterých je tady velmi málo, není na to zřejmě čas. Více skupin, vedených odborníky, méně skupin, kde si samy čteme jen tak z knih nebo něco povídáme a málokdo se doopravdy zapojuje. Měla bych pak možnost a snahu měnit se, pracovat na sobě, zvýšit si své sebevědomí. Mám problém s tím, že cítím ty pocity prázdnoty, bezmoci, zbytečnosti a ztráty vlastní hodnoty. Svou hodnotu nezískám tím, že budu vzorně uklízet a mýt nádoby. Opravdovou motivaci k tomu, abych se změnila, nezískám díky bodovému systému, ten už jsem prošla úspěšně několikrát a mám strach, že dělám v životě stále stejné chyby a jen těžce se měním, abych dokázala žít bez pomoci alkoholu.
8. Je to možná těžší v tom, že mám hodně nízké sebevědomí a časté pocity smutku a bezmoci, což mě brání se plně zapojit do některých aktivit a vzít si z léčby to, co bych měla. Některým aktivitám se prostě vyhýbám a nedokážu se prosadit, říct nahlas svůj názor, otevřít se ve skupině. Můžu projít bodovacím systémem, aniž bych se účastnila nebo dělala věci, které mi jsou nepříjemné a které by mě možná právě pomohly zvýšit si to moje pošramocené sebevědomí...není pro mě těžké obstát v tomto bodovacím systému, je pro mě ale těžké se změnit. Změnit se a žít normální život, dokázat ho prožívat. Bez alkoholu a jiných zrádných berliček, které mě udržují v tom začarovaném kruhu.

ROZHOVOR 3

SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA - Nad'á

1. Já se nechci léčit, nechci tu být. Jsem tu poněkolkáté, nikdy jsem neprošla celou léčbou...nezvládám ten bodovací systém, nedokážu se soustředit...chtěla bych domů.
2. Změnili mi medikaci...jo, dělá mi to dobře, ale já moc nezvládám ty body sbírat...třeba se

- bojím, že neudělám tu P3, nedokážu se naučit ty otázky nesoustředím se...ale cítím se líp než na začátku, mám ještě občas hlasy, ale je to lepší...
3. Já těch bodů moc nenasbírám...když je ztrácím, cítím smutek, bezmoc, že jsem k ničemu, že to nemůžu nikdy zvládnout...ošklivé pocity, hnusím se sama sobě...ale já se snažím, dělám, co můžu, neporušuju nikdy pravidla...ale stejně se vždy vyboduju nebo nemám dost těch bodů...pak dám raději revers, minule jsem vydržela 6 týdnů a stejně jsem ani nešla na propustku. Přijde mi, že je tu více trestů než odměn.
 4. Beru si úklid anebo práci v kuchyni, ale nedokážu se prát o ty role a funkce...čekám, co na mě zbude...jinak ty ostatní aktivity, to ne...já nikdy nenasbírala dost bodů, abych šla vůbec na propustku...stejně nemám moc kam jít, ale být tu nechci, ubíjí mě to...
 5. Spravedlivý? Já nevím, mě to moc nemyslí...není spravedlivé, že jsem tu už měsíc nedobrovolně...stále čekám na dobrovolný vstup, až mi to doktor dovolí...pak budu moc podepsat revers...potřebuju jít domů, nemám tu žádné peníze, ztratila jsem práci, musím řešit důležité věci venku...tady v Praze nikoho nemám, ale půjdu k sestře na Vysočinu, jedině tam mám šanci se z toho dostat...já už nechci fetovat,...hnusí se mi to.
 6. Tak nedostatek je, že ta léčba není dobrovolná...a ten bodovací systém je nastavený tak, že se nedá zvládnout...je to moc těžké a přísné...chtěla bych to zvládnout, ale nejde to...jsem tady už přes měsíc...je mi 45 let, nechci už fetovat...nemám žádné zázemí, ale chtěla bych si najít muže, kterého budu milovat. Tady se jede na body, nikoho nezajímá, jak mi je, že nemám peníze ani na základní hygienu...nekouřím, protože nemám cigarety...ale pak se dá všem kuřáčkám kolektivní trest a já musím psát elaborát...to je nespravedlivé, mělo by se všechno řešit více individuálně...sbíráme body, ale nikdo se nám moc nevěnuje...ty moje stavy...dám si jednou perník a už mám zase tu psychózu nebo co to je...děsivé halucinace a hlasy, pak mě odveze sanitka sem...jsem tu už asi podesáté...nejhorší je, že už mám ty hlasy, i když si nic nevezmu...zhoršuje se to...tak snad mi pomůžou ty léky.
 7. Já nevím, co bych změnila. Asi abych se nemusela honit za těmi body, aby to bylo nastavené tak, abych to mohla zvládnout. Zrušila bych ten bodovací systém, je to k ničemu. Chtěla bych, abych tu nemusela být nedobrovolně, proti své vůli. Nemám pak sílu něco dělat...ty skupiny mě taky už nic nedávají, je to pořád jen dokola a dokola...chtělo by to, aby se si mnou někdo takhle víc povídal, vyslechl mě...abych měla šanci se dostat ven a ne že se snažím a stejně se nikam nedostanu.
 8. Určitě je to těžší...ze začátku to byla vůbec hrůza...měla jsem ošklivé psychické stavy a musela jsem se zapojit tady do režimu...bylo to moc rychlý...ani teď to nezvládám a to už jsem tu pátý týden. Mám asi stále tu toxickou psychózu nebo co, já nevím...ale měli by brát ohled na to, že se nedokážu soustředit, že nedokážu zvládnout některé programy, že se nedostanu ven, protože nenasbírám ty zatracené body...přitom se snažím a pravidla a režim dodržuju...stejně je to k ničemu, jsem tu nedobrovolně a musím tu být...pak mi dají dobrovolný vstup a já podepíšu revers, protože tady stejně nevydržím. Kdybych měla zázemí a nějakého miláčka, který by mě obejmul, tak bych to všechno zvládla...ale já si vždycky najdu nějakého feťáka nebo alkoholika a pak je to všechno k ničemu. Snad mě vezme ta sestra k sobě, ale zas kdo by se o mě staral...vždyť ze mě bude každý hned na nervy, nemůžu jim ve svém věku viset na krku a využívat je...asi si raději najdu normálního chlapa a budu s ním tady v Praze...čekají mě samé těžké věci...ale hlavně, aby mě už dali tan dobrovolný vstup.

ROZHOVOR 4

PPP – MENTÁLNÍ BULIMIE - Martina

1. Ano, určitě mě to motivuje, bez bodovacího systému by to nešlo. Nevěděla bych, co dělám špatně. A díky záporným bodům se nad tím pak zamyslím.
2. Je to příjemný pocit...jednak sbíráme body na tu propustku a na tu se každá těší...a je to příjemný, když dostanete za něco bod navíc...za něco, co jste udělala dobře.
3. Jsou to různé průběhy, nejdřív mám vztek, že mě někdo nespravedlivě nabodoval, pak si uvědomím, že mám v podstatě vztek na sebe. Nakonec mě to vždy poučí, při plnění úkolů a tak...Nejdřív to беру jako křivdu, když mě třeba sestřička naboduje za kuřárnu, kterou celý týden uklízím a já pak se jednou opozdím, byla jsem tam po povolené době... a mám body dole...měla jsem vztek na sestřičku, proč tam zrovna chodila to kontrolovat...a pak jsem si uvědomila, že je to moje chyba...a pak jsem porušila zákaz kouření mimo vyhrazený prostor a kouřila jsem na koupelně...sestřička našla nedopalky a dala trest celé komunitě...psát desetistránkový elaborát...všichni byli naštvaní...tak jsem se nakonec šla přiznat, ale bylo už asi pozdě...trest zůstal. Ale nedostali jsme minusové body, tak co? Já včera dopsala ten elaborát...nejdřív jsem si řekla, že ho psát nebudu, že klidně dostanu minusové body a budu tady déle na stacionáři...ale včera jsem ho nakonec napsala. Měla jsem především první den stacionář a šla jsem hned s přítelem do vinárny, nic jsem si nedala, ale porušila jsem pravidla...koukala jsem, kdo co pije a měla jsem pak v noci suchou recidivu...ráno jsem ani neodevzdala deník...dostala jsem minusové body...byl to pro mě krok zpátky...uvědomila jsem si to a napsala jsem ten desetistránkový elaborát...psal se mi strašně dobře, uvědomila jsem si, jak lehce a ráda porušuju pravidla a ráda a že mě to stahuje někam zpátky...musím dodržovat pravidla a režim, bez toho to nejde, je to pro mě důležité.
4. Brala jsem si všechno, od úklidu až po ty aktivity, co musíte přede všemi něco číst nebo předvádět...třeba jsem si brala proměny nebo myšlenku dne...abych mohla někoho pokárat a aby to slyšela celá komunita...prostě aby to mělo na dotyčnou největší vliv, aby si z toho vzal ponaučení. Jinak to беру jako výzvu, беру si ty nejtěžší aktivity...jako je beseda o zaměstnání, proměny, samořídící skupinu...abych si dokázala, že na to mám. Já ani nevím, za co je kolik bodů...co je výhodnější...nesleduju to...pak se třeba zeptám kněžny, jestli mám dost bodů na tu propustku...já sama si to nehlídám...pak když se rozdělují role, hlásím se na to, co je potřeba, hlásím se na to, co nikdo nechce...třeba úklid kuřárny nebo tak...neřeším, kolik je za to bodů. Myslím, že je lehké sbírat body, když člověk chce. Ale těch možností body ztratit je víc, je to hned, přijdu o chvíli pozdě na program a ztratím body, které jsem pracně sbírala týden. To pak člověka naštvě.
5. Přijde mi ten systém spravedlivý...snad jen, že by měl být personál zajedno, každý dává za stejné prohřešky jiný trest, jedna sestra najde nepovolenou věc...třeba lak na nehty a hned je pokles P a jiná to prostě velkoryse přehlédne...každá psycholožka hodnotí taky jinak a je jinak přísná...u jedné složíte zkoušku v pohodě, jen odříkáte pár pouček a u jiné se musíte dlouho učit a stejně to pak nedáte.
6. Nedostatky? Asi velká přísnost a přitom nedůslednost. Je v tom potom zmatek, v kterém se nikdo nevyzná...a někdy velká nejednotnost v hodnocení mezi personálem...možná

i nedostatečná znalost řádu ze strany personálu a někdy tady pak vládne chaos, kterého se dá využít...využít k porušování pravidel a uvolnění morálky. Já ten systém a řád už znám do podrobností...když jste tu opakovaně, je lehčí a lehčí tím projít...možná i snadnější ty pravidla porušovat, aniž by se na to přišlo...já vím, že pak asi klamu a podvádím vlastně sebe...možná i proto se sem zase znovu a znovu vracím. Naučila jsem se tím systémem projít, aniž bych se musela nějak moc měnit.

7. Co bych změnila? Asi bych chtěla větší přísnost a důslednost a na všechny stejný metr. Někdy je v tom chaos. Pak si myslím, že by měla kněžna více bodovat a využívat své funkce...když třeba někdo vyrušuje při relaxaci nebo na programech...já kdybych byla kněžnou, dávala bych jim minusové body častěji...a jinak...není to tu přísné, možná by to mohlo být přísnější. A je to o té disciplíně...ta je důležitá.

8. Není to pro mě těžké, i když s tou mojí bulimií...nevím...teď jsem v pohodě. Tady se klade důraz na léčbu závislosti. To, že mám poruchu příjmu potravy, nikdo moc neřeší. Ze začátku jsem seděla na sesterně 20minut po jídle, abych nezvracela...ale když člověk chce, poradí si...není to pro mě těžké, body sbírám lehce...je fakt, že často porušuju pravidla a někdy ty body lehce ztrácím...proto si беру spoustu těch aktivit, vedu cvičení a chodím běhat...abych moc nepřibrala...stále si hlídám tu svou váhu. Nevím, co bude, až budu venku, snad to nějak ustojím.

ROZHOVOR 5

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI - Petra

1. Umím si to představit i jinak, bez bodování, asi ano...třeba kdyby to bylo na základě času, nesbírat body, jen jak by člověk postupoval...třeba na první propustku u těch toxopacientek, že se jde až po pěti týdnech, to mi přijde akorát...protože když přicházíte s těmi úzkostmi a depresemi, tak těch 5 týdnů je tak akorát, abyste zas mohla vyjít ven, mezi lidi...zvykla si na to prostředí tam venku...protože já jsem měla hrozný úzkosti, když jsem měla jít mezi lidi nebo do metra...cítila jsem panické ataky, šílenou úzkost z lidí...teď už je to lepší...
2. Když získávám body, mám radost, to určitě...beru to jako pokrok v léčbě, nedělám to jen kvůli bodům, ale mám radost, že budu moct jít brzy na propustku...je to pro mě možná trochu motivační, když se snažím někam dostat, postoupit, složit zkoušku, abych mohla domů...ale ne že bych byla nějak motivována abstinovat nebo se změnit...jen vím, že musím to a to splnit, abych tu léčbu prošla a dostala se odsud pryč...nejsem si úplně jistá, že si venku tu drogu nedám.
3. Nejvíce bodů ztrácím za pozdní příchody, nedokážu přijít včas, nedokážu dodržet ten nastavený režim, i když se snažím...mám asi spánkový deficit, teď to stále doháním...na perníku jsem jela třeba 14 dní v kuse, beze spánku...pracovala jsem v zahraničí a pak jsem to dospávala. Tady se cítím hodně unavená, potřebuju hodně spát...není čas na spaní, protože je jeden program za druhým a já do toho režimu byla poslána hrozně rychle, ještě jsem nebyla v pořádku, nerozuměla jsem, co se po mně chce...prostě velké požadavky a náročné úkoly, když člověk ještě není úplně vydetoxovaný...cítila jsem úzkost, smutek, do toho jsem měla bažení po perníku, vracely se mi ty ošklivé stavy, jako bych v sobě tu drogu měla...no a pak vás obodují, že přijdete o minutu pozdě na program...mně to v té chvíli bylo úplně jedno...nebyla jsem schopná cokoli dodržovat, měla jsem co dělat sama

se sebou. Když ztrácím body? Tak ze začátku mi to bylo spíš jedno, nezvládala jsem ten režim...teď už je to lepší, taky potřebuju sbírat body na propustku, tak nechci zbytečně body ztrácet. Když jsem nespravedlivě obodovaná, tak mám vztek, jsem naštvaná na personál...tak třeba nezazvoní na léky, my tam stojíme a čekáme, ale sestra stále nic, že prý nemá ty léky ještě připravené...tak jdeme kouřit...a pak za námi někdo přiběhne do kuřárny, že máme minusové body za pozdní příchod na léky...tak to mi přijde nespravedlivý...

4. Nejvíce bodů získávám za úklid, za to se dá získat tady nejvíce bodů...navíc, když jsem v toxo režimu, tak mám hrozně omezené možnosti...nemůžu do kuchyně, nemůžu být ekohlídka, chodit na pochůzky, prostě nemůžu skoro nic, kromě toho úklidu...tak sbírám body za úklid...jinak čtení nebo jiné aktivity si neberu, to se nevyplatí a nechce se mi to dělat...číst něco přede všemi, nerada mluvím, jsem raději o samotě, je to pro mě tady i tak dost těžký...moc lidí, moc křiku, žádný klid a není kam utéct. Došlo mi, že se nevyplatí uklízet celý týden, že je výhodnější, když jednou za týden pořádně uklidím na generálu. Tady prostě víc fungují tresty, je lehké body ztratit a je víc věcí, za které se dávají postihy a těch, za které můžeme body získat, je o dost méně, to není pak zrovna motivující.
5. Není to moc spravedlivý systém. Vadí mi ta kolektivní vina, že se někdo nepřizná, i když mi třeba dobře víme, kdo ta pravidla porušil, ale nechceme ho shodit, vlastně ho kryjeme, protože nejsme bonzáci...tak pak neseme vinu všichni...ale k čemu pak takový systém je? Slouží jen ke lžím a podvodům, většina holek tu podvádí...ten systém se dá lehce přelstít, obejít pravidla, obměkčit sestřičku...každá totiž hodnotí jinak, takže už víte, co si můžete dovolit při směně téhle sestry a co ne. Navíc ani ta nová psycholožka nezná ten náš řád, podle kterého nás hodnotí, není si jistá v otázkách, ze kterých nás zkouší...myslím, že by personál měl znát pravidla a být trochu jednotnější, pak tu docela vládne chaos...nebo třeba teď, když se tu rozmnožily drobné krádeže mezi námi...chtěly jsme to řešit na komunitě, myslím, že je to velký prohřešek proti řádu, když někdo krade ostatním jeho osobní věci...jenže ono se to neřeší, psycholožky řeknou, ať se s tím obrátíme na sestry a ty řeknou, ať to řešíme na komunitě s psycholožkou...tady ten tým moc nefunguje, jeden hází odpovědnost na druhého, nikdo nechce nic řešit...ale po nás se chce, abychom plnili a dodržovali řád, který personál ani pořádně nezná. To je pak myslím k ničemu.
6. To už jsem asi tak nějak řekla...ten systém asi moc nefunguje, není spravedlivý a personál není sjednocený a zná ten řád méně než my. Já se pak v tom docela ztrácím, snažím se, ale často překračuju své hranice, ztrácím body, cítím vztek a vím, že to nemůžu zvládnout. Místo honění se za body bych chtěla, aby se mi někdo více věnoval, mluvil se mnou a snažil se mě pochopit. Nedokážu mluvit otevřeně na skupinách, některé věci tam prostě nemůžu řešit...
7. Chtěla bych spravedlivější bodování, pevně nastavené hranice a důslednost ze strany personálu. Více času na to, aby se mnou někdo mluvil, když se necítím dobře, aby personál místo hádání se mezi sebou, řešil věci, které nás trápí. A ne pořád jen rozdávat minusové body. Brala bych více odměn a pochval a méně trestů. Zrušila bych hromadný trest, to je přeci nesmysl, že dostanu trest za někoho, kdo se nepřiznal a pak se mi směje do tváře. Mělo by se to změnit, ale nás se nikdo neptá, jak bychom to chtěli...když podáme za komunitu nějaký návrh, vždycky se to zamítne. Chtěli jsme mít svoji toxo skupinu, jako to

mají na sedmičce, chtěli jsme nějaké změny v návštěvách a telefonátech pro ty, co jsou v toxo režimu...chtěli jsme více času trávit venku a víc sportu...já vím, že všechno nejde povolit, ale tady se hned všechno zamítne. Pro pacientky v toxo režimu je to všechno nesmyslně přísné, máme o dost menší práva a možnosti než alkoholičky. Je pro nás mnohem obtížnější sbírat body a mnohem lehčí je ztrácet. Měli by nám dát stejné možnosti, nejsme snad o nic horší než ty, co se léta utápěly v alkoholu.“a pak nám dají ještě napsat elaboráty, proč chceme něco měnit a neměníme sebe...nikdo nás neposlouchá...prostě se jede léta stále stejně, asi je to jednodušší než něco měnit.

8. Tak někdo má problémy dodržovat ten řád, někdo se i vyboduje nebo podá reverz, nezvládne to tady. Většinou jsou to ty poruchy osobnosti, nebo když má někdo opravdu velké úzkosti, panické ataky nebo jiné ošklivé stavy. I já měla dost velké problémy, hlavně na začátku...ani teď nedokážu vždy udržovat nastavené hranice, mám problém sama se sebou a nevím, co bude, až vyjdu ven. Mám nízké sebevědomí, nevěřím si, často mám pocit hrozného tlaku, pak mám touhu si ublížit, uvolnit ty nepříjemné pocity, dostat to ze sebe...proto jsem si dříve často ubližovala, řezala jsem se na ruku i nohách, ta bolest mi pomáhala od toho šíleného tlaku. Mám z toho docela strach. Tady jsem hlídaná, jsem v bezpečném prostředí, snažím se dodržovat pravidla a dostat se z toho...ale osm let jsem žila s narkomanem a to vás poznamená. Teď mám nového přítele, ten mě bude hlídat, vlastně díky němu tu jsem...jinak bych sem nešla. Je to má třetí léčba, ale nikdy jsem ji úplně nedokončila, většinou se vyboduju natolik, že musím odejít nebo odejdu na revers, protože to prostě nezvládám.

ROZHOVOR 6

ADHD - ALINA

1. Jo, umím si to představit, že abstinovat můžete i bez sbírání bodů. Pro mě je důležité nastavení pravidel a hranic. Body jsou pro mě jen motivací v případě propustky, abych se na ni dostala, bez toho to tady nejde...jinak mě zrovna moc uklízení a vytírání chodeb nemotivuje k tomu, abych se změnila. K tomu je potřeba více psychoterapie a skupin, ale s odborníky, ne že si tam jedna z nás něco čte a ostatní u toho pletou, háčkují nebo pospávají...přijde mi to pak ztráta času, tady být a jen tak tou léčbou proplouvat...nic se nezmění a to mi nepomůže.
2. Když dostanu body navíc, třeba za generál, tak mě to vcelku potěší...ale jinak mi to je spíš jedno.Vím, že se jinak nedostanu ven, tak prostě musím sbírat nesmyslně body. Ale chci jít příští sobotu na propustku, tak na to ty body potřebuju.
3. Naštve mě to, když ztratím nesmyslně body. Aspoň mně to přijde v té chvíli nespravedlivé. Třeba za to čtení, dlouho jsem si to připravovala a pak nedostanu žádný bod, jen kvůli tomu, že jsem neuvedla nadpis článku. Nebo cítím vztek, když dostanu trest za někoho, kdo neustále schválně porušuje zákaz kouření mimo vyhrazený čas a prostor, nepřizná se a my dostaneme všichni trest. To pak bojuju s tím, abych šla takového člověka nahlásit sestře, protože mi to přijde nefér k nám ostatním, ale nechci žalovat. Když jsem já porušila tohle pravidlo, přiznala jsem se a nesla si za to svůj trest...to pak mám trochu vztek na sebe, že jsem zase překročila hranice.
4. Nejvíce bodů jde získat za generální úklid, tak tam se snažím nejvíce. Jednou jsem si vzala

četbu, ale pak jsem dostala minusový bod za to, že jsem na komunitě zapoměla napsat titul článku, který jsem chtěla číst. Takže v závěru jsem z toho neměla nic. Ty aktivity, na kterých se musíte předvádět nebo něco hrát, tak ty nechávám těm průbojnějším, těm herečkám, co se o to perou. Jinak spoustu rolí si nemůžu brát, protože jsem v toxo režimu...to mně přijde docela nespravedlivé. Nechápu, v čem jsou horší holky, co braly pervitin, než tře ty. Za nějaké aktivity a práce je zase bodů málo. Třeba bych více ocenila práci patronky, to je docela náročný, vysvětlovat někomu novému všechno, dohlížet na něj a odpovídat za jeho chyby...za to je pouze jeden bod za týden, za mytí chodby, což je nejhorší práce tady, protože vám tam stále někdo chodí a vy musíte vstávat o hodinu dřív, abyste to stihla do budíčku...je taky pouze jeden bod...to je přece nesmysl. Pak bych změnila to, že nemůžou pacientky v toxo režimu vykonávat některé role a práce...chápu, že mám přísnější režim, že za mnou můžou na návštěvu jen rodiče, že mohu volat jen rodičům...ale proč nemůžu pracovat v kuchyni, proč nemůžu být kněžnou ani místokněžnou, nemůžu na nákup, ani hlídat zahradu...prostě je to nespravedlivé. Tohle bych změnila. Cítím se pak dost méněcenně, když mi někdo řekne, že jsem toxo, že tohle přeci nemůžu, že nemám stejná práva jako alkoholičky, které jsou přitom kolikrát horší a porušují pravidla víc než my, toxičky...přitom, když jsme tedy tak jiné, proč nemůžeme mít skupinu zvlášť pro nás, aspoň jednou týdně, jako to mají na sedmičce...žádali jsme o to, ale bylo nám to okamžitě zamítnuto. Je to tady prostě tak nastavené a nebude se to přeci měnit, když to tak úžasně funguje. Ale funguje to?

5. Tak je to pro mě asi těžší v tom, že mám často problém se soustředit, naučit se otázky ke zkoušce, nikdy mi nešlo učení, mám ADHD a naši se mnou měli problémy. Teď už je to lepší, jen někdy se mnou cloumají moc silné emoce a dávám to ostatním najevo. Jsem prostě slyšet a nenechám si nic líbit, ale taky se zastávám těch slabších. Holky mě za to asi nemají rády. Na škole jsem se špatně učila a často porušovala pravidla. Byla jsem taková ba alkoholičky...proč oni můžou tak lehce sbírat body a my ne. Proč všechny ty role, za které je nejvíce bodů, nemůžou mít toxandy? To nějak nechápu...
6. Není příliš spravedlivý, jak už jsem řekla...
7. Nedostatky? Nevyváženost mezi ziskem a ztrátou bodů, mezi ohodnocením různých aktivit a rolí, nespravedlnost, na každého jiný metr...přísnost, ale nedůslednost. Chaos, pokud sestra neví, raději nesmyslně zakáže, personál není sjednocený v tom, co se může a co ne, co je povoleno a co zakázáno...jak to máme vědět potom my? Jak máme mít nějaké hranice? Každý si pak dělá, co chce...když je tady někdo poněkolkáté, má ten řád naučený nazpaměť, zná jeho nedostatky a ví, kde se dá co obejít, jak nejvíce získat bodů, jak ten systém a řád přelstít...člověk se nemusí měnit, ani snažit, prostě tím projde...ale nic mu to nedá.
8. Změnila bych ten bodovací systém. Když už musí být, tak aby byl spravedlivější a vyváženější. Body se získávají pomalu a ztrácí se velmi rychle, za něco jsou příliš velké tres
9. rebelka, nešlo mi učení, tak jsem chtěla vynikat v něčem jiném. Třeba, že něco provedu učitelce nebo budu tajně kouřit, chodit za školu a tak. Pak to došlo tak daleko, že jsem začala ve třinácti fetovat. Byla jsem ráda, že patřím do nějaké party. Mám prostě problémy sama se sebou a není pro mě zrovna jednoduchý to tady zvládnout, dodržovat některá pravidla, mít v sobě ty hranice. Tady sbírám a ztrácím body, ale co pak venku? Tak jako

pro mě nebyly motivací známky ve škole, tak pro mě není motivací to honba za body. Člověk sbírá a ztrácí body, ale uvnitř zůstává stejný. Asi by to mělo být více o lidech a méně o bodech.

ROZHOVOR 7

ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA - Marie

1. Myslím, že je pro mě režim a dodržování pravidel důležité, bez bodovacího systému si to moc neumím představit...i když tady se člověk jen honí za body a sbírá je, protože mu nic jiného nezbyvá, je to tak dané...výhodou asi je, že u toho člověk moc nemusí myslet, prostě jede podle toho, jak je to nastavené a jak to dělají všichni ostatní. Snažím se sbírat body a neztrácet je zbytečně, soustředím se na to a nemám čas myslet na své problémy. Večer jsem tak unavená, že většinou usnu, nemusím do sebe cpát své oblíbené hypnogeny a neuroly. Takže to bodování tady má asi nějaký význam.
2. Tak body sbírám, abych prošla léčbou, abych se dostala na vycházku...ne proto, že mi to přináší nějakou radost. Pozitivní odměnou je pro mne spíš pak ta vycházka, setkání s rodinou...cítím se dobře spíš, když mne někdo pochválí nebo když dostanu od holek zpětnou vazbu, která mě potěší a zahřeje na duši...když dostanu body navíc, vím, že je to pro mne výhodné a že se dostanu dřív domů, ale odměnu si představuji trochu jinak.
3. Necítím se moc dobře, když ztratím body, které jsem pracně získala, to je jasné. Navíc když je ztratím nespravedlivě, kvůli chybě někoho jiného, tak mě to dost štve. Mám pak vztek, ale vím, že s tím nic neudělám, nemá cenu se hádat a přít se s personálem, že to není spravedlivé nebo že za to může někdo jiný, kdo se nechce přiznat. Nechci žalovat a nerada se hádám, přijímám věci, tak, jak jsou, vím, že nic nezměním, je to marné.
4. Nevím, beru si většinou to, co na mě zbude nebo, co nikdo nechce...nerada někoho překřikuji, nemám ráda takové to napětí v komunitě a nerada mluvím přede všemi...tak si beru většinou ty nejhorší úklidy nebo nákupy, mytí nádobí a tak...jednou jsem si vzala besedu o zaměstnání, ale necítila jsem se v tom dobře, bála jsem se, že mě nikdo nebude poslouchat, že budu ostatní nudit...ale holky mě pak pochválili, že jsem to zvládla a stále se mě na něco ptaly a zajímalo je to...zajímala je práce v muzeu a vše kolem...tak ale většinou si tyhle besedy a aktivity, kde musím mluvit, neberu...možná i proto sbírám body pomaleji než děvčata, co se nestydí a mají sebevědomí na rozdávání. To já nikdy mít nebudu...Pak taky je hrozně snadné body ztratit, ani neuděláte chybu, ale dostanete trest za někoho, kdo něco provede a nepřizná se. Tady je vůbec víc trestů než toho pozitivního. Kdyby bylo víc odměn a výhod, děvčata by se víc snažila, takhle to často vzdávají.
5. Tak ten systém by byl asi spravedlivý, kdyby se dodržoval tak, jak je nastavený. Ale jsme jenom lidé a každý si vysvětluje určité pravidlo po svém, upravuje si ten systém, jak se mu to hodí a jak je to pro něj výhodnější. Klientky, co jsou tu poněkolkáté, v tom umí chodit, dokážou podvádět a přitom projít bez problémů léčbou...dokážou lehce získávat body a neztrácet je zbytečně. Přitom ta pravidla porušují, ale vědí, jak to udělat, aby se na to nepřišlo...znají personál, vědí, co chce jaká psycholožka slyšet a co si mohou dovolit, když slouží zrovna tahle sestra a čeho se naopak vyvarovat. Tak kde je pak ta spravedlnost? Ten bodovací systém se léta nemění, je všeobecný a nebere ohledy na specifika lidí. Každý člověk je přeci jiný a každý má jiné schopnosti a jinou povahu...nejde hodnotit všechny lidi stejně a podle stejného měřítka. Ale to je jen můj názor, který bych neřekla každému.

6. Asi největší chybou je ta nespravedlnost a rigidnost toho systému. Nedá se změnit a ani se nemění. Některé klientky přišly s návrhy, jak to alespoň trochu změnit, ale všechny naše připomínky jsou okamžitě smeteny ze stolu, aniž by se jimi chtěl tým zabývat. To mi vadí, že nás neberou jako lidi, ale jen jako pacientky, které mají problém a které tu jsou proto, aby slepě poslouchaly a plnili jednotlivé kroky toho systému. Potom se diví, že se jim klientky opakovaně vrací a že se po třech měsících léčby v člověku nic nezmění. Je mi smutno z toho, když vidím, že je zpátky na detoxu ženská, které jsem věřila, že to zvládne, která byla pevně rozhodnutá, že se už nikdy nenapije, věřila si...možná až moc. Já si nevěřím vůbec, jsem tu poprvé. Mám strach z toho, co bude venku, jak to zvládnou.
7. Nevím, co bych změnila. Já to nedokážu pojmenovat. Asi bych nechala větší prostor změnám, změnám a návrhům ze strany nás klientek, ale i ze strany sester, které nás bodují. Ten bodovací systém vytvořili lékaři a psychologové, ale oni s námi téměř vůbec nejsou, neznají nás...sestry nás znají mnohem víc, bodují nás, některé z nich vědí, jaké jsou v tom systému nedostatky, ale nemůžou do toho mluvit...je pravda, že některé sestry ten systém a řád vůbec neznají a je jim to jedno, když se jich na něco zeptáte, odkážou vás na lékaře nebo vám rovnou všechno zakážou...my ten celý řád musíme umět nazpaměť, ale k čemu nám to vlastně je? Ocenila víc lidskosti a vstřícnosti v přístupu k nám, závislým klientkám. Chtěla bych, aby se s každým jednalo individuálně, podle jeho vlastních schopností a dovedností. Někdo ten systém a řád prostě nemůže zvládnout...ale to ještě přeci neznamená, že nemůže dostat šanci. Za posledních čtrnáct dní odešlo devět holek na revers, většinou to tady nezvládaly...je mi z toho smutno.
8. Určitě je to těžší pro někoho, kdo řeší nejen problém se svou závislostí, ale i sám se sebou. Nemyslím, že zrovna já bych měla nějaké větší problémy, abych obstála tady v léčbě. Měla jsem velké deprese a úzkosti, problémy se spánkem...ale to už je lepší, asi po těch lécích, co беру. Mám jen problém s tím, že si stále nevěřím, nedokážu se prosadit, často mě přepadnou ty mé pocity prázdna a zbytečnosti. Přejde mi pak marné a zbytečné všechno, co dělám, mám velký strach z budoucnosti, z toho, co bude, až odsud vyjdu. Nemám už myšlenky, jako dřív, že nechci žít, že si něco udělám...ale ty pocity smutku a prázdna se vrací a já se bojím, že tam venku zase sáhnu po alkoholu nebo po platičku sedativ nebo hypnotik...že zas pojedou v tom začarovaném kruhu a nikdo mi nepomůže...ale jinak si myslím, že jsou tady holky, co jsou na tom mnohem hůř než já...třeba ty, co se jim vrací ty psychotické stavy nebo holky, co mají anorexii a jiné problémy se svým tělem...a pak ta mladá děvčata, co nedokážou projít tímhle režimem, co nemají doma žádné zázemí a znají jen diagnostické ústavy a jiná zařízení...některé z nich se naučily v těch ústavech jen lhát a podvádět a tady v tom pokračují...dokončí léčbu a spadnou do toho znovu. Já jsem na tom vlastně dobře a můžu být šťastná, že jsem vychovala děti, na které se můžu spolehnout...už kvůli nim bych chtěla normálně žít a být zas dobrou mámou a babičkou.

ROZHOVOR 8

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI - Josefína

1. Mou hlavní motivací je pravidlo „chtít a muset“, kterého se prostě nemohu vzdát. Ano, všichni něco chceme a všichni také něco musíme. To první se váže k naší individualitě, to druhé se váže k samotné společenskosti. Jen tak lze vytvořit nějakou funkční společnost, totiž takovou, v níž lze individuálně jednat, aniž by byl člověk nutně perzekuován

a omezován. Bodovací systém umožňuje zakotvení naší zodpovědnosti. Zodpovědnost je v nás ukotvena v podobě dvou kotev. První zakotvení se projevuje ve vlastních potřebách individuálních touhách. Ta druhá je kotvou přidržující mé individuální touhy v mezích toho, co si mohu dovolit, aniž bych tím porušovala to svoje „muset“. Ta pravidla mi umožňují být rovnocenným a respektovaným členem nějakého společenství...pro nás závislé je „chtít“ velmi silným elementem, ale rozhodně neplatí, že nejsme schopné zodpovědnosti. Je to všechno především záležitostí vůle. „Muset“ je pro alkoholika větším problémem, ale je to hlavní problém, na který se musí alkoholikova mysl zaměřit. Alkoholikovo „chtít“ je ta největší grada. Alkoholikovo „muset“ je jeho jediná možná záchrana před zkázou, relapsem a následné a často okamžité recidivy. V rámci řádu si takto osvojuji nový habitus a ten mě drží nad propastí recidivy tak pevně, jak jsem jej schopna dodržovat. Potřebuji dodržovat řád a pravidla, abych se naučila žít v souladu jak se svým „muset“, tak se svým „chtít“. Možná je právě toto, totiž přijít na tu rovnováhu mezi „chtít a muset“, na podstatu a předmět tohoto fundamentálního spojení a prázakladu lidské mysli jako takové, pravým úkolem člověka nejen druhu homo sapiens alcoholicus, ale i druhu homo sapiens sapiens jako takového.

2. Ano, zajisté je pro mne pozitivní odměnou získávání kladných bodů. Cítím se blíže ke splnění svých cílů a nesení vlastní odpovědnosti.
3. Když ztrácím body, cítím, jak se nemám ráda, jak jsem neschopná, pocit své vlastní zbytečnosti a malichernosti. Mám potom pocit, že všechno, co dělám, dělám špatně. Beru to jako trest, ale někdy je těch trestů příliš, více než odměn a výhod. Mám strach z těch trestů, mám strach sama ze sebe, že to nezvládnou.
4. Nad tím jsem ještě nepřemýšlela. Snažím se brát si poctivě to, o co jiní nemají takový zájem. To jsou většinou úklidy chodeb a role patronek. Cítím zodpovědnost za komunitu, nemám zájem o to, aby zde probíhaly nějaké hádky a neshody. Pokud někdo nemá zájem o nějakou aktivitu, přihlásím se a nepřemýšlím nad tím, kolik získám bodů.
5. Co je to spravedlnost? To je pojem velmi relativní a je založen na lidské individualitě, tedy na druhu homo sapiens alcoholicus anebo homo sapiens toxicus...a pak na druhé straně stojí ten homo sapiens sapiens, který bdí nad dodržováním pravidel a tvoří autoritu, která chrání řád. Pokud by byla ta autorita byla slabá, mohla by na základě omluvy za prohrěšek pravidla zmírnit, což by mohlo vést k postupné destrukci a rozpadu celého systému. Všimla jsem si celkového úpadku morálky v komunitě. Každá myslí více na sebe než na blaho komunity a to se hned v tak malém společenství rychle projeví...systém se snaží být spravedlivý, ale lidé si ho různě přizpůsobují, různě vysvětlují, nespravedlivě ho interpretují a používají, porušují řád a pravidla a morální hodnoty se ztrácejí. V rukou a mysli člověka potom již nastavený systém spravedlivý být ani nemůže.
6. Chyby jsou v každém z nás. Chyby nejsou v systému, ale v lidech, kteří postrádají vlastní zodpovědnost a nejsou spravedliví sami k sobě...lidé pravidla porušují. Porušování pravidel má své nenahraditelné přednosti a jednoznačný smysl v mechanismu pravidel a jejich dodržování. A to v tom smyslu, že kdyby pravidla nebyla tu a tam porušována, nebyla by zkrátka pravidly, ale jakýmiisi zautomatizovanými kroky jakýchsi nepřemýšlivých automatů. Takže když nastane situace, že jedna z pacientek pravidlo poruší, bude mít teprve dodržování pravidel smysl. Nebýt porušení pravidla a následného trestu, který pak automaticky přichází, nemusela by si pacientka, která pravidlo poruší,

nikdy hodnoty řádu a pravidel obecně osvojit...myslím, že takové porušování pravidel a jejich následné řešení způsobem přiznání, nevede k ničemu dobrému a mělo by být trestáno stejně jako porušení bez přiznání. Protože existuje jen porušení a dodržení pravidla a nic mezi tím. Chybou je tedy nedůslednost a umožnění překračování pravidel pomocí různých interpretací a různých řešení jednoho a toho samého prohřešku a porušení stanoveného řádu.

7. Představuji si systém založený na důsledném dodržování pravidel. V poslední době tady v komunitě upadá morálka a zodpovědnost vůči druhým. Přešlap jednoho a nedbalost jednoho člověka znamená přešlap všech členek společenství. Musíme proto mnohonásobně důsledněji zvažovat své činy a chování, a to nejen vůči sobě, ale zejména vůči těm druhým. Jakmile má člověk řád v sobě, lépe se adaptuje na jakýkoli řád, který je zvnějšku vštěpován. Tak jako jsou přírodní kauzality jistými rámci našeho jednání ve světě, aniž by nás omezovaly v tom, jak se ke světu stavíme, tak jsou společenské a morální principy pilíři a mantinely toho, jak sebe a své okolí posuzujeme...
8. Necítím se nějak vyčleněná či indisponována v tomto systému. Pochopila jsem, že nesmím být princeznou, že musím být vojákem...ze začátku jsem stále plakala, bála jsem se, že to nezvládnou...utíkala jsem ze skupin a programů, chtěla jsem odsud pryč. Neuvědomila jsem si, že potřebuji tento řád, že se musím naučit být vojákem. Musím se zbavit své neschopnosti a svého chtění, naučit se být zodpovědná za sebe sama a své jednání, což je současně i zodpovědnost za ty druhé. Pokud tomu tak není, nemůže společenství dlouho fungovat. Zodpovědnost jde ruku v ruce s láskou a péčí vůči sobě sama, vůči druhým lidem. Trpím tím, že se nemám ráda, nenávidím své touhy a chtění, nenávidím pachy a smysly svého těla. Cítím pak zase to nutkání nebýt, zmizet z toho společenství, dokázat přelout na druhý břeh, kde budu zase princeznou.

ROZHOVOR 9

PPP – MENTÁLNÍ ANOREXIE - Eva

1. No jistě, bodovací systém mě motivuje, posouvá mě v léčbě, bez něj si to neumím představit. Je to výhoda, když máte přísný režim a nad sebou nějakou autoritu, která vám určuje, co je dobré a co naopak špatné. Máte přesně dané, co je zakázáno a co je povoleno, víte, co dělat, abyste tu léčbu úspěšně zvládla. Víte, kolik bodů potřebujete nasbírat a kolik si jich můžete dovolit ztratit. Všechno je dané a vy jen plníte a sbíráte body a posouváte se, kam potřebujete. Kdo ten systém nezvládá, tak může odejít. Kdo neplní a ztrácí body, vyboduje se a musí odejít. Kdo to zvládá, postupuje a vyléčí se.
2. Určitě, je to pro mě pozitivní odměna, mám radost a cítím, že se někam posouvám. Získávám body a tím získávám různé výhody. Těší mě to, bez toho by to nefungovalo.
3. Mám vztek, ale na sebe, že jsem něco porušila. Nestává se to často, snažím se body neztrácet, ale když už je ztratím, necítím se dobře. A pak... dá se naučit, jak tím systémem projít, jednak je to pořád stejný, nemění se to. Když jste tu opakovaně, víte už jak body získat co nejlépe cestou a taky víte, jak to udělat, aby vás nikdo nenachytil, když už něco porušíte. Takže pak nemusíte ztrácet body zbytečně. Když ten systém znáte, převažují získané body a výhody nad postihy, pro ty, co jsou tu poprvé je těžké body neztrácet, u těch pak je víc trestů a nemůžou se nikam posunout. Někdy pak zbytečně odcházejí, protože to

nezvládnou. Já už v tom prostě umím chodit...neříkám, že něco porušuju, ale když už se to stane, nikdo na to nemusí přijít. Vždyť sama víte, sestři, jak to tu chodí.

4. Já si беру všechno. Potřebuju nasbírat body na propustku. Beru si různé úklidy, i když tu už nechávám jiným...spíš besedy, přednášky, samořídící skupiny, ...vlastně si více vybírám ty aktivity, na kterých se dá nasbírat nejvíce bodů. Už to znám, jsem tu posedmé. Tak se snažím za těch pět týdnů nasbírat co nejvíce, abych postoupila...beru si besedu o zaměstnání, četbu z knihy, autogenní trénink,...prostě ty aktivity, kde lehce nasbíráte body a nemusíte brzy ráno vstávat a trapně uklízet. Často si беру cvičení, ráda předcvičuju a holky mě chválí, že si se mnou dobře zacvičí...tady je málo pohybu, tak dělám, co můžu, abych se více hýbala...a ještě za to získám body.
5. Já myslím, že je to dobře nastavené. Je to spravedlivé, každý si najde, co potřebuje a dají se ty body lehce nasbírat...tak štve mě, když ztratím body za někoho jiného, ale už to tak je, když se někdo nedokáže přiznat, neseme vinu i my ostatní. Já taky občas poruším řád, ale už vím, co si můžu dovolit a co ne. Víam, na co jaká sestřička dává pozor a co hodnotí...nějaká sestra neřeší nic a jiná zase všechno. Tak se podle toho prostě zařídím...když vím, že je tu třeba Markéta, tak kouřit na pokoji nebudu. Každý si prostě s tím řádem a systémem poradí po svém, každému to dá něco jiného...ale spravedlivé to je, jinak by to nefungovalo.
6. Nevidím nějaké chyby a nedostatky. Je to dobrý systém. Snad by měl být někdy přísnější. Prošla jsem různými systémy a léčbami, ale tady mi to vyhovuje nejvíce, i když je to daleko od mého bydliště. Jinde je to zbytečně přísné a někde zase příliš uvolněné...to si pak děláte, co chcete...anebo odejdete, protože se to nedá zvládnout.
7. Tak mě vyhovuje tenhle systém léčby, neměnila bych to, vezmu si z toho, co potřebuju, motivuje mě to. Je fakt, že jsem tu poněkolkáté a prošla jsem různými léčbami, ale tady mi to dá vždycky nejvíce...cítím se nakopnutá a odhodlaná, že to zvládnou...že se budu zase starat o děti a fungovat jako máma...jenže venku je to těžké a já do toho zase spadnu. Nevím proč, tady funguju, nemám problémy, vždycky tu léčbu úspěšně ukončím. Venku to je prostě horší...
8. Je to pro mne těžší. Musím bojovat se závislostí na alkoholu a ještě se svou anorexií. Stále se mi honí hlavou, že jsem tlustá, že jsem přibrala, že to musím dát ze sebe pryč...do toho poslouchám stále stejné řeči o drogách a alkoholu. Řeším si tady svou závislost, ale neřeším už tu poruchu příjmu potravy. Jasně, píšu jídelníček a sedím 20 minut po jídle pod dohledem...ale to je všechno. Přitom je tu docela hodně holek, co řeší svou postavu, přejídají se a zvrací nebo skoro vůbec nejí. Nedá se to uhlídat...já to mám pod kontrolou, aspoň teď, snažím se do sebe dostat celé porce jídla, pak ale musím hodně cvičit, běhám po schodech nahoru a dolů, protože tady stále sedíme a jíme a jíme...je to hrůza. Ale nezvracela jsem už týden a přibrala jsem dvě kila. Venku to zase shodím...ale mám to v hlavě srovnaný, budu mít práci, starat se o děti, mít své koníčky...nezbude mi čas na takové ty myšlenky, co mě pak trápí a já se buď napiju, nebo spadnu do té anorexie...tady mě vždycky pomůžete. Ale je to těžký, venku to nefunguje tak jako tady, nikdo mě nehlídá, nemám nad sebou tu přísnou autoritu...ale já si věřím, teď už to vyjde, tahle léčba mi dala hodně...i když jsem chtěla poprosit doktorku, jestli by mi prodloužila ten stacionář na 14 dní, takhle bych šla už za chvíli domů a já ještě potřebuju vyřešit spoustu organizačních věcí. Snad to všechno nějak zvládnou. Věřím si, tentokrát si opravdu věřím.

ROZHOVOR 10

SCIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA - Sandra

1. Moc ne, nechci se léčit na tomhle oddělení, mám jiné problémy, nechci sbírat body...to mě těžko pomůže. Beru drogy jen občas, když nezvládám ty svý stavy, nemám problém s perníkem nebo trávou, mám problém někdy ustát život...málokdo mi rozumí...ale nejsem blázen, jen jsem možná trochu jiná. Já cítím, že jsem těhotná, že v sobě nosím dítě. Doktoři mi tvrdí, že to není pravda...byla jsem na různých vyšetřeních, ale já jim nevěřím, všechno se dá zfalšovat, oni mě tu chtějí držet, tak lžou...já to vím, venku jsem taky podváděla. Ale nemůžou mě tu dlouho držet, když čekám dítě.
2. Nebaví mě to sbírat body, nevím, v čem by mě mělo pomoci vytírání podlahy a uklízení...z toho mám mít radost, že dobře vytřu chodbu nebo prach na pokoji? Proč? To znám tedy lepší pocity a odměny...získám body, měla bych se radovat, ale já necítím nic.
3. Tak to vůbec. Je mi to jedno. Pořád ztrácím body, za všechno možný i nemožný. Ani už nezaznamenávám, že jsem nějaké ztratila...jen kněžna mi hlásí, že mám zase minusové body. Asi se brzo vyboduju. Tak co? Aspoň se dostanu domů, vlastně mně to pomůže. Co je pro někoho trest může být pro mě odměnou. Jen nevím, jak to je, když mám nedobrovolný vstup, jestli mě vůbec pustí ven. Můžu vlastně ztrácet body, jak chci, můžu porušovat pravidla, můžu si dělat, co chci...ale když jsem tu nedobrovolně, je to všechno k ničemu. K čemu je pak to jejich slavné bodování? Pár holek už propustili z disciplinárních důvodů, vybodovaly se nebo měly u sebe mobil nebo jinou zakázanou věc. Minule si Jarka schválně nechala přinést mobil, sestry ho našly a ona pak šla domů na reverz. Já chci taky domů.
4. Tak já si moc aktivit neberu, jak už jsem řekla, nehoním se za body. Jen aby se neřeklo, aby holky nebyly naštvány, tak si občas vezmu nějaký úklid nebo něco. Moc se nesnažím. Stejně jsou na mne všichni naštvaní, že prý jen sedím a koukám, nezapojuju se...ale já bych to stejně nezvládla, ty jejich programy, skupiny, je to hrůza, tolik lidí...je mi z toho akorát úzko, necítím se tam dobře, nedokážu se soustředit a myslet na jednu věc...poslouchat ty jejich řeči o alkoholu a drogách. Říkají mi, že jsem stále mimo, ale já myslím, že jsem v pohodě, tady jsou samí blázni, nevěřím jim, někdy se bojím, že se něco stane, že mi tu někdo ublíží...díívají se na mne jako na blázna a sami jsou zlí a ulhaní. I doktor podvádí. Tvrdil mi, že nejsem těhotná, ale já vím, že jsem, cítím to dítě v sobě...to mi prostě nikdo nevymluví...
5. Nic tu není spravedlivý, je to samá lež a podvod. Holky podvádí, doktoři nám lžou, sestry, ty jen příkyvují a vykonávají příkazy. Nikdo mi nerozumí a nikdo mi nevěří. Já zase nevěřím jim a celé jejich bodování a ten systém je největší podvod a je k ničemu.
6. Už jsem to řekla, je to k ničemu, nějaké bodování. Na co se mám honit za body, když jsem tu stejně nedobrovolně a nemůžu jít domů. Nevidím v tom smysl.
7. Tak hlavně bych zrušila ty body. Víím, nějaký řád tu musí být a nemůže být všechno dovoleno, ale tohle je přehnaný...když někdo chce, dokáže navenek sbírat body a být vzornou pacientkou, ale stejně se nezmění, podvádí všechny kolem a lže sám sobě. Nedržela bych tu nikoho proti jeho vůli, k čemu to je, když nechci, tak nechci, nezměním se. Stejně se pak ty holky vrací, je tu spousta těch, co jsou tu poněkolkáté. Nechala bych

tu jen ty, co se chtějí opravdu léčit...chci domů, prý jsem nebezpečná sobě a okolí, to by mě zajímalo v čem...chci jen vidět přítele, chci se postarat o to dítě, co mi chtějí zatajit, chci normálně žít.

8. Tak já nemám problém s alkoholem ani drogami, vezmu si jen občas perník, když chci, dám si travku, ta mi dělá dobře, nemám ty hnusný stavy...ale závislá nejsem, tak nevím, proč bych měla tady poslouchat ty řeči o abstinenci a sbírat body a přitom nic nesmět. Nemůžu ven, nemůžu vidět přítele, na návštěvu smí jen rodiče, ale ti se o mě vůbec nezajímají, jsem jim ukradená, vždycky jsem byla. Mám v sobě dítě, chci být dobrou matkou, nechci být jako moje máma, která se na mě vykašlala a dala mě do děčáku. Vlastně mi nikdo nevěří, myslí si, že si vymýšlím, že jsem blázen...občas se mi zdá, že se všichni spikli proti mně, že mi chtějí ublížit...slyším hlasy, musím je poslouchat, jsou pro mě důležitý...řekly mi, že mám v sobě dítě, nový zárodek. Tady mě cpou práškama, ale ty hlasy mám pořád, i když ne tak často. Nechci tu být, není to tu pro mě, nepatřím sem, nejsem jako ty ostatní, jsem možná jiná, ale to přece není důvod, abych tu byla proti své vlastní vůli.