

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Self-efficacy pacientů s duální diagnózou v závěrečné fázi léčby v rámci
psychiatrické hospitalizace

Self-efficacy in Patients with Dual Diagnose in the Final Phase of Psychiatric
Hospitalization

Bc. Michaela Kyzeková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Miloš Kučera, CSc.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

2020

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Self-efficacy pacientů s duální diagnózou v závěrečné fázi léčby v rámci psychiatrické hospitalizace* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 29.10.2020

Na prvním místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce, panu doc. PhDr. Miloši Kučerovi, CSc., za jeho ochotu, laskavost, trpělivost, moudré směřování a skvělou spolupráci, bez které by tato práce nevznikla.

Dále bych ráda poděkovala všem aktérům výzkumu, kterými jsou všichni zúčastnění pacienti a psycholog PhDr. Tomáš Málek z oddělení duálních diagnóz v PN Bohnice, který mi zároveň napomáhal v komunikaci s oddělením.

Děkuji všem těm, kteří mi přístup do terénu umožnili: děkuji členům Etické komise v PN Bohnice, že mi výzkum povolili i navzdory přísným regulím, a taktéž děkuji vedoucí lékařce oddělení 16 v PN Bohnice, MUDr. Tereze Koubkové, která svolila ke sběru dat na jejím oddělení.

A v neposlední řadě děkuji své rodině a dalším blízkým za duchovní, duševní i materiální podporu.

ABSTRAKT

Cílem této práce bylo zjistit, jak může vypadat self-efficacy pacientů s duální diagnózou v závěrečné fázi jejich léčby v rámci psychiatrické hospitalizace. V teoretické části je rozebrán konstrukt self-efficacy, problematika hospitalizace a vybraná duševní onemocnění. V praktické části byla zvolena kvalitativní metodologie, obsahující prvky interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkumný vzorek tvořilo 5 pacientů s duální diagnózou a psycholog starající se o tyto pacienty na oddělení duálních diagnóz v PN Bohnice. Se všemi aktéry proběhly polostrukturované rozhovory. Výsledky obsahují analýzu příběhů jednotlivých aktérů s tématy pro ně klíčovými, a následně je předložena celková analýza všech dat, která přináší nový pohled na self-efficacy, rozprostírající se do tří rovin – intrapersonální, interpersonální a systémové. Diskuze obsahuje výsledky propojené s již existující literaturou, a odpovědi na výzkumné otázky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Self-efficacy – duální diagnóza – hospitalizace – duševní onemocnění

ABSTRACT

The aim of this work was to explore the nature of self-efficacy construct in patients with dual diagnose in the final phase of psychiatric hospitalisation. In the theoretical part, three topics are discussed: the self-efficacy construct, hospitalisation, and specific mental disorders. In the empirical part a qualitative methodology, based on the elements of interpretative phenomenological analysis, was used. The research sample consists of 5 patients with dual diagnoses, and a psychologist treating these patients in the Department of Dual Diagnoses in Bohnice hospital. Semi-structured interviews were conducted with all participants. The presented results include a separate analysis of key topics for each participant, as well as an overall analysis of all data. A new perspective of self-efficacy is emerging, spreading through three distinct levels – intrapersonal, interpersonal, and systemic. The discussion consists of the results linked to existing literature, as well as answers to research questions.

KEYWORDS

Self-efficacy – dual diagnose – hospitalisation – mental disorder

Obsah

Úvod	8
1. Self-efficacy.....	9
1.1 Kognitivní, motivační a afektivní komponenta	9
1.2 Zdroje self-efficacy	12
1.3 Self-efficacy v léčbě	12
1.4 Vymezení pojmu self-efficacy vůči dalším pojmům	14
1.5 Způsoby zkoumání self-efficacy	16
1.6 Kritika self-efficacy	18
2. Hospitalizace	19
2.1 Specifika všeobecné hospitalizace	19
2.2 Subjektivní prožívání psychiatrické hospitalizace.....	19
2.2.1 Aktuální prožívání hospitalizace	20
2.2.2 Důsledky hospitalizace po propuštění	21
2.2.3 Nedobrovolná hospitalizace	23
3. Duševní onemocnění	25
3.1 Subjektivní prožívání nemoci	25
3.1.1 Stigma a destigmatizace	26
3.1.2 Nálepkovací teorie	27
3.2 Duální diagnóza	28
3.2.1 Léčba duálních diagnóz	29
3.2.2 Sebemedikace a orální fixace	30
3.2.3 Závislost	31
3.2.4 Vybraná duševní onemocnění dle MKN-10.....	37

EMPIRICKÁ ČÁST	41
4. Metodologie.....	41
4.1 Kvalitativní přístup	41
4.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky	42
4.3 Popis výzkumného souboru a způsob jeho výběru	43
4.4 Strategie sběru dat.....	46
4.5 Způsob analýzy dat	47
5. Výsledky.....	49
5.1 Analýza výpovědí jednotlivých aktérů	49
5.1.1 Marek, 38 let.....	49
5.1.2 Eliška, 52 let	56
5.1.3 Martin, 35 let	62
5.1.4 Lýdie, 31 let.....	67
5.1.5 Vladimír, 26 let.....	73
5.1.6 Výpověď psychologa.....	80
5.2 Výsledky celkové analýzy	86
5.2.1 Intrapersonální rovina.....	87
5.2.2 Interpersonální rovina.....	90
5.2.3 Systémová rovina	93
6. Diskuze	98
Závěr.....	107
Použitá literatura.....	108
Seznam příloh	113

Úvod

V posledních letech se hovoří o reformě psychiatrické péče, jejíž tendencí je přesouvání pacientů z nemocnic do ambulantních zařízení. A právě reforma psychiatrické péče pro mě byla primárním impulzem k sepsání této práce. Mým původním záměrem bylo odhalit, nakolik je v dnešní době hospitalizace pro pacienty posilující, a nakolik je spíše zneschopňuje. Motivace k zaobírání se tímto tématem pro mě byla dvojí – osobní i badatelská. Osobní motivací pro mě bylo zjistit, nakolik je terén klinické psychologie, ve kterém se v budoucnu chci pohybovat funkční a skutečně nápomocný. V rámci badatelského záměru však bylo potřeba toto velice obšírné téma zúžit. Během konzultací tak došlo k jeho zpřesnění. Nadobytí schopností a efektivitu nejlépe vystihuje konstrukt self-efficacy, který označuje efektivní organizaci našich psychických funkcí a důvěru v ně (Bandura, 1997a). Zároveň bylo potřeba i vybrat konkrétní terén, na jehož poli bych tento konstrukt zkoumala. K rozhodnutí mi dopomohla má týdenní stáž na oddělení duálních diagnóz v PN Bohnice. Duální diagnóza, léčená na tomto oddělení, sestává vždy ze závislosti a její kombinace s druhým duševním onemocněním, což je ideální pole pro zkoumání self-efficacy, ve kterém vlastní činy hrají velikou roli. Oddělení funguje teprve necelé čtyři roky, a má práce je tak první prací zde učiněnou. Cílem této práce se tedy nakonec stala snaha pilotně zmapovat podobu self-efficacy, které mohou vykazovat pacienti hospitalizovaní na oddělení duálních diagnóz, včetně jeho rozporů a limitů.

V teoretické části předložím poznatky nezbytné pro pochopení empirické části – pojednám o konstraktu self-efficacy, jeho použití v léčbě, možnostech jeho zkoumání a uvedu i jeho kritiku. Dále se pokusím nastínit, co znamená hospitalizace pro pacienta a jaké všechny dopady může mít. A nakonec pojednám o vybraných duševních onemocněních, včetně duálních diagnóz a závislostí, kterými trpěli pacienti z našeho souboru.

V empirické části popíši metodologii tohoto výzkumu a předložím výsledky vzniklé analýzou rozhovorů s respondenty, které budou komparovány s literaturou. V diskuzi se pak pokusím odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

1. Self-efficacy

Bandura (1997a) uvádí, že lidské kompetence se vyvíjejí do mnoha různých forem, a jeden člověk jednoduše nemůže vynikat ve všem. Lidé se neliší jen v oblastech, které rozvíjejí, ale také v tom, do jaké míry tu kterou oblast rozvíjejí. Teorie self-efficacy však předpokládá tuto rozmanitost, a proto nejde o jednu velkou vlastnost, ale spíše o nastavení sebedůvěry vůči jednotlivým oblastem fungování a jejich efektivní kontrola. Víra ve vlastní účinnost, či sebe-účinnost, jak znějí české ekvivalenty, nezahrnuje jen kontrolu nad svými činy, ale také seberegulaci myšlení, motivace a emočních stavů.

Efektivní fungování se nedá jednoduše vysvětlit tím, že bychom věděli, *co a jak* provést a byli k tomu i dostatečně *motivováni*. Zároveň nejde ani o konkrétní *projev*, který člověk buď má ve svém repertoáru chování, nebo nemá. Naopak, self-efficacy je jakási dále uplatnitelná schopnost, která umožní uspořádat dílčí kognitivní, sociální, emocionální a behaviorální dovednosti tak, aby je bylo možno využít k jakémukoli účelu. Můžeme zde tedy zaznamenat rozdíl mezi *dispozicí* dílčích vlastností a jejich efektivní *organizací*, kde tato organizace právě odkazuje na self-efficacy. Proto lidé s nízkým self-efficacy mohou selhávat, i když jsou obdařeni různými schopnostmi. A naopak, pevné self-efficacy umožňuje jedinci vynikat díky produktivnímu využití svých schopností. Vlastní myšlenky o sobě aktivují kognitivní, motivační a afektivní procesy, které vedou využití našich znalostí k účelným akcím. Zažívané self-efficacy se tedy vůbec neodvíjí od množství dovedností, kterými disponujeme, ale mnohem více od naší subjektivní víry v to, že jsme schopni zvládat různé situace s tím, co máme (Bandura, 1997a). Po teoretickém úvodu k self-efficacy se nyní přesuneme k jeho složkám.

1.1 Kognitivní, motivační a afektivní komponenta

Jak bylo výše uvedeno, self-efficacy působí na organizaci myšlení, motivace a nálady. A v rámci těchto tří se pak vysoká míra self-efficacy projevuje vždy určitým způsobem. Co se kognitivní stránky týče, lidé s vysokým self-efficacy mají spíše vyšší aspirace, stanovují si vyšší cíle a jsou zavázáni tyto cíle splnit. Jejich činy jsou vedeny představou úspěšného konce, namísto zaobíráním se nedostatky nebo strachováním se o věci, které se nemusí podařit (Bandura, 1997b).

Self-efficacy dále působí na motivaci. Lidé motivují sami sebe tvorbou přesvědčení o tom, čeho jsou schopni, předvídáním pravděpodobných výsledků, nastavováním cílů a směřováním svého jednání. Jejich motivovanost bude silnější, pokud budou věřit, že svých cílů mohou dosáhnout, a že je mohou přizpůsobovat vzhledem k zatím dosáhnutému pokroku. Přesvědčení o self-efficacy determinuje cíle, jaké si lidé stanovují, kolik úsilí do nich vloží, jak dlouho vytrvají a jak čelí zklamáním a neúspěchům (tamtéž).

Nyní se přesuňme ke vlivu míry self-efficacy na náladu. Množství zažívaného stresu a deprese v náročných situacích se odvíjí od toho, jak si myslíme, že jsme tyto situace schopni zvládat. Přesvědčení o naší účinnosti reguluje emoční stavy několika způsoby:

Lidé, kteří věří, že problémy mohou zvládnout, se jimi i méně stresují; naopak ti, kteří mají nízké self-efficacy, tato rizika vnímají jako vyšší.

Lidé s vysokým self-efficacy snižují svou úzkost a stres tím, že si uzpůsobují okolní prostředí takovým způsobem, který jej dělá méně děsivější.

Lidé s vysokou kapacitou pro zvládání stresu mají lepší kontrolu nad rušivými myšlenkami. K tomuto Bandura (1997b, str. 1) poznamenává, že výsledky výzkumů ukazují, že to, co způsobuje nepříjemný stres nejsou tyto rušivé myšlenky samy o sobě, ale neschopnost je zastavit. Lidé s vysokým self-efficacy jsou schopni relaxovat, odpoutat pozornost, zklidnit se, a případně vyhledat podporu u přátel, rodiny a dalších. Pro někoho, kdo je schopen se takto uvolnit, je i případný stres a úzkost zvládnutelnější.

Naproti tomu autor uvádí tři způsoby, kterými nízké self-efficacy může vést k depresivním stavům:

Osoba, která pociťuje svou neschopnost odvrátit opakující se depresivní myšlenky a ruminace, bude spíše čelit opakovaným epizodám deprese.

Nízké self-efficacy způsobuje beznaděj, a následná špatná nálada zase oslabuje self-efficacy, což tvoří bludný kruh.

Lidé s nízkým self-efficacy nerozvíjí uspokojující sociální vztahy, díky kterým by se chronický stres lépe snášel. Následný pocit sociální neuspokojivosti vede jak k depresi, tak opět k redukci sociálních vztahů (Bandura, 1997b).

Vedle toho lidé s vysokým self-efficacy přijímají od druhých pomoc, což zpětně posiluje jejich schopnosti zvládat náročné situace. Lidé, kteří věří ve svou účinnost, vytvářejí takové prostředí, nad kterým mají kontrolu. Mají velký vliv na výběr své kariéry a směr svého života. Studie ukazují, že zvažují více pracovních příležitostí, více se o ně zajímají, připravují se na ně lépe a déle u nich vytrvávají (tamtéž). Pro nás je v tomto bodě nejdůležitější fakt, že lidé s vysokým self-efficacy snáze přijímají pomoc od druhých. V první chvíli si jako člověka s vysokým self-efficacy možná představíme takového, který žádnou pomoc nepotřebuje. Z předchozího textu ale vyplývá, že jelikož člověk s vysokým self-efficacy umí dobře organizovat dílčí psychologické vlastnosti, tak si také musí být vědom nejen svých schopností, ale také svých nedostatků, a s nimi pak právě může potřebovat pomoci. A tuto pomoc pak nepovažuje za osobní selhání, ale naopak za posílení a zlepšení svého fungování.

Optimismus je důležitý pro úspěch a pocit pohody. Ve světě plném překážek, nepřízní a frustrací spíše uspějí lidé, kteří vykazují silnou osobní účinnost. Některými mohou být vnímány jako nerealističtí, ale takzvaní realisté zase příliš často zavrhnou větší úsilí a jsou skeptičtí k možnostem změny. Optimismus je adaptivní tendence, nikoli kognitivní selhání (tamtéž).

Pro shrnutí autor uvádí, že lidé s nízkým self-efficacy se vyhýbají těžkým úkolům. Mají nízké aspirace a slabý závazek splnit své cíle. Zaměřují se na své pochybnosti, místo na úspěch. Když čelí náročným úkolům, setrvávají u překážek, následků prohry a osobních nedostatků. Při selhání si přestávají věřit, protože z toho viní své nedostatky. Při těžkostech se vzdávají, z neúspěchů se zotavují pomalu a snáze se stávají oběťmi stresu a deprese.

Naproti tomu lidé s vysokým self-efficacy vnímají obtížné úkoly jako výzvy, které mohou zvládnout, spíše než jako hrozby, kterým se musí vyhnout. Jsou hluboce zainteresovaní do všeho, co dělají; nastavují si vysoké cíle a dodržují závazky. Soustředí se na úlohy, nikoli na sebe. Jako důvod svých selhání spatřují napravitelnou nevědomost, nedostatek zkušeností nebo nedostatečnou snahu. Při čelení překážkám zdvojnásobí svou snahu a po neúspěchu rychle znovunabydou sebedůvěru. Takovýto přístup udržuje motivovanost, snižuje stres a náchylnost vůči depresi (tamtéž).

1.2 Zdroje self-efficacy

Psychologická pomoc je nejlépe účinná v případě že nenabízí rady na konkrétní problémy, ale poskytuje obecné nástroje pro zvládání jakékoli situace, která může nastat. Léčba by měla lidi vybavit schopností kontroly nad svým životem a započít proces vlastní změny vedené pocitem vlastní účinnosti. Bandura (1997b, str. 4) nabízí čtyři způsoby, jak tohoto dosáhnout:

- 1) Zažití pocitu úspěchu či vítězství při překonání překážek. Jedná se o takový úspěch, který člověka posiluje a který pramení z vytrvalosti během náročných životních okolností. Osoba, která má snadný život, může být pak snadno odrazena selháním.
- 2) Sociální modelování (Social modeling). Pokud vidíme druhé v něčem uspět, snáze uvěříme, že na to také máme. Pokud naopak budeme zkoumat neúspěchy druhých, umocníme tím pochybnosti o svých schopnostech uspět v podobných situacích.
- 3) Sociální přesvědčování (Social persuasion). Pokud jsou lidé přesvědčováni, že si mohou věřit, budou se více snažit, aby uspěli. A lidé, kteří umí dobře druhé přesvědčit, dělávají ještě něco navíc: schválně vytvářejí situace, ve kterých druzí mohou uspět, a ne takové, kde pravděpodobně selžou.
- 4) Snižování stresu a deprese, budování tělesné síly a učení se, jak správně interpretovat fyzické stavy. Lidé vycházejí ze svého tělesného a emočního stavu, aby posoudili své schopnosti. Napětí, úzkost a depresi vnímají jako známky osobních nedostatků. V činnostech, které vyžadují sílu a výdrž, interpretují únavu a bolest jako ukazatele nízké fyzické účinnosti (tamtéž).

Nyní se přesuňme k cílenému využití self-efficacy v léčbě.

1.3 Self-efficacy v léčbě

Bandura (1997b) uvádí příklady, jak self-efficacy funguje v psychoterapeutické léčbě.

Oblastí, na kterou má přesvědčení o vlastní účinnosti vliv, je fyzické zdraví. Fyzické zdraví ovlivňuje psychiku, a psychika zase tělesný stav, jak můžeme vidět dále: za prvé, přesvědčení o schopnosti zvládat stres snižuje biologické pochody organismu, které mohou poškozovat imunitu. Za druhé, toto přesvědčení určuje, zda lidé uváží změnu svých zdravotních návyků a zda v procesu změny uspějí. Zažívané self-efficacy také zabrání

zhoršení již existující nemoci (tamtéž). Opět zde jde o jakousi sebedůvěru v to, že budu zdrav, versus odevzdání se nemoci.

V rámci fobií autor uvádí častý mylný předpoklad, že fobie jsou vyústěním či důsledkem úzkosti. Lidé s fobiemi se vyhýbají mnoha obávaným situacím a omezují tak svůj život, protože se bojí, že budou zasaženi panickou atakou či jinou katastrofou. Ale přitom výzkumy ukázaly, že nedostatek schopností zvládat tyto situace, způsobený jejím vyhýbáním se, posiluje úzkost. Fobie podle něj mohou být odstraněny metodou známou jako řízené zvládání (guided mastery). Nejprve terapeut ukáže pacientovi, jak čelit obávaným situacím. Následně je úkol překonat strach rozložen do dílčích, snadno zvládnutelných kroků. V každém stupni je pacient požádán, aby vydržel o něco déle, ale aby nepřekračoval své možnosti. Většina těchto metod se také zaměřuje na maladaptivní myšlení. V poslední fázi terapeut používá na sebe zaměřené zvládací zážitky navržené k potvrzení pacientových vlastních schopností zvládat stres. Takovýmto způsobem se i ty nejvíce ohrožující aktivity stanou možnými. Metoda řízeného zvládání funguje dle Bandury rychleji než samotná expozice, která pochází z behaviorální terapie, a pro svou účinnost jí převzala i kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Oproti expozici se osvojené mistrovství liší tím, že je více rozpracované - obsahuje sociální modelování (klient sleduje terapeuta), jeho postup je rozložen do dílčích zvládnutelných kroků, a klient tak v každém kroku může zažívat dílčí úspěchy. Klasická expozice pracuje s vystavováním se stresoru (v mysli, nebo fyzicky) v bezpečném prostředí, kdy klient zjistí, že katastrofické důsledky, kterých se obával, nenastanou, a že intenzita úzkosti nevzrůstá do nekonečna, ale naopak po nějaké době začne klesat (Vybíral & Roubal, 2010). Klasická KBT, ačkoli expozici stále využívá, by se možná více zaměřila na myšlenky, emoce a katastrofické scénáře – více by pracovala s přerámováním mysli (Pešek, Praško & Štípek, 2013). V rámci dnešní KBT pak také existuje třetí vlna, která zdůrazňuje práci s emocemi, traumaty z dětství, imaginací a sny, hlubokými postoji vzniklými při raných zážitcích, životním smyslem apod., a přebírá tak do sebe účinné prvky z jiných psychoterapeutických směrů (Šlepecký, Praško & kol., 2018). V rámci terapií fobií se však i tak jeví expozice stále jako účinná. KBT a Bandurův přístup si jsou v určitých principech podobné, zaměřují se více na řešení problémů a jejich změnu. Psychoanalytický přístup by oproti tomuto naopak hledal příčinu vzniku fobií, která pochází z vytěsněných obsahů, které by se snažil přenést zpět do vědomí (Vybíral & Roubal, 2010).

Poslední oblastí, ve které se uplatňuje self-efficacy, je závislost na návykových látkách. Zažívaná schopnost sebeovládání předpovídá nejen to, kdo zažije relaps a za jak dlouho, ale také, jak na tento relaps zareaguje. Lidé s pocíťovaným silným přesvědčením o své účinnosti vyhodnotí toto sklouznutí jako dočasný neúspěch a zvýší své úsilí. Ti, co naopak nevěří ve svou schopnost seberegulace, se spíše vzdají a relapsy budou zažívat neustále. Míra účinnosti v různých doménách může odhalit oblasti, ve kterých jsou uživatelé návykových látek zranitelní, nebo kde selhává léčba (Bandura, 1997b). Blíže o úloze self-efficacy v závislostech bude pojednáno v kapitole o duševním onemocnění.

1.4 Vymezení pojmu self-efficacy vůči dalším pojmům

Self-efficacy, jinými slovy také sebe-účinnost, víra ve vlastní účinnost/efektivitu, je pojem, který byl rozebrán výše. Jednoduše můžeme říci, že jde o *pocit jedincovy důvěry ve vlastní schopnosti* (Nolen-Hoeksema, 2000, str. 815). Urbánek a Mareš (1996, str. 2) jej definují takto: *Pocíťované (vnímané) self-efficacy je definováno jako přesvědčení o vlastní schopnosti organizovat a provádět řadu jednání, jež jsou nezbytná ke zvládnutí nějaké situace, úkolu v nejširším slova smyslu, či k dosažení nějakého cíle*. Dále pak autoři dodávají, že toto přesvědčení ovlivňuje myšlení, city a motivaci jedince. Důraz je zde kladen na slovo *přesvědčení* o vlastní schopnosti: tedy jinými slovy, *být něčeho schopen ještě neznamena být přesvědčen o tom, že jedinec je něčeho schopen* (tamtéž, str. 2). Nyní se pokusím termín self-efficacy vymezit vůči jiným, jemu podobným pojmům.

Locus of control, volně přeloženo jako řídicí bod. Autorem tohoto pojmu je J. B. Rotter, který ho poprvé uveřejnil v článku, který pojednával o jeho jednotlivých experimentech. Rotter v něm uvedl rozdíly v chování mezi dvěma skupinami osob, z nichž jedna skupina vnímala posílení či odměnu jako odpovídající k jejich chování a druhá ho chápala jako náhodu či zásah experimentátora (Rotter, 1966). Tento konstrukt tedy popisuje přesvědčení jedince o tom, čemu připisuje příčiny svého úspěchu a neúspěchu (Joelson, 2017). Bývá rozdělován na interní a externí. Osoby s interním locus of control připisují úspěchy svým vlastním snahám a schopnostem, a jsou tedy i více motivované se dále učit a zlepšovat. Naopak osoby s externím locus of control připisují svůj úspěch náhodě či osudu, a mají tedy menší motivaci vynakládat snahu na případné zlepšování se. Zároveň pocíťují více úzkosti, jelikož nemají nad svým životem kontrolu. To ale nutně neznamena, že jedno je správné a

druhé špatné, protože záleží na konkrétních okolnostech a jsou situace, kdy vnitřní locus of control může být kontraproduktivní (například pokud budu stále všechny neúspěchy přičítat vlastnímu selhání, a budu slepá vůči okolnostem). Výzkumy také ukazují, že lidé se spíše interním locus of control jsou více orientovaní na úspěch a získávají lépe placená místa. Autor článku uvádí pěknou ilustraci „internistů“ a „externistů“ – studentů, kteří se zapsali na jeho kurz pro zlepšení psychoterapeutických schopností. Od „internistů“ bylo možné slyšet věty jako: „vím, že to záleží na mě“, „musím se naučit, jak být úspěšnější“, „jsem zodpovědný za to co se stane v mé praxi“. Od „externistů“ slyšel naopak věty typu: „v dnešní době je velmi těžké uspět“, „nezvládám tu soutěživost v našem oboru“ apod. Původ locus of control je zčásti vrozený a z části se na něm podílí výchova. Děti rodičů, kteří jim pomáhali poznávat spojení mezi chováním a jeho důsledky, mají více vyvinuté interní locus of control (Joelson, 2017).

Ačkoli lidé s vysokým self-efficacy většinou mívají spíše interní locus of control, tyto dva konstrukty však nejsou totožné. Například určitá osoba si může myslet, že je v její kompetenci ovlivnit své zdraví, ale zároveň se může cítit neschopná pro to něco udělat, například vařit si zdravá jídla. Jde tedy o interní locus of control, ale nízké self-efficacy. Dalším rozdílem je, že self-efficacy se může procvičováním zlepšovat, kdežto locus of control je hůře ovlivnitelné. Zároveň se ale locus of control může přirozeně měnit v průběhu života.

Sebepojetí (self-concept) je představa sebe sama, jak se jedinec vidí, kdy je zdůrazněna poznávací složka (Hartl & Hartlová, 2000), ale také *způsob*, jakým jedinec dává smysl sám sobě, nebo představám o sobě (Nolen-Hoeksema, 2012). Self-efficacy by tedy zřejmě spadalo pod sebepojetí, jelikož je to způsob sebepojetí, který ho ale také dále ovlivňuje a má přesah do jednání.

Seberegulace (self-regulation) je pozorování vlastního chování a jeho úprava (tamtéž). Seberegulace je součástí self-efficacy, jak bylo uvedeno výše.

Sebeschéma (self-schema) sestává z kognitivních generalizací vyvozených o sobě na základě minulých zkušeností, které dále organizují zpracování informací vztahujících se k vlastní osobě (tamtéž). Self-efficacy bude mít na sebeschéma nepřímý vliv, neboť ovlivňuje naši úspěšnost, na jejímž základě pak můžeme vyvozovat své sebeschéma.

Sebeúcta (self-esteem) je představa jedince o vlastní hodnotě (tamtéž). Souvisí s jeho osobním hodnocením sebe sama, což se odvíjí jednak od toho, jak jeho kultura oceňuje vlastnosti, kterými disponuje, a jednak od toho, jak jedinec dokáže sladit své chování s osobními představami o vlastní důstojnosti (Urbánek & Čermák, 1996). S konceptem self-efficacy souvisí opět tak, že lidé s vysokým self-efficacy mohou mít vysokou sebeúctu a naopak.

Sebevědomí (self-confidence) je vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností a víra v ně a v budoucí výkony (Hartl, 2000). Jde o základní definici, neboť bývá pojímáno různě různými autory, někteří ho ztotožňují se sebepojetím (Fleischmann, 2008). Můžeme říci, že sebevědomí a self-efficacy se vzájemně ovlivňují, neboť pokud budu mít vysokou míru self-efficacy, budu úspěšný, a to mi zvýší sebevědomí, zároveň ale dostatečné sebevědomí je základem pro zvyšování self-efficacy. Další rozdílem je, že self-efficacy je dále uplatnitelná schopnost, kdežto sebevědomí je způsob, jakým na sebe nazírám.

Sebenaplnující se proroctví (self-fulfilling prophecy). Autorem pojmu je Robert Merton (2000), který jej vytvořil na základě Thomasova teorému, který zní: „jestliže lidé definují situace jako reálné, jsou tyto reálné ve svých důsledcích“ (Merton, 2000, str. 196). Tedy že pouhé očekávání určitých výsledků vede k jejich naplnění. Podobný problém, a sice vliv očekávání výsledků na self-efficacy rozebírá ve své studii i Williams (2010), který je blíže představen v následující kapitole o kritice self-efficacy. U sebenaplnujícího se proroctví si ale můžeme všimnout jistých podstatných odlišností od konstruktů self-efficacy. Jednak je sebenaplnující se proroctví více zaměřeno na výsledek, a ne na nastavení psychických funkcí a tedy proces, jak je tomu u self-efficacy. A za druhé, sebenaplnující proroctví pochází ze sociologických teorií, a týká se tedy většího počtu lidí, ve kterém je jeho síla. Jako příklad je v Mertonově textu uvedena banka, o které když se rozkřikne původně falešná zpráva o její insolventnosti, aniž by to byla pravda, lidé z ní začnou vybírat své peníze, čímž ji jistě položí. Vidíme, že k naplnění proroctví bylo zapotřebí davu lidí, pouhý jednatel by na to vliv určitě neměl.

1.5 Způsoby zkoumání self-efficacy

Glackin a Hohenstein (2018) uvádějí, že za posledních 20 let se koncept self-efficacy zkoumal výhradně pomocí kvantitativních metod, což mělo za následek úzkou

konceptualizaci problému a rovněž postupné zpochybnění validity a reliability těchto nástrojů. Dosavadní zkoumání například učitelského self-efficacy bylo až ze 76 % prováděno pomocí kvantitativních metod, jejichž těžiště leželo v sebeuposouzení učitelů pomocí výroků a určení souhlasu na Likertově pětibodové škále. Jsou využívány z důvodu snadného použití, transferability a reliability a také faktu, že self-efficacy je relativně dobře měřitelný konstrukt. Na druhé straně ale kvantitativní metody dostatečně nepostihují jeho bohatost, a naopak ho redukuje na dichotomický koncept vysokého vs. nízkého self-efficacy. Také vznikají problémy při jeho přílišném zúžení či naopak rozšíření: v prvním případě může být nepřenositelný, ve druhém pak zase příliš obecný. A v neposlední řadě dotazníky předpokládají upřímnost respondenta a opomínají například fenomén sociální žádoucnosti, který se projevuje nekritickými odpověďmi, zvláště když respondent právě absolvoval něco, co má zpětně hodnotit. Mezi cíle jejich výzkumu, prováděném na vzorku učitelů, tedy patřilo zjistit, jak mohou být užity kvalitativní metody pro získání komplexnějšího pohledu na self-efficacy učitelů, a zároveň tyto metody byly porovnány s metodami kvantitativními. Kvantitativní metody zahrnovaly sérii dotazníků, kvalitativní metody pozorování a rozhovor. Výsledky byly zajímavé: z kvantitativních šetření by vzešlo, že všichni učitelé mají relativně vysoké self-efficacy. Při podrobnější kvalitativní analýze se ale ukázalo, že výroky jsou závislé na kontextu učitele. Pro ilustraci autoři uvedli dvě kazuistiky: první učitel dosáhl kvantitativním hodnocením vysokého stupně self-efficacy, kdežto kvalitativním hodnocením naopak středně nízkého. Druhý učitel zase dosáhl s použitím kvantitativních metod průměrného stupně self-efficacy, kdežto kvalitativními metodami naopak středně vysokého. Závěrem autoři dodávají, že kvalitativní metody jsou časově náročnější a méně objektivnější, a proto doporučují triangulaci dat z co nejvíce zdrojů (Glackin & Hohenstein, 2018).

Uvedenou studii jsem vybrala, neboť se kriticky vyjadřuje k oběma typům metod: kvalitativním i kvantitativním, a dobře vykresluje jejich výhody a nevýhody. Mimo to existují další studie, které ve svých výzkumech na téma self-efficacy využívají, a tedy se přiklání buď na stranu kvalitativních metod (např. Wyatt, 2015), nebo smíšených (např. Usher, Ford, Li & Weidner, 2019), méně pak už čistě kvantitativních metod (např. Murphy, 2015).

1.6 Kritika self-efficacy

Self-efficacy není novým konstruktem, což se odráží například v Bandurových behavioristických návodech na jeho posilování (Bandura, 1997a). Rovněž se občas stírají hranice mezi tímto konstruktem a jinými, jemu podobnými, či bývají dokonce tyto pojmy zaměňovány. Proto je v textu této práce uvedeno vymezení vůči jiným, jemu podobným pojmům. Ve výzkumech, výše zmíněných i tomto našem, je ale přesto s oblibou používán. To je dáno zřejmě jeho bohatou teoretickou propracovaností a možnostech zkoumání a zjišťování, a to jak pomocí kvantitativních, tak kvalitativních metod.

Samozřejmě ale žádná teorie není neomylná; určité nesrovnalosti ohledně tohoto konstruktu zkoumá, ačkoli ne příliš srozumitelně, ve své studii Williams (2010). Uvádí, že podle Bandury self-efficacy ovlivňuje očekávání výsledků, ale naopak to neplatí, tedy že očekávání výsledků nemá vliv na self-efficacy. Williams (2010) ale poukazuje na to, že některé výzkumy toto vyvracejí, a že dokumentují vliv očekávání výsledků na self-efficacy. Podle něj tedy neplatí pouze jednosměrný vztah, a sice že když budu mít např. vysoké self-efficacy, tak to způsobí, že budu očekávat dobré výsledky (a díky vhodné organizaci psychických funkcí jich i dosáhnu). Naopak, když si zvolím takové úkoly, u kterých budu očekávat dobré výsledky, tak to mou self-efficacy posílí. Williamsovo výsledky tedy upozorňují, že konstrukt self-efficacy může být ovlivněn očekáváním výsledků. Z toho podle mě vyvstává důsledek, že případná operacionalizace self-efficacy by měla zohledňovat i další proměnné prostředí.

Podobně jiná studie, provedená Biglanem (1987), zase přezkoumává důkazy, které dokládají, že self-efficacy má vliv na chování a fyziologické vybuzení u pacientů s fobiemi, či jinými klinickými stavy. Tyto důkazy dle autora článku sestávají z korelací mezi hodnocením self-efficacy a jiným chováním, k čemuž poznamenává, že korelační vztahy odpověď-odpověď neznamenaají kauzalitu. Dodává, že tím nepopírá empirické doklady na podporu self-efficacy, ale pouze upozorňuje na proměnné v prostředí, které mohou mít na self-efficacy vliv. Ze zmíněných kritik tedy můžeme vidět, že se zaměřují zejména na rizika způsobu měření self-efficacy, ze kterého vyvstávají uvedené problémy, a proto je tedy vhodné užít i kvalitativní metody zkoumání.

2. Hospitalizace

Hospitalizace, ať už jakákoli, představuje výrazný zásah do běžného života jedince, proto jí zde bude věnována samostatná kapitola. Abychom si jí více přiblížili, nejprve se podíváme na její specifika.

2.1 Specifika všeobecné hospitalizace

Křivohlavý (2002) upozorňuje na specifika hospitalizace jako takové, tedy nejen na psychiatrické. Na rozdíl od ambulantní léčby je hospitalizace v 98 % přikázána či nařízena někým jiným a není tedy nikdy zcela dobrovolná. Dále pacient musí počítat s určitým poddáním se místnímu řádu, který musí dodržovat. A v neposlední řadě je hospitalizace vnímána z hlediska vážnosti onemocnění jako mnohem závažnější než v případě ambulantní léčby. Tato fakta dostávají pacienty do stresu. Při hospitalizaci je pak změněna či narušena běžná aktivita pacienta, jeho nezávislost, životní rytmus, sebedůvěra, zájmy a mnohé další. Zároveň dochází k jisté depersonalizaci, kdy pacient ztrácí mezi ostatními svou identitu. To, jak tyto změny akceptuje a jak na ně reaguje, z něj pak dělá „dobrého“ či „špatného“ pacienta.

Problematickou rozdělení pacientů na dobré a špatné se zabíral např. Lorber (1975 in Křivohlavý, 2002). Za „dobrého“ pacienta je považován ten, který nemá speciální požadavky, příliš se na nic neptá a vše dodržuje. „Špatný“ pacient má naopak spoustu dotazů, připomínek, výhrad a celkově léčbu spíše problematizuje. Bývá sice odhadováno, že dobrých pacientů je více než těch špatných, ovšem při podrobnějším zkoumání se ukázalo, že trpělivost „dobrých“ pacientů není autentická. Pouze potlačují negativní pocity frustrace a bezmoci. Ta se objevuje i u „špatných“ pacientů, kteří na ni ale otevřeně reagují. V obou případech tyto negativní pocity vznikají především z důvodu zbavení možnosti řídit svůj život (Křivohlavý, 2002).

2.2 Subjektivní prožívání psychiatrické hospitalizace

Tématu vnímání a prožívání psychiatrické hospitalizace je ve vědecké oblasti věnováno dosti prostoru – od závěrečných prací studentů po celosvětové projekty. Práce jsou zaměřeny jak na vnímání hospitalizace pacientem teď a tady, tak na důsledky hospitalizace po propuštění. V pracích je rovněž rozlišováno, zda jde o dobrovolnou či nedobrovolnou hospitalizaci.

Následující text tedy bude tyto rozdíly rozlišovat – nejprve se podíváme na aktuální prožívání hospitalizace, poté na jeho důsledky, a nakonec se zmíním o problematice nedobrovolné hospitalizace.

2.2.1 Aktuální prožívání hospitalizace

Tématu vnímání zejména prvopobytu v psychiatrické nemocnici se věnovala závěrečná práce Medvedevy (2013). Ve své práci zaznamenala rozporuplné a převážně negativní emoce patientek vztahující se k oddělení, jeho vybavení a podmínkám pobytu. Patientky nebyly spokojené se stavem budovy vyžadující rekonstrukci, s absencí soukromí a uzavřeností oddělení. Zároveň se respondentky lišily v pocitech, které prožívaly v souvislosti s odborníky – stěžovaly si na nedostatek času jim věnovanému, ale zároveň vyjadřovaly pochopení a omlouvaly odborníky jejich přetížeností. Z těchto závěrů můžeme vyčíst, že prostředí a přístup personálu je pro pacienty velmi důležitý.

Další studií na podobné téma byl výzkum De Barbara a kol. (2008), kteří se zaměřili na změnu pacientovy identity během první psychiatrické hospitalizace. Výzkum pojali zajímavým způsobem – sledovali rozhovory pacientů a jejich rodičů v rámci rodinné terapie na začátku a na konci léčby, a zaměřili se v něm na obsah i formu jazyka, které byly užity. Zároveň sledovali vyjadřování emocí pomocí standardizovaného nástroje¹. Co se mluvy pacientů týče, změnila se ve více medicínskou a intelektuální, ale nenastaly žádné změny v emočním zabarvení, ani nenastal nárůst pocitů stigmatizace. U rodičů byl zase zaznamenán pokles verbální aktivity a emočního vyjádření, kdežto jejich mluva taktéž začala být více medicínská, zároveň narostly pocity stigmatizace. Na základě indexu emočního vyjádření bylo dále zjištěno, že u rodičů klesla hostilita a kritičnost, a naopak vzrostla jejich vřelost. Je sice zapotřebí zmínit, že studie se zaměřila na pacienty s psychotickým onemocněním, kde užívání antipsychotik má velmi specifické nežádoucí účinky v podobě emoční oploštělosti a jakési strojenosti. Jedno poselství, které studie přináší, a které bylo již dříve objeveno jedním z jejich autorů, je následující: člověk, který byl v počátku BAD and MAD (tedy špatný a šílený) se změnil na BED and MED (tedy lůžkový a medikovaný/medicínský). Pojmem MED autoři neodkazují pouze na medikaci pacienta, ale také na osvojení si odborné terminologie, v jejichž důsledku dochází k určitému odosobnění, spolu s umístěním na

¹ Expressed Emotion Index, Leff and Vaughn, 1985 in De Barbaro a kol., 2008

lůžko. Tímto vyjádřením je myšlen proces, ke kterému přispívají pacienti, jejich rodiče i odborníci, a kterým se z jedince stává *pacient*. A tím, že se jedinec stane *pacientem*, ztrácí část své autonomie. Důležitým sdělením studie je, že předcházení ztráty identity by měli mít na paměti všichni výše zmínění aktéři. Studie nám zároveň pomáhá přiblížit nepříliš zdravý proces, který se v člověku, který podstupuje hospitalizaci, odehrává – aby jí úspěšně dovedl do konce, musí si přiznat, že je stejný, či alespoň podobný, jako jeho spolupacienti a tím se vzdát i části své autonomie.

2.2.2 Důsledky hospitalizace po propuštění

Studie prováděné za účelem zkoumání vlivů hospitalizace na následný život pacientů se v jednom ohledu shodují: propuštění z hospitalizace do běžného života s sebou nese jistá specifika, a není to proces hodný opomenutí. Národní dánská kohortová studie, uskutečněná Walterem a kol. (2019) zkoumala závažné nepříznivé důsledky, které po propuštění mohou nastat, na vzorku více než 60 000 osob propuštěných z psychiatrické hospitalizace, které srovnávala s nehospitalizovanými jedinci. V propuštěné kohortě byl do 10 let od prvního propuštění o 32 % vyšší výskyt úmrtí, sebepoškozování a páchání násilných trestných činů než u nehospitalizované populace. Nejvyšší procento zmíněných neblahých důsledků bylo u pacientů s diagnostikovanou závislostí na psychotropních látkách, nejnižší pak u těch s diagnostikovanou poruchou nálady. Zároveň první tři měsíce po propuštění se nejvíce objevovaly sebevraždy či sebepoškozování.

Jiná studie (Hocking & kol., 2005), se podobně zaměřila na pozdější důsledky dlouhodobé psychiatrické hospitalizace a následné deinstitucionalizace a pomocí narativní analýzy nabídla podrobnější náhled na život pacientů propuštěných z léčby. Všech osm pacientů žilo v době rozhovorů v neuspokojivých podmínkách. Měli málo sociální opory a většina měla problémy s prací. Objevovala se u nich jistá rezignace v tom, že druzí „to vědí nejlépe“ a spolu s akceptací všedního života zabraňovala jejich případné motivaci něco změnit.

Obě výše zmíněné studie poukazují na potřebu zajištění následných doléčovacích služeb a další sociální opory, která je očividně nedostačující. Musíme mít rovněž na paměti, že dlouhodobá hospitalizace v řádu několika let bude mít jiné dopady než hospitalizace v řádu měsíců. Na druhou stranu pacienti krátkodobě hospitalizovaní, a to i ti co jsou zahrnuti v mé práci, mívají většinou několikanásobné zkušenosti s hospitalizací, takže jedno období

několikerych hospitalizací se tak může blížit jedné dlouhodobé. Ovšem stále zůstává rozdíl v tom, že mezi jednotlivými hospitalizace pacienti mohou alespoň částečně obnovovat své vazby na okolní svět (ačkoli mnohdy neuspokojivě), což u jedné dlouhodobé léčby zaniká.

Podle longitudinální studie Edella a kol. (1990) však měla dlouhodobá hospitalizace dokonce pozitivní dopady u mladých pacientů (18-38 let) kteří nereagovali na krátkodobou hospitalizaci a ambulantní léčbu. Po propuštění u nich byl zjištěn pokles recidivy, zlepšení kvality života a celkového fungování. Z výsledků této studie tedy můžeme vidět, že institucionalizaci odstranit nelze, v určitých případech je skutečně na místě. Odborníci, pacienti a jejich rodiny by však neměli zapomínat, že stále zůstávají především lidmi.

Pohled samotných pacientů na svou hospitalizaci po jejich propuštění přináší kvalitativní studie Eldala a kol. (2019), vycházející z rozhovorů s nimi tři měsíce po propuštění. Celkově se dá říct, že pokud pacienti během hospitalizace zažívali pozitivní momenty, vzpomínali na ni v dobrém, a naopak. Vyzdvihovali možnost povídat si s ostatními, aktivity během dne a služby. Následně z rozhovorů vyvstala tři hlavní témata. *Pauzu od všeho tam venku* kvitovali jak lidé s hektickým životem, kteří si během hospitalizace odpočinuli, tak i lidé s osamělým a nudným životem, kteří nyní mohli mít stále někoho kolem sebe. Za tuto přestávku od běžného života však také museli přinést patričnou oběť. Některým se kvůli hospitalizaci zastavila práce a rodinný život, jiní měli pocity neschopnosti a závislosti na odbornících, či chápali hospitalizaci jako svou porážku. *Záchranná síť pro případ pádu* byla dalším vynořujícím se tématem. Pacienti zdůrazňovali možnost zavolat na oddělení při zhoršení stavu po propuštění a mít tak k dispozici okolí, které bude nápomocné, či místo, kam se vrátit. Ovšem pro některé byla tato síť spíše pastí – případ vrácení se na oddělení vnímali jako nejhorší variantu. Jako past vnímali někteří i přidělení diagnózy, skrze kterou byli následně nazíráni. A posledním velkým tématem, o kterém pacienti hovořili, bylo jejich propuštění – tedy téma od *využívání péče k převzetí zodpovědnosti*. Některí pacienti se na přechod domů těšili, jiní z něj měli obavy. Těšili se na to, že nyní mají více energie díky hospitalizaci, a budou vše lépe zvládat a také se budou moci věnovat všem dalším věcem, které dělali doma. Naopak se ale obávali ztráty bezpečí a osamělosti. Z výsledků tedy můžeme vidět, že pozitiva zdůrazňované pacienty mají i své stinné stránky, a také že

propuštění a představy po něm jsou pro pacienty jedním z klíčových témat řešených již během hospitalizací.

2.2.3 Nedobrovolná hospitalizace

Ačkoli jsou pacienti v mé práci dobrovolně hospitalizováni, tematika nedobrovolné hospitalizace neodmyslitelně patří k psychiatrické hospitalizaci, proto se o ní zde alespoň v krátkosti zmíním.

Pod nedobrovolnou hospitalizací si asi většina laické veřejnosti představí nehumánní a násilné zacházení s pacienty a jejich nucenou izolaci srovnatelnou s pobytem ve vězení. Byť se takto s pacienty mohlo dříve zacházet, dnes se nedobrovolná hospitalizace vyvinula moderním směrem a není již co bývala. Ačkoli média mohou tuto praxi z hlediska poskytovatelů psychiatrické péče podávat stále jako tyranizující, přístup psychiatrie je opačný: omezení svobody jedince se děje jen jako krajní možnost, po vyčerpání všech jiných, nerestriktivních opatření, a to pouze z léčebných, nikoli edukačních důvodů (Kitzlerová a kol., 2008). Tak to alespoň dokládají studie uskutečněné u nás i u našich slovenských sousedů, a to nejen ve svých výsledcích, ale také vůbec ve způsobu nazírání na nedobrovolnou hospitalizaci, jejíž nutnost je neustále diskutována. Smolák a Šimovcová (2019) ve své kazuistice pacienta s nedobrovolnou hospitalizací popsali vše podstatné: Odborníci si uvědomují, že nedobrovolné hospitalizace nejsou žádoucí, protože mohou mít negativní vliv na vztah pacienta k personálu a vnímání péče. Přístupuje se k nim tedy většinou pouze v případě, kdy je osoba nebezpečná sobě či svému okolí, což byl i případ jejich pacienta, který neměl na své onemocnění náhled. Adekvátně poskytnutá péče, spočívající především v respektování etických norem a potřeb pacienta, měla pak pozitivní vliv na jeho zdravotní stav a průběh hospitalizace. Postup ale nelze zevšeobecnit, je potřeba individualizovaného přístupu (tamtéž). Projekt EUNOMIA, kterého se účastnilo 12 zemí Evropy včetně České republiky (Kitzlerová a kol., 2008), se pak přímo zaměřoval na srovnání spokojenosti s hospitalizací u dvou skupin pacientů – dobrovolně a nedobrovolně hospitalizovaných a jejich příbuzných. Výsledky studie vyvrátily hypotézu, ve které byli nedobrovolně hospitalizovaní pacienti méně spokojeni s léčbou. Naopak, obě skupiny pacientů byly s léčbou spokojeny, a použití omezovacích prostředků jejich hodnocení neovlivnilo, z čehož vyplývá, že při citlivém použití donucovacích prostředků ve správných

indikacích jsou toto pacienti schopni akceptovat. U obou skupin došlo během hospitalizace ke zlepšení jejich psychopatologického stavu, a co se spokojenosti s hospitalizací týče, u nedobrovolně hospitalizovaných rostla, zatímco u dobrovolně hospitalizovaných nejprve rostla, poté mírně klesla. Na tento aspekt se studie dále nezaměřila, ale myslím, že je zajímavý. Jako by hospitalizace, která je v úvodu nejhorší, měla poté pouze stoupavou tendenci ve spokojenosti, protože každý další vývoj je vždy lepší, než úvodní restrikce, a pacienti nemají dopředu přílišná očekávání, jako je tomu v případě dobrovolné hospitalizace. Jiná longitudinální zahraniční studie tento fenomén však vyvrací, a to zejména v případě, kdy pacienti pociťují větší stres při umístění do nedobrovolné hospitalizace. Ten má pak nepříznivý vliv na zotavení a je spojen s pocity stigmatizace a oslabení (Xu a kol., 2019). Proto jak již bylo zmíněno, k nedobrovolné hospitalizaci je třeba přistupovat jen v krajních a nezbytných případech, a to se vší citlivostí a individualizovanou péčí.

3. Duševní onemocnění

O rozporuplnosti pohledu veřejnosti na duševní nemoc pojednává Skorunka (in Mareš, 2011). Na jedné straně převládá mezi lidmi fascinace, která se pak odráží v umění, na druhé straně strach a předsudky. Během 20. století se tematika duševní nemoci pomalu začínala destigmatizovat, a tato snaha pokračuje do dnešních dní. Není divu, neboť ve 21. století (konkrétně dle údajů z roku 2011) propukne každý rok duševní onemocnění u 38,2 % evropské populace. To je více než třetina. Od roku 2005 je to nárůst o více než 10 %, což ale autoři studie vysvětlují jednak rozšířením Evropské unie o další členské státy a jednak zahrnutím nových nosologických jednotek. Co se prevalence jednotlivých poruch týče, na prvním místě jsou úzkostné poruchy (14 %), následované nespavostí, velkou depresí, somatoformními poruchami, závislostí na alkoholu a dalších psychoaktivních látkách (více jak 4 %), dále poruchy pozornosti a demence (Wittchen et al in Mareš 2011). Léčba duševních poruch, a tím více jejich „neléčba“ či zpožděná či neadekvátní léčba má taktéž velké ekonomické dopady. Vedle samotné duševní poruchy má tato dopady ještě další, v podobě zásahu do rodinných vztahů, pracovního uplatnění či sebepojetí (Skorunka in Mareš, 2011).

3.1 Subjektivní prožívání nemoci

Dle Benyaminiho (2007 in Mareš, 2011) si člověk s psychickým onemocněním utváří tzv. reprezentaci nemoci, která zahrnuje všechny možné otázky ohledně daného onemocnění. V popředí stojí otázky ohledně příčiny, podstaty a důsledků nemoci a zda se tyto budou v průběhu času nějak měnit. Jelikož nežijeme odděleně, ale ve společenství lidí, kladou si tyto otázky i blízcí dotyčného. Podstatnou částí nemoci, která má na osobu největší dopad, je následné omezení svobody a nutnost měnit svůj životní styl. Právě tento fakt, tedy omezení dosavadního způsobu života, je nejčastější příčinou vyhledání odborné pomoci. Další specifikum ohledně duševního onemocnění je skutečnost, že na rozdíl od periferního úrazu zasahuje tato nemoc přímo myšlení, vnímání, cítění a prožívání, což jsou hlavní složky naší osobnosti, a tedy i identity. Periferní onemocnění sice také určitým způsobem zasáhne do našeho tělesného schématu, a tedy sebepojetí, ovšem duševní nemoc útočí přímo na jeho centrum. A jelikož žijeme ve společenství lidí, na interpretaci naší nemoci má velký vliv okolí, které nám pomáhá jí spoluvytvářet. Skorunka (in Mareš, 2011) hovoří o tom, že ve

společnosti převládá negativní pojetí duševních onemocnění, a proto je potřeba mít jakousi gramotnost o svém duševním onemocnění (*mental health literacy*, Jorm a Griffith, 2006 in Mareš, 2011), tak, aby člověk neinternalizoval nepravdivé předsudky ohledně svého onemocnění. V praxi se můžeme setkat s edukací v léčebnách, kde se pacienti učí, a jsou dokonce v některých případech zkoušeni ze základních znalostí psychiatrie. Avšak i proti této edukaci se ozývají kritické hlasy. Mezi nimi například to, že klasifikace diagnostických systémů spoluvytváří iluzi o tom, že takoví pacienti jsou jiní než my (Mosher, Read, Bentall, 2004 in Mareš, 2011); že prosazování biologicky orientované edukace o duševních nemocech je podporováno farmaceutickými firmami, které tím snižují hodnotu všech nefarmakologických způsobů pomoci (Read, Haslam, 2004 in Mareš, 2011); nebo že podstatou léčby člověka je jeho rychlé navrácení do práce, aby nepobíral nemocenské dávky. Tyto názory výzkumníků se ale v některých případech mohou rozcházet s vnímáním samotných pacientů, pro které je důkladná znalost svého onemocnění na odborné úrovni upřednostňovanou volbou (Skorunka in Mareš, 2011).

3.1.1 Stigma a destigmatizace

Slovo stigma pochází z řečtiny a znamená cejch, znamení. Souvisí s generalizacemi, které se o lidech nesoucích určitý znak (v našem případě psychiatrickou diagnózu) tradují. Jde například o předsudky ohledně nevyléčitelnosti, nepoužitelnosti, nebezpečí apod. Toto veřejné stigma dotyčný pak internalizuje, přijme je za své a stane se z něj tzv. self-stigma (Corrigan, Angermeyer, 2004 in Mareš, 2011). Self-stigma duševní nemoci pak zahrnuje stud, nejistotu, obavy z hodnotících soudů apod, které mnohdy vedou i k opožděnému vyhledání odborné pomoci. Stigmata a předsudky ohledně duševních nemocí jsou posilována médii, která věnují větší pozornost trestným činům spáchaným lidmi s duševní poruchou, což posiluje obraz větší pravděpodobnosti trestné činnosti u lidí s duševní poruchou, a to navzdory statistickým údajům (Tailor, Gunn, 1999 in Mareš 2011).

Proti těmto stigmatům dnes vznikají iniciativy pokoušející se o destigmatizaci duševních poruch. Jejich forma je různorodá, může jít o veřejné kulturní akce, besedy, psaní beletrie, internetové stránky. Jedním z jejich cílů je obeznámení veřejnosti s duševními poruchami, neboť předsudky vznikají tam, kde máme o věci málo informací. Dále pak je také snaha propojit svět psychiatrie s „normálním“ světem, neboť historie vedla spíše k izolaci těchto

fenoménů. Zajímavé je v tomto ohledu hnutí Hearing voices, složené z odborníků na lidskou duši a také z lidí se zkušeností s psychotickým onemocněním. Jejich snahou je akceptace a porozumění „hlasům“, tedy auditivních halucinací provázejících psychotická onemocnění, zejména schizofrenii. Tyto hlasy jsou nemocnými vnímány jako nejvíce nepříjemné a běžnou praxí je jejich potlačování pomocí psychofarmak. Zmíněné hnutí se nesnaží tyto hlasy potlačit, ale naopak jim porozumět, jelikož vychází z přesvědčení, že člověku mohou něco napovědět o něm samém, a to i proto, že se objevují v době zvýšené zátěže. Porozumění hlasům zmírní jejich ohrožující účinek a dotyčný předejde negativním vedlejším účinkům užívání psychofarmak. Ne každý je toho ale schopen (Oulík, 2019).

Toto pojetí také poukazuje na další fenomén v psychiatrii, a sice na nejednotnou praxi a náhled na duševní onemocnění. Pro člověka s duševním onemocněním, který se dostane do rukou odborníka, je jeho názor klíčový. Tento názor se ale u jednotlivých odborníků liší, a o to těžší je pro dotyčného vytvořit si o sobě nějaké stabilní sebepojetí (Skorunka in Mareš, 2011).

3.1.2 Nálepkovací teorie

Nálepkovací teorie (labelling theory) je konstrukt, který vznikl v sociologii od třicátých let 20. století, do medicíny pak pronikl v 60. letech. Od svého počátku se radikalismus této teorie snížil. Vycházela z předpokladu, že v okamžiku určení diagnózy je nepříznivě ovlivněn osud dotyčného, kdy je jeho současné i minulé chování nově nazíráno skrze přidělenou diagnózu, je mu vnucena stigmatizovaná role, kterou již nemůže opustit i navzdory zlepšení chování, on i jeho okolí jsou ovlivněni stereotypem oné poruchy a není snadné se znovu integrovat do běžné společnosti. Rovněž se v počátku průniku této teorie do medicíny upozorňovalo na to, že bez diagnózy má porucha mnohem větší šanci být pouze přechodná a že se diagnóza neodvíjí od reálného chování dotyčného, ale od sociálního prostředí, ve kterém žije – to pak po návratu pacienta reaguje na jeho nálepku, nikoli jej samotného. Na druhou stranu oproti tomuto pojetí stojí například fakt, že mnohdy se dotyčný o onu nálepku horlivě uchází, a že adekvátní diagnostika je cestou k pomoci a úlevě (Höschl, 2004).

3.2 Duální diagnóza

Duální diagnózu jako takovou v Mezinárodní klasifikaci nemocí č. 10 nenajdeme. Také různí autoři pod pojmem duální diagnóza chápou různé druhy poruch. Například Evans a Sullivan (2001 in Filipovská, 2015) pod pojmem duální diagnóza rozumí dvě souběžná psychická onemocnění, z nichž jedno může být látková, ale i nelátková psychická porucha a druhou je jakákoli další nelátková psychická porucha. V našem případě máme na mysli kombinaci diagnózy škodlivého zneužívání či závislosti (v MKN 10 kapitola F10 – 19) spolu s další přidruženou psychickou nemocí. Tou mohou být psychotická onemocnění, afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy osobnosti či nějaká další duševní onemocnění. Duální diagnóza (DD) je také jiným označením pro psychiatrickou komorbiditu (Fox, 2011 in Vyskočilová, 2016).

V literatuře nacházíme různou souvislost a odlišnou kauzalitu, která je mezi DD a další psychickou nemocí popisována. Dva základní modely jsou shrnuty ve výroční zprávě Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004), které se dělí dle toho, jaká z diagnóz je primární. Buď duševní onemocnění vede k závislosti, a to tak, že pacienti si v důsledku duševního onemocnění vypěstují závislost na návykových látkách, nebo je směr opačný, a sice že závislost na návykových látkách vyvolá duševní onemocnění (Kessler a kol., 2001; McIntosh & Ritson, 2001 in EMCDDA, 2004). Vedle těchto dvou základních modelů existuje i podrobnější dělení, např. dle Krausze (1996 in EMCDDA, 2004). Ten uvádí 4 skupiny pacientů, první dvě jsou shodné s výše uvedenými:

- Primární diagnóza psychického onemocnění s následnou diagnózou závislosti na návykových látkách
- Primární diagnóza závislosti na návykových látkách vedoucí k psychickému onemocnění
- Diagnóza psychického onemocnění se vyskytuje paralelně s diagnózou závislosti
- Obě diagnózy (tedy duální diagnóza) vzniklé ze společné etiologie (nejčastěji traumatického zážitku)

Jak ale můžeme vidět, výše uvedené dělení je spíše didaktické a v praxi často nelze pacienta do jedné ze skupin zařadit. Dle Foxe (2011 in Vyskočilová, 2016) není schopen ani sám

dotyčný s duální diagnózou od sebe symptomy jednotlivých poruch spolehlivě odlišit, stejně tak při recidivě dochází k obnovení obou poruch současně. V poslední době je však věnována pozornost teorii sebemedikace (Vyskočilová, 2016), která vychází z psychoanalytického přístupu a kterou si níže trochu přiblížíme.

3.2.1 Léčba duálních diagnóz

Při léčbě osob s duální diagnózou rozeznáváme tři způsoby: postupná, paralelní a integrovaná léčba. U postupné i paralelní léčby jsou od sebe poruchy odděleny, a léčí se samostatně. Při postupné léčbě je nejprve léčen ten stav, který je akutnější či závažnější a po jeho stabilizaci je věnována pozornost druhé nemoci. Mezi jeho nevýhody patří nejistota, kterou poruchu řešit jako první či zhoršování stavu léčené poruchy tou neléčenou. Při paralelní léčbě jsou pak léčeny obě poruchy sice ve stejném čase, ale na různých místech (odděleních). V takovém případě jsou pak služby neintegrovány, a tato integrace dopadá na klienta (Fox, 2011 in Vyskočilová, 2016). V obou případech se na nemoc nenazírá celostně. Třetí variantou je integrovaná léčba, která je poměrně nová, a které se například v roce 2011 dostalo v USA pouhým 2 % klientů s duální diagnózou. V České republice funguje necelé čtyři roky oddělení duálních diagnóz v rámci Psychiatrické nemocnice Bohnice, které se stalo i hlavním výzkumným terénem této práce. V rámci integrovaného přístupu je na duální diagnózu nahlíženo jako na vzájemně se ovlivňující složky problému u jednoho člověka. Takováto léčba je pak efektivnější, a i méně nákladná (Vyskočilová, 2016).

Nyní se podíváme na to, jaká nejčastější psychická onemocnění se s diagnózou závislosti na návykových látkách objevují. EMCDDA (2004) uvádí následující procentuální zastoupení: 50-90 % tvoří poruchy osobnosti, 20-60 % poruchy nálady (jako je mánie, deprese a bipolární afektivní porucha) a 15-20% psychotické stavy, 25 % disociální porucha osobnosti a 14-96 % další poruchy osobnosti, z nichž převládají disociální a hraniční poruchy osobnosti. Široká procentuální rozmezí zřejmě souvisí s nejednotnou formou a citlivostí diagnostiky. Níže bude pojednáno o součástech duální diagnózy, kterými jsou závislost a přidružené duševní onemocnění. Ještě předtím se však podívejme na fenomén sebemedikace objevující se u duální diagnózy.

3.2.2 Sebemedikace a orální fixace

Fenomén sebemedikace z velké části vysvětluje vznik duálních diagnóz. Užívání návykové látky je v tomto případě pokusem o potlačení symptomů duševního onemocnění. Riziková je pak skutečnost, že při užití skutečně může dojít k ústupu symptomů duševního onemocnění (například k ústupu tenze u úzkostných pacientů) a naopak v době abstinence se primární symptomy znovu objevují. Z toho důvodu je droga opět užita a snadno tak dochází ke vzniku závislosti. K takovému chování dochází zejména u nezralých jedinců, kteří duševní nepohodu neumí porazit vlastními silami – uspokojení je tak dosahováno pomocí externích zdrojů (návykové látky) místo vnitřních kapacit. Tak snadno dojde k rychlému, avšak krátkodobému uspokojení, které je samo o sobě návykové, neboť organismus má tendence chovat se ekonomicky a hledat uspokojení s vynaložením co nejmenších nákladů (Dvořáček, 2008 in Vyskočilová, 2016). S krátkodobostí požitku souvisejí odvykací stavy, které jsou pak taktéž potlačovány opětovným užitím, čímž vzniká debakl závislosti. V takovémto případě ale látka není vyhledávána pro vzrušení a nové zážitky, ale pro snížení napětí a opětovné navození homeostázy.

A pokud se podíváme ještě dál, tak podle Kaliny (2013 in Vyskočilová, 2016) může být obdobím vzniku tohoto způsobu uspokojování první stadium dle psychoanalytického vývoje osobnosti, kterým je orální stadium. Pokud je v tomto období nedostatek nebo naopak nadbytek péče ze strany primární osoby směrem k dítěti, může u něj dojít k orální fixaci. Podle této teorie jedinci zamrzlí v orálním stadiu mají tendenci vyhledávat orální uspokojování jako kompenzaci frustrace – touží po pasivním příjmu pozitivních stimulů, aniž by vynaložili vlastní úsilí, podobně jako pasivní kojenec, který je odkázán na vnější zdroje pro uspokojení svých potřeb, aniž by se o ně nějak sám zasloužil. Pociťují vnitřní pnutí mezi přísným Superegem a realitou, pro jehož uvolnění používají před vznikem závislosti obranné mechanismy a později pak návykové látky. Zajímavý je v tomto ohledu fakt, že to, čemu se závislému člověku nedostávalo od pečující osoby v raném věku, může alespoň částečně dosytit a vynahradit komunita pacientů v rámci pobytu v terapeutické komunitě (Kalina, Vácha, 2013 in c.d.).

3.2.3 Závislost

Závislostí na návykových látkách a stavy jí podobnými a s ní spojenými se zabývají odborníci adiktologie v AT ambulancích a nejen tam. V somatické medicíně jsou závislost a podobné stavy často podceňovány, rozpoznají se až na konsiliárních vyšetřeních. Při léčbě návykových nemocí se používají podobné postupy, které se od sebe liší jen nepatrně (Mainerová, Šmoldasová, Praško in Praško, Látalová, et al., 2013).

Podle MKN-10 rozlišujeme 9 druhů psychoaktivních látek: alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, psychostimulancia, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla (MKN, 1992).

Dle Mainerové, Šmoldasové a Praška (in Praško, Látalová, et al., 2013) by identifikace psychoaktivní substance měla být vždy ověřována z co nejvíce zdrojů, a to např. z výpovědi pacienta, analýzy krve či jiných tělesných tekutin, charakteristických somatických a psychických příznaků, a rovněž i z drog v pacientově vlastnictví.

Dle MKN-10 rovněž rozlišujeme několik psychických stavů, které při užívání návykových látek rozeznáváme, níže si je rozebereme.

- Jako F1x.0 označujeme Akutní intoxikaci. Ta se vyznačuje poruchami vědomí, vnímání, myšlení, emotivity či chování, a trvá po dobu aktuálního působení látky v organismu. Pokud nedojde ke komplikaci v podobě traumatu, kómatu, vdechnutí zvratkům a jiným, stav je reverzibilní.
- Jako F1x.1 označujeme Škodlivé užívání. To je diagnostikováno ve chvíli, kdy látka již jakkoli poškozuje organismus – somaticky či psychicky (např. hepatitida, akutní deprese), ale nikoli pokud je již vytvořena závislost.
- Jako F1x.2 označujeme Syndrom závislosti. Syndrom závislosti je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů rozvíjející se po opakovaném užívání a vztahuje se na konkrétní látku nebo skupinu látek. Aby byl diagnostikován, musí být přítomna alespoň 3 následující kritéria po dobu jednoho roku:
 - silná touha po látce,
 - zhoršené sebeovládání ve vztahu k látce (týkající se frekvence, množství či doby užívání),
 - odvykací stav při vysazení,

- zvyšování tolerance,
 - redukce jiných zájmů ve prospěch látky a
 - trvalé užívání navzdory škodlivým důsledkům.
- Jako F1x.3 označujeme výše zmíněný Odvykáací stav, který zahrnuje somatické a psychické příznaky v různé formě, závažnosti a trvání vyskytující se při vysazení či redukcí množství po dlouhodobém užívání. Tento stav je časově ohraničen, avšak může být komplikován závažnými stavy, jako např. křeče či delirium. To označuje následující stav,
 - F1x.4 – Odvykáací stav s deliriem.
 - Jako F1x.5 označujeme Psychotickou poruchu, nazývanou též jako toxická psychóza. Je to stav, který nasedá na užívání návykových látek, může se objevit během intoxikace či odvykání, ale nelze jej vysvětlit pouze těmito. Zahrnuje psychotické fenomény, jako halucinace, bludy, psychomotorické poruchy a poruchy emocí. Trvá déle než 48 hodin, do 6 měsíců odeznívá.
 - Jako F1x.6 označujeme Amnestický syndrom, který zahrnuje poškození paměti. Poškození se vztahuje na minulé události různého stáří, a taktéž krátkodobou paměť při zachování bezprostředního vybavování. Syndrom ztěžuje učení se novým věcem, avšak ostatní kognitivní funkce mohou být v normě.
 - A jako poslední, F1x.7 označujeme Psychotickou poruchu reziduální a s pozdním nástupem. Tu diagnostikujeme ve chvíli, kdy reziduální účinek látky má vliv na danou poruchu. A tou poruchou mohou být demence či lehčí poškození kognitivních funkcí, flashbacky, psychotická porucha a posthalucinogenní percepční porucha (Mainerová, Šmoldasová, Praško in Praško, Látalová, et al., 2013; MKN-10, 1992).

Připravovaná MKN-11, nyní zatím jako do češtiny nepřeložená ICD-11 (International Classification of Diseases), má trochu jiný pohled na věc i odlišné kódování. Veškeré psychické poruchy, známé jako kapitola F z MKN-10 najdeme v ICD-11 pod číslem 6. Původní kapitola o užívání návykových látkách z MKN-10 známá jako F1x je v ICD-11 pod písmenem C4, tedy 6C4, a nese název Poruchy spojené s užíváním návykových látek a návykovým chováním (volně přeloženo). Na čtvrtém místě následuje nejprve číselné, a poté písmenné označení dle druhu užívané látky, a jelikož je dělení podrobnější, najdeme zde 14 druhů látek. Podrobnější dělení látek najdeme i v DSM-V (Diagnostický a statistický manuál

duševních poruch, American Psychiatric Association, 2013). Mezi nově zařazené látky spadají syntetické opioidy, syntetické katinony, kofein mající nově samostatnou kapitolu, MDMA, ketamin a phencyklidin, Zajímavostí je, že v rámci kapitoly o návykovém chování, pod číslem 5, tedy 6C5 najdeme i nelátkové závislosti, konkrétně gambling a herní závislost. Popis kapitoly hovoří o (1) látkových závislostech a (2) specifickém repetitivním chování založeném na odměnách. Podkapitola o závislostech na návykových látkách (6C4) zahrnuje jednotlivé epizody škodlivého užívání, závislost a poruchy způsobené užíváním, jako je intoxikace, odvykací stav, jiné duševní poruchy vyvolané užíváním návykových látek, sexuální dysfunkce a poruchy spánku a bdění. Druhá podkapitola (6C5) – poruchy způsobené návykovým chováním – hovoří o rozpoznatelných a klinicky významných syndromech spojených se stresem a úzkostí, které se vyvíjejí v důsledku opakujícího se odměňovacího chování a zahrnují, jako bylo výše uvedeno, hazard a herní závislost (WHO, 2018).

Závislost na alkoholu z pohledu self-efficacy

V přístupu k závislostem můžeme vymezit dva tradiční přístupy, medicínský a biopsychosociální. Za autora prvního přístupu bývá tradičně uváděn Jellinek (1960 in Kelly, 2018), který považoval alkoholismus za nemoc vyznačující se bažením, kompulzivním chováním a snadnou ztrátou kontroly. Bažení dovede člověka k sáhnutí po alkoholu, kde i jeho malá dávka pak spustí úplnou ztrátu kontroly. A právě na základě tohoto přístupu si lidé v léčbě jejich závislosti musí přiznat, že nemají žádnou kontrolu nad užíváním alkoholu, a tudíž se mu musejí striktně vyhýbat, jinak by selhali. V důsledku této neschopnosti ovládat své chování jsou lidé se závislostí na alkoholu pro udržení své střízlivosti doživotně odkázáni na pomoc zvenčí, která jim pomůže v těžkých chvílích bažení. Zastánci tohoto přístupu odmítají možnost kontrolovaného pití (Bandura, 1997a). Výsledky studií (Vaillant, 1995 in Bandura, 1997a) zároveň ukazují, že závislost na alkoholu se vyvine po delší době sociálního užívání, (tj. užívání ve společnosti) spíše než že by najednou propukla; taktéž v průběhu života lidé stabilizují své užívání, a většina z těch, kteří začnou mít s alkoholismem problém, postupně s pitím přestanou, bez nutnosti léčby. Takovéto důkazy jsou v rozporu s názorem o bezmocnosti v kontrole užívání (tamtéž).

Oproti výše zmíněnému medicínskému pojetí stojí biopsychosociální přístup, který se vymezuje vůči pojetí alkoholismu jako jediné nemoci. Alkoholismus považuje za komplikovanější vzorec chování, za kterým může stát množství různých příčin, a který mezi lidmi variuje podle závažnosti, příčinnosti a schopnosti kontroly (např. Wilson, 1987). Z toho důvodu by měla být léčba šita na míru každému zvlášť. Musí reflektovat pacientův názor na své self-efficacy týkající se pití a jeho představy ohledně ochoty abstinovat úplně, či ne zcela (Bandura, 1997a). Při léčbě závislosti na alkoholu se pak u pacientů, u kterých se neprojeví i fyzická závislost, vyplácí naučit se jisté strategie. Mezi ně například patří vyhýbání se většímu abusu prostřednictvím monitorizace množství užitého alkoholu; stanovování jasných limitů v pití; předcházení či zvládání situací, které jsou rizikové pro následný abusus; věnovat se jiným aktivitám, než je pití; a konstruktivní zvládání stresu a depresí (Miller and Muñoz, 1982 in Bandura, 1997a). Méně závislí jedinci by se tedy měli naučit vybudovat si strategie, které jim pomohou mít pití pod kontrolou. Naproti tomu lidé se silnou závislostí mají větší šanci na úspěch, pokud budou zcela abstinovat. Bandura (1997a) uvádí, že přemýšlení takovýchto lidí je pak ale negativně ovlivněno přesvědčením o tom, že jediné uklouznutí znamená recidivu. Lidé po léčbě závislosti na alkoholu mají rozdílné cesty, někteří přestanou pít úplně, někteří své pití zmírní, jiní zůstanou pít, ale s menšími dopady než předtím. V každém případě tato cesta závisí na tom, jak se pacient sám ohodnotí – zda je schopen vykazovat nad svým pitím kontrolu, a může tak občas pít, či zda ví, že tuto kontrolu mít nezvládne, a pak je pro něj lepší úplná abstinence. V boji se závislostí, ať už preventivně či intervenčně pak samozřejmě pomáhají dobré interpersonální vztahy, vybudované strategie řešení problémů a zvládání stresu, smysluplné činnosti apod. (tamtéž).

A jak je to se samotným self-efficacy v léčbě alkoholové závislosti? Bandura (1997a) uvádí, že lidé se závislostí na alkoholu a nízkým self-efficacy nad svým stavem spíše rezignují a nepokusí se nic změnit. Pokud nastoupí léčbu s pochybnostmi, tak jí spíše při objevení se problémů předčasně ukončí. Samozřejmě nejde jen o self-efficacy, je ale jedním z velmi důležitých faktorů. Častým důvodem pro relaps bývá uváděn sociální tlak; výsledky studií (Marlat and Gordon, 1980 in Bandura, 1997a) ale ukazují, že důvodem bývá spíše vlastní emocionální diskomfort a stres, než okolí. Jednou z metod tréninku je učení se čelit sklence oblíbeného alkoholu (jeho vůni i vzhledu) v rizikových situacích; či učit se například

oddálení napití, neboť impulzivita je častým původcem relapsu. Silné self-efficacy pak pomáhá i v návratu do svého přirozeného prostředí po rezidenční léčbě. Ti, kteří mají self-efficacy vysoké, využívají doléčovací programy a dostavují se na opakovací léčby. Ti s nízkým self-efficacy těchto služeb naopak nevyužívají a propadají recidivě do tří měsíců od léčby. Self-efficacy predikuje úspěšnost abstinence spolehlivěji než věk, partnerský status a zaměstnání (Bandura, 1997a).

Závislost na drogách z pohledu self-efficacy

Výzkumů na téma udržení kontroly nad užíváním opiátů bylo provedeno podstatně méně, než u alkoholu (Bandura, 1997a). Musíme si uvědomit, že zde se pohybujeme v jiném prostoru už jenom tím, že drogy jako takové jsou nelegální a pojí se s nimi specifický styl života, kdežto alkohol je všudypřítomná společenská legální droga, ať už jsou jeho dopady jakékoli. I tak se ale v těch málo studiích na toto téma prokazuje jako významný faktor zažívané self-efficacy v oblasti sebekontroly. Tato sebekontrola je důležitá zejména v emočně napjatých chvílích, kde je podstatné udržet kontrolu nad sáhnutím po droze (tamtéž). Gossop a kol. (1990) ve svém výzkumu s osmdesáti lidmi léčenými pro závislost na heroinu zjišťovali, které proměnné hrají roli ve prospěch následné abstinence, kterou měřili šest měsíců po hospitalizaci. Regresní analýzou se dopracovali ke dvěma významným proměnným. Byly jimi jednak protektivní faktory ve smyslu podporujícího okolí a smysluplné práce, a jednak míra sebedůvěry ve schopnost abstinovat, aneb zažívané self-efficacy. Přímou úlohu self-efficacy v léčbě drogové závislosti se zaměřil jiný kolektiv autorů (Heller and Krauss, 1991). Konkrétně zkoumali, které faktory jsou důležité pro vstup do následné léčby po úvodní detoxifikaci. Zjistili, že jako významnější pro další pokračování v léčbě byla sebedůvěra ve zvládání a vůbec vykonávání následných aktivit, než aktivity samotné (jako např. dokončení detoxifikace, získání sociální podpory apod.).

Po rozebrání důležitosti self-efficacy v rámci užívání drog se přesuňme k naší tezi uvedené výše, a sice že jde o rozdílný styl života. Silně závislí jedinci musejí provést významné změny. Musejí pochopit, že se nadále nemohou stýkat s dalšími drogově závislými, že nemohou vykonávat stejné aktivity jako předtím. Musejí se naučit novému způsobu života, nikoli pouze omezit své konzumní chování, jak je tomu v případě alkoholu. Léčba závislosti v jejich případě zahrnuje skoncování se zničujícím způsobem života a zároveň objevení jeho

nového smyslu. Musejí se přestat stýkat s dealery, musejí přepracovat své sociální a rekreační aktivity, které byly z většiny orientované na drogy. Ti, kteří neznají legální způsob obživy se navíc musí učit pracovním návykům, které ale pak mohou dát jejich životu smysl. A právě v této fázi je největší riziko relapsu, jelikož drogově závislí v tomto momentě vidí jen samá omezení a nic pozitivního. Proto je důležité do léčby zahrnout i hledání nových způsobů života. Drogově závislí totiž ve většině případů nemají žádné zdroje, ze kterých by mohli po léčbě čerpat, ať už materiální či finanční (Bandura, 1997a).

Z předchozích odstavců je patrné, že self-efficacy z významné části determinuje následnou úspěšnost léčby závislostního chování. A jelikož je self-efficacy mnohovýrovný konstrukt, měla by být i léčba komplexní a šitá na míru pacienta (Bandura, 1997a). Spousta pacientů vstupuje do léčby nejistých a s nízkým self-efficacy, jelikož jsou zklamaní množstvím předchozích neúspěchů. Doufají, že terapeut jejich problémy odstraní, avšak musejí pochopit, že právě je samotné čeká ten největší boj, nikdo jiný to za ně neudělá.

Úloha self-efficacy v léčbě závislostí je trojí. Prvním z nich je důvěra ve schopnost sebekontroly (self-regulatory efficacy). Druhou je důvěra ve schopnost změny svých starých zvyků (self-change efficacy), což zahrnuje sebedůvěru ve zvládání terapeutických úkolů, na kterých je v průběhu léčby potřeba pracovat. A třetí úlohu tvoří důvěra v možnost zotavení (recovery self-efficacy), což zahrnuje i sebedůvěru v převzetí kontrolu při případném relapsu (tamtéž).

Důvodů, ze kterých lidé započnou terapii, je mnoho. Jsou to například negativní důsledky závislostního chování, tlak okolí, nespokojenost s takovým životem apod. Takovéto důvody jsou možná dobrými iniciátory, ale jako takové nestačí k úspěšnému dokončení léčby. Proto pokud takoví lidé mají slabou důvěru či motivaci ke změně svých starých zvyků, potřebují zažít přesvědčivé úspěchy již v počátku léčby, jinak nebudou ochotni věnovat dostatečnou energii potřebným změnám. Někteří mohou dokonce nastoupit léčbu pouze kvůli vnějším tlakům, a sami to tak necítí. V takovém případě Bandura (1997a) doporučuje léčbu odložit na později, kdy to bude dotyčný sám pociťovat.

Ačkoli tyto myšlenky sepsal Bandura již před více než dvaceti lety, tak jsou na dnešní dobu velice pokrokové. Již tenkrát poukazoval na kontrast monoterapie závislosti po vzoru medicínského modelu versus komplexní přístup šitý na míru pacienta. U nás se zohledňuje

jistý individuální přístup, ale zároveň není východiskem léčby. Velice pokroková je i myšlenka o částečné abstinenci v případě alkoholové závislosti. Pokud si pacient věří, že udrží pití pod kontrolou, tak nemusí být naprostým abstinentem do konce života, tak jak je to prosazováno u nás (Nešpor, 2011). Takovýto postup však klade vysoké nároky na kompetence pacienta, které vycházejí z individuálního přístupu terapie. Zároveň zde existuje větší riziko recidivy.

3.2.4 Vybraná duševní onemocnění dle MKN-10

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy F40-48

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-48) jsou skupinou poruch, jejímž dominantním fenoménem je pociťovaná úzkost a jí odpovídající tělesné prožitky a behaviorální projevy (Praško, Látalová a kol., 2013). Dělí se na další podkapitoly, jako Fobické úzkostné poruchy, Jiné úzkostné poruchy, Obsedantně-kompulzivní porucha, Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, Disociativní (konverzní) poruchy, Somatoformní poruchy a Jiné neurotické poruchy. Jelikož pacienti v našem souboru popisovali, že trpí úzkostmi, je pravděpodobné, že nejspíše trpěli některou z poruch z podkapitoly Jiné anxiózní poruchy. Tu si nyní přiblížíme.

Jiné anxiózní poruchy (F41). Hlavním příznakem je v tomto případě viditelná úzkost, která ale na rozdíl od předchozí kapitoly není vázána na konkrétní situaci. Patří sem tři hlavní poruchy:

- Panická porucha, projevující se recidivujícími ataky těžké úzkosti, tedy paniky, které jsou nepředvídatelné a u kterých se objevují závratě, pocity neskutečna, palpitace srdce, bolesti na hrudi a pocity dušení. Pokud však této atace předchází epizoda deprese, neměli bychom ji považovat za hlavní diagnózu, ale za sekundární projev deprese.
- Generalizovaná úzkostná porucha, která oproti předchozí poruše dominuje již ne tak silnou, za to ale neustále přetrvávající, všudypřítomnou úzkostí. Hlavními příznaky jsou třes, nervozita, svalové napětí, pocení, světloplachost, závratě, tlak v žaludku. Přítomny jsou i obavy a strach z různých nehod či onemocnění, a to jak u sebe, tak u blízkých.

- Smíšená úzkostná a depresivní porucha bývá stanovena v případě, že se objevují jak úzkosti, tak deprese, ale žádná není natolik silná, aby opravňovala k samostatné diagnóze (MKN-10, 1992).

Úzkost a obavy jsou normálními reakcemi na nebezpečí a samy o sobě jsou adaptivní, neboť nás před nebezpečím chrání. Problémem se však stávají, pokud jsou příliš časté, silné, dlouhotrvající či neadekvátní, tedy objevující se v nevhodných situacích. Zmíněná generalizovaná úzkostná porucha se vyznačuje tím, že lidé reagují nepřiměřeně i na slabé stresory, žijí v trvalém vnitřním napětí, jsou nerozhodní, podráždění, unavení, trpí bolestmi hlavy, bušením srdce, poruchami spánku, svalovým napětím či závratěmi (Praško, 2012).

Terapeutická intervence těchto poruch zahrnuje jak psychoterapii, tak farmakoterapii, zejména pomocí anxiolytik. Ta se dělí na benzodiazepinová (např. diazepam, oxazepam apod.) a nebenzodiazepinová, která na rozdíl od předchozích nemají vést k závislosti, avšak jejich účinek je nižší (buspiron a pregabalin) (Praško, Látalová a kol., 2013).

Afektivní poruchy (poruchy nálady) F30-39

Vlastností poruch spadajících do této kapitoly je porucha nálady směrem k euforii nebo depresi. Změny nálad jsou doprovázeny odpovídajícím stupněm aktivity. Kapitola tedy zahrnuje následující poruchy: Manická fáze, Bipolární afektivní porucha, Depresivní fáze, Periodická depresivní porucha, Perzistentní depresivní poruchy a jiné afektivní poruchy. Pacienti v našem souboru popisovali či se ocitali v depresivní fázi, manické fázi a bipolární afektivní poruše, proto si tyto poruchy nyní přiblížíme.

Manická fáze F30

Manická fáze se dělí na hypománii a mánii, které se liší intenzitou a množstvím přítomných symptomů. Diagnostickými kritérii MKN-10 pro hypománii jsou:

- Zvýšená aktivita nebo fyzický neklid
- Zvýšená hovornost
- Roztržitost nebo obtížná koncentrace pozornosti
- Snížená potřeba spánku
- Zvýšená sexuální energie
- Mírně zvýšené utrácení peněz nebo jiné typy nezodpovědného chování

- Zvýšená sociabilita nebo nadměrná familiárnost

Pro mánii pak platí všechna výše uvedená kritéria ve větší míře, a dále:

- Myšlenkový trysk
- Ztráta normálních sociálních zábran, která vede k chování, jež neodpovídá momentálním okolnostem
- Nabubřelé sebehodnocení nebo velikášství
- Rozptýlenost nebo neustálé změny aktivit nebo plánů
- Ztřeštěné nebo nezodpovědné chování, jehož riskantnost si jedinec neuvědomuje (MKN-10, 1992)

Pokud jsou přítomny i bludy, jedná se o mánii s psychotickými příznaky. Farmakoterapie mánie i níže uvedené bipolární afektivní poruchy se provádí pomocí stabilizátorů nálady, mezi které patří lithium, kyselina valproová či valproát a antiepileptika druhé a třetí generace, mezi která patří karbamazepin a lamotrigin. Ta lze kombinovat s antidepresivy či jinými léky dle individuální indikace (Praško, Látalová a kol., 2013).

Depresivní fáze F32

Depresivní fáze se dělí na lehkou, středně těžkou a těžkou, což se odvíjí od počtu zaznamenaných symptomů, kterými jsou:

- Ztráta zájmu nebo potěšení z aktivit, které jsou normálně příjemné
- Nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď
- Ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou
- Deprese je těžší ráno
- Psychomotorická retardace nebo agitovanost
- Ztráta chuti k jídlu
- Úbytek hmotnosti
- Ztráta libida (MKN-10, 1992)

Symptomy deprese jsou téměř opozity symptomů mánie. Pro léčbu depresivních epizod se při farmakoterapii využívají antidepresiva, která se dále dělí dle mechanismů účinku. Pro potřeby naší práce je ale důležité vědět, že odstraňují skleslou náladu a působí na další

příznaky deprese, jako je snížené psychomotorické tempo, oslabení vůle, sebeobviňující pocity, pocity nedostačivosti a další. Mají i anxiolytické účinky.

Bipolární afektivní porucha F31

Porucha je definována alespoň dvěma fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity výrazně narušena. Může se jednat o střídání depresivních a manických fází, jak jsou uvedeny výše, ale také o opakované ataky mánie nebo hypománie. Analýzou zkušenosti osob s bipolární afektivní poruchou se u nás v rámci své rigorózní práce zabývala Dallyová (2020). Zaměřila se mimo jiné na proces učení se žít s touto poruchou, který není jednoduchý ani samozřejmý a vychází z postojů, které lidé ke své poruše zaujímají. Její aktéři pocházeli ze studie, která se zaměřovala na predikci afektivních epizod, a tak byl i jejich postoj a přístup specifický – přesněji vnímali specifika své nemoci a důvěřovali odborné pomoci. U jedinců, kteří ale BAP nevnímají jako nemoc, se proces učení se žít s touto poruchou nevyskytuje. Jiné postoje a absence motivace léčit se se taktéž objevuje u jedinců s přítomností pouze hypomanických stavů. Co se přijetí okolím týče, u BAP se objevuje jev, kdy je přítomnost poruchy náročnější pro okolí jedince, než pro něj samotného (Dally, 2020).

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části této práce jsou analyzovány rozhovory s pacienty, kteří byli alespoň v polovině doby své hospitalizace, a rozhovor s psychologem ze stejného oddělení duálních diagnóz. Tato část je rozdělena na následující kapitoly: metodologie, výzkumný problém a výzkumné otázky, výsledky a diskuze.

4. Metodologie

4.1 Kvalitativní přístup

Vzhledem k cíli této diplomové práce a citlivosti tématu byl zvolen kvalitativní přístup. Jeho volba je částečně vysvětlena i kapitolou 1.5 Způsoby zkoumání self-efficacy, ve které je nastíněna studie, která srovnávala kvantitativní a kvalitativní zkoumání self-efficacy (Glackin & Hohenstein, 2018). Výsledky při použití těchto dvou forem metodologie dospěly k rozdílným nálezům, kvantitativní metody byly více ohroženy fenoménem sociální žádoucnosti respondenta, a v neposlední řadě nemohly postihnout konstrukt self-efficacy v celé jeho šíři. Z těchto důvodů byla zvolena kvalitativní metodologie.

Miovský (2006, str. 18) definuje kvalitativní přístup takto: *„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“* Podle některých autorů (např. Cole, 1997 in Miovský, 2006) se s jedinečností a neopakovatelností v psychologii setkáváme mnohem častěji než s univerzální platností. Pojem kontextuálnost odkazuje na fakt, že psychologické fenomény jsou z největší části vázány na určitý kontext, málo z nich má univerzální povahu. Procesuálnost a dynamika s tímto úzce souvisí a znamenají, že fenomény v psychologii nějak vznikají, rozvíjí se a zanikají, a tento proces není lineární, ale naopak má proměnlivou tendenci. Reflexivní povaha zkoumání vysvětluje pozici výzkumníka, který v kvalitativním výzkumu není pasivní, procesy zkoumání ovlivňuje i je sám jimi ovlivňován (Miovský, 2006). Tím se pomalu dostáváme

k nevýhodám, často vytýkaným kvalitativnímu přístupu, kde jedna z nich je právě ovlivnění výsledků výzkumníkem a jeho preferencemi. Mezi další nevýhody patří nemožnost zobecnit výsledky na celou populaci a přenesení do jiného prostředí, obtížnost testovat hypotézy, jako i časová náročnost sběru dat (Hendl, 2016). Limitů jsem si byla po dobu psaní vědoma a bude o nich pojednáno i v diskuzi.

Tato práce má určité společné prvky s interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA), kterou zde přiblížím. IPA vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. S klasickou fenomenologií má společné hledání individuální zkušenosti člověka v konkrétním čase a kontextu; oproti klasické fenomenologii však od výzkumníka nevyžaduje hluboké filozofické znalosti (Willig, 2001 in Řiháček, 2013). S hermeneutikou IPA sdílí pozici výzkumníka, který jednak prozkoumává zkušenost člověka z jeho perspektivy, jednak si uvědomuje svou roli v procesu a jako most mezi fenomenologií a hermeneutikou toto vše zároveň interpretuje. Třetí z pilířů IPA, idiografický přístup, se projevuje v zaměření se na konkrétního jedince zažívajícího specifickou událost či situaci. Z toho důvodu je detailně prozkoumáván jeden případ, a až když se dojde určitého stupně poznání, přechází se k dalšímu. IPA vede k porozumění zkušenosti respondenta a zajímá se o to, jaký význam této zkušenosti sám připisuje. Náš přístup se shoduje s výše uvedenými charakteristikami v následujících bodech: výzkum vychází v první řadě z výpovědí pacientů, jejich zkušeností a jejich popisu skutečnosti, zajímá nás jejich pohled. Jejich výpovědi nebyly ověřovány dokumentací, neboť nejde o případové studie. Více než objektivní realita nás zajímala jejich interpretace reality. Rovněž jsou v práci popsány nejprve jednotlivé případy detailně a až následně je pak provedena celková analýza. Výpovědi všech pacientů jsou v průběhu i v závěru nějak interpretovány. V dalším kroku se ale s IPA rozcházíme v tom, že pro získání celkového obrazu přidáváme i pohled psychologa z místního oddělení, který zkušenost pacientů v mnohém uvádí na pravou míru. Tím je zajištěna alespoň částečná triangulace dat a vyvážení jednostranného pohledu pacientů.

4.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Výzkumný problém byl postupně zpřesňován skrze konzultace s vedoucím mé práce a taktéž skrze kurz Teoretická citlivost. Téma, které stálo v počátku mého zájmu, souviselo s psychiatrickou hospitalizací, a jejím vlivem na prožívání pacientů. Zajímalo mě, nakolik

pacienty taková hospitalizace uschopňuje, a nakolik je spíše zneschopňuje, případně z nich činí objekty péče. Jelikož takovéto téma by bylo ale příliš obšírné a neuchopitelné, bylo následně zpřesněno na termín self-efficacy těchto pacientů. Self-efficacy souvisí se schopnostmi a jejich efektivním využíváním, a tak bylo pro můj původní zájem stále relevantní. Dále ale bylo potřeba konkretizovat i skupinu pacientů, u které bych se na self-efficacy zaměřila. Na konzultacích a zmíněném kurzu vyplynulo, že ideální skupinou by byli pacienti se závislostí, neboť u té hrají mnohem větší roli vlastní rozhodnutí a činy (ačkoli i ty mohou být činěny kvůli závislosti/duševnímu onemocnění), než u jiných duševních poruch, které přicházejí znenadání. Avšak právě z tohoto důvodu je tematika self-efficacy u pacientů se závislostí častým předmětem výzkumů, a tak jsem zároveň hledala něco trochu jiného. Následně jsem v lednu roku 2020 absolvovala týdenní stáž na oddělení duálních diagnóz v PN Bohnice, čímž bylo rozhodnuto. Pacienti s duální diagnózou byli ideální skupinou pacientů – jednak jsem měla možnost týden je pozorovat, účastnit se skupinových terapií, diagnostického procesu i přímo s nimi komunikovat; a jednak jejich příběhy nebyly tak přímočaré, jako tomu může být u izolovaných závislostí. Zároveň se touto zkušeností můj předmět zájmu přesunul od hospitalizace směrem k pacientům, a vznikly tak tři hlavní výzkumné otázky:

- 1) Čím může být self-efficacy pacientů s duální diagnózou v rámci hospitalizace utvářeno?
- 2) Co naopak může být se self-efficacy v procesu léčby pacientů s duální diagnózou v rozporu?
- 3) Jaké jsou limity self-efficacy v procesu léčby pacientů s duální diagnózou?

4.3 Popis výzkumného souboru a způsob jeho výběru

Od chvíle, kdy jsem se v rámci své stáže na oddělení duálních diagnóz rozhodla spolupracovat s tímto oddělením pro účely mé diplomové práce, do jeho realizace, uběhl dlouhý a náročný schvalovací proces. Ten byl mimo jiné komplikován legislativou ohledně GDPR, pandemií covid-19 i vytížeností členů Etické komise v PN Bohnice, zvláště v době pandemie. Po schválení mého výzkumu ze strany Etické komise došlo k zákazu návštěv v rámci pandemie covid-19, což bylo další komplikací. Nechtěla jsem riskovat opětovné uzavření nemocnic, a tak jsem si termín na sběr dat domluvila ihned po uvolnění nouzového

stavu, a rozhovory se tak odehrály 26.6.2020. Rozhovory jsem však kvůli ochraně pacientů mohla pouze zapisovat, nikoli nahrávat. Posléze jsem za tuto zkušenost i byla ráda, neboť se mi ušetřil čas, který bych jinak strávila přepisem.

Způsob výběru pacientů proběhl následovně. V 8:00 jsem se měla dostavit na oddělení duálních diagnóz, kde nejprve proběhla tak jako každý den týmová porada. Na ní jsem se s týmem dohodla, že pacienty požádám o účast ve výzkumu na ranní komunitě. Ta probíhá také každý den, účastní se jí všichni pacienti a veškerý personál, pacienti na ní krátce sdělují, jak se cítí či zda něco potřebují. Personál následně uděluje body pacientům, plusové i minusové, vyjadřuje se k žádostem o propustky a jiné věci, probírá se denní program a v případě postupů, odchodů či příchodů je komunita o to delší, neboť je věnován prostor dotyčným lidem. Na této komunitě proběhlo loučení s několika pacienty. Já jsem se představila hned na začátku komunity a požádala jsem pacienty o účast v rozhovoru – mým přáním bylo alespoň pět pacientů. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla následující: pacient s duální diagnózou, který je alespoň v polovině zdejší dvouměsíční léčby. Pacientům byl dán prostor na promyšlení, a svou účast měli sdělit až po konci komunity. Na konci komunity se však dobrovolně přihlásili pouze dva pacienti – Marek a Martin² a zbytek se rozutekl na pokoje či cigarety. Ten den totiž měla následovat dlouhá primářská vizita, při které pacienti musí být přítomni na svých pokojích, a tak naše rozhovory byly limitovány i případnou nutností kdykoli odběhnout na pokoj. Naštěstí za mnou přišla předsedkyně komunity Lýdie s otázkou, zda jsem sehnala dost pacientů. Nabídla se mi s pomocí, že zkusí sehnat i další respondenty, a přivedla tak včetně sebe další tři účastníky rozhovorů.

Metoda výběru výzkumného souboru tedy proběhla nejprve metodou samovýběru, který je založen na principu dobrovolnosti, a následně metodou sněhové koule, kdy mi Lýdie, jakožto účastnice nulté fáze pomohla s nominací pacientů do první fáze, na základě výše uvedených kritérií (Miovský, 2006). Všichni pacienti podepsali informovaný souhlas, který je uveden v přílohách práce.

Po analýze sesbíraných rozhovorů s pacienty jsme se s vedoucím mé práce dohodli, že by bylo nyní vhodné učinit rozhovor s psychologem z místního oddělení. Zнала jsem ho již

² Jména všech pacientů byla změněna.

z doby mé stáže, a s ním jsem také komunikovala mou návštěvu na oddělení za účelem sběru rozhovorů, takže věděl o procesu mé práce. Rozhovor s ním byl vhodný z toho důvodu, že pacienti často chválili jeho přístup, a také že mohl přinést protiváhu k jednostranným sdělením pacientů a mnohé z věcí osvětlit.

Jelikož jsou aktéři výzkumu v rámci výsledků blíže popsáni, uvedu zde pouze základní charakteristiku:

Marek, 38 let. Má údajně dva diplomy z vysokých škol (VOŠ hotelová a VŠ tělovýchovná), svého času se živil jako trenér golfu, působil také v gastronomii. Na oddělení je hospitalizován z důvodu závislosti na alkoholu a stimulanciích, a bipolární afektivní poruchy. K hospitalizaci ho přivedl jeho kamarád po nezdařeném pokusu o sebevraždu, nejprve byl na oddělení následné péče a poté na zdejším oddělení duálních diagnóz.

Eliška, 52 let. Vystudovala Pedagogickou fakultu a Akademii výtvarných umění, nyní učí na střední škole umělecké. Na oddělení je hospitalizována z důvodu závislosti na alkoholu a úzkostí, hospitalizaci si domluvila sama na základě telefonického kontaktu.

Martin, 35 let. Vystudoval střední školu zdravotnickou a doposud pracoval jako zdravotní laborant, původem ze Slovenska. Na oddělení je hospitalizován z důvodu závislosti na alkoholu, kterou popírá, a depresi. K hospitalizaci se dostavil sám, ale pod vlivem alkoholu.

Lydie, 31 let. Vystudovala uměleckou akademii, obor restaurátorství uměleckých děl. Na oddělení je hospitalizována z důvodu závislosti na alkoholu, úzkostí a depresi. Spolubydlící jí kvůli abusu alkoholu přivolaly záchrannou službu, byla zavezena nejprve na záchrannou stanici, poté na oddělení pro závislosti, a nakonec na místní oddělení duálních diagnóz.

Vladimír, 26 let. Vystudoval střední školu průmyslovou, obor informační technologie. Pracoval v oboru IT v korporátním řetězci obchodů, poté pracoval jako prodávač v obchodu s elektromateriálem. Na oddělení je hospitalizován pro závislost či abusy kanabinoidů a dlouhodobé problémy z okruhu úzkostných poruch. Hospitalizaci si sám domluvil, oddělení duálních diagnóz předcházelo detoxifikační oddělení pro užití kanabinoidů před hospitalizací.

Psycholog PhDr. et Mgr. Tomáš Málek. Vystudoval nejprve kulturní historii, poté psychologii, má doktorát z klinické psychologie. Od roku 2008 se věnuje lidem se závislostí:

nejprve v rámci kontaktního centra, poradny pro rodiče a doléčovacího centra v Sananim, z.ú; poté AT ambulance Kliniky Adiktologie ve VFN, od roku 2016 do roku 2020 působil jako psycholog na oddělení duálních diagnóz v PN Bohnice. Od srpna 2020 přešel v rámci specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie, kterou nyní dokončuje, na dětské oddělení v PN Bohnice. Má bohaté terapeutické vzdělání v podobě mnohých výcviků, kurzů a seminářů (např. Satiterapie, katatymně imaginativní psychoterapie, základní výcvik v procesově orientované práci, základy hypnózy, motivační rozhovory, psychodrama a další).

4.4 Strategie sběru dat

Samotnému sběru dat předcházela moje týdenní stáž na oddělení duálních diagnóz, kde jsem se seznámila se základními principy fungování oddělení a mohla jsem nasát místní atmosféru.

Pro samotný sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který je dle Miovského (2006) nejčastějším nástrojem sběru dat v kvalitativním výzkumu, a vyvažuje nevýhody strukturovaného a volného interview. K částečné strukturaci jsem přistoupila proto, abych se se všemi pacienty dotkla stejných okruhů, a měla tak různé pohledy na stejné věci. Zároveň jsem je ale v rámci těchto okruhů nechala volně hovořit o tématech pro ně důležitých, která jsem se snažila dále rozvíjet.

Všechny rozhovory se uskutečnily v rámci jednoho celého dne, a to z několika důvodů. Některé jsem jmenovala již výše: období června 2020, sotva po odeznění nouzového stavu a zákazu návštěv; zaneprázdněnost zdravotnických pracovníků; povinnost mlčenlivosti a citlivost údajů. Ze stejných důvodů jsem rozhovory pouze zapisovala, ale nenahrávala. Na oddělení jsem se také nechtěla neustále vracet a zatěžovat odborníky i pacienty dalšími rozhovory. Naštěstí se mi podařilo získat respondentů alespoň pět, což bylo pro mě minimum.

Po analýze rozhovorů vyvstal požadavek osvětlit některé body a získat odborný pohled někoho z terénu, pro což byl osloven psycholog z místního oddělení. S ním jsem učinila opět polostrukturovaný rozhovor, který je uveden spolu s ostatními v přílohách práce, s laskavým svolením všech informantů.

4.5 Způsob analýzy dat

Pro analýzu veškerých rozhovorů učiněných v této práci jsem použila tematickou analýzu tak, jak ji vyložili psychologové Braun a Clarke (2006 in Hendl, 2016), s prvky interpretativní obsahové analýzy. Interpretativní obsahovou analýzu jsem využila v níže popsané třetí fázi, kdy jsem při analýze výpovědí jednotlivých aktérů a jejich prezentaci místy nabízela interpretaci implicitních významů v ní obsažených (Miovský, 2006). Tematická analýza je proces vyhledávání kódů a později témat v kvalitativních datech. Ve svém výsledku poskytuje bohatou a komplexní zprávu o sesbíraných datech. Z různých způsobů, jakými lze k tematické analýze přistupovat, jsem si zvolila induktivní způsob, tedy že kódování a návrh témat vycházely ze sesbíraných dat, nikoli z předem dané teorie. Proces analýzy dat lze rozdělit do několika fází, které zde v krátkosti popíšu. Celý proces spočívá v neustálém pohybu zpět a vpřed mezi daty, kódy a tématy.

Jako první krok je nezbytné seznámit se důkladně s daty, což se děje již při jejich sběru, ale následně také během opakovaného čtení. Ve druhé fázi se generují počáteční kódy, a to takové, které mohou mít vztah k výzkumné otázce. V této fázi jsem si mohla všimnout podobností napříč rozhovory. Ve třetí fázi, která spočívá ve vyhledávání témat a shromažďování kódů, které mohou mít k jednotlivým tématům vztah, jsem podobnosti napříč rozhovory sdružila do nadřazených pojmů. Vzhledem k povaze materiálu a jedinečné zkušenosti všech účastníků jsem však nechtěla, aby došlo k redukci jednotlivých výpovědí. Proto jsem již tato první témata použila v kapitole 5.1 Analýza výpovědí jednotlivých aktérů. Zároveň jsem data v této fázi, po domluvě s vedoucím mé práce, doplnila rozhovorem s psychologem, jehož zpracování probíhalo obdobně, jak je výše popsáno. Zároveň jsem již měla zanalyzovaná data s pacienty, díky čemuž jsem mohla své otázky zaměřit i na vyvstalá témata. Po seznámení se s novými daty vyplývajícími z rozhovoru, jejich zakódování a nálezů prvních témat jsem tuto analýzu taktéž zařadila do kapitoly 5.1, jelikož, obdobně jako u pacientů, obsahovala spoustu momentů, které jsem celkovým procesem nechtěla ztratit. Nyní, když jsem měla třetí fázi splněnou u všech dat, mohla jsem se přesunout do čtvrté fáze, která spočívá v propracování témat a jejich revizi. V této fázi se témata různě seskupují, oddělují a kombinují, musí být doložitelná daty a měla by stále mít vztah k výzkumné otázce. Já jsem k tomuto procesu využila tabulky v MS Word, kterých takto vzniklo bezpočet, kdy

jsem do nich nalezená témata ze třetí fáze různě seskupovala, hledala jejich společné a nadřazené charakteristiky a ústřední témata. Prvním výsledkem byla čtyři hlavní témata – Okolí, Přístup personálu, Realistické přijetí a Funkce jednotlivých článků systému. Jejich opětovnou analýzou, návratem zpět k datům a následným vyšším stupněm abstrakce vznikla nová, vzájemně lépe související a na sebe navazující tři hlavní témata, mající bližší vztah k výzkumné otázce – Intrapersonální, Interpersonální a Systémová rovina self-efficacy. Po tomto přepracování jsem se opět musela vrátit k podtématům a datům, přeřadit je do nových hlavních témat, a taktéž jsem samotná tato podtémata sdružila pro přehlednost do nových celků. Tím jsem zakončila pátou fázi, spočívající ve vymezení a pojmenování témat, během které se má každé téma podrobně zkoumat, určit jeho zaměření a název. Poslední fáze, příprava závěrečné zprávy, je obsažena v kapitole 5.2 Výsledky celkové analýzy, kde je uvedena i výsledná tematická mapa (Hendl, 2016).

5. Výsledky

V této kapitole popíšu výsledky vzniklé procesem analýzy dat. Nejprve přiblížím zkušenosti jednotlivých pacientů a pohled psychologa z místního oddělení, a nakonec popíšu výslednou zprávu vycházející ze všech dat. Kurzívou jsou uvedeny přímé citace aktérů.

5.1 Analýza výpovědí jednotlivých aktérů

5.1.1 Marek, 38 let

Marek se přihlásil o rozhovor dobrovolně na komunitě, kdy jako jeden ze dvou pacientů zvedl ruku. Po komunitě se mě zeptal, zda stíhá ještě cigáro, a po něm přišel. Je mohutnější svalnaté postavy, s četnými tetováními a řetězem okolo krku. Byl velmi výřečný, od začátku spustil monolog, kdy bylo těžké ho přerušit další otázkou. Neměli jsme na rozhovor moc času, jelikož probíhala primářská vizita, během níž měl být na pokoji, a jeho pokoj sice měl být jako jeden z posledních, ale jediný, kdo toto hlídal, jsem byla já. Marek je zde s diagnózou závislosti na alkoholu a stimulanciích, a s diagnózou bipolární afektivní poruchy.

Marek má dva diplomy z vysokých škol (hotelové a tělovýchovné), původně se živil jako trenér golfu. Poté práce zanechal, neboť se oženil s manželkou, která „*byla v miliardách*“, a on tak nemusel přispívat do společné kasy. Jako hlavní událost, která předcházela jeho hospitalizaci, udává rozvod s onou manželkou. A poslední kapka, která o rozvodu definitivně rozhodla, bylo to, že manželce v opilosti naboural auto. Následujících pět let bylo pro Marka tragických, nemohl se vídat se synem, nemohl rozdýchat odloučení. Neměl se ani k čemu vrátit, neboť v době, kdy byl s ženatý nepracoval. Pokusil se podřezat si žíly, ale sebevražda nebyla dokonána, zachránila ho jeho matka, a následně byl hospitalizován na psychiatrii ve fakultní nemocnici. Zde se mu ale nepodařilo „*zahojit rány, nebyl na to prostor*.“ Během následujících dvou let absolvoval velký počet hospitalizací – protialkoholní léčba v psychiatrické nemocnici, pobyt v komunitě a další. Z komunity byl ale rozčarován, nesedl si zde s ostatními, kteří nepřijali jeho připomínky, jeho povídání, připadal si zde „*jako mimozemšťan*“, a z největší části kvůli tomu, že on měl za sebou na rozdíl od ostatních pacientů život v bohatých poměrech, ačkoli je nyní na úřadě práce. Po měsíci v komunitě musel léčbu ukončit na popud ostatních spolupacientů, kteří to tak chtěli – „*odbouchli si*

mimořádku“ a vrátil se do Prahy. Zde se snažil řídit radami z léčeben, což ale nebylo dlouhodobě udržitelné, až proběhla recidiva a Marek se opět vrátil k alkoholu. Našel si ale přítelkyni, která má dceru ve věku jeho syna. S ní se pak přestěhoval z Prahy do menšího města, kde si pronajal restauraci, pořídili si psa, vše bylo normální a v pohodě. Následně ale přišla koronavirová epidemie a Marek musel zavřít restauraci, nemohl platit byt a další výdaje, žádnou slibovanou pomoc od vlády nedostal. Jeho přítelkyně navrhovala návštěvu partnerské poradny, kterou Marek odmítal. Následně došly peníze, jeho přítelkyně si pronajala byt, ale nevzala Marka s sebou, a tak se musel vrátit do Prahy. Čekal pomoc o přátel, která ale nepřišla, protože ostatní také podnikali v gastronomii, bydlel tedy u kamaráda, kde ale šel psychicky dolů vodou, až byl převezzen na psychiatrii do fakultní nemocnice. Během toho mu ale jiný známý ze zahraničí poslal peníze, díky kterým si mohl pronajmout byt, nadechnout se a mít prostor na rozhodnutí se, co bude dál. Ostatní dle něj padají do dluhů právě z důvodu, že se jim takovéto možnosti nedostane, a tak nemají čas vymyslet co bude dál, raději se opijí a skončí na ulici. Pronajal si tedy byt, zařídil ho pro sebe i přítelkyni, chtěl aby se vrátila, a tak jí vše vyfotil a poslal. Přítelkyně se ale nevrátila, pro což u Marka opět propukly deprese, vrátil se k alkoholu kdy pil litr vodky denně. Přijel za kamarádem, ale nedal se dohromady, ten ho tedy v neděli dovedl po dalším nezdařeném pokusu o sebevraždu do psychiatrické nemocnice. Zde strávil měsíc na oddělení následné péče, kde se udála pro něj důležitá věc – byla mu stanovena vhodná diagnóza. Doposud se léčil z úzkostné deprese, zde ale přišel do kontaktu s doktorkou, která se o něj doopravdy zajímala, kontaktovala i jeho matky pro odebrání anamnézy a získání informací o jeho dětství, na jejichž základě mu stanovila diagnózu *bipolární afektivní poruchy*³ a změnila adekvátně medikaci. Z důvodu duální diagnózy mu bylo nabídnuto oddělení duálních diagnóz, na kterém nyní je.

Po 10-14 dnech hospitalizace začal rozkvétat, pomáhá mu každá věta, všichni byli úžasní, zejména jmenovaná doktorka, která se poprvé zajímala o celý jeho příběh, a všimla si častých výkyvů nálady, kdy v máních rozhazoval peníze, užíval alkohol a drogy, a následně přišel propad. Spatřuje velkou pomoc v chráněnosti a bezpečí, může řešit psychickou zátěž z minulosti, kdy doma by si ráno nakoupil veliké množství alkoholu. Zároveň si vytříbil

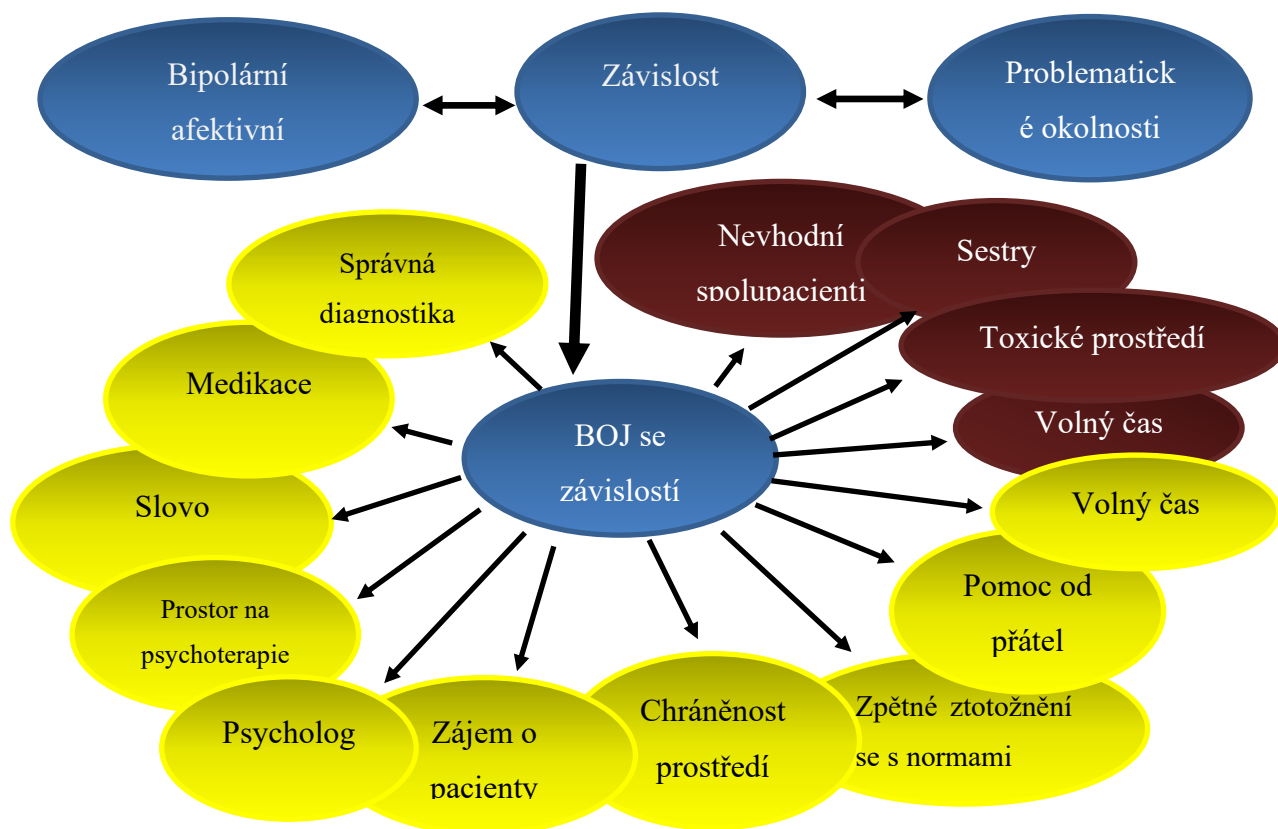
³ BAP spočívá ve střídání manických a depresivních, či pouze manických fází, léčí se zejména pomocí stabilizátorů nálady – viz teoretická část práce.

„rentgenový“ zrak a nyní pozná každého – od feťáka přes dealery a prostitutky až po pasáky, má pocit, že je to všude. Po hospitalizaci neplánuje návrat do menšího města, kde měl pronajatou restauraci, protože v malých městech jsou takoví lidé všude – mladí lidé drogy užívají, starší je prodávají a ještě starší je vyrábějí, a tak je zde člověk za vyvrhele, pokud také neužívá. Praha sice je „toxická“, ale dají se najít místa, kde taková není. Už nechce ale opakovat situaci, kdy se po rozvodu s manželkou dal na gastronomii, neboť se neměl k čemu vrátit a potřeboval „rychlý prachy“. Je zde totiž riziko alkoholu a drog, dle něj všichni číšníci fetují, právě kvůli oněm rychlým prachům, je přesvědčen, že *„až si sednu někde na drink, bude mě obsluhovat feťák“*. Tito lidé totiž dostanou najednou 10 tisíc, neví, co s nimi, tak je utratí, nejsou schopní šetřit. Nejzásadnější je v gastronomii přežít prvních 6 týdnů, do výplaty, a kdo nemá tuto možnost nemůže se dostat nikam výš. Marek ale obnovil přátelské vztahy, kdy jeho přátelé s radostí přijali jeho diagnózu, jsou rádi, že se to zjistilo, *„že může být normální“*, a byla mu nabídnuta finanční pomoc. Pokud by se tedy vrátil do gastronomie, tak do managementu, ovšem do maximálně čtyřhvězdičkového hotelu, protože má tetování, a to se do lepšího hotelu nehodí. Jinak může jít pracovat do sportovních center, marketingu, do realit apod., má na to.

Jako velice důležité z toho, co se událo během hospitalizace, spatřuje stanovení správné diagnózy, byť je to jen slovíčkaření. Potom se mu velmi ulevilo, neboť je konzervativní, s jednou partnerkou vydrží do smrti a výkyvy nálad mu velmi ubližovaly. Naopak jako zbytečné nejprve nevidí nic, poté možná dost volného času, jedním dechem ale dodává, že zbytečný není, protože kdo to bere vážně, tak informace dostane a potřebuje čas na to, aby to zpracoval. *(Poté co zopakují, že informace se k personálu nedostanou, pokračuje dál):* Vidí zde zbytečně velké pravomoci sester, které mají pocit, *„že jsou bachařky“*, hlavně některé. Je spolu s ostatními klientem ústavu, ale přitom sestrami jsou bráni jako *„odpad společnosti“*, jednají s nimi *„jako s dobyt看“*. Čárkový systém je podle něj sice funkční, ale ne, pokud má dostat čárku za to, že šlápne mimo vytřenou část. Sestry přirovnává k lovcům lebek, pokud dají 15 čárek za den, potom co 9 dní nebyla žádná. A možná mu také nepříjde vhodná filtrace pacientů, kteří byli posláni z jiného oddělení a čekali něco jiného, nebo nechápou, že zde mají poslouchat, nebo nejsou schopní to tu zatím zvládat, protože měli být déle na předchozím oddělení. Ti, co přicházejí z venku, naopak mívají dobré informace o chodu a nárocích oddělení.

Co se jeho týče, má pocit, že má vliv na události, co se kolem něj dějí, je hodně výřečný, často se ozývá a má to i odezvu. Jako obzvláště dobrého na hospitalizaci vidí psychologa, který je dle jeho slov bůh. Dokresluje příkladem, který se stal předešlý den. Měli s ním motivační skupinu, a Marek se dostal do konfliktu se spolupacientkou, která je také z bohatých poměrů, vzdělaná a chytrá, ale která se chová jen tak, aby to mělo efekt na okolí, a je zabeďněná v tom, že nevidí, že její manžel chlastá, a ona bere všechnu vinu na sebe. Vjeli si do vlasů, Marek jí radil, že dokud neuzná vinu ostatních, tak nemá šanci to zvládnout, což pacientka nebyla schopná pochopit, až musel Marek odejít. S psychologem pak ale rozebrali jeho vztek, a rozdělili ho na lítost, marnost a další jiné emoce, až Marek došel s pomocí psychologa k tomu, že je mu jí vlastně líto, což pro něj bylo velkým uvědoměním, i pro další věci v životě. Jako věci, které na hospitalizaci dobré nebyly, jmenuje Marek pacienty, kteří byli hloupí, za což ale nemohli, protože to bylo dáno výchovou, a kteří nebyli schopni fungovat s komunitou, a tak odešli. A spolupráci s personálem vnímá kromě pár sester bez zádrhelů. Pokud byly jeho požadavky zamítnuty, tak měly smysl, proto aby si uvědomil, že je potřeba žít podle norem.

Analýza a interpretace



Obrázek č. 1

Na základě Markova vyprávění byl vytvořen obrázek č. 1. Z jeho příběhu přímo nevyplývá, zda k závislosti vedlo duševní onemocnění, či zda závislost duševní onemocnění způsobila. Obojím trpěl zároveň. Z Markova vyprávění je také zjevné, že ve svém životě upřednostňoval přitažlivé a „rychlé“ věci, jako je práce v gastronomii, sňatek s bohatou manželkou, či instruktáž golfu. Také víme, že po alkoholu a drogách opakovaně sahal při zažívaných neúspěších ať už ve vztazích s druhými, či v práci. Je tedy patrné, že užívání omamných látek bylo Markovým stylem řešení problémů. Zajímavý je způsob, jakým k hospitalizaci přistoupil – a sice svými opakovanými pokusy o sebevraždu, nikoli tak, že by se pro léčbu rozhodl vědomě, a tak by jí také naplánoval. Nicméně po měsíci hospitalizace na jednom pavilonu dostal možnost přejít na jiný, kde by se léčila jak jeho bipolární afektivní porucha, tak i závislost. S touto variantou souhlasil a započal tak svůj boj se závislostí. Nyní můžeme přejít k výčtu bodů, pomocí nichž Marek se svou závislostí bojuje. Až při této

poslední hospitalizaci, tedy po pěti letech od první, mu byla stanovena **adekvátní diagnóza**, po které se mu ulevilo. To na své léčbě vnímá jako velmi důležité. Na správnou diagnózu nasedá vhodná **medikace**, která Markovi vyhovuje, je mu po ní dobře. Vedle medikace Marek považuje za velice důležité **slovo**, kdy doslova říká, že „*každá věta mi tu pomáhá*“. S tím souvisí důvod, proč se při jiné hospitalizaci nedal dohromady – nebyl na to prostor. Proto je důležitým bodem **prostor pro psychoterapie**. **Psycholog** je dle jeho vyjádření bůh. Své tvrzení dokládá příkladem, kdy psycholog pomocí techniky, kterou rozložil jeho vztek na několik dílčích emocí, přispěl k Markovu uvědomění a náhledu i na jiné podobné momenty, které v životě zažil. Vedle psychologa je pro Marka důležitý i ostatní personál, kdy **zájem o pacienty** od personálu přispěl k posunu v Markově léčbě. Marek v tomto kontextu zmiňuje lékařku, která až poté, co se o něj skutečně zajímala, byla schopná stanovit adekvátní diagnózu. Zmiňuje také **chráněnost prostředí**, díky které si v bezpečném prostředí může řešit problémy z minulosti, které jsou psychicky náročné, a které by venku zřejmě vedly k abusu omamných látek. Vyjadřuje pochopení k zamítnutým požadavkům, které měl: „*všechny moje požadavky, které byly zamítnuty, tak měly smysl, proto abych si uvědomil, že je potřeba žít dle norem*.“ Z jeho tvrzení ale nevyplyvá, zda pochopil i důvod zamítnutí, či zda ho chápal jako bezdůvodné rozhodnutí, které však mělo vést k naučení poslušnosti. Každopádně se ale **zpětně ztotožňuje s normami**, zůstává však otázkou, zda jde o vnější přizpůsobení při vnitřní distanci a nepochopení, či zda jejich smysl plně chápe. V jeho vyprávění se opakovaně objevuje **pomoc od přátel**, kteří mu už pomohli v minulosti, finančně i psychicky, a od nichž má i po léčbě přislíbenou pomoc. Uznává, že bez pomoci by nezvládl žít slušně a musel by se vydat cestou „rychlých prachů“. **Volný čas** je zde zobrazen tmavou i světlou barvou, což vyjadřuje Markův ambivalentní postoj k volnému času. Zmiňuje ho při otázce, co mu připadá v léčbě zbytečné, zároveň ale jedním dechem dodává, že zbytečný není, neboť člověk má čas nad sebou přemýšlet. Tato ambivalence může být způsobena tím, že Marek na jedné straně ví, že volný čas je určen k přemýšlení, na druhé straně ale nemá tolik nad čím přemýšlet, proto se mu jeví jako zbytečný. Tím se přesouváme k jasným negativům, která Marek na léčbě vnímá. Připadá mu, že pravomoci **sester** jsou přehnané, „*mají pocit, že jsou bachařky*“. Hovoří o sobě jako o klientovi ústavu, ale „*sestrama jsme braný jako odpad společnosti, jednaj s námi jak s dobytkem*.“ Z Markova vyjádření není patrné, jak na sestry reaguje, ale dá se z toho pochopit, že sestry svým

jednáním útočí na Markovu sebeúctu, která je vyšší než ta, které se mu od sester dostává. Zároveň opakovaně zmiňuje **nevhodné spolupacienty**, z čehož lze vyčíst, že okolí je pro Marka důležité. Ovšem důvod, proč jsou tito pacienti nevhodní, nespatřuje ani tak v nich samotných, jako spíše v jejich výchově, či chybnému odeslání na zdejší oddělení lékaři. Kromě nevhodných pacientů jmenuje také **toxické prostředí**, před kterým musel nejprve utéci z hlavního města do menšího, a nyní volí opačný postup: „*Praha je toxická, ale pokud nechcete tak najdete místa, kde toxická není, ale na malých městech je to všude, všude pervitin, mladý berou, starší prodávaj, ještě starší vařej, nejste vyvrhelem, když berete, ale když neberete.*“ Toxické prostředí souvisí také s Markovým okolím, ale mimo léčebnu.

5.1.2 Eliška, 52 let

Eliška byla přivedena jinou pacientkou, která předsedala patientské komunitě, nešlo tedy o její iniciativu. Působila plachým, uzavřeným dojmem, mluvila tiše a opatrně. Ze začátku byla v patrné tenzi, a musela jsem se hodně doptávat, odpovídala jednou větou. Postupně se ale více uvolnila. Na oddělení je hospitalizována pro úzkosti a závislost na alkoholu.

Eliška vystudovala Pedagogickou fakultu a Akademii výtvarných umění, nyní učí na střední škole umělecké. Hospitalizaci předcházela smrt bratrance, koronavirus, kdy zůstala doma s dětmi, „*a s obtížným partnerem za zády*“. Partner je nyní ve výkonu trestu odnětí svobody, což Elišce není příjemné, i přesto, že jí partner škodí. Odpykává si trest za pronásledování a neplacení výživného dětem z předchozího vztahu, které jsou nyní již dospělé a žijí v Americe. Dle Elišky je to „*manipulátor*“. Seznámili se spolu přes internet a má s ním dvě děti – chlapce, ve věku 10 a 11 let. Právě chlapci jsou dalším důvodem Eliščiny hospitalizace – byli jí odebráni z péče, a po absolvování hospitalizace a následné abstinenci jí mají být vráceni. Nyní jsou v dočasné pěstounské péči. Eliška není hospitalizována poprvé, bylo jí jasné, kam by její alkoholismus postupně vedl, a zároveň je „*svým okolím hlídána*“. Myslí si, že dokáže nějaké věci zvládnout sama, ale varianta hospitalizace je lepší, protože má zkušenost, že „*sama to zvládne chvíli, ale dál už ne*“. Proto sama zavolala primárce a domluvila si hospitalizaci.

Při srovnání pocitu před hospitalizací a nyní Eliška udává, že nyní má jakousi „*vnitřní naději*“, kterou předtím neměla. Zároveň má ale s každou další léčbou strach, protože „*klesá její důvěra v tom, že to zvládne*“, nevěří si, je opatrnější. Je pro ni úzkostné, že musí „*stoprocentně fungovat, nemůže vůbec selhat*“, a že to musí vydržet dlouhodobě. Nyní, v padesáti letech pocítuje svá „*dosavadní zranění*“, uvědomuje si, že je na všechno sama, a představa, že „*bude s někým kdo jí pomůže, je stále menší a menší, zatímco synové jsou stále malí*.“

K alkoholu se dostala kvůli problémům s partnerem. Byla to první láska, až v jejích třiceti letech, „*čekala tak dlouho na toho pravého, až přišel špatný, následován dalším a dalším špatným*“. V „*nestřeženém okamžiku se ocitla blízko alkoholu*“, a neuvědomila si možnost závislosti, v té době se o tom ani nemluvalo. A po propuknutí závislosti je to nemoc na celý život, na 10 let se vzpamatovala, měla děti, ale poté to znovu pokračovalo.

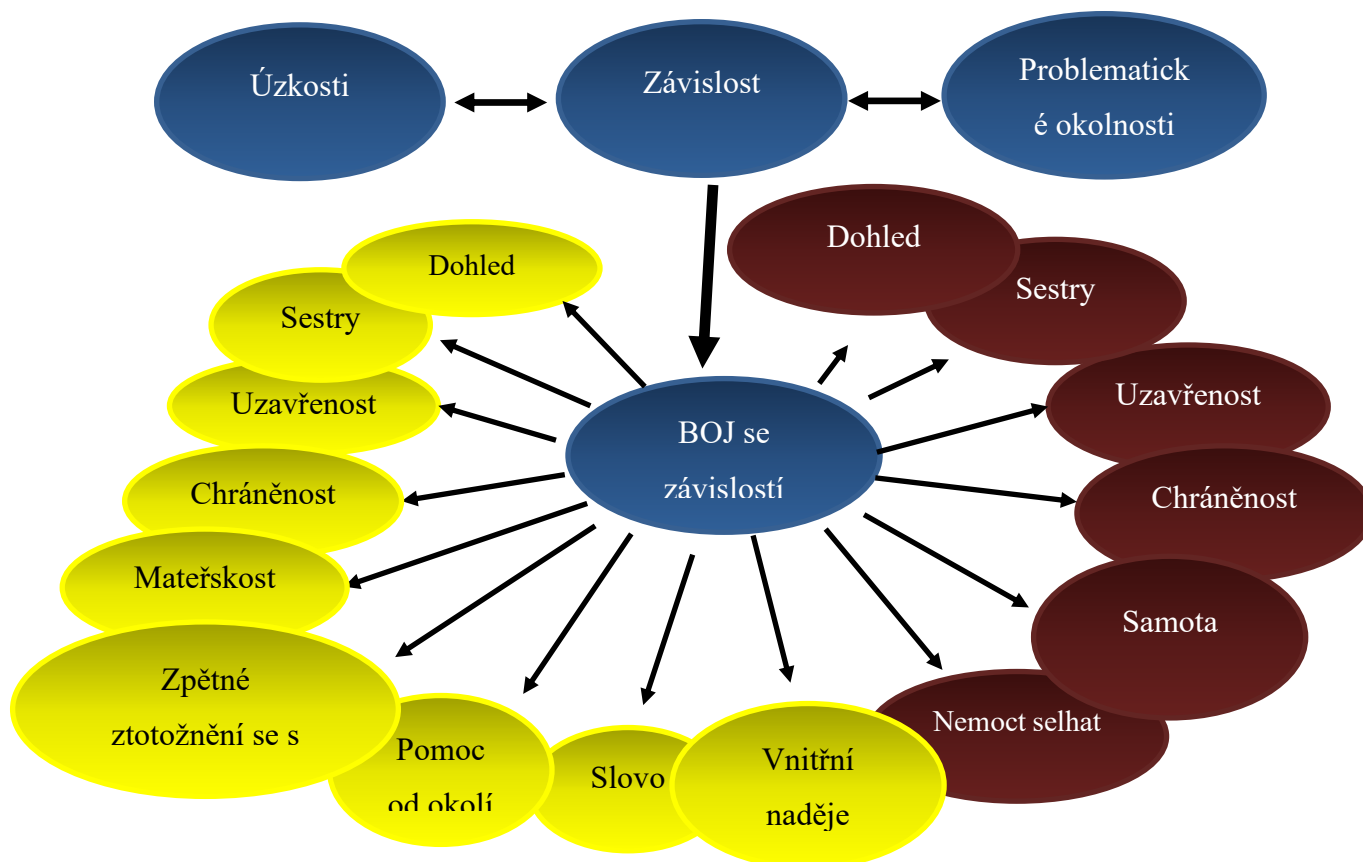
Při srovnání života zde a mimo léčebnu zmiňuje uzavřenost, kterou vnímá jak pozitivně, tak negativně. Negativní je pro ní nemožnost „kontaktovat lidi venku, práci, děti, věci co musí vyřídit“. Pozitivní je na této uzavřenosti klid, kdy „nemusí řešit nic jiného, než sebe, nebo neřešit nic, nakonec jí to připadá příjemné“. Jako důležité na hospitalizaci vnímá to, že se nyní více soustředí na „okolnosti, které u ní vedou k sáhnutí po alkoholu“, na „věci, které měla udělat jinak.“ Před napitím se ocitá v takovém stavu, kdy „nemyslí ani na děti, ani na budoucnost“. „Zmizení“, které jí alkohol poskytne, je pro ní v tu chvíli jediná cesta. Zároveň si myslí, že si jednou uleví, a že se nic nestane. Tak to ale nefunguje, a tím „podcení jeden moment“. „Manipuluje s vědomím, že když je sama, tak se nikdo nedoví, co udělala.“ Nyní si musí uvědomovat, že tak to není, a že bude muset čelit důsledkům, výčtkám svědomí, a že to nepřinese úlevu. Toto uvědomění jí „těsně před napitím nenaskočí, ale mělo by“. Také je pyšná na děti, které ačkoli se jim v pěstounské péči nelíbí, tak jí nic nevyčítají, ačkoli ona ví, že je zklamala.

Jako zbytečné na hospitalizaci vnímá některá pravidla, která jsou přehnaná, například nemožnost komunikovat s prací. Bylo jí dáno najevo, že není dobré reagovat na věci zvenčí, že se nyní musí soustředit na sebe, a zpětně to akceptuje – „kdyby měla na všechno zvenčí reagovat, tak to asi nepůjde“. Práci kvůli nemožnosti je kontaktovat ale ztratila, což sice tolik nevadí, protože má jiný větší úvazek, ale mrzí jí to „ve smyslu společenském“ – jelikož neměla smlouvu na dobu neurčitou, využili její absence a práce neschopnosti, a vyhodili jí. Eliška ale zmiňuje, že do staré práce chtěla jet „okamžitě“. Kromě zákazu navštívit starou práci měla ještě Eliška své vize ohledně délky léčby, kde budou její děti, kdy bude moct do práce – vymýšlela si snesitelnější varianty, ale ani jednou jí to neodsouhlasili. Díky tomu měla několikrát „cukání“ odejít, ale zároveň si řekla, že počká do dalšího týdne a zkusí to znovu. A během toho týdne jí to netrápilo. Možná ale vnímá jako vyčerpávající, že má neustále jiné iluze a nedokáže se smířit s alternativou. Co se jejího vlivu na léčbu týče, tak určitý vliv pociťuje, ačkoli „nedokáže vždy rozpoznat, co vede doktory k jejich rozhodnutím“. Jeví se jí jako logické, že v léčbě závislosti zaujmou stanovisko, „které je přísnější, a člověk se musí smířit s tím, co je nepříjemné.“ Tak se nejvíce „vzteká na začátku, kdy má pocit, že to chce změnit, a až zpětně pochopí, proč byli přísní.“ Zákazy jsou v léčbě hlavně na začátku, myslí si, že je to proto, „aby se člověk zastavil a přemýšlel nad důvodem, proč tu je, a také možná proto, aby se sem nechtěl vracet, kdy si uvědomí, že alkohol omezuje

více než léčba.“ Smiřování se se zákazy je nepříjemné, *„člověk je vystaven konfliktům v chráněném prostředí,*“ musí čelit nepříjemným věcem a *„musí to zvládnout uvnitř sebe.“* Venku je ale život bez omezení. Vráť se do stejného prostředí, *„nemůže měnit své životní zasazení – má rodiče, děti, práci, kterou bude zavalena, partnera, který jí nepřestane otravovat.“* Musí ale *„změnit svou vnitřní ostražitost.“* Pokud zvládne chodit k psychologovi, tak bude mít větší podporu, protože *„přátele sice má, ale ti mají svých starostí dost.“* Ambulantní léčba by jí vyhovovala více než pobytová, kdy by mohla zachovat svůj běžný život. Dodává ale, že zde by s ní nesouhlasili – a nebýt dětí a práce, tak by jí nakonec odříznutí ani nevadilo. Líbí se jí, že zde má na vše čas a může si dělat so chce, takže *„kdyby jí někdo zajistil věci venku, tak je zde častěji“*, ale zároveň bez práce a dětí by to nesla těžce, ačkoli jí to vyčerpává.

Jako obzvláště dobré na hospitalizaci vnímá spolupráci doktorkou a adiktologem, kteří jí *„dají impuls, nový moment, nad nímž pak může přemýšlet.“* Naopak jako špatné hodnotí nemožnost komunikovat s prací, a nemožnost propustek v době koronavirové epidemie. Spolupráci s personálem vnímá většinou dobře, má pocit *„rovnocennosti“*. Výjimečně si na ní vyskakuje některá ze sester, *„která jí sjede jako malé dítě“*, ale to tolik neřeší, nedotýká se jí to. Na předchozím pavilonu závislostí se sestry choval tvrdším způsobem, což jí vadilo, ale chápe, že to asi má svůj účel.

Analýza a interpretace



Obrázek č. 2

Z Eliščina vyprávění i aktuálního projevu byla patrná jistá tenze, dokládající její úzkostnou poruchu. Ta byla zřejmě i důvodem, proč Eliška historicky tolik zachutnal alkohol se svými anxiolytickými účinky. Přímo doloženo to ale není, proto je v grafu obousměrná vazba – nevíme, zda se jí úzkostná porucha rozvinula po abusu alkoholu, či zda existovala předtím, či zda tyto dvě poruchy existují pouze paralelně a vzájemně si vyhovují. Uvádí, že „*se v nestřeženém okamžiku ocitla blízko alkoholu*“, čímž navazuje na problematické partnerské vztahy, které zažila. Ty byly dříve i nyní jedním ze spouštěčů jejího abusu. Kromě partnerských problémů Eliška jmenuje smrt bratrance a aktuální situaci, kdy musela zůstat doma sama s dětmi. Samota, jak si později ukážeme, hraje u Elišky významnou roli. Takže vnější okolnosti spustily Eliščino napití se, ovšem v důsledku jejího abusu musí nyní čelit důsledkům svého jednání, minimálně v podobě odebrání dětí z péče a ztrátě zaměstnání.

Jak si můžeme v grafu všimnout, první čtyři body jsou znázorněny po obou stranách ve světlé i tmavé barvě, tedy v pozitivním i negativním smyslu. Tím je vyjádřena Eliščina

ambivalence, která byla patrná v průběhu celého jejího vyprávění. Ambivalence je ale také typické pro úzkostné jedince, kteří nejsou schopni rozhodnout se pro jednu z variant. **Dohled**, který Eliška zmiňuje, je použit ve dvou kontextech. Jednak jako jedna z příčin její hospitalizace, kdy uvádí, že není léčena poprvé a „*všichni jí hlídají*“, takže „*je jasné kam by to dospělo*“. Vyjadřuje se o něm tedy jako o jakémsi nutném zlu, se kterým není zcela ztotožněna. Na druhou stranu ale vzápětí uvádí, že ačkoli má pocit, že by to mohla zvládnout sama, tak to zatím sama zvládla vždy jen chvíli, ale poté už ne. Tedy racionálně si uvědomuje, že potřebuje dohled, ačkoli jí trochu vadí. Dohled souvisí s dalšími body, které uvedu dále. O **sestrách** se Eliška taktéž vyjadřuje ambivalentně, narušují její pocit rovnocennosti s ostatním personálem, ale dokáže od toho „*odhlížet*“, i pokud jí zrovna „*sjedě jako malý dítě*“. Tedy uvědomuje si, že s nimi má jistý problém, ale dokáže se s tím vypořádat, takže pro ni takovým problémem nejsou. O **uzavřenosti** Eliška přímo hovoří v pozitivním i negativním smyslu. Vadí jí, a ze začátku tím více, že se nemůže kontaktovat s okolím, tedy i po personálu neustále vyžadovala propustky, zkrácení léčby apod., ale když jí to personál zamítl, tak za to byla vlastně i ráda. Tedy jakoby jí vnitřní tenze a impulzivita hnala k tomu neustále řešit něco, co jí ale v konečném důsledku vyčerpává. A opakovaně zmiňuje, že „*je to proto aby se člověk snažil zastavit a přemýšlet na důvodem, proč tu byl*“. Uzavřenost prostředí Elišky také poskytuje klid, který si užívá, a který venku nemá. Klid působí úlevně na její vnitřní tenzi, kterou venku, kdy je zavalena povinnostmi, zahání alkoholem. Toto tvrzení mohu doložit následujícím citátem: „*ze začátku byl pro mě problém odříznutí, ale samotná léčba mi nebýt dětí a práce nevadí, líbí se mi, můžu dělat co chci, mám tady na to čas, takže pokud by mi někdo venku zajistil věci, tak jsem tady častěji, ale bez dětí a práce budu v háji...*“. Chráněnost je dalším ambivalentním bodem v Eliščině příběhu. Když tvrdí, že „*člověk je vystaven konfliktům ve chráněném prostředí, jsou na něj navaleány nepříjemné věci a musí to zvládnout uvnitř sebe*“, vlastně tím tak trochu proti slovu „chránit“ revoltuje, neboť má-li nás něco chránit, je běžné vnímat to jako pozitivum. Ovšem z Eliščina vyjádření lze vyčíst určitou stížnost, že je zde chráněna od alkoholu, a tak všechny konflikty musí řešit střízlivá, což je obtížnější. S chráněností souvisí i zákazy, které tedy nejsou tak příjemné, ovšem Eliška uvádí, že „*možná ty omezení jsou proto aby se sem člověk nechtěl vracet, pak si uvědomí, že ten alkohol omezuje víc než léčba, smířování s tím je ale*

nepříjemný“. Tedy opět lze vyčíst jistou ambivalenci, provázející všechny výše uvedené body, kdy Eliška by to možná chtěla jinak, ale uvědomuje si, že je to pro její dobro.

Dále se přesunme k dalším pozitivním faktorům. Je mezi nimi **mateřskost** - jeden z hlavních důvodů, proč Eliška léčbu podstupuje. Má dobrý vztah se svými dětmi, které by nechtěla kvůli alkoholu ztratit. **Zpětné ztotožnění se s normami** je zde celkem uvědomělé. Eliška sice uvádí, že ne vždy dokáže rozpoznat, co doktory vede k jejich rozhodnutí, ale připadá jí logické, že jsou přísní, a zpětně pak i pochopí, proč přísní byli. **Pomoc od okolí** je pro Elišku důležitá, z jejího vyprávění lze vyčíst, že jí potřebuje. Jednak uvádí, že „v 50 si člověk uvědomí, že je na všechno sám, má zranění, a představa že s někým budu a že mi pomůže, je stále menší a menší“. Tedy automaticky počítá s tím, že pokud s někým bude, tak že jí pomůže. Dále i své přátele zmiňuje v kontextu alternativy psychologa, s tím, že využije raději psychologa, neboť přátelé mají taktéž své starosti. Důležitost **slova** je zde doložena tvrzením, že spolupráce s personálem je pro ní velmi užitečná, neboť jí dají „*impulz, nový moment, pak nad tím přemýšlím*“. **Vnitřní naději** Eliška sama jmenuje, když má porovnat pocity před hospitalizací a nyní. Uvádí, že předtím jí neměla, ovšem ihned pokračuje v obvyklém duchu ambivalence, když navazuje, že s každou další hospitalizací má větší strach. A ten souvisí s dalším bodem, a sice s obavou, že **nemůže selhat**. Má obavy, zda dlouhodobě zvládne stoprocentně fungovat – tedy z toho, zda se zvládne ani jednou nenapít. Posledním velkým Eliščiným tématem je **samota**. Ta ji láká k abusu, protože „*člověk je sám a co udělá, tak ví jen sám, a manipuluje s tímto vědomím*“. Je pro ni těžké si „*uvědomovat, že i tak ty důsledky budou, výčitky svědomí, nepřinese to úlevu, což se ale neobjeví v tu chvíli, ale mělo by*“. Stejně tak i jedna z příčin, proč je nyní hospitalizovaná, je, že zůstala doma sama. Tedy jako by ve chvílích samoty nedokázala odolat impulzivní chuti na alkohol, a proto tedy raději opakovaně přistupuje k hospitalizacím, dobrovolně na sebe nechává dohlížet jiné osoby, protože ví, že je to pro ni bezpečné, ale zároveň si nedokáže sama přikázat nepít.

5.1.3 Martin, 35 let

Martin byl druhým ze dvou pacientů, kteří se dobrovolně přihlásili na komunitě o účast v rozhovoru. Vzhledem k probíhající vizitě došlo k posunu časů rozhovorů, a během toho Martin netrpělivě čekal před vyšetřovnou, kde rozhovory probíhaly. Působil „vytočeným“ dojmem, o čemž se následně v rozhovoru zmiňoval.

Martin má vystudovanou střední školu zdravotnickou, je původem ze Slovenska a doposud pracoval jako zdravotní laborant, ovšem onemocněl ve zkušební době (čímž má na mysli současnou hospitalizaci). V průběhu rozhovoru pak vyplyne, že studoval vysokou školu – geologie a biotechnologie, ale studia zanechal, a že má nyní podané přihlášky na dvě vysoké školy přírodovědného zaměření. *(Toto sdělení na mě nepůsobí příliš důvěryhodně, jelikož uvádí, že se chystá od září nastoupit, ale zároveň teprve podat přihlášky, a je červen, ale jelikož to není nyní podstatné, dále to už nerozebírám).* Jeho hospitalizaci předcházely deprese, pro které byl před pár lety hospitalizován v délce jednoho roku. Trvá na tom, že má pouze deprese, nikoli závislost. Sice do sebe „dal hodně alkoholu“, ale na detox byl zaslán „omylem, protože se klepal“, údajně z hypoglykémie. Sděluje, že „netrpí závislostí, v předchozí léčebně deprese všichni řešili alkoholem, což je u depresí typické“. Při svém tvrzení se odvolává na autority v podobě psychiatrů a soudní znalkyně z minulé léčby, kteří mu také „říkali, že je to deprese a ne závislost“. Na oddělení duálních diagnóz se údajně ocitl, protože na ostatních odděleních je plno. Opakuje, že v rámci depresí několikrát jednorázově užil alkohol, ale jinak není závislý, ani nepocituje bažení, z čehož ho na oddělení „obviňují“. On to ale chápe tak, že ho závislosti obviňují mladí nezkušení lékaři, naopak zkušená lékařka „chápe, že není alkoholik“, a Martin se tedy chystá si s ní o tomto promluvit, neboť ho to „vytáčí“. Na jiném místě dodává, že v době deprese pije sám, a když je v pohodě, tak „v hospodě pije 1 púllitr hodinu.“

K hospitalizaci přistoupil dobrovolně, přijel sám městskou hromadnou dopravou, sice zřejmě pod vlivem alkoholu, ale jeho „cílem bylo podchycení deprese, už na sobě viděl, že deprese a úzkosti graduji.“ Vzhledem ke svým zkušenostem s ambulantní i pobytovou léčbou si zvolil pobytovou, protože potřeboval nastavit léky, a „ambulantně je to na nic, tady se dá měnit léčba a dávky.“ Dodává, že i na psychoterapii si uvědomuje spoustu věcí. Dokonce říká, že psychoterapie s psychologem jsou to nejpozitivnější na jeho hospitalizaci, a hlavní

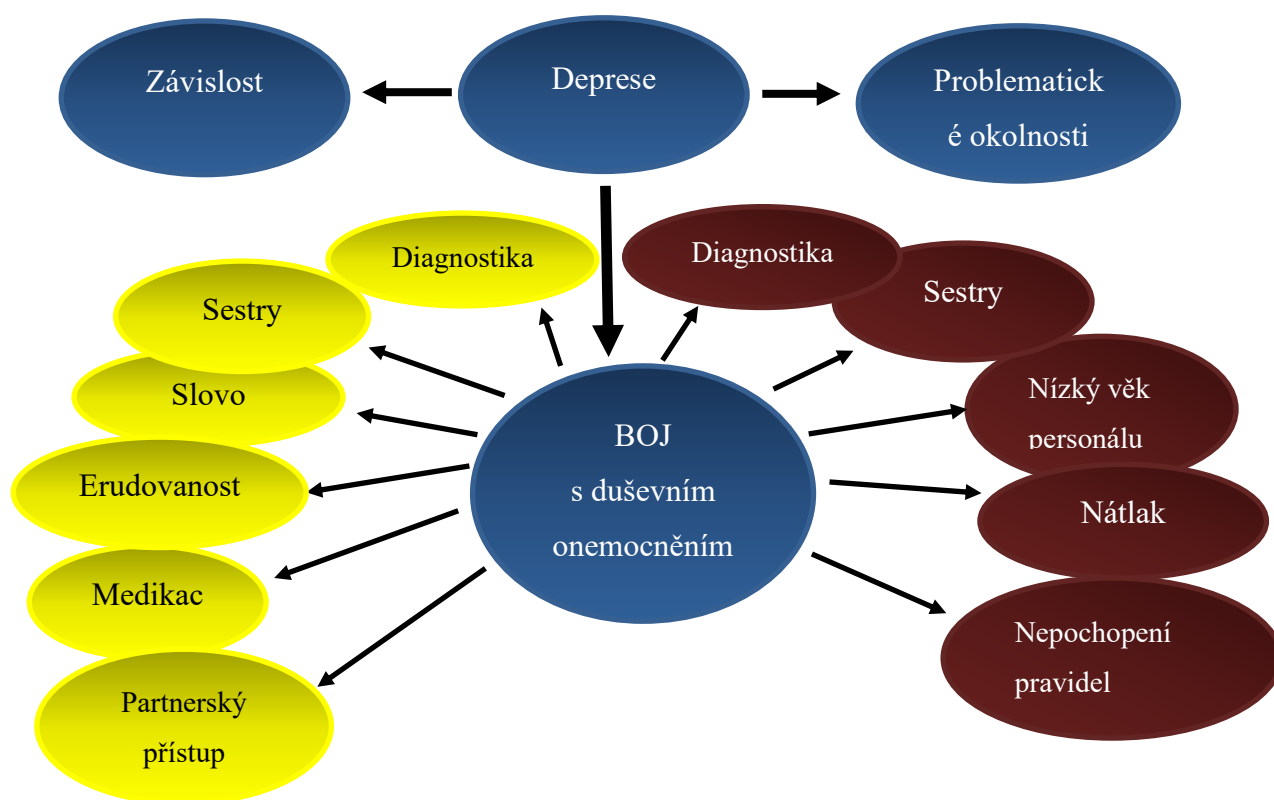
pozitivum spočívá v samotném přístupu psychologa. Při dalším doptávání blíže upřesňuje onen přístup, který spočívá v tom, že s pacienty nejedná s odstupem, je přátelský a pacient má tak pocit rovnocennosti. Dalším plusem je kombinace psychoterapeutických přístupů, které psycholog využívá, „že každému dává jinou formu, jiní mají jednu formu ve které se našli, a jedou to furt, KBT, transakční analýza, ale tenhle to upravuje, hahaha.“ Na můj údiv reaguje: „No znam toho hodně, když jsem byl na VŠ tak jsem toho hodně načet.“ Zároveň jak skupinovou, tak individuální psychoterapii vnímá jako důležitou, zejména protože „tam mě netlačí do toho, že jsem alkoholik.“ Vedle psychoterapií vnímá jako důležité také medikamenty a přísun jídla.

Při srovnání svého stavu před hospitalizací a nyní sděluje, že předtím byl psychicky na dně, měl špatná antidepresiva, ale teď užívá jiná, která ani nesnižují libido, a taktéž „mozek, který mu předtím nefungoval, teď funguje perfektně.“ Přímo před současnou hospitalizací na tom byl lépe než při předešlé léčbě, protože si rozvíjejícího stavu všimnul v jeho počátku. Při srovnání života zde a mimo léčebnu uvádí, že „když porovnam zdravotnický personál jako fundovaný člověk, tak si říkam co tady dělám jako, když porovnam lidi venku a tady, tak je to stejný, hodně lidí venku by potřebovalo projít oddělní tady, tady stejný vzorek jako venku.“ Tedy na jednak sebe chápe téměř jako součást personálu, jelikož je také zdravotník a má tedy zřejmě na věci náhled, ale zároveň má pocit, že by se mělo léčit více lidí, když se léčí i on.

Na mé doptávání se na jeho fundovanost přechází k tématu neprofesionálního personálu, nejprve k tématu sester. O některé z nich si myslí, že „tu nemá co dělat, zvyšovat hlas, táhnout věci z rodiny a pak křičí po pacientech.“ Rovněž některým trvá podání léků, a patří na „internu, ne na psychiatrii“. Martin si myslí, a opět se odvolává na stejný názor jedné z autorit – jeho známého profesora z lékařské fakulty, který tam „učí už třicet let“, že by sestry před nástupem do zaměstnání nebo před nastoupením na školu měly projít psychotesty, a „polovinu bysme vyházeli“. Považuje je za labilní osobnosti, které si neuvědomují, že takovýto přístup si na psychiatrii nemohou dovolit, protože to pro někoho může být katastrofa. On sám však svou spolupráci se sestrami vnímá „obstojně, prakticky s nima nevychází špatně“ což je v kontrastu s jiným sdělením, kdy na dotaz, jaký měl vliv na události, co se během hospitalizace děly, udává: „Vytáčeli mě, můžu si zanádat mimo

prostor, tady si sestra myslí, že je moudřejší než všichni.“ Tedy se sestrami nevychází zle, ale vytáčí ho natolik, že si musí zanádat mimo prostor. Když se doptám, zda se neprofesionalita tedy týká pouze sester, tak se opět vrací k mladým nezkušeným lékařům: „jak může po dvou letech po škole zastávat lékaře, i když sekundárního, tady ordinuje sám“. V rozhořčení pokračuje dále: „i na rodince, spolupacienta tlačil do rodinky, aniž by pacientka chtěla, jak může přesvědčit tlakem, chtějí mě nachytat na slovíčkách, na to že jsem alkoholik, to mi přijde úplně zcestný“. Má tedy pocit, že lékař postupuje způsobem, se kterým on a i jiná spolupacientka nesouhlasí, a který si vysvětlují jeho nezkušeností. (Přitom ale za rozhodnutími většinou stojí celý terapeutický tým, a jeden z pracovníků to poté vyřizuje s pacientem). Dále také nesouhlasí s ambivalentními zákazy, ve kterých je dle něj protichůdnost, některé jsou „scestné“, „někdo přihmouří oči“ a jiný ne, a Martin nechápe důvod zákazů. Ohledně svého vlivu na léčbu sděluje, že pacient „spoluurčuje medikaci, může ji přijmout nebo odmítnout, má svobodnou vůli.“

Analýza a interpretace



Obrázek č. 3

Martin si během celého rozhovoru velmi trval na stanovisku, že má deprese, nikoli závislost. To zřejmě vychází z jeho chápání závislosti, která spočívá v každodenním pití a bažení, které on nepocítuje. Zároveň i deprese chápe jako příčinu svých problematických okolností, např. „*onemocnění ve zkušební době*“. Proto je v grafu na prostředním místě duševní onemocnění, které u Martina vede jak k závislosti, jelikož během depresí u něj dochází k abusu alkoholu a rovněž deprese jsou příčinou dalších důsledků z nich vyplývajících. Zároveň i svůj pobyt v nemocnici chápe zejména jako boj s duševním onemocněním, nikoli závislostí.

Diagnostika je pro Martina zásadní věc, neboť se během celého rozhovoru vracel k tomu, že trpí depresemi, za čímž si stojí a identifikuje se s tím, ovšem naprosto nesouhlasí s diagnózou závislosti: „*Netrpím závislostí, v předchozí léčbě deprese všichni řešili alkoholem, což je u depresí typické.*“ Zřejmě si tedy neuvědomuje, že závislosti může být i kvartální, a zejména duální diagnózy spočívají ve spojitosti duševního onemocnění se závislostí, kde je buď jednosměrný, nebo obousměrný vztah. Takže diagnostika je pro něj důležitá a chápe ji pozitivně, pokud se s tím ztotožňuje, ovšem velmi negativně reaguje na přidělení diagnózy, se kterou on nesouhlasí. Některé **sestry** jsou dle jeho slov „*labilní osobnosti, které tu nemají co dělat*“, dále také že ho „*vytácejí*“. Ovšem vytácejí ho poněkud odosobněné věci, neboť v prvním případě zmiňuje, že „*pro někoho to může být katastrofa*“, a dále že on s nimi příliš problém nemá: „*prakticky nevycházím špatně se sestrama*“. Proto sestry nejsou u Martina jednoznačně negativním bodem. **Erudovanost** je dalším podstatným jevem v Martinově vyprávění. Sám sebe nazývá „*fundovaným člověkem*“ ve chvíli kdy se má vyjádřit o personálu, a o své přednášce, kterou má mít na samořídící skupině pro ostatní pacienty, se vyjadřuje: „*tak to udělám jako pro laiky, nemůžu na ně spustit hned, lekli by se, nemůžu přednášet jak na zdrávce, hahaha, nebo na vejšce.*“ Psychologa chválí za jeho flexibilitu ve střídání přístupů, o kterých má přehled: „*psychoterapie byla vedena správně, že každému dává jinou formu, jiní mají jednu formu ve které se našli, a jedou to furt, KBT, transakční analýza, ale tenhle to upravuje.*“ V kontrastu s tímto sdělením naopak kritizuje „*neprofesionální personál*“ a zejména mladé lékaře: „*Beru to tu že prostě doktoři jsou tady mladý, prostě nejsou zkušený, mě to vytáčí, chci si to vyříkat, ať ze mě nedělaj alkoholika*“; nebo jinde: „*jak může po dvou letech po LF zastávat lékaře, i když sekundárního, tady ordinuje sám*“. Tudíž **nízký věk** je pro Martina znakem neprofesionality. Z jeho vyprávění ale také vyplývá, že ho má na starost onen mladý lékař, který mu pravděpodobně přetlumočil

vyjádření terapeutického týmu, že trpí i závislostí, ovšem Martin to možná nemůže skousnout, a tak útočí na to, co je na první pohled zřejmé, a sice že lékař je mladý, a tak špatné označení plyne z jeho neznalosti. Vedle špatné diagnostiky mladého lékaře obviňuje i z **nátlaku**, který vyvíjí na jeho spolupacientku: „*spolupacienta tlačil do rodinky, aniž by pacientka chtěla, jak může přesvědčit tlakem*“, i na něj: „*mladej doktor má narážky na to že jsem alkoholik*“ a naopak na psychoterapiích ho „*netlačí do toho, že je alkoholik.*“ Z toho tedy můžeme usoudit, že **slovo**, používané nejen v rámci psychoterapií, ale i při diagnostice, označování a pojmenovávání skutečností je pro Martina velmi důležité. To lze doložit i odvoláváním se na autority, kterými stvrzuje své názory na svou diagnózu, na problematiku sester. Velmi kladný vztah má dále Martin k **medikaci**, kterou vnímá jako důležitou a nezbytnou, podstupuje kvůli ní hospitalizaci, a aktuálně je s ní spokojen. Také je pro něj důležitý **partnerský přístup**, který vnímá v přístupu psychologa, který se k Martinově závislosti nijak nevyjadřuje, chápe ho jako přátelský, v kontrastu s nátlakem od mladého lékaře. A posledním tématem, který Martina dosti vytáčí, jsou zákazy a omezení, která buďto nechápe: „*Omezení tabletu, ale mobil mám a to je to samé, štvě mě, že nemůžete mít nožik ale nůžky jo, zbytečný omezení, který nemají logický základ, do tabletu mi jde simkarta, a to mám pak jako větší telefon*“, nebo jsou pro něj nejednotná: „*Ambivalentní zákazy, a tohle jo a tohle ne, ale je v tom protichůdnost, někdo přihmouří oči, nechápu důvod zákazů, některý jsou scestný*“. V obou případech tedy negativně vnímá **pravidla, která nechápe**.

5.1.4 Lýdie, 31 let

Lída byla v době mé návštěvy nemocnice předsedkyní patientské komunity. Po komunitě za mnou přišla a zeptala se, kolik lidí jsem sehnala na rozhovory. Řekla jsem jí, že málo, a tak se nabídla, že se další pokusí najít. Společně jsme se domluvily na odpolední rozhovor. Působila mile, rozvážně a klidně.

Lída vystudovala uměleckou akademii, obor restaurátorství uměleckých děl. Nyní je na oddělení hospitalizována pro úzkosti, deprese a závislost na alkoholu. K té se dopracovala díky svým úzkostem, kterými trpí od šestnácti let. V psychiatrické ambulanci jí byla ordinována anxiolytická psychofarmaka (léky potlačující úzkost), až zde zjistili, že Lída je závislá na stillnoxu (hypnotikum – lék na spaní, návykový), který později vyměnila za pregabalin (anxiolytikum – lék proti úzkostem, nenávykový). Nakonec, ve svých 23 letech užívala i rivotril (anxiolytické, myorelaxační a hypnotické účinky, návykový). Jelikož ho ale nadužívala, rychle jí došel, a tak ho doplnila alkoholem. Tím vyměnila své primární úzkosti, kterými nyní již netrpí, za návyk na alkohol. K hospitalizaci se dostala tak, že pracovala kvůli koronavirové epidemii z domova, nejprve u rodičů, poté v bytě v Praze, kde bydlí se spolubydlíci. Při práci z domova se ale „rozpila“: koupila „si čtyři piva, věděla, že pak zavřou krám, a pro další si nepude, ale bydlí se spolubydlíci, kteří mají vždy něco v ledničce.“ K tomu se přidal i tvrdý alkohol a Lída pila cca dva až tři dny v kuse. Poté, co vystřízlivěla, šla spolubydlícím alkohol dokoupit, ale to, co nakoupila, opět vypila. Uvádí, že je spíše „kvartální alkoholik“. Přes víkend se příliš opila, spolubydlíci o ní dostaly strach a v úterý jí zavolaly sanitku. Kvůli abusu alkoholu Lída ani neužívala svá antidepresiva, takže „i tak vypadala“. Poté, co přijela záchranná služba, Lída nadýchala 1,8 promile alkoholu, s posádkou nechtěla komunikovat, a ta ji odvezla na záchytnou stanici. Zde později „klepala na dveře, ať jí vysvětlí, proč tu je, a oni jí místo toho připoutali“. Následně byla převezena do psychiatrické nemocnice na detoxifikační oddělení, kde to bylo „o trochu lepší“, ale doktoři si o ní mysleli, že je závislá a bude tedy trpět abstinenčními příznaky, ale ona „byla kvartální, nebyla najezená a nespala, protože furt neměla svoje léky“. Poté ji přesunuly v rámci oddělení pro závislosti do dalšího úseku léčby – režimového oddělení, kde se již dodržuje program, ale zde „jednak neměla svoje léky, a jednak furt brala diazepam (tlumící a anxiolytický účinek) a ten režim tam nezvládala“. Uvažovala o podání reversu (žádost o ukončení hospitalizace), bylo to pro ni „extra stresový“, a tak ji přesunuli na

oddělení duálních diagnóz. Předtím byla již dvakrát hospitalizována v jiných nemocnicích, pro abusus léků a alkoholu, „*ted' už jako závislost*“, s čímž Lída naprosto souhlasí. Přistoupení k hospitalizaci hodnotí tak, že „*neměla moc na vybranou*“, původně ani nechtěla, ale „*ze záchytky jí přivezli v tak hrozném stavu, že musela, říkala si, že osm tejdnu je hrozně moc, že dá revers, ale nakonec ho nedala a rozhodla se to brát vážně*“. Vysadila dokonce i léky, pregabalin, který se pokoušela vysadit při předchozí léčbě, a který zneužívala.

Před hospitalizací také řešila „*trochu problémy s přítelem*“, který bývá „*vzteklý a agresivní*“. Nyní je ale ráda a považuje za důležité, že se jí to s ním „*povedlo vyjednat během léčby, že to bude řešit, že přišel a akceptoval, že se musí taky nějak léčit*“. Nyní se psychicky „*ona sama za sebe líp nemá, ale hodně věcí se vyřešilo, připadá si silnější v boji se závislostí, není vysmátá, ale pocit je to dobřej*“. Jako největší rozdíl oproti životu mimo léčebnu považuje to, že nemůže „*jít ven, jít si nakoupit, nemůže dělat sport, který dělala, musí si najít zábavu v rámci budovy, je taky nucená být v kolektivu, nemůže si od toho odpočinout, je introvert, občas je to náročný*“. Za důležitý moment, který se udál v rámci hospitalizace, považuje uvědomění si, jak „*situaci venku podcenila*“. K terapeutům v alkoholicko-toxikologické ambulanci „*nebyla upřímná*“, nyní zjistila, že „*je důležité si to hlídat*“, aktuální hospitalizace jí „*dala základy: dřív řešila úzkosti, který ted' tak nemá, a problémem se stala závislost, což pro ni byla nová věc, to před tím nevěděla*“. Zpočátku chtěla rychle utéct, ale pak si „*to uvědomila, byla motivovanější tu být a celý jí to tu míň štkvalo*“.

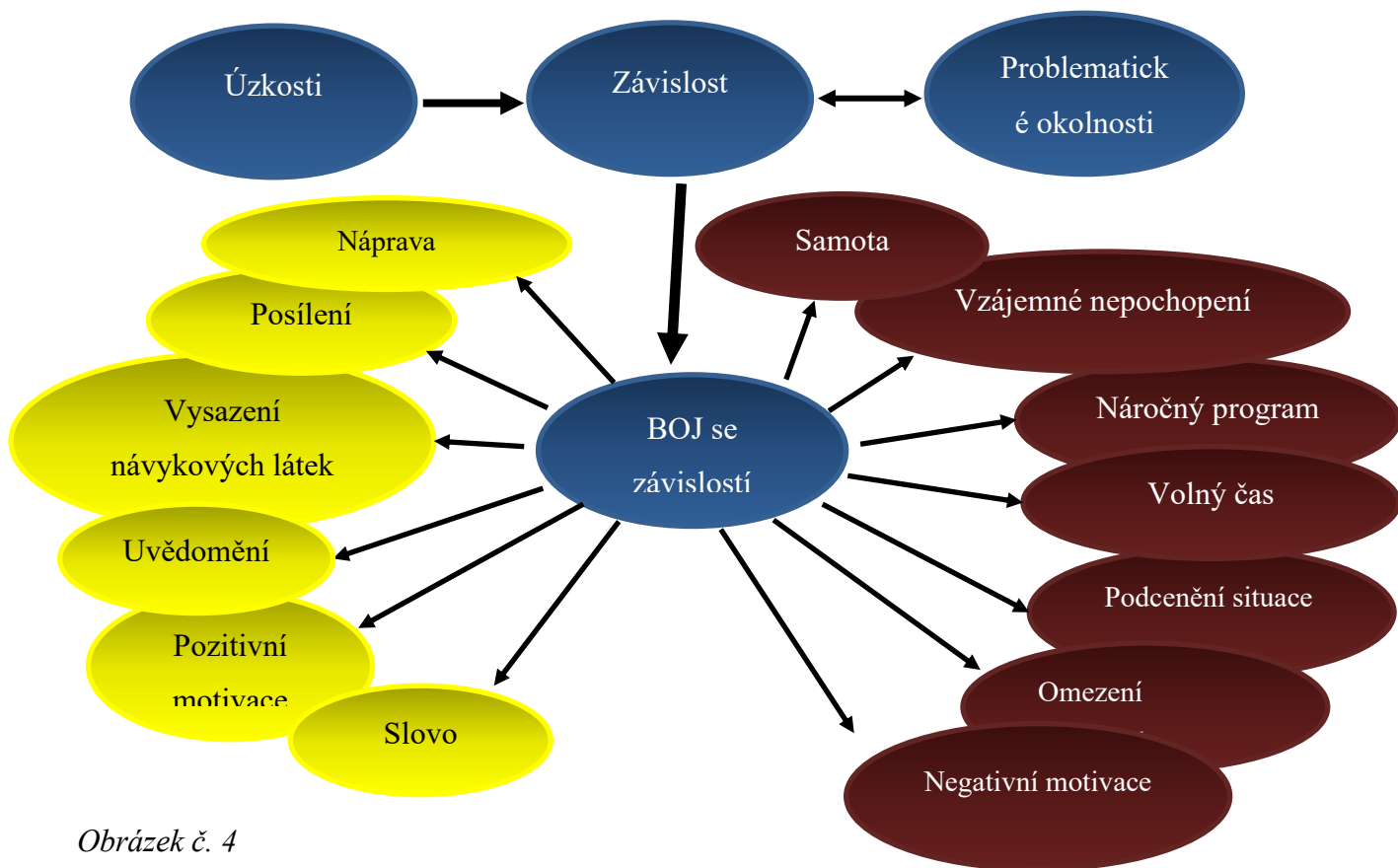
Naopak jako zbytečné na léčbě vnímá bodovací systém, kde se udělují primárně minusové body, „*čárky*“, za porušení pravidel. Na předchozím oddělení na léčbu závislostí to podle Lídy bylo ještě přísnější než na aktuálním oddělení duálních diagnóz. Myslí, že „*řád má svůj význam*“, ale vadí jí, že se málokdy stane, že „*někdo dostane pochvalu*“. V tomto kontextu zmiňuje zdravotního bratra, který studuje adiktologii, a kterého prý lidi zajímají, věnuje se jim, když nejdou na vycházku, vymyslí jiný program, a který jí zřejmě i udělil pochvalu, z čehož měla velkou radost. Oproti tomu sestry „*jsou tu dlouho a berou to jako svoji práci, jen čárkují*“, ačkoli dodává, že ne všechny se takto chovají, a že určitě chápe, že „*maj těžkou práci*“. Dále jí vadilo, že v době koronavirové epidemie byly zrušeny vycházky. Kromě toho má pocit, že „*tady strávila hodně času, kterej vyšel vniveč*“. Ve čtyři

hodiny odpoledne končí program a programy s pacienty, jako je čtení, nebo samořídící program jí „*nic nedávaj*“. Na předchozím oddělení „*to bylo strašně náročný, ale tady je leháro a člověk stráví strašně moc času tím, že akorát existuje*“. Podle Lídy je volný čas uzpůsoben pro pacienty, kteří by náročnější program nezvládali, jelikož „*maj problém dodržet i jednoduchej harmonogram*“. Psycholog jí k tomu prý sdělil, že člověk nemůže jet na sto procent, že potřebujeme odpočívat, ale podle Lídy je v tomhle „*každej jinej, tady jsou i lidi co byly zvyklý být výkonný ale i roky na benzodiazepinech*“, a ona na tom není „*tak špatně*“. Má pocit, že by zvládla víc, ale myslí si, že „*honit to všechno je taky kontraproduktivní*“.

Spolupráci s personálem vnímá dobře, což se ale nedá říct o přechozím oddělní závislosti, kde ji považuje za nejhorší, hlavně přísnost sester. Na aktuálním oddělení respektuje názor doktorů, protože je z lékařské rodiny – máma, táta i bratr jsou lékaři, ale shledává občas „*absurdity v dodržování řádu*“: popisuje dvě situace, v rámci kterých se sestry řídily nepsanými pravidly, a za které dostala čárku. Požadovala tedy zápis do řádu, s čímž ale sestry nesouhlasily. Má pocit, že kvůli tomu vznikají konflikty s personálem: „*chápu že řád je, ale když to chtěj, tak ať je to tam napsaný*“.

Ohledně vlivu na léčbu Lída odpovídá zážitkem, že se „*bohužel přimotala ke vztahu, kterej vzniknul*“. Šlo o vztah mezi dvěma spolupacienty, Lída jim umožňovala být na pokoji, díky její „*vstřícnosti*“, takže vlastně „*ovlivnila hodně věcí tím, že je nenahlásila – mohla jim víc zatopit, kdyby chtěla*“. Tuto zkušenost nyní nevnímá tak, že by nenahlášením někomu uškodila, protože kdyby to nahlásila, „*tak by si to nerozmysleli, mají svoji hlavu*“. Kromě této zkušenosti má pocit, že svoji léčbu mohla zcela ovlivňovat: „*individuální pohovory probíhaly tak, že mluvila, o čem sama potřebovala; na skupinách to šlo hůř, protože se to musí přizpůsobit většímu počtu lidí; a vliv měla i skrze deníky*“.

Analýza a interpretace



Obrázek č. 4

Lídu primárně trápily od adolescentního věku úzkosti, na které jí lékaři předepisovali různé léky proti úzkosti, i ty návykové. Lída je postupně začala zneužívat, stala se na nich závislá, a ve chvílích, kdy jí léky došly, sahala po alkoholu. Úzkosti jí tedy dovedly k závislosti na lécích a alkoholu, proto je zde jednosměrný vztah. Její poslední abusůs podpořila aktuální situace koronavirové epidemie, kdy musela zůstat pracovat z domova, ale zároveň si tím způsobila další problémy tím, že se příliš opila, a nebrala ani svá předepsaná antidepresiva, dostala se do takového stavu, že jí spolubydlící musely zavolat záchrannou službu. Proto je mezi závislostí a problematickými okolnostmi obousměrný vztah, kdy se tyto dva body vzájemně potencují.

Samota je něco, co Lídu dovedlo ke zneužívání alkoholu ve větším množství, když pracovala z domova, proto je pro ni negativním faktorem v boji se závislostí. V něm musela opakovaně překonat **vzájemné nepochopení**. Poprvé o něm hovoří, když popisuje zkušenosti se záchytnou stanicí: „*tam jsem klepala na dveře, ať mi to vysvětlí, proč tu jsem,*

oni mě místo toho připoutali“. Následně se něco podobného opakuje na oddělení závislostí, kde lékaři Lídě předepisují příliš utlumující léky, zato nedostává „svoje léky“, lékaři si myslí, že je závislá, ale „ona je kvartální, nebyla najezená a nespala“. Nakonec se situace opakuje potřetí, kdy se na již současném oddělení Lída dostává do situace, kdy je trestaná za něco, o čem nemá ponětí, neboť to není zmíněno v řádu. Již se ale nedozvídáme, z čeho nedorozumění pramenní, zda z neochoty personálu vyslechnout si pacienty, či ze špatného Lídina vyjádření. Dále se v jejím vyprávění objevuje částečný paradox, kdy **program** na oddělení závislostí je pro ni příliš **náročný**, takže ho nezvládá a příliš jí stresuje, ale naopak **volný čas** na současném oddělení jí také nevyhovuje, neboť je ho příliš. Jako by potřebovala být současně zaměstnaná, ale zároveň ne nijak náročně. Je ale také možné, že jde o vývoj stavu, který se lepší, a ze začátku potřebovala více klidový režim a nyní by již zvládla náročnější program. Náročnost programu Lída ale také vnímala v příslosti, která na předchozím oddělení vládla. Dále vnímá jako negativní **omezení možností**, které při léčbě zažívá. A to ať už jde o omezení aktivit, či nutnost být v kolektivu, i když by potřebovala být chvíli sama. Lída také vyjadřuje mírnou nevůli s bodovacím systémem, kdy **negativní motivace**, či negativní posílení pomocí minusových čárek na ní nemá dobrý vliv, ale pochvaly, tedy **pozitivní motivace** jí naopak motivují: „*málokdy se stane, že někdo dostane pochvalu, je tu negativní motivace, naopak když jsem 2x dostala pochvalu, tak jsem měla velkou radost.*“ Vyvarování se problémům je pro ni očividně slabším motivačním faktorem než vidina odměny.

Jako pozitivní a důležitý moment na léčbě Lída jmenuje **uvědomění**, ke kterým v rámci hospitalizace dochází: „*dřív jsem řešila úzkosti, který teď tak nemam, a problémem se stala závislost, což pro mě byla nová věc, to jsem před tím nevěděla.*“ V rámci svých uvědomění Lída došla i k tomu, že situaci venku **podcenila**, nebyla například upřímná k terapeutům v AT ambulanci, kam docházela. Na léčbě kvituje i **nápravu problémů**, „*hodně věcí se vyřešilo*“, např. náprava vztahu s přítelem, se kterým si ujasnila určité věci: „*bývá vztekklý a agresivní, to se mi s ním povedlo vyjednat během léčby, že to bude řešit*“. Kromě úpravy vztahu s přítelem se jí podařilo i **vysadit návykové látky**, které užívala – kromě alkoholu i dlouhodobé užívání pregabalínu, léku na úzkost. Díky léčbě nyní pociťuje **posílení**: „*připadám si silnější v boji se závislostí*“. Ovšem je potřeba brát ohled na to, že se cítí silná, zatímco je v chráněném prostředí, kde jsou návykové látky nepřipustné, ale v běžném životě

to tak není. A posledním bodem je u Lídy **slovo**. To je pro ni důležité jak v jeho používání v rámci terapií: „*Jinak svoji léčbu jsem úplně mohla ovlivňovat, individuální pohovory probíhaly tak, že jsem mluvila o čem já jsem potřebovala*“, tak i v jeho zadržení ve chvíli, kdy ho použít mohla: „*Ovlivnila jsem hodně věcí tím, že jsem je nenahlásila, mohla jsem víc zatopit, kdybych chtěla*“.

5.1.5 Vladimír, 26 let

Vlád'a přišel jako poslední, dovedla ho pacientka, která mi pomáhala vyhledat pacienty do rozhovoru. Celou dobu hovořil velice nahlas, vypadal mladě a nezníčeně, oblečen ve skejtovému outfitu. Na oddělení je hospitalizován pro dlouhodobé problémy pravděpodobně úzkostného charakteru, a užívání kanabinoidů.

Vlád'a vystudoval střední školu průmyslovou, obor informační technologie. Od střední školy také užívá marihuanu. Dva roky pracoval v IT na letišti v řetězci obchodů, pak ale měl „*v cyklu úzkosti*“, byl podrážděný, „*všechno mu vadilo*“. V práci pociťoval stres, létal sám na služební cesty do Paříže, kde abstinovat od kanabinoidů, a také nemohl spát. K tomu ještě jeho šéf „*dělal zlo a naschvály*“, i dalším zaměstnancům, a tak vedení zrušilo šéfovu pozici. Vlád'a přes víkend změnil práci, ale zjistil, že to „*nebylo prací, že je to v něm*“. Po týdnu i tuto práci ukončil, poté odpočíval a následně mu jeho bratr sehnal práci blízko bydliště. V ní rok prodával elektromateriál, což bylo z nouze, protože měl potřebu přejít z korporátu a práce u počítače na manuální práci. Nyní je třetím měsícem na neschopence, protože čekal v poradníku na léčbu.

Jeho problémy v podobě úzkostných stavů se objevují od jeho patnácti let, kdy „*blbě fungoval doma*“, trávil čas s kamarády, zkusil party drogy, jako kokain, MDMA, ale nikdy tomu nepropadl, a poslední tři roky se tomu vyhýbá zcela: přestal chodit na party, byl si „*vědom toxickýho prostředí, nepůsobilo to na něj dobře*“. Přerušil kontakt i se svými kamarády, začal bydlet sám, uzavírat se, postupně se u něj začaly projevovat sociální fobie, deprese, kdy se bál i chodit na nákup. Začal se „*více věnovat rodině*“, ta má ale od Vládi očekávání – bratr je inženýr, rodiče úspěšní podnikatelé, a Vlád'a má pocit, že na ně „*existenčně nemá*“. Sám říká, že jsou nyní jeho problémy lepší, ale „*jediný, co to kazí, je jeho existence*“. Rodiče před známými tají, že je nyní Vlád'a hospitalizován, což ho na jednu stranu štve, na druhou to chápe.

K hospitalizaci přistoupil dobrovolně, objednal se telefonicky, z důvodu, že v noci nemohl spát, večer měl spoustu energie, ale ráno žádnou, a tudíž zaspával do práce. Před současnou hospitalizací oběhl kolečko odborníků: navštěvoval soukromého psychoterapeuta, ten mu nevyhovoval, pak byl na neurologii, kde mu našli nespecifická ložiska, obával se tedy roztroušené sklerózy, nebo boreliózy, což ale lumbální punkce vyloučila, takže se nenašlo

nic somatického. Jelikož měl ale stále pocit, že není schopen fungovat, rozhodl se léčit za hospitalizace. Jeho ambulantní psychiatr mu vystavil doporučení k hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, a zde mu byla dána na výběr dvě oddělení. Objednal se do poradníku, poté mu bylo řečeno, že kvůli koronavirové epidemii jsou všichni pacienti umisťováni na AT oddělení, a Vlád'a zároveň před nástupem užil marihuany, takže byl prvních devět dní na detoxifikačním oddělení. To mu vyhovovalo, byl unaven a „*aspoň se adaptoval*“, poté přesně podle plánu přešel na aktuální oddělení.

K hospitalizaci se tedy rozhodl, protože „*neviděl progres v ambulantní léčbě, nediagnostikovali mu žádnou vážnou nemoc*“. On se chtěl věnovat tomu, co ho baví, ale když dlouho dělá nějakou věc, tak „*padá do úzkosti*“. Nezáleží přitom na tom, zda jde o manuální nebo psychickou činnost, ať už „*hraje šachy nebo cvičí nebo je ve stresu, že něco nestihá, pak se mu furt točí věci, který musí stihnout a pak to přichází*“. Stav se může objevit i samovolně, když se zrovna vzbudí, a projevuje se i somatickými příznaky, brní mu nohy, špatně vidí, je dezorientovaný, díky čemuž má Vlád'a problém uvěřit, že jde o úzkosti. Tyto stavy trvají poslední tři až čtyři roky, co bydlí sám. Vždy když přišel tento stav, tak doufal, že odezní, snažil se jíst, pít, odpočívat, ale nic nepomáhalo. Nedokázal si „*hrozně dlouho jen tak dáchnout, po obědě*“. Užíval tritico (antidepresivum působící současně anxiolyticky a hypnoticky), po kterém dokázal spát, ale i tak usínal kolem třetí hodiny ranní a vstával kolem sedmé až osmé hodiny ranní. Užíval i další přírodní přípravky na podporu spánku, jako melatonin, kozlík lékařský, dal za ně „*spoustu peněz*“, ale nepomáhaly mu. Večer se úzkost stabilizovala a dostal energii, která mu ráno chyběla. Rodina se k jeho stavům vyjádřila tak, že „*to má řešit, ať s tím někam zajde*“. Už předtím ale trpěl jinými potížemi, kdy se sebepoškozoval, nebo brečel, když přijel z dětského tábora, protože si zvyknul na lidi tam a poté se cítil sám.

Zatím zásadní změnu oproti stavu před hospitalizací nepocítuje, ačkoli je rád, že ho nyní „*neovlivňuje marihuana*“, cítí se čistý, i když ne zcela, když bere léky. Rovněž pochopil, že „*to není měsícová záležitost, ale je to na celý život, předtím mu bylo krásně, dokud si tohle neuvědomoval*“. Má zřejmě na mysli své úzkostné stavy, jelikož pokračuje, že se naučil nefarmakologické metody, např. meditace, které dočasně odstraní úzkost, takže to zohlední i při výběru budoucí nové práce – což ale „*pochybuje, protože každé zdravé člověk na to*

reaguje, že mu je taky občas úzko, že se to děje každému – ale je to hrozný, když nevidíte, klepete se, cítíte brnění“.

Za největší rozdíl oproti životu mimo léčebnu považuje program, pravidelnost stravy i usínání, což doma neměl. Fyzicky se také cítí lépe, silnější, předtím „furt seděl doma“, protože když sportoval, tak se mu stav horšil, takže si řekl, že nemůže nic dělat. Práce s energií a rozcvičky na oddělení jsou dobré, stabilizují ho, jsou pro něj příjemné. Rovněž dodává, že má víc informací „z reálných životů“, může něco porovnávat – komunita lidí je pro něj důležitá, neboť jde o lidi, „co si prožili něco podobného“.

Naopak jako zbytečné se mu jeví v „některých případech minusový čárky a stres za to“, „programy typu kino“ a některé skupinové psychoterapie, kdy terapeut neřekne stop, když „se řeší bullshit a nechá jet pacienty to své“, podle něj by mělo mít téma terapie jasnější směr. Do terapií se na začátku, dokud si na prostředí nezvyknul, nezapojoval, nyní se zapojí, když má co říct. Když ale „nemá a nezná“, tak do dění nezasahuje, na rozdíl od „některých pacientů tady, je to ironie, sami mají problém a přitom ostatní směřují“.

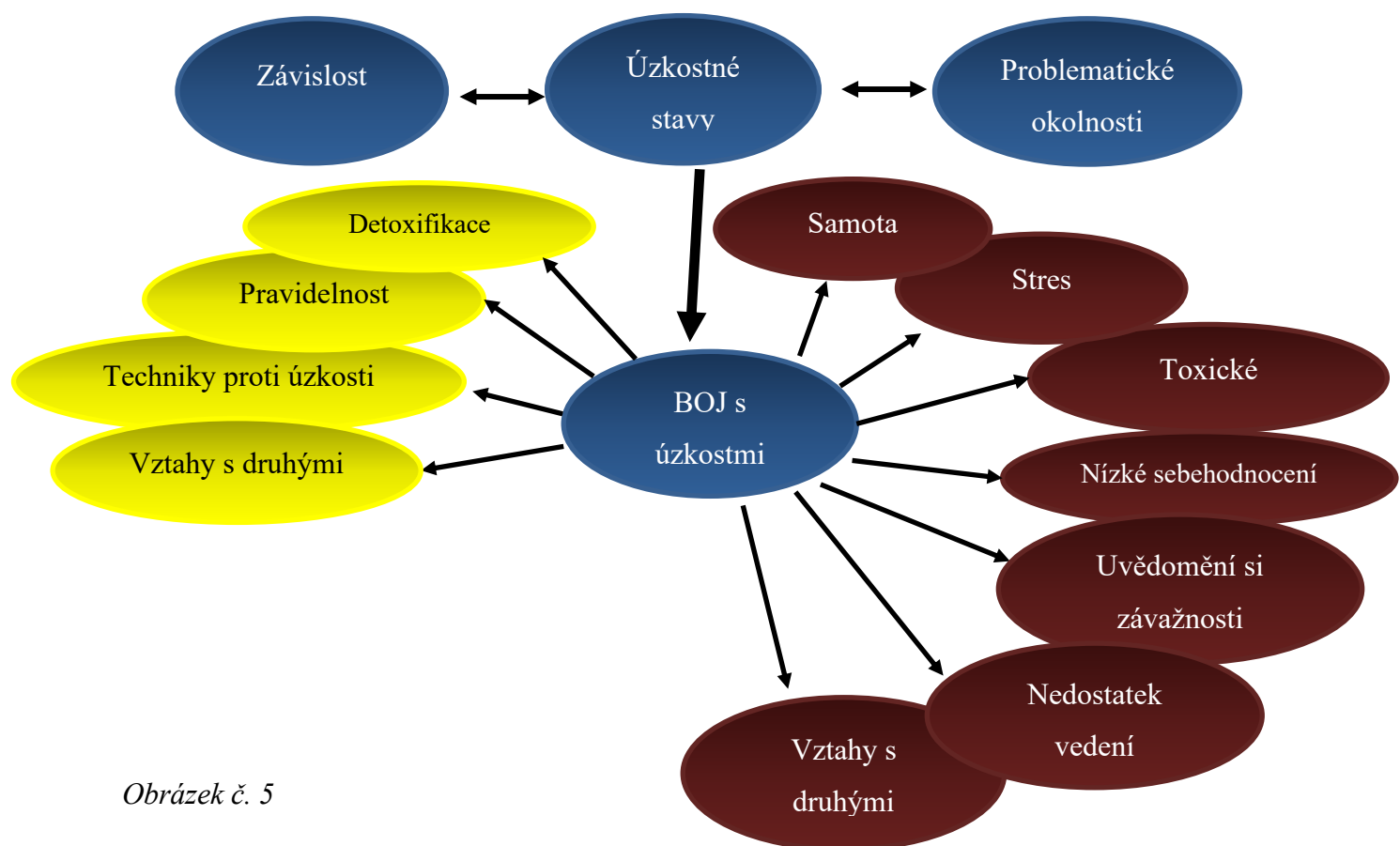
Ohledně jeho pocíťovaného vlivu na léčbu odpovídá možností ovlivnit medikaci – což ale vzápětí kritizuje, že ho „štvou lidi, že cítěj nástup úzkosti, a jdou si pro atarax, štve ho že veřej lékum víc než sami sobě, a myslej si že to tím vyřešej“. Pouze u pacientů závislých na lécích jsou prý lékaři opatrnější. On sám by uvítal větší informovanost o lécích, které mu navyšují a vysazují, o tom, jaký to bude mít dopad. Užívá kombinaci tritica, které bere již tři roky a derinu (hypnotikum), kde tritico mu vysazují a derin naopak navyšují. Dále má pocit, že může ovlivnit to, jak se k němu personál chová – a to jak sestry, tak ostatní personál. Ovšem „někdo se snaží být milej, ale ne vždycky to jde, jednou jsem měl se sestřičkou konflikt, ale asi jsme si to vyřešili“. Má pocit, že tyto vztahy jsou ovlivnitelné z poloviny, neví, zda je to sympatiemi, nebo tím, jak je člověk milý. Uvědomuje si ale náročnost jejich povolání: „ta práce není jednoduchá, já si představit sebe v jejich roli, tak je jasné, že každé den není úplně super“. Když se má dále vyjádřit ke své spolupráci s personálem, tak sděluje, že „všichni si tu vychvalujou psychologa“, ovšem jeho má na starosti „holka“, u které mu připadá, že si na vše odpovídá sám, „chybí mu pevná ruka“ – přitom by uvítal jasně daný motiv, směr terapie. Vadí mu, když si to má určovat pacient, představoval by si, aby měl předem připravený plán terapie terapeut, a aby to i korigoval a když vidí, že odbočuje, tak

aby ho převedl. Absolvoval proto na vyžádání jeden pohovor s psychologem, aby to mohl porovnat, ale na druhou stranu zase nechce odejít od své terapeutky, protože to by bral jako „*osobní problém, který s ní nemá, ale není to ani ten správný směr*“. Kromě vztahů s personálem má Vlád'a pocit, že může ovlivnit i vztahy s komunitou – „*to si dělá sám*“.

Vztahy s pacienty tvoří další podstatnou část našeho rozhovoru. Na dotaz, co pro něj bylo na hospitalizaci dobré, odpovídá, že na předchozím oddělení se bál, s kým bude na pokoji, a nakonec ho dali s „*hodným klukem*“. Podobně dobrým momentem pro něj bylo, když se seznámil na obou odděleních s komunitou. Druhé se snažil povzbudit: „*dokázal přijít za kýmkoli ať už mu byl sympatickej nebo ne, ale když viděl že mu není dobře, tak se ho snažil rozptýlit*“. Taktéž kladně hodnotí návštěvu, které se mu dostalo od jeho známých, kamarádů, rodičů. Naopak za nedobré považuje vztah, který zde navázal s pacientkou, a tak se sám udal, protože „*jednak se bál, že ho můžou vyhodit, nechtěl to k tomu dovést, chtěl se soustředit na léčbu, a jednak na toho člověka měl špatnej odhad*“. Špatný odhad dále vysvětluje: „*Nedomyslel jsem to dokonce, už jsem viděl, jak ten člověk vystupuje, říkal jsem si, že je to její maska před doktorama, ale pak jsem zjistil že je bez sebereflexe, pro život nepoužitelný, umřela jí máma, táta se o ní nestaral, tak jsem to bral že to neměla jednoduchý. Svěřila se mi, že rozmlátila byt, škoda 200 tisíc, ptal jsem se kdo to platí, ona že babička to už zaplatila, když jsem se ptal, jestli jí to není blbý, tak řekla že je super vnučka... Pak jsem jí slyšel křičet na babičku, a došlo mi, že je to hrozný, myslel jsem, že je to s kamarádem, a pak jsem zjistil že je to s babičkou, tak to už bylo moc*“. Zmíněný vztah, který Vlád'a popisuje, je právě ten, kterému napomáhala Lýdie z minulého příběhu. A jako dva další špatné momenty opět popisuje dva zážitky s jinými pacienty. Prvním z nich byla zkušenost, kdy poté, co mu na pokoj přidělili kolegu, mu zmizelo 500 Kč – do té doby si nechával nezamčenou skříňku. Zkušenost pro něj znamenala „*reset v důvěře*“: byl nucen přemýšlet o tom, kdo to byl, začal na lidi koukat „*z jiného úhlu*“, uvažoval o podání reverzu, ale vše v sobě dusil a nedal na sobě znát. Nakonec to někdo poznal a dotyčného člověka poslali pryč. Další spolubydlící byl pro Vlád'u ale také problematický: „*hned první večer se zeptal, jestli mi nevadí, když se vyčůrá do umyvadla, a pak mi začal vykládat jak ukradl prsten, ten pak nechal roztavit, vyboural se, dělal s drogama, zaútočil na přítelkyni, nespalo se mi tu dobře, o čemž jsem informoval, že bych chtěl přesunout nahoru, ale místo toho mi vyměnili člověka*“. A právě svou reakci na danou událost vnímá taktéž jako špatný moment

– před pacientem totiž „*udržel asertivitu*“, ale následně to v něm vyvěřelo, šel si stěžovat za doktorem, se kterým mluvil „*ve vrcholu vzteku*“ – s touto reakcí se neztotožňuje, protože běžně to nedělá, vztek raději ventiluje před komunitou než před týmem.

Analýza a interpretace



Obrázek č. 5

Vlád'a, nejmladší ze všech respondentů, je pacientem sotva v polovině léčby, a neodpovídá tedy zcela podmínce závěrečné fázi léčby. Přesto byl ale mezi respondenty zařazen, jelikož své problémy řešil už i dlouhodobě předtím. V rámci svého vyprávění hovoří především o problematických stavech, které zažívá – dle jeho popisu se jedná o některou poruchu z okruhu úzkostných stavů, pravděpodobně epizodickou paroxysmální úzkost, či jinými slovy panickou ataku, která nastupuje nezávisle na okolnostech a dochází u ní k somatickým projevům. Ta se u něj vyvinula v posledních třech letech, ale úzkostmi trpí již od patnácti let. Zároveň od té doby užívá marihuanu. Z jeho vyprávění není zcela zřejmé, nakolik jí užíval na své úzkostné stavy a nakolik si je jejím užíváním naopak vyvolal, proto je zde

obousměrný vztah. Zároveň stavy úzkosti mu způsobují náročné okolnosti, ale také díky těmto stavům není schopen běžného života, proto i mezi úzkostnými stavy a problematickými okolnostmi je obousměrný vztah. Vlád'a ve svém příběhu jako jednu z příčin hospitalizace sice zmiňuje užívání marihuany, zároveň ale jádro svých problémů spatřuje v úzkostných stavech, nikoli v závislosti, a proto jsou v centrální pozici právě ony.

Na první pohled můžeme vidět převahu negativních faktorů nad pozitivními, což ale může být způsobeno dosavadním krátkým pobytem v léčbě. Výrazným negativním faktorem, který přispěl ke zhoršení a prohloubení Vlád'ových stavů, je **samota**. Stavy, kdy Vlád'a pociťuje i somatické příznaky, se začaly objevovat ve stejnou dobu, kdy začal bydlet sám, a izoloval se od okolí. Od toho se izoloval zejména proto, že mu přišlo **toxické**, ovšem zřejmě tím ztratil veškerý kontakt s druhými. Neblahým faktorem na Vlád'ovo stavy jsou **stresy**, které zažíval v práci, ale trochu i v léčbě, když dostává minusové čárky. Rovněž je u něj patrné **nízké sebehodnocení**, když hovoří o nesplnitelnosti očekávání své rodiny: „*Rodiče a brácha, rodiče mají očekávání, brácha inženýr, rodiče podnikatelé úspěšní, takže já na ně existenčně nemám, a musí to vědět i oni*“. Není jasné, nakolik jsou Vlád'ovou stavy únikem od jeho sebehodnocení. Během léčby považuje za negativní zvrat uvědomění si závažnosti svého stavu: „*pochopení toho, že to není měsícová záležitost, ale je to na celý život, předtím mi bylo krásně, dokud jsem si tohle neuvědomoval*“. Jako by tímto uvědoměním přijal břemeno, které doposud nevnímal. Opakovaně ve svém vyprávění zmiňuje **absenci** směru, či pevného **vedení**. A to jak při skupinových, tak individuálních terapiích. Jako by se u něj projevovala jistá nezralost, a potřeboval od druhých usměrnit, nasměrovat, neboť ještě neví, co má se svým životem a svými problémy dělat. Rozsáhlým tématem jsou u Vládi **vztahy s druhými**, které na něj mají veliký vliv, a to jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Často během rozhovoru místo o léčbě vyprávěl právě o vztazích s druhými. Říká, jak je pro něj komunita pacientů, jejich příběhy a jejich přijetí důležité. Zároveň se dopředu obává a je pro něj podstatné, s kým bude sdílet pokoj. Až naivně popisuje, jak se mu změnil pohled na lidi, poté co mu z odemčené skříňky s klíčem v zámku zmizel finanční obnos. A v neposlední řadě dokonce navázal partnerský vztah, za který se nakonec sám udal.

Na léčbě naopak vyzdvihuje **detoxifikaci**, ačkoli jí nepovažuje za úplnou, neboť užívá léky. Dále je pro něj také důležitá **pravidelnost**, a to jak ve stravě, tak i spánku a celkovém režimu.

Což souvisí s jeho potřebou pevného vedení, které si zatím zřejmě neumí nadiktovat sám. A jako pozitivní hodnotí **techniky proti úzkosti**, což je jeho zatím první získaná zbraň v boji s jeho psychickými problémy.

5.1.6 Výpověď psychologa

Při analýze rozhovoru s psychologem vyvstala dílčí témata, která si nyní rozebereme.

Pro pochopení možností a smyslu léčby na lůžkovém oddělení duálních diagnóz, které trvá dva měsíce, se nejprve podíváme na rozdíl mezi **lůžkovou a ambulantní péčí** a na poslání oddělení pro duální diagnózy (DD). Samostatná ambulantní léčba je vhodná pro méně závažné stavy a pro takové pacienty, kteří jsou schopni fungovat venku normálně. Avšak ti, *„co přicházejí na oddělení toho nebyli schopní, ať kvůli užívání, nebo kvůli psychickému stavu“*. Dostávají se tedy na oddělení DD, jehož posláním je však pouze stabilizace pacienta: *„A i proto vlastně máme tu léčbu jenom dvoutměsíční, protože to je doba, za kterou oni vyabstinují a nějak se psychicky stabilizují, a to je úkol toho oddělení“*. Stabilizace však sama o sobě nestačí, a proto nyní přichází na řadu **doléčování**, které je nesmírně důležité. Forma doléčování pak vyplývá ze stavu pacienta. Pokud potřebuje delší pobyt ve strukturovaných podmínkách, které si musí teprve osvojit, je vhodný dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě. Když je pacient připraven na návrat do všedního života, ať už rovnou po stabilizaci na oddělení DD nebo až po terapeutické komunitě, je v obou případech vhodná ambulantní péče, s jejíž pomocí si pacient vytvoří novou strukturu v jeho přirozených podmínkách. *„A je to i něco v souladu s reformou psychiatrie, kdy nechceme, aby se nám lidi kupili v psychiatrických nemocnicích, ale aby to gró té léčby fungovalo komunitně venku v ambulantních službách.“* Zároveň je zde ale i menší skupina lidí, která nemá kapacity na to vrátit se do normálního života, a pro které by bylo vhodné chráněné bydlení, které ale v Čechách není: *„tyhle lidi jsou potom odsouzený, aby neustále pendlovali mezi krátkým pobytem venku a trvalejší hospitalizací, až to možná dospěje do toho smutného bodu, kdy se kvalifikují na ty specializovaný domovy pro závislý důchodce, kdy už jsou organický“*.

Nyní když jsem přiblížila poslání oddělení a návazné péče, můžeme se podívat na jednotlivá témata vztahující se k léčbě na oddělení DD. Prvním z nich je **přístup psychologa**, o který jsem se zajímala, protože ho pacienti vyzdvihovali. Jeho přístup tedy spočívá v tom, že pacienty neodsuzuje, a naopak je přijímá, což má pak za následek lepší spolupráci, a tedy i efektivitu léčby: *„Protože samozřejmě oni nejvíc vědí, co všechno šíleného provedli, mají nějaký svoje vnitřní kritiky, kteří je hodně dusej, a když to já zvenčí nepodporuji, a naopak je to s tím hodně velkým přijímáním, tak oni se potom spíše otevírají a jsou nastavený něco*

s tím dělat a mnohem víc spolupracují“. Onen impuls od personálu, který pacienti často zmiňovali v tom smyslu, že je nastartoval a uvědomili si díky němu spoustu věcí, psycholog vysvětluje tím, že i přes své dlouholeté zkušenosti s pacienty se závislostí nikdy přesně nemůže vědět, co je zrovna pro konkrétního pacienta důležité, a někdy to mohou být i maličkosti: *„vzpomínám si na pacientku, která když si přečetla v rámci desatera asertivní komunikace, že má právo mít pocity, jaký má, tak to byl pro ní zlomový bod v léčbě.“* Z toho můžeme vidět, že častokrát stačí opravdu málo na to, abychom někomu pomohli a mnohdy stačí i pouhé projevení zájmu a poskytnutí prostoru pro otevřenou komunikaci. S přístupem psychologa dále souvisí **sejmutí zodpovědnosti za minulost a převzetí zodpovědnosti na nynější změny**, které mě velice zaujalo. Psycholog z pacientů snímá zodpovědnost za to, co se stalo, protože většina pacientů měla těžký život už od dětství: *„za většinu svých problémů oni opravdu nemůžou, protože většina z nich má kořeny v dětství, ty příběhy jste slyšela, a jsou fakt jako šílený, nevyrostali v normálním standartním rodinném zázemí, takže tam mají tu základnu od dětství, za kterou nenesou odpovědnost“*, nebo měli psychickou poruchu, což u nich spustilo pozdější závislost: *„většina těch závislostí vzniká jako kompenzace toho, že se cítí blbě, nebo že už měli nějaký duševní onemocnění, že něco nefungovalo anebo že prostě byli vychováni tak, že neumějí zvládat vlastní emoce, vlastní myšlenky.“* Naopak ale předává pacientům zodpovědnost za nynější změnu, za aktuální řešení svých problémů. A tím, že z nich sejme zodpovědnost za minulé hříchy, sejme z nich i břemeno, díky čemuž získají větší sílu na provádění aktuálních změn. Předání odpovědnosti pacientům za následné činy poté v neposlední řadě pomáhá i samotnému odborníkovi, který si tím pádem uvědomuje, že to není na jeho zodpovědnosti, když se pacientům jejich cesta k abstinenci venku nezdaří.

Dalším tématem je **okolí pacienta**. Během léčby je okolí tvořeno patientskou komunitou a personálem. Vzájemně jsou pacienti k sobě mnohem upřímnější, *„řeknou mnohem víc než na skupině, nebo na individuální terapii“*. V rámci řízených skupinových technik jsou pacienti vedeni k tomu, aby se *„navzájem oceňovali a podporovali a viděli to, co funguje, co je dobrý“*. Samozřejmě pak ale záleží na postojích jednotlivých pacientů k léčbě, protože ne všichni jsou na oddělení s cílem abstinentovat. Pokud se tedy dají dohromady motivovaní pacienti, kteří na sebe navzájem kladně působí, zvyšuje se tím pravděpodobnost abstinence, a stejné platí i naopak. Zároveň okolí, ať už ve formě komunity nebo skupinových terapií, funguje jako podpůrná síť, se kterou pacient může probrat aktuální obavy a stresy, které před

léčbou mohl řešit užitím návykových látek. Okolí pacienta po léčbě je pak neméně důležité, a to jak ve formě blízkých vztahů, například rodinných a partnerských, tak i v dalším léčení. S okolím pacienta v léčbě souvisí další velké téma, které často zaznívalo z úst pacientů, jímž jsou **sestry**. Pacienti často hovořili o jejich nerovném přístupu či labilitě, a z jejich podání to vypadalo, že je zde několik sester, které péči o pacienty nezvládají. K tomu psycholog sděluje dva zásadní body. Jednak tyto sestry nemají speciální výcvik, zejména na komunikaci s lidmi s poruchou osobnosti, kteří mohou být velice citliví a vztahovační, a jde pak o hru o slova. Druhou důležitou věcí je fakt, že sestry jsou komunitě pacientů vystaveny dvanáct hodin denně, což má za následek jednak vypjaté a profesně náročné situace pro sestry a jednak i přístup pacientů je jiný, než když se účastní časově ohraničeného programu s psychologem: „*V ten kratší čas s námi se snaží nějak víc zvládat svoji impulzivitu, létání emocí apod., kdežto s těmi sestrami jim to častěji ujede*“. Mezi pacienty a sestrami pak tedy častěji dochází ke konfliktům, které ale mají své výhody: „*jsou vystavený běžnému stresu, který se děje v rámci komunikace normálně mezi lidmi a oni se musí naučit to zvládat*“. Zároveň pak díky výše zmíněnému okolí mohou tyto stresy zpracovat, čímž se skvěle připravují na část krizových situací v běžném životě. V tématu sester tedy hrají roli tři faktory: přecitlivělost pacientů, náročnost povolání a méně kontrolované vystupování pacientů, což vše má ale za následek nácvik řešení konfliktních situací. Pacienti se dále vyjadřovali ke **vztahu ke stanoviskám personálu**, u kterého docházelo k častému nepochopení. K tomu psycholog udává dva možné důvody. Jednak je lepší, když k pochopení dojde pacient sám, protože je to cennější, než když je mu to vysvětleno. Druhý velký důvod spočívá podle něj v tom, že pacienti obecně mají problém s přizpůsobením se normám a úkolem personálu je pak pravidla připomínat a držet: „*největší rozpory tam jsou podél výkladu pravidel, který samozřejmě oni by si rádi ohnuli a přizpůsobili tak, aby to pro ně bylo pohodlnější v něčem a náš úkol je to pevněji držet, a pokud ten člověk celý život žil v nějakém životě bez pravidel už od malička, tak to pro něj samozřejmě není srozumitelný*“.

S chodem oddělení souvisí další téma, které bylo z pohledu pacientů kontroverzní, a tím je **volný čas** na oddělení. Někteří pacienti si ho pochvalovali, jiní na něj spílali. Sice jedním z důvodů, proč je zde oproti klasickému AT oddělení více volného času, je fakt, že pacienti zde umístění by nabitý program nemuseli zvládat. Na druhou stranu však zároveň i tento volný čas je pro pacienty svým způsobem náročný: „*větší volný čas tam vytváří ten tlak,*

protože musí být sami se sebou, se svými problémy a hůř se před nimi zavírají oči a dělají že tam nejsou, protože zejména ty volný víkendy vytvářejí ten nápor“. Pacienti pak musí čelit samotě, která byla u mnohých spouštěčem jejich abusu a která je jedním z největších stresů, který mohou zažít. Posledním technickým důvodem volného času je i ten, že na oddělení není dost personálu na neustálé vytváření programu. Tak jako tak je volný čas podle psychologa užitečný nejen kvůli prostoru na uvědomování si věcí, ale i kvůli následné větší aktivitě pacientů a chuti zapojovat se do programů.

Tématikou času se dostáváme k samotným pacientům a k věcem bezprostředně s nimi souvisejícím. Jednou z nich je vztah **duálních diagnóz** a toho, která z diagnóz byla první. Pokud byla první závislost, která odstartovala duševní onemocnění, je na prvním místě kladen důraz na důslednou abstinenci. Pokud ale závislost vznikla v důsledku sebemedikace primárního duševního onemocnění, je nezbytné nasadit správnou farmakoterapii. Tím se dostáváme k tématu s tím souvisejícím, a tím je důležitost správné **diagnostiky**, na kterou nasedá adekvátní psychoterapeutická nebo farmakoterapeutická péče. Pokud si tato dvě témata vysvětlíme konkrétně na duální diagnóze závislosti a bipolární afektivní poruchy, můžeme narazit na tato úskalí: u BAP je kladen důraz na správnou farmakoterapii, která spočívá v užívání stabilizátorů nálady. Pokud je tato porucha špatně diagnostikována a je považována za depresi, na kterou jsou nasazována antidepresiva, porucha se tím neléčí, a v manických stavech, které často bez stabilizátorů nálady mohou být způsobeny právě izolovaným užíváním antidepresiv, se pacient uchyluje k abusu návykových látek. Opačným úskalím ale je, že pokud jsou farmakologicky odstraněny manické stavy, pacientovi se po nich může začít „stýskat“ a taktéž se může uchýlit k abusu drog: *„To je jakoby to největší žůžo, kromě drog, který zažili, takže zejména když potom ten život je nějaký jednotvárný a stereotypní, tak tohle vzbuzuje to bažení po té mánii nebo po tom užití, a ono je to potom už provázaný, takže jedno vede k druhému.“* Mimo zmíněné existuje u duálních diagnóz i další specifikum, které spočívá v překrývání stavů obou diagnóz, díky čemuž mnohokrát nemusí být snadné stav pacienta správně definovat. Zároveň s ustupujícím oblouzněním díky abstinenci dochází i ke změnám stavů, a tak se počáteční klinický obraz liší od výsledného. Správná diagnostika je nicméně důležitá pro adekvátní návaznou péči. Jelikož to ale není proces, ze kterého bychom pacienta mohli vyjmout, je stejně tak důležitý **postoj pacienta k diagnóze**. Tento postoj se týká hlavně diagnózy závislosti, se kterou někteří pacienti byli

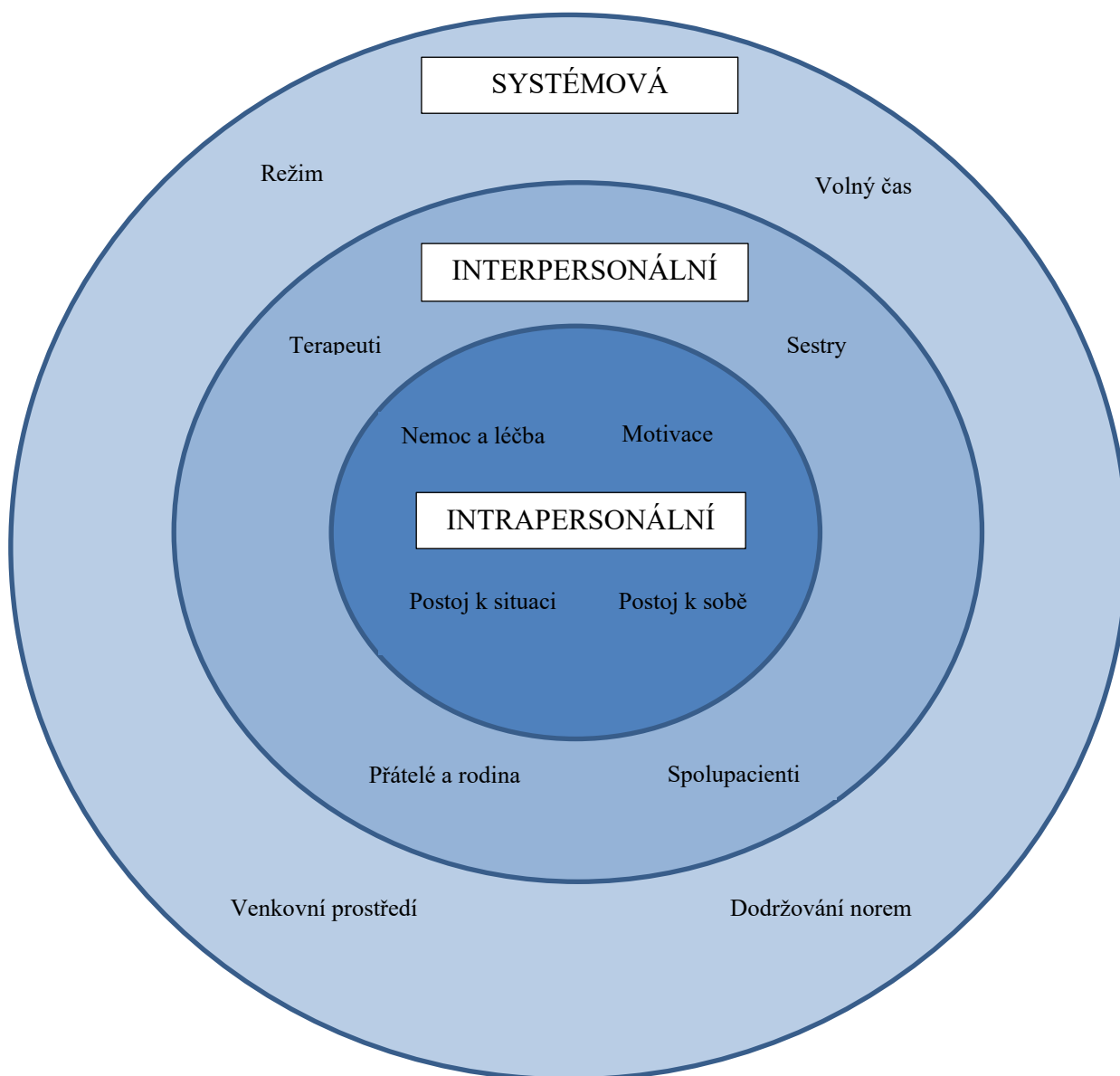
smíření, jiní proti němu protestovali. Podle psychologa může mít toto přijetí dvě fáze: *„nejdřív přichází ta první fáze, kdy si to přiznají, že jsou z toho znejistění, často přepadlí a v druhé fázi, když tohle překonají, tak je to posiluje a najednou se otevírají ty možnosti, co s tím dál dělat“*. Psycholog zároveň zdůrazňuje rozdíl mezi přijetím diagnózy a uznáním, že pacient má problém. Není dobré ztotožnění se s diagnózou, neboť to zavání jistou pasivitou, naopak při uznání si toho, že mám problém, se není třeba diagnózou zaobírat, a lze přímo řešit onen problém. Zároveň není přijetí jako přijetí. V určitých případech může u pacienta dojít k tomu, že si „přizná“, že je závislý, což ho ale následně subjektivně opravňuje k dalšímu abusu. To ale podle psychologa není uznáním diagnózy, nýbrž pouze důkazem toho, že si svou závislost ještě nepřiznal. V případě odmítání diagnózy závislosti pacientem je snaha personálu pracovat s ním jako s ostatními s tím, že venku se pak ukáže, jak na tom skutečně je. Zároveň se může objevit taková situace, kdy pacient naplňuje diagnostická kritéria pro škodlivé užívání, které je předstupněm závislosti, a pokud v něm pokračuje, tak se k závislosti propracuje. A neposlední velkou komplikací při uznání si své závislosti hraje laická představa závislosti: *„většina lidí si pod závislákem představí toho, který pije každý den, selhává v práci, ve vztazích, ve všem, takový to, čemu říkáme debakl, ale závislost má mnoho podob a jsou funkční alkoholici kteří zvládají v práci, nechodí tam pod vlivem, nepijí a stejně splňují kritéria závislosti a způsobuje to ten problém“*. Můžeme tedy říct, že závislost má mnoho podob, avšak nejdůležitější je nikoli přijetí diagnózy, ale uznání si problému a motivace to řešit.

Dalším tématem souvisejícím se závislostí je nalezení **důvodu k abstinenci**. Podle psychologa *„člověk nemusí chtít na sto procent přestat, aby abstinoval, ale musí mít nějaký důležitý smysl, proč to dělat.“* To bylo pro mě překvapivé, a tak jsem se zajímala o to, co se stane ve chvíli, kdy důvod té abstinence, například děti, odejde z pacientova života, načež psycholog navrhnul další jiný důvod, například konečně prostor pro partnerský život. Tedy je vhodné mít neustále smysl, který mě přiměje k abstinenci. S tím souvisí i problematika **recidiv**, které z pohledu psychologa mohou nastávat, neboť jde o chronické onemocnění, jako je např. cukrovka, ale podstatou je, aby byly co nejkratší.

A posledním velkým a důležitým tématem je **vyrovnaný pohled na sebe**. Žádný z extrémů na poli přílišné obavy versus přílišná sebedůvěra není vhodný. Přílišné obavy způsobují

úzkostné stavy a „většina úzkostí žije z toho přehnaného pozorování sebe sama a svého života, tam je lepší, když člověk pak méně přemýšlí a méně sebereflektuje“. Při opačném extrému, přílišné sebedůvěře, „ti sebevědomí většinou přehlíží veškerý rizika a přeceňují svoje schopnosti“. Mírné pochybování o sobě je zde namístě: „příliš velká sebedůvěra na konci vede k rychlejším a častějším relapsům než když člověk pochybuje, bojí se, protože má tendenci se o to nějak víc postarat, o své doléčování a spolehnout se na to zázemí“. S tím souvisí i příprava pacientů na rizika a možné krizové situace, které mohou nastat, a na které se pacienti mohou alespoň teoreticky připravit. Aby nebyli zcela znejistěni, psycholog se snaží, aby „věřili, že mají šanci, ale že to není tutovka, a musejí pro to něco udělat.“ A k posilování své sebedůvěry pomáhají i na první pohled doplňkové terapie spočívající v manuálních pracích, protože je to jedna z mála příležitostí v procesu léčby, kdy pacient může vidět ihned výsledky své práce.

5.2 Výsledky celkové analýzy



Obrázek č. 6 – Roviny self-efficacy

V této kapitole předložím celkové výsledky, které vznikly analýzou všech sesbíraných dat. Výše je uveden obrázek č. 6, který tyto výsledky graficky znázorňuje, jedná se zároveň o výslednou tematickou mapu. Následné kapitoly opisují vzniklá témata a subtémata, která jsou doplňována citacemi aktérů. Výsledky jsou zároveň komparovány s literaturou.

Co se celkového pojetí hlavních výsledků týče, tedy jednotlivých rovin self-efficacy, je nutno vysvětlit následující. V léčbě pacientů s duální diagnózou nejde jen o samotného pacienta, jeho schopnosti a sebedůvěru, ale je také velice důležitá interpersonální rovina – tedy vztahy a jejich dynamika; a systémová rovina – tedy pochopení toho, kde teď jsem, v jakém procesu léčby se ocitám, co to ode mě vyžaduje, a přizpůsobení se tomu všemu. Self-efficacy u těchto pacientů se tedy jaksi rozprostírá a pojímá do sebe i další výše uvedené roviny, které jsou pro další fungování pacientů nezbytné. Bandura (1997a, b) okrajově zmiňuje i okolí, vztahy s druhými a prostředí, ale chápe je jednak jako důsledky self-efficacy jednotlivce, a jednak je tento fakt další literaturou dosti opomínám, kdy self-efficacy je tak bráno pouze jako osobnostní konstrukt jedince. Svým tvrzením o rovinách self-efficacy nechci původní konstrukt napadat a vyvracet. V jiných oblastech, například v rámci každodenního života, je zcela jistě platný v původním formátu. Zároveň ani tyto roviny nejsou s konstruktem self-efficacy v rozporu. Jde jen o jeho rozvedení a zpřesnění. Uvedené roviny však nejlépe vystihují právě oblast pacientů s duální diagnózou v rámci jejich dvoutýdenní stabilizační hospitalizace, kdy zde nejsou pouze jako jednotlivci, ale jako jedinečné bytosti ve vzájemných vztazích, podléhající okolnímu systému.

5.2.1 Intrapersonální rovina

V rámci dvoutýdenní stabilizační léčby není na první pohled možný prostor na efektivní práci na sobě, a na budování self-efficacy. Při hlubším zkoumání dat však vznikly bohaté doklady toho, že pacienti odvádějí silné vnitřní boje a zaujímají postoje k jednotlivým událostem, jak uplynulým, tak aktuálně se dějícím a nadcházejícím. Musí se zároveň vypořádat s přijetím diagnózy a vybudovat si motivaci k léčbě. To vše se dá označit za intrapersonální práci. Níže doložím jednotlivá subtémata.

Nemoc a léčba

Diagnostika je složitý a dlouhodobý proces, který však neleží jen v rukou odborníků, ale důležitou roli v něm hraje i pacient. Jeho výsledkem je diagnóza, která pro pacienta má dalekosáhlé důsledky. Přijetí diagnózy je to natolik diskutované téma, že na jeho motivy vznikla řada teorií, například nálepkovací teorie (viz např. Höschl, 2004). Diagnostika a diagnóza jsou však nezbytné články v procesu uzdravy pacienta – nasedá na ně totiž adekvátní terapie. Avšak zatímco pro některé pacienty je zjištění adekvátní diagnózy úlevou,

jiní proti ní protestují. To lze doložit i tvrzeními našich pacientů, kdy Marek sděluje ke zjištění BAP: „*Pro mě je strašně důležitý to pojmenování, byť je to slovíčkaření, tak mě to jedno není, mě se strašně ulevilo po diagnostice.*“ Oproti tomu náš druhý informant, Martin, po celou dobu rozhovoru protestoval proti své diagnóze závislosti, která mu na místním oddělení byla údajně přidělena, souhlasil ale se svou druhou diagnózou depresivní fáze, kdy hned v úvodu sděloval: „*Deprese, měl jsem deprese, i v minulosti jsem měl, takže to už vím, tady nebylo místo na oddělení, závislost nemám (...) v Beřkovicích deprese všichni řešili alkoholem, což je u depresí typické.*“ Z jeho výpovědi je patrné, že diagnózu závislosti považuje za větší stigma, než jinou duševní poruchu a zároveň má pocit, že závislý (ještě) není. Dle sdělení psychologa se pak v případě, kdy si pacient diagnózu závislosti nepřipouští, nakonec venku ukáže, jak to skutečně je, a s takovýmto pacientem se pracuje na náhledu na jeho stav. Problematický je také laický pohled na závislost, kterým je každodenní užívání. Lýdie, která měla původně kvartální závislost, oproti Martinovi neměla problém s přiznáním si, že nyní je na alkoholu zcela závislá. Můžeme proto vidět, že k přijetí diagnózy pacienti zaujímají různorodé postoje. Avšak nejde jen o přijetí diagnózy, ale o práci s problémy, které nyní mám a jejich řešení. U pacientů, u kterých závislost spustila druhé duševní onemocnění (Krausz, 1996 in EMCDDA, 2004), je velice důležitá abstinence, neboť užívání může být opětovným spouštěčem. A pokud pacienti užívali návykovou látku v procesu sebemedikace (Vyskočilová, 2016), tedy aby utlumili stavy, které jim způsobovalo jejich primární duševní onemocnění, je pro ně nezbytné, aby se jim dostalo jiné formy pomoci.

Motivace

Každý z pacientů má jinou motivaci k léčbě a některým pacientům i zcela schází. Z léčby závislostí, a i jiných duševních poruch je známé pravidlo třetin, o kterém hovoří i psycholog, když zmiňuje, že ze všech pacientů je k abstinenci rozhodnutá a motivovaná maximálně třetina. Dotkli jsme se zde však zajímavého tématu, že ne všichni mohou chtít pouze abstinovat, tak jako Lýdie. Její hlavní motivací k léčbě zbavit se samotné závislosti na anxiolytikách, na kterou nasedala alkoholová závislost, což se jí zatím i dařilo. Oproti tomu Eliška si připouštěla, že je pro ni těžké nemoci se nikdy napít. Alkohol jí stále velmi oslovoval, a tak musela primární důvod, a sice zbavení se závislosti, nahradit za jiný, kterým byly její děti. Podle Bandury (1997a) by Eliška zřejmě vykazovala nízké self-efficacy – má

neustálé pochybnosti o své schopnosti fungovat, nemoci si dovolit selhat, důvod její abstinence je spíše tlak okolí než že by sama chtěla a celkově si nevěří; a zřejmě by jí doporučil zapřemýšlet nad kontrolovaným pitím, jestliže si na úplnou abstinenci netroufá. Problém je, že Eliška se sama zná a ví, že k její recidivě často vede jediné uklouznutí. Zde ale právě narážíme na limity self-efficacy, alespoň v kontextu našich pacientů. Podle psychologa je náhradní důvod k abstinenci v pořádku, pokud je dostatečně silný a když dojde k jeho ztrátě, lze ho nahradit jiným, dostatečně důležitým motivem. A zároveň Eliščiny pochybnosti ji mohou vést k lepšímu podchycení si záchranných opatření, než kdyby je neměla. Tento pohled musíme také vidět kontextuálně v prostředí krátké stabilizační léčby, kdy možná častokrát jde o nalezení *jakéhokoli* dostatečného motivu k abstinenci. Lýdie ohledně motivace ještě vnímala tento aspekt: „*málokdy se stane, že někdo dostane pochvalu, je tu negativní motivace, naopak když jsem dvakrát dostala pochvalu, tak jsem měla velkou radost.*“ Upozornila tím na důležitý fakt, a sice že pozitivní motivace má mnohdy větší motivační potenciál než udělování sankcí. Ovšem ne pro všechny pacienty, stejně jako u výchovy dětí, je tato forma aplikovatelná.

Postoj k sobě

Eliščiny pochyby ohledně úspěšnosti abstinence jí sice mohou vést k nastavení lepší ochrany a následných služeb, ovšem přílišné obavy nejsou vhodné stejně jako není vhodná přílišná sebedůvěra. Nadměrné obavy, zejména u úzkostných jedinců, jejich úzkosti zintenzivňují, zároveň však přílišné obavy vyplývají z povahy úzkostných poruch. Eliška i Vladimír trpěli úzkostmi a oba měli nižší sebehodnocení. V takovém případě je lepší nad obavami přestat přemýšlet. Na druhou stranu Markovi, který byl silně přesvědčený, že se k návykovým látkám už nevrátí, nebo Martinovi, který si závislost ani nepřipouštěl, hrozí nebezpečí z opačného pólu – veškerá rizika díky přílišné sebedůvěře přehlídnou a budou k nim nekritičtí. A opět zde narážíme na limity self-efficacy. Podle Bandury (1997a) by jejich self-efficacy bylo zřejmě vysoké – jsou silně motivovaní a věří si. Ovšem jelikož závislost je chronické onemocnění, je potřeba být si vědom rizik a částečně nad sebou pochybovat. Žádný z pólů přílišné obavy versus přílišná sebedůvěra tedy není vhodný, proto je důležité mít k sobě vyrovnaný postoj.

Postoj k situaci

Eliška, Lýdie i Vladimír reflektovali všichni jakousi formu uvědomění, ke které během léčby dospěli. V některých případech si uvědomili, že situaci venku podcenili, jindy zase nahlédli závažnost svého stavu, který není jen dočasnou záležitostí, ale je to běh na dlouhou trať. Ovšem aby měli sílu nyní bojovat, psycholog z nich snímá zodpovědnost za minulost, jelikož spousta jejich problémů byla způsobena problematickou výchovou a jejich „*vlastní vnitřní kritici*“ je podle něj dusí dostatečně sami. Jeho tvrzení je podpořeno výše uvedeným uvědoměním, ke kterému pacienti dospívají navzdory odbřemeňujícímu přístupu psychologa – a sice že vinu za to, co se stalo před léčbou, stejně přičítají sobě. S odebráním odpovědnosti za minulost psycholog ale pacientům předává odpovědnost za změny, které nyní leží v jejich rukou. Předání této odpovědnosti za nynější změny je v souladu s Bandurovým (1997b) pojetím self-efficacy, ovšem ještě více zde narážíme na konstrukt locus of control (Rotter, 1966): sejmutí zodpovědnosti za minulost jako vnější bod řízení, který se nyní přesune do rukou pacientů a stane se vnitřním bodem řízení. Je otázkou, a Bandura (1997a) by si ji jistě kladl, nakolik se při sejmutí zodpovědnosti za minulost pacient může poučit ze svých chyb. Na druhou stranu jsme výše mohli sami vidět, že pacienti si zodpovědnost za minulost stejně přičítají, a potřebují mít sílu na učinění změn, k čemuž musí cítit přijetí. V takovém případě je nutné vyvážit přístup tak, aby nebyl ani příliš paternalistický ani moralizující.

5.2.2 Interpersonální rovina

V analyzovaných datech se opakovaně objevovala tematika okolí, kterou jmenovali téměř všichni pacienti. Kromě výše uvedené vlastní osobnosti se pacienti museli se stejnou závažností vypořádávat se vztahy s dalšími pacienty, sestrami, rodinou a velký vliv na ně měl přístup terapeutů. To vše se dá označit za interpersonální vztahy, které jsou v souladu s konstruktem self-efficacy, neboť Bandura (1997b) uvádí, že lidé s vysokým self-efficacy se nezdrahají využít podpory svých přátel, rodiny a dalších, a dobré interpersonální vztahy pak pomáhají jak preventivně, tak intervenčně v boji se závislostí (Bandura, 1997a). Níže se podíváme na čtyři hlavní podtémata, náležící do kapitoly o interpersonálních rovině.

Terapeuti

Všichni pacienti se shodli na tom, že jim nesmírně pomáhá léčba slovem, tedy psychoterapie. Častokrát jmenovali jediný impulz, který je podnítil k zamyšlení se a získání náhledu z nové perspektivy. Psycholog dodal, že nikdy nemůže přesně vědět, co na koho zapůsobí, a častokrát jsou to z našeho pohledu samozřejmosti, které ale pacienti doposud neslyšeli a nyní jim pomůžou pokračovat v boji dál. Proto alespoň nějaká forma psychoterapie by měla být dostupná pro všechny psychiatrické pacienty. Kromě komunikace s pacientem je také důležitý zájem o něj. Marek sděloval, že díky lékařce, která o něj poprvé projevila opravdový zájem a vyslechla si celou jeho anamnézu včetně získání heteroanamnézy od jeho rodiny, mu díky tomu byla schopná stanovit po několika letech adekvátní diagnózu. Spolu se zájmem je také nápomocný rovnocenný přístup, který pacienti vyzdvihovali.

Sestry

Téměř všichni pacienti se nějakým způsobem vyjadřovali k sestrám. Chování některých z nich jim připadalo nespravedlivé a přísné. Stěžovali si, že jim neoprávněně, nebo alespoň ve srovnání s jinými sestrami udělují minusové čárky. Nejostřeji ze všech se o sestrách vyjadřoval Martin, který byl však zároveň silně vytočen, proto jeho slova musíme brát s nadhledem: „*Personál neprofesionální, sestry, nemá tu co dělat, zvyšovat hlas, táhnout věci z rodiny a pak křičí po pacientech, některým trvá podání léků věčnost, někomu hned, měly by být na interně, a ne na psychiatrii!*“ Právě k tomuto momentu bylo velice důležité vyjádření psychologa, který nabídl i druhý pohled na věc. Ze strany sester mohlo sice dojít k určitému pochybení, které bylo způsobeno náročností povolání a dvanáctihodinovému kontaktu s celou komunitou pacientů. Ti se pak nekontrolují tak, jako když jsou ve vymezeném čase na konzultaci u terapeuta či na programu. Tento fakt si někteří uvědomovali, když s náročností jejich povolání vyjadřovali pochopení. Na druhou stranu i někteří z pacientů mohou být více přecitlivělí, a jednání druhých vnímat neadekvátně. Tyto okolnosti způsobují konflikty mezi nimi a sestrami. Ovšem právě existence těchto konfliktů a možnost jejich následného probrání se nakonec stává výhodou. V reálném prostředí také dochází ke konfliktům, a tak se s nimi pacienti mají možnost vypořádat v rámci chráněného prostředí a pracovat tak na budování zdrojů pro konflikty v budoucnosti. A reálný nácvik

problematických situací je zcela jistě v souladu s budováním self-efficacy dle Bandury (1997a).

Spolupacienti

Ačkoli se někteří pacienti vyjadřovali o svých spolupacientech ne ve zrovna nejlepším duchu, bylo patrné, že jsou pro ně velmi důležití. I s nimi totiž vstupovali do konfliktů, vytvářeli s nimi vztahy, které se následně rozpadaly a v neposlední řadě k sobě navzájem byli otevřenější. Podle psychologa má dokonce to, zda se pacient přátelí s motivovanými či naopak nemotivovanými pacienty dopad na jeho vlastní úspěšnost. Podle Kaliny a Váchy (2013 in Vyskočilová, 2016) může dokonce komunita pacientů alespoň částečně dosytit potřeby, kterých se závislému člověku nedostávalo v jeho raném dětství. Něco podobného jsme mohli vidět na příkladu Vladimíra, který sděloval pocity méněcennosti, že pro svou vzdělanou rodinu není dost dobrý, a který se hodně upínal ke svým spoluapacientům, kteří pak ale bohužel jeho důvěru opakovaně zklamávali. Zároveň během léčby navázal partnerský vztah se spolupacientkou, který byl proti pravidlům léčebny, a za který se následně sám udal. Z rodiny přišel nedosycen blízkými vztahy, které nyní hledal mezi pacienty. Kalina a Vácha (2013 in Vyskočilová, 2016) měli však spíše na mysli komunitu pacientů v léčebné komunitě, která bývá mnohem delší a vztahy jsou zde tím pádem mnohem bližší. To se během dvouměsíční léčby nestíhá, ale můžeme zde nalézt obdobné tendence. Zároveň komunita pacientů vytváří kolegiální prostředí, ve kterém si pacienti mohou budovat rovnocenné vztahy a sledovat tak dynamiku vzájemného působení.

Přátelé a rodina

Okolí, které je pro pacienta v léčbě důležité, není jen to, se kterým je aktuálně v bezprostředním kontaktu. Je to i okolí, které pacient má venku, které za ním chodí na návštěvy a se kterým je v kontaktu. Pro pacienty je natolik důležité, že je na rodinné terapii v průběhu léčby vyčleněna speciální kapacita. Rodina bývá zvaná buď na žádost pacienta, či z indikace terapeutů. Během ní se v přítomnosti odborníka řeší konflikty z minulosti a vzájemné vztahy tak bývají obnovovány. Jak totiž uváděl Skorunka (in Mareš, 2011), duševní porucha má další dopady v podobě zásahu do rodinných vztahů a formou rodinných terapií může taktéž docházet k jakési formě edukace rodinných příslušníků o duševním onemocnění pacienta. Dobré interpersonální vztahy jsou zároveň dle Bandury (1997a)

ochranným faktorem v boji se závislostí. Lýdie vyřešení problémů s přítelem dokonce jmenovala jako jeden ze dvou hlavních benefitů, vedle zbavení se závislosti, který během léčby vytěžila. I Vladimír hovořil o postupných příchodech rodiny během návštěv, které ho vždy potěší. Marek zase opakovaně hovořil o svých přátelích, kteří mu během života byli opakovaně nápomocní, a má od nich již přislíbenou pomoc do budoucna.

Ovšem ne vždy jsou rodina a blízké okolí tím, co pacientovi pomáhá, zvláště když jsou tyto vztahy dysfunkční. Marek udával, že problémy s návykovými látkami se u něj prohloubily po rozvodu, ačkoli už předtím s nimi bojoval a byly zároveň jeho příčinou. Po rozchodu s další přítelkyní se u něj opět objevily deprese. Eliška zase jmenovala svého „*obtížného*“ partnera, který byl částečným důvodem její hospitalizace. Vladimír zažíval ze strany rodiny odmítání, kvůli kterému trpěl pocity méněcennosti. A psycholog v souladu s Kalinou a Váchou (2013 in Vyskočilová 2016) dokonce jmenuje špatnou rodinnou výchovu jako jednu z příčin závislostního chování pacientů. Rodina a přátelé jsou tedy nejen pro pacienty, ale i pro nás všechny velice důležitým faktorem, a to jak v pozitivním, tak negativním významu.

5.2.3 Systémová rovina

Že člověk musí pracovat sám na sobě a na vztazích s ostatními jsme si již vysvětlili. Nesmíme však zapomínat, že toto vše se neustále děje v rámci nějakého systému, který pak vztahy a smýšlení uvnitř něj svým způsobem ovlivňuje. V léčbě pacientů v rámci psychiatrické hospitalizace je toto zvláště patrné. Přicházejí mnohokrát z prostředí nestrukturovaného, s absencí pravidel, kde měli sice volnost, kterou ale nezvládli. Nyní jsou v prostředí plném předpisů a norem, kde i vztahy uvnitř něj jsou nějakým způsobem institucionalizované. Nyní se tedy podíváme na to, jaká témata se v tomto ohledu z dat vynořila.

Venkovní prostředí

Začneme od prostředí před hospitalizací, ze kterého pacienti přicházeli. Z úst Marka i Vladimíra zazněl opakovaně pojem „*toxické prostředí*“, které spojovali s drogami. Oba si jím prošli a následně měli potřebu se mu stranit. Zároveň to byli jediní dva pacienti z našeho souboru, kteří měli zkušenost s tvrdými drogami. Co bylo ale společné téměř všem pacientům, a co je pro ně zásadní, byla *samota*. U Elišky byla důvodem její recidivy, kdy kvůli pandemii covid-19 zůstala sama doma s dětmi. Přišla dle psychologa o vnější podporu.

Lýdie obdobně během práce z domova kvůli této pandemii přikročila k silnému abusu alkoholu, jelikož ztratila dohled pracovního prostředí. Eliška dokonce jmenovala vyslovené pokoušení samotou, kdy na ní doléhá to, že o jejím jednání se nikdo nedozví: „*Člověk je sám a co udělá, tak ví jen sám, a manipuluje s tímto vědomím*“. U Vladimíra zase samota a izolace sice původně před „toxickým“, ale v důsledku toho také před veškerým dalším okolím způsobila prohloubení jeho vystupňovaných úzkostí. Psycholog to potvrzuje slovy, že samota je jedním z nejnáročnějších momentů, kterému pacienti musí čelit. Studií na téma dopadů samoty na duševní zdraví nejen stárnoucího člověka bylo učiněno již bezpočet (za mnohé např. Lara a kol., 2019; Beller & Wagner, 2018 aj.). Dle jedné systematické přehledové studie dokonce vyplynulo, v čem hlavně je takováto samota nebezpečná – podporuje rizikový životní styl osamělého jedince (Malcolm, Frost & Cowie, 2019). Eliška i Lýdie se v době samoty takto také začaly chovat ve vztahu ke svému zdraví rizikově. Samota venku byla tedy pro mnohé pacienty jedním ze spouštěčů stavu, který je přiměl k hospitalizaci. Ovšem jak uvidíme níže, i v prostředí plném pacientů a personálu pacienti často musí čelit samotě.

Volný čas

O volném času se vyjadřovalo taktéž více pacientů z našeho souboru. Stal se natolik významným tématem, že si zaslouží samotnou podkapitolu. A zatímco například Marek i přes svou nevůli reflektoval, že volný čas není zbytečný: „*je tu dost volného času, ale ten není zbytečný, protože kdo to bere vážně, tak informace dostane, potřebuje čas to zpracovat*“, například takové Lydii vůbec nevyhovoval. Chápala ho jako úlevu pro méně schopné pacienty, kteří by nezvládali nabitější program. A v souladu s tvrzením psychologa s ním měla problém hlavně protože se považuje za introverta, a takovým vyhovují spíše strukturované programy. Během volného času tedy někteří pacienti zažívali opět tu palčivou samotu, která je dovedla k hospitalizaci. Psycholog potvrdil Lýdiinu domněnku o úlevě pro méně schopné pacienty, kdy na místním oddělení duálních diagnóz skutečně jsou pacienti, kteří by nabitý režim nezvládli. Ovšem stejně jako na programem plně nabitým oddělení je na pacienty vytvářen tlak náročností programu, na zdejším oddělení je zase na pacienty vyvíjen tlak volným časem, kdy musí být sami se sebou a svými problémy. A čelit samotě se pacienti učí v chráněném prostředí, což je opět užitečné pro nácvik do budoucna. A ačkoli

jedním z důvodů je také nedostatek personálu, který by pacientům mohl poskytovat program až do večera, a zdejší pacienti nejsou zcela schopní vytvořit si vlastní program, dle psychologa je tento fakt i druhotně užitečný v tom, že o to více pacienti spolupracují na řízených aktivitách.

Dodržování norem

Dodržování norem se stalo opět natolik diskutovaným tématem, že se k němu vyjadřovali téměř všichni pacienti. Většinou z jejich výpovědí nebylo patrné, že by normy akceptovali a chápali. Marek například tvrdil: *„všechny moje požadavky, které byly zamítnuty, tak měly smysl proto aby si uvědomil, že je potřeba žít dle norem.“* Z jeho definice kruhem vyplývá, že podle něj mu personál v jeho požadavcích nevyhověl pouze proto, aby mu něco zakázal a naučil Marka poslušnosti. Martinovi zase na hospitalizaci nepřipadalo jako dobré následující: *„Ambivalentní zákazy, a tohle jo a tohle ne, ale je v tom protichůdnost, někdo přimhouří oči, nechápu důvod zákazů, některý jsou scestný.“* Lýdie hovořila o vzájemném nepochopení, které se opakovalo během jejích pobytů několikrát. Tematiku pravidel, dodržování norem a jejich nepochopení pacienti otevírali sami. Proto jsem se na to zeptala i psychologa, který to uvedl na pravou míru: *„Samozřejmě se liší naše stanovisko a jejich stanovisko a největší rozpory tam jsou podél výkladu pravidel, který samozřejmě oni by si rádi ohnuli a přizpůsobili tak, aby to pro ně bylo pohodlnější v něčem a náš úkol je to pevněji držet, a pokud ten člověk celý život žil v nějakém životě bez pravidel už od malička, tak to pro něj samozřejmě není srozumitelný.“* Podle psychologa tedy nedodržování pravidel pacienty vyplývá z jejich předchozího stylu života. Je pravda, že se během hospitalizace se ocitáme v rámci určitého systému, který má své normy, tak jako každý jiný systém (např. práce, škola apod.). Dle Lorbera (1975 in Křivohlavý, 2002) se pacienti dělí na „dobré a špatné“ pacienty, kdy ti „dobří“ nemají speciální požadavky a vše dodržují a „špatní“ pacienti naopak vše problematizují. Musíme si však uvědomit, že toto bylo řečeno o pacientech spadajících pod somatickou gesci. O co víc to pak musí platit o pacientech na psychiatrii, kteří obecně mívali s dodržováním norem potíže větší, a zároveň jsou zde pod neustálým tlakem přeměny své osobnosti.

Režim

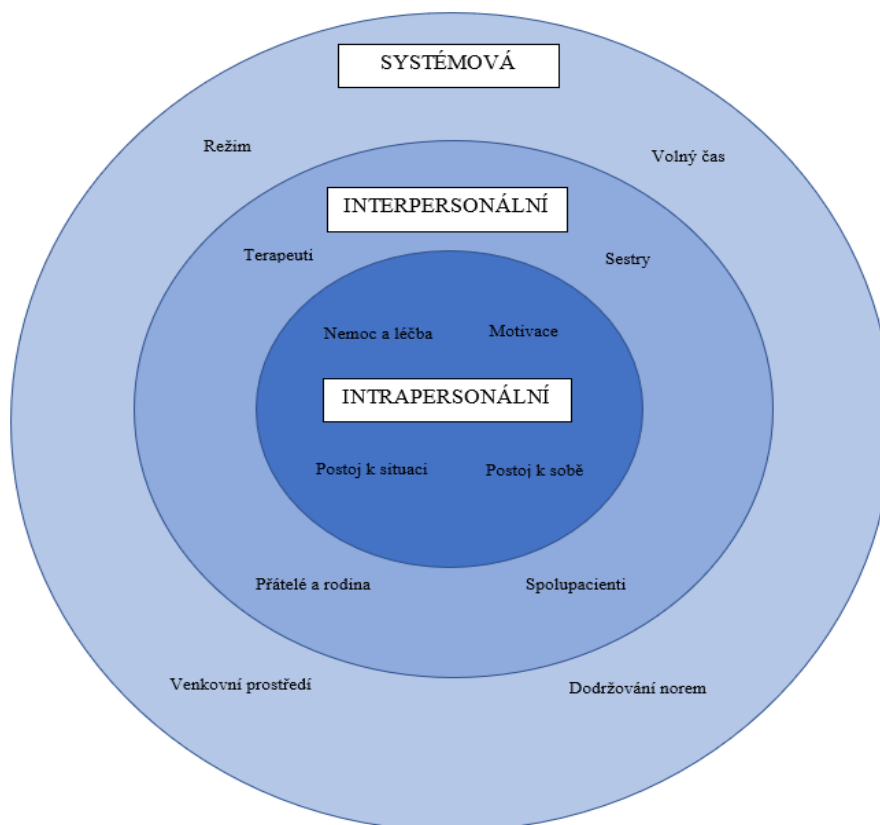
Slova jako dohled, uzavřenost, chráněnost, pravidelnost či omezení prostředí, která zaznívala z úst pacientů, jsou neodmyslitelně spjata s režimem. Některá měla u pacientů pozitivní, jiná spíše negativní konotace. Marek i Eliška se shodovali v tom, že zde člověk musí řešit konflikty a jiné problémy, ke kterým by venku měl k dispozici návykové látky, ovšem zde jsou na ně navaleny „na sucho“, a musí se s tím nějak vypořádat. Ovšem zatímco Marek v tom viděl pomoc: *„Já tady vidím obrovskou pomoc v chráněnosti a bezpečí, člověk zde může řešit psychickou zátěž z minulosti, kdy jinak si jde ráno nakoupit stolitry alkoholu“*, pro Elišku to bylo náročné: *„člověk je vystaven konfliktům ve chráněném prostředí, jsou na něj navaleny nepříjemné věci a musí to zvládnout uvnitř sebe“*. V podobném duchu Eliška hovořila i o dalších aspektech režimu – dohledu a uzavřenosti. Ve všech případech si uvědomovala, že je pro její dobro se tomu poddat, ale upřímně sdělovala, že se v tom necítí komfortně. Lýdie zase jmenovala omezení spjatá s podřízením se režimu, kdy určité aktivity nemůže vykonávat, nebo jen v omezené míře. Naopak Martin a Vladimír si chválili pravidelnost, která je s režimem spjata, a která jim v jejich běžném životě chyběla. Režim má tedy svá pozitiva i negativa, která pacienti vnímají. V rámci hospitalizace se pacient musí podřít chodu oddělení, přičemž lůžková péče je chápána z hlediska vážnosti jako závažnější než ambulantní léčba (Křivohlavý, 2002). Během hospitalizace zároveň dochází k jisté depersonalizaci, kdy se člověk stává *pacientem* a ztrácí tak část své autonomie (De Barbaro, 2008 a kol.). Zároveň je během toho v chráněném prostředí, ve kterém i kdyby chtěl, tak se k návykovým látkám nedostane, což se liší od situace venku. I proto jsem se bavila s psychologem o tom, zda by snad nebyla lepší ambulantní léčba, avšak ten k tomu doplnil důležitý poznatek: *„Je důležitý si uvědomit, že ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří jsou schopní venku v základu abstinentovat a fungovat. A ti, co přicházejí na oddělení toho nebyli schopní, ať kvůli užívání, nebo kvůli psychickému stavu.“* Proto je potřeba situaci vidět tak, že pro hospitalizované pacienty je tato možnost v danou dobu skutečně tím nejlepším možným řešením. Ambulantní péče pak ale hraje svou nezastupitelnou roli v doléčování, které se má v souladu s reformou psychiatrické péče stát hlavním centrem léčby pacientů. Velice zajímavým je v tomto systému náhled na recidivy, kdy psycholog udává: *„Je nutný si uvědomit, že závislost je z hlediska psychiatrické medicíny chronické onemocnění, stejně jako třeba cukrovka, to znamená, že ty recidivy tam můžou nastávat, ale*

je podstatný, aby byly co nejkratší a člověk s tím co nejrychleji něco udělal.“ A to je zcela v souladu s Bandurou (1997a), který ohledně recidiv sděluje, že pro člověka s nízkým self-efficacy má představu, že jediné uklouznutí znamená recidivu – a tato uklouznutí tedy neeliminuje. Při nezvládnutí abstinence by se člověk neměl vzdávat a měl by naopak bojovat dál. Podstatné je, aby to netrvalo dlouho.

6. Diskuze

Cílem této práce bylo popsat self-efficacy pacientů v závěrečné fázi léčby v rámci psychiatrické hospitalizace. V souvislosti s tímto cílem vznikly tři výzkumné otázky, na něž zde podám odpovědi, které budou diskutovány s literaturou. Zároveň popíšu limity výzkumu a návrhy pro další zkoumání.

Výzkumná otázka č. 1 zněla: **Čím může být self-efficacy pacientů s duální diagnózou v rámci hospitalizace utvářeno?** Odpověď na tuto otázku je podrobně rozepsána v kapitole 5.2 Výsledky celkové analýzy. Ačkoli podle psychologa není pro budování self-efficacy v krátké dvouměsíční stabilizační hospitalizaci prostor, z výpovědí aktérů se přesto daly vysledovat momenty mající úzkou vazbu k self-efficacy. Self-efficacy těchto pacientů při jejich hospitalizaci má však specifickou podobu, která nezahrnuje pouze vztah k sobě samému, ale také k druhým a k okolí či systému, ve kterém se právě nacházejí. Podoba self-efficacy pacientů s duální diagnózou v rámci jejich hospitalizace tedy zahrnuje tři roviny, které vyvstaly z analýzy dat – intrapersonální, interpersonální a systémovou. Bandura (1997 a, b) ve svých statích sice opakovaně zmiňuje souvislost self-efficacy se vztahy s druhými či s působením na své okolí, ale tuto souvislost chápe jako kauzalitu; tedy že lidé s vysokým self-efficacy mají dobré vztahy s druhými, aktivně působí na své prostředí, aby se v něm cítili dobře apod. Z analýzy našich dat však vzešlo to, že interpersonální a systémová rovina je u hospitalizovaných pacientů natolik důležitá, že pomáhá self-efficacy *utvářet*. Pacienti zmiňovali své okolí tak často a s takovým důrazem, že bylo patrné, že se v jeho zrcadle znovu-nalézají a znovu-potvrzují svou identitu tak, jak se to děje vývojově v raném věku (viz např. Buber, 2005). Lidé vždy existují ve vztazích s druhými a vždy se ocitají v rámci nějakého systému a v jeho zrcadle mohou poznávat i sami sebe. U hospitalizovaných pacientů je však tato skutečnost znásobená tím, že druhé lidi a prostředí si pacient nevybírá sám, nýbrž je mu přiděleno. Proto je zde trojí rovina self-efficacy natolik výrazná. Pro přehlednost text doplňuji obrázkem č. 6 ze závěrečné analýzy znázorňujícím uvedené roviny.



Obrázek č. 6

O jednotlivých rovinách bylo pojednáno v kapitole 5.2 Výsledky celkové analýzy. V této části se tedy již pouze zaměřím na aspekty, které mají pozitivní vliv na self-efficacy. Prvním z nich je literaturou často diskutované téma, a tím je postoj k přijetí diagnózy (viz např. Dally, 2020). Stanovení diagnózy je nezbytné pro zahájení vhodné terapie, je však zároveň pro pacienty určitým stigmatem, jak o tom hovoří například nálepkovací teorie (Höschl, 2004). Její racionální přijetí pak neznamena ztotožnění se s touto diagnózou, které by pacienta opravňovalo k dalšímu abusu, ani odmítání této diagnózy a boj proti ní. Racionální přijetí znamená uznání si toho, že mám nějaký problém, který chci řešit, nehledě na konkrétní diagnózu. A to je zcela v souladu se self-efficacy, které nespočívá v tom, že nemám žádné nedostatky, ale v tom, že jsem si vědoma jak svých silných, tak i slabých stránek, a u těch slabých nemám problém s přijetím pomoci (Bandura, 1997a). Dalším faktorem mající příznivý vztah k self-efficacy je motivace pacientů. Podle Bandury dokážou lidé s vysokým self-efficacy motivovat sami sebe k dosažení svých cílů (tamtéž). Motivace

je klíčová záležitost v boji se závislostí. Její konkrétní podoby však narážejí na limity self-efficacy, které budou rozebrány níže. Self-efficacy je pak dále utvářeno vyváženým postojem k sobě. Někteří naši pacienti měli nadměrné obavy, jiní zase přílišnou sebedůvěru. Ani jeden z těchto pólů není vhodný. Ovšem i o tomto aspektu bude pojednáno v odpovědi na otázku ohledně limitů self-efficacy. Posledním bodem příznivě působícím na self-efficacy v rámci intrapersonální roviny je přijímání odpovědnosti za změny, které pacienti od této chvíle provedou. Zde se jedná o střet konstruktů locus of control (Rotter, 1966) se self-efficacy. Tyto dva konstrukty jsou si v lecčems podobné, například člověk s vysokým self-efficacy má spíše interní locus of control. Přesto ale nejsou totožné. V teoretické části jsem uvedla příklad člověka, který má za to, že je plně v jeho kompetenci ovlivnit své zdraví (interní locus of control), ale může se cítit neschopný něco pro to udělat (nízké self-efficacy) (Joelson, 2017). Zde v našem případě, když psycholog předával zodpovědnost za nynější změny do rukou pacientů, vlastně tím internalizoval jejich locus of control, a v tématu naší práce tím i zvyšoval jejich self-efficacy.

Interpersonální rovina jako taková náleží k budování self-efficacy, neboť Bandura (1997b) uvádí, že lidé s vysokým self-efficacy se nezděraňují využít pomoci své rodiny, přátel a dalších lidí, a dobré interpersonální vztahy pak pomáhají jak preventivně, tak intervenčně v boji se závislostí. Nyní rozeberu konkrétní aspekty týkající se mezilidských vztahů, které mají pozitivní vliv na self-efficacy. Mezi ně patří psychoterapie, ať už individuální nebo skupinové. Během nich pacienti docházejí k podstatným uvědoměním. Zajímavé je, že každý pacient si z rozhovorů s odborníky odnese něco jiného, a tak se nedá paušálně stanovit, jaká slova jim mohou skutečně pomoci. Psycholog jmenoval příklad pacientky, pro kterou bylo zlomovým bodem to, že se dozvěděla, že má právo na to mít takové pocity, které měla. Pacienti také vyzdvihovali rovnocenný přístup a zájem odborníků, který má pozitivní vliv na jejich self-efficacy. Rovněž v Bandurových (1997a) textech je vyzdvihován partnerský přístup. S tímto aspektem je na první pohled v rozporu přístup sester, který byl kamenem úrazu pro většinu pacientů. Pacienti ho určitě neoznačovali jako partnerský, ale spíše jako ponižující a autoritativní. Přístup sester se stal natolik zajímavým momentem, ke kterému měli co říct téměř všichni aktéři výzkumu, že je z jednotlivých úhlů pohledu zasazen v odpovědích na všechny tři výzkumné otázky. Zde, při odpovídání na to, co buduje self-efficacy, mohu vyzdvihnout konflikty, které se mezi pacienty a sestrami dějí. Kdyby se

pacientům během jejich léčby dostávalo pouze vřelého přijetí, neměli by se možnost adaptovat na krizové situace, které v běžném životě nastávají. Během hospitalizace navíc mají možnost každý konflikt ihned probírat na skupinových terapiích a učí se tak zpracovávat situace adaptivním způsobem. A takovýto nácvik problematických situací se podobá Bandurovu řízenému zvládnání (guided mastery), ačkoli je tak činěno pouze implicitně, nikoli záměrně. Dalším bodem interpersonální roviny mající vztah k budování self-efficacy jsou zcela jistě spolupacienti. I s nimi totiž pacient vstupuje do konfliktů, vytváří vztahy, a je k nim upřímnější. Na rozdíl od odborníků, se kterými i přes partnerský přístup mají pacienti asymetrický vztah, k sobě navzájem jsou na kolegiální úrovni, což je pro každodenní život také velmi podstatné. Podle psychologa mají pacienti vliv dokonce na úspěšnost léčby, podle toho, zda na sebe působí motivovaní či nemotivovaní jedinci. Dle Kaliny a Váchy (2013 in Vyskočilová, 2016) může komunita pacientů poskytnout korektivní zkušenost a částečně dosytit potřeby, kterých se člověku nedostávalo v jeho raném dětství. Vztahy se spolupacienty tak neodmyslitelně patří k budování self-efficacy. Do interpersonální roviny kromě odborníků a spolupacientů také patří rodina a blízcí přátelé. Jak uváděl Skorunka (in Mareš, 2011), duševní onemocnění mívají dopady v podobě zásahu do rodinných vztahů. Stejně tak i téměř všichni naši pacienti řešili nějaké problémy se svou rodinou. Z toho důvodu fungují rodinné terapie (tzv. rodinky), kde pacienti mají možnost řešit konflikty s rodinou v přítomnosti odborníka. Rodina je zároveň touto cestou edukována o povaze onemocnění jejich hospitalizovaného příbuzného. Blízké okolí pacienta je dle Bandury (1997a) ochranným faktorem v boji se závislostí.

Ze systémové roviny má pak největší váhu, co se týče budování self-efficacy, volný čas, kterému musí pacienti čelit. Volný čas je něco, čemu pacienti před léčbou mnohokrát podlehli, a který je vedl k abusu návykových látek. Na rozdíl od jiných oddělení, kde je program nabitý od rána do večera a na pacienty je tak vyvíjen tlak zvládat tento náročný program, na oddělení duálních diagnóz je tlak vytvářen právě volným časem. Pacienti tak musí čelit sami sobě a svým problémům. Těm jsou však vystaveni v chráněných podmínkách, což je užitečné pro nácvik do budoucna.

Pokud bych odpověď na první výzkumnou otázku měla shrnout, uvedla bych následující: U self-efficacy pacientů s duální diagnózou jsou vyzdvíženy roviny, které literaturou bývají

opomíjeny – nejedná se tak tedy pouze o intrapersonální rovinu, ale také o interpersonální a systémovou. Faktory, které během léčby nepřímou pomáhají zvyšovat self-efficacy, jsou následující: racionální přijetí diagnózy; motivace; vyvážený postoj k sobě; převzetí odpovědnosti za změny; psychoterapie; zájem o pacienty a partnerský přístup; konflikty se sestrami; vztahy se spolupacienty; rodinné terapie a volný čas.

Výzkumná otázka číslo 2 zněla: **Co může být se self-efficacy v procesu léčby pacientů s duální diagnózou v rozporu?** Při odpovídání na tuto otázku je třeba mít na paměti, že věci, které budou se self-efficacy v rozporu, neznamenaí, že jsou nutně špatné. V rámci krátké dvouměsíční hospitalizace jde především o stabilizaci pacientů a nějaká hlubší práce na sobě se od nich očekává až v dalších etapách navazující péče. Rovněž žádný konstrukt není neomylný a všeobjímající, a není tomu tak ani v případě self-efficacy. Proto zde uvedu aspekty, které jsou s Bandurovým self-efficacy v rozporu, ale i tak mohou v našem výzkumném terénu fungovat. Prvním bodem je vnější motivace. Podle Bandurova pojetí je mnoho důvodů, ze kterých lidé započnou terapii. Samy o sobě však nestačí. Pokud lidé nastoupí léčbu kvůli vnějším tlakům, a sami to tak necítí, doporučuje Bandura dokonce odložit léčbu na později, až to dotyčný bude sám pociťovat (Bandura, 1997a). Někteří naši pacienti nastoupili léčbu kvůli problémům, které měli v důsledku užívání návykových látek, či kvůli obnovení rodinného soužití například s dětmi. Jejich motivací pak bylo hlavně odstranění těchto problémů. Vnější motivace je tedy v rozporu se self-efficacy, ale v našem terénu je funkční, proto o ní pojednám ještě v odpovědi na třetí výzkumnou otázku ohledně limitů self-efficacy. S negativní motivací související sankce, které se na oddělení uskutečňují pomocí udělování minusových čárek, jsou také v rozporu s Bandurovým pojetím self-efficacy, jehož budování se děje spíše skrz dodávání sebedůvěry a přesvědčování o jedincových kvalitách než poukazováním na jeho nedostatky. Kromě toho, že většina pacientů vyjadřovala nevěru ohledně udělování minusových čárek, jedna pacientka dokonce upozornila na silnější efekt pozitivní motivace, které se pacientům moc nedostává. V souladu se self-efficacy by tedy bylo udělování plusových, nikoli minusových čárek. Takovýto přístup však zabere delší dobu než udělování sankcí, a my opět nesmíme zapomínat na kontext krátké dvouměsíční stabilizační hospitalizace. Bandura ve svých textech také kritizoval přístup k léčbě závislostí, který diktuje doživotní abstinenci. Uváděl, že při léčbě závislostí je třeba vycházet z individuálních vlastností a potřeb jedince, kdy pro

takové, u kterých se ještě plně nevyvinula závislost, doporučuje jako jednu ze strategií kontrolované pití. Sám však ale udává, že takováto cesta klade mnohem vyšší nároky na dotyčného. Na našem oddělení jsou pacienti vedeni k trvalé abstinenci. Nesmíme ale zapomínat, že naši pacienti mají duální diagnózy, tudíž u nich nehrozí jen recidiva závislosti, ale i recidiva druhého duševního onemocnění. Zároveň i díky jejich dalšímu duševnímu onemocnění mohou mít oslabenější vůli, než je tomu u izolované závislosti. Během první hospitalizace si tedy přivykají na možnost úplné abstinence. V návazné léčebné ambulantní péči však mají možnost stanovit si jiný plán, například právě kontrolovaného pití. Ponižující přístup některých sester je také v rozporu se self-efficacy, z podobného důvodu jako negativní motivace pomocí sankcí. Je tímto poukazováno na nedostatky jedince, a v takovémto prostředí se sebedůvěra buduje těžko. Problematika přístupu sester však byla vysvětlena v kapitole 5.2.2 Interpersonální rovina: jde o velice náročné povolání, a rovněž pacienti v důsledku poruch osobnosti, kterými často trpí, mohou být zvýšeně senzitivní vůči přístupu druhým. Režim a dohled také naráží na koncept self-efficacy, jelikož jde implicitně o prokazování nedůvěry pacientům. Ti se musí hromadně podřizovat pravidlům, která mnohdy ani nechápou. Při budování self-efficacy jsou naopak pacienti povzbuzováni a přesvědčováni o sebedůvěře ve vlastní schopnosti (Bandura, 1997a). Opět ani zde však nesmíme zapomínat, že v rámci stabilizace je nezbytné nařídít vnější pravidla, aby tak mohlo dojít k jejich internalizaci. A posledním bodem, který nepomáhá self-efficacy budovat, je samota, které pacienti před léčbou čelili, kterou nezvládli a která je dovedla k hospitalizaci. Podle jedné studie (Malcolm, Frost & Cowie, 2019) je samota nebezpečná v tom, že podporuje rizikový životní styl osamělého jedince. I naši pacienti tak zvýšili své rizikové chování v době, kdy se ocitli ať už kvůli pandemii covid-19, nebo z vlastní vůle izolování doma. To, že samota snižuje self-efficacy je zcela v souladu s jeho rovinami, které se v naší práci vynořily – k utváření self-efficacy je nezbytné okolí a interakce s ním.

Souhrnná odpověď na druhou výzkumnou otázku, a sice které aspekty jsou s budováním self-efficacy v rozporu, zní: stanovení vnější motivace; ponižující přístup některých sester; poddání se režimu a dohledu; a samota.

Výzkumná otázka číslo 3 se tázala: **Jaké jsou limity self-efficacy v procesu léčby pacientů s duální diagnózou?** V odpovědi na předchozí výzkumnou otázku jsem zmínila několik

aspektů, které narážely na limity self-efficacy. Je jím například možnost vnější motivace k abstinenci. Podle psychologa je náhradní důvod a vnější motivace k abstinenci v pořádku. Je-li například motivací k abstinenci navrácení dětí zpět do péče matky, je tento důvod natolik silný, že stačí, i pokud si člověk sám svou abstinencí není jist. Pokud dojde k pominutí tohoto důvodu, což se v případě vnější motivace může stát, lze si opět najít nový silný motiv k abstinenci. Pokud člověk zodpovědně využívá následné doléčovací služby, nemusí být na hledání motivace sám, ale může tak činit s pomocí odborníka. Bandura v kontrastu s tímto uváděl, že pokud člověka k léčbě donutí vnější tlaky, nemusí být jeho léčba úspěšná (Bandura, 1997a). Nesmíme však zapomínat na známé statistické pravidlo třetin, o kterém hovořil i psycholog, a které vypovídá o tom, že pouhá třetina pacientů je skutečně motivovaná a jejich léčba je úspěšná. Pokud pracujeme s převážně nemotivovanými jedinci, je pak *jakákoli* motivace lepší než žádná. Tedy možnost vnější motivace naráží na limity self-efficacy v tom, že s ním není v souladu, ale přesto funguje. Dalším, o něco větším limitem self-efficacy je přílišná sebedůvěra jedince. U našich pacientů jsme narazili na kontrast příliš nízké (Eliška) a příliš vysoké (Marek, Martin) sebedůvěry. Eliška by podle Bandury měla nízké self-efficacy, jelikož o sobě měla pochybnosti, zda dokáže spolehlivě fungovat, příliš si na to nevěřila. Oproti tomu Marek a Martin byli přesvědčeni o tom, že nyní již vše bude v pořádku. Marek si byl jistý, že mu stačilo stanovení adekvátní diagnózy a nyní již zvládne i závislost, a Martin dokonce jakýkoli problém popíral. Podle Bandury by tedy měli mnohem vyšší self-efficacy než Eliška, ale přesto jsou vystaveni mnohem vyššímu riziku. Eliščinu pochybnosti jí totiž budou vést k zajištění záchranné sítě pro případ uklouznutí, tak jak o tom psali autoři Eldal a kol. (2019). Marek a Martin, příliš důvěřující ve vlastní schopnosti, naopak mohou být zaskočení, pokud abstinenci skutečně nezvládnou, a v důsledku své sebedůvěry nebudou mít ani podchyceny záchranná opatření. Tento fakt až skoro poukazuje na to, že vysoké self-efficacy v rámci krátké hospitalizace ani není příliš na místě – je vhodnější prozatím spíše nižší, a na jeho budování pracovat až v návazné ambulantní péči. Samozřejmě ale self-efficacy není jen o sebedůvěře, ale také ve schopnosti efektivně organizovat sám sebe. Sebedůvěra ale tvoří jeho velkou část. Zároveň si jsem vědoma individuality každého jedince, a tak pro každého může být vhodné jiné nastavení. Dalším limitem self-efficacy je plná zodpovědnost za vše. S psychologem jsme se pozastavili nad jeho přístupem, který spočívá ve snímání zodpovědnosti za minulost.

Bandura (1997a) by jistě prosazoval přijetí plné zodpovědnosti za vše, v dobré víře poučení se z vlastních chyb. Podle psychologa však naše pacienty už dostatečně dusí jejich vlastní svědomí, a tak on vinu za jejich problémy spíše přenáší směrem k problematickým okolnostem a výchově. To, že si pacienti jsou dostatečně vědomí svých chyb, vyplývá z jejich sdělení ohledně podcenění situace a závažnosti. Pokud z nich psycholog sejme vinu za minulé skutky, mají tak mnohem větší prostor a sílu na učinění následných změn, které je nyní čekají.

Limity self-efficacy jsou tedy následující: v prostředí našeho terénu je vhodná i vnější motivace k abstinenci; přílišná sebedůvěra je někdy na škodu; někdy je lepší odpovědnost snímat.

Od limitů self-efficacy bych se ráda přesunula k limitům této práce. Prvním omezením, které se objevuje u všech kvalitativních prací, je zkreslení výsledků pozicí výzkumníka, tedy mnou. Musím přiznat, že jsem k tématu zpočátku přistupovala skepticky a příliš jsem nevěřila úspěšnosti lůžkové péče. O to více mě však potěšil obrat, ke kterému jsem při psaní došla. Měla jsem možnost vidět, už během mé stáže, že pacienti, kteří jsou skutečně motivovaní a mají opravdový zájem na zlepšení svého stavu, tuto léčbu berou vážně, a ta jim tak může skutečně pomoci. Tedy jako v případě jakékoli terapie, ať už somatické či psychické, nastavení pacienta a jeho spolupráce mohou vést k opravdu slibným výsledkům. Spolupráce pacienta a jeho ochota dodržovat léčebný režim souvisí s pojmy compliance a adherence a pojednávala o nich ve své práci např. Medvedeva (2013). Za toto zjištění jsem byla taktéž neméně ráda i z toho důvodu, že se jedná o terén klinické psychologie, ve kterém se chci v budoucnu pohybovat.

Dalším limitem je malá triangulace dat. Byla zajištěna pouze částečně, a sice srovnáním výpovědí pacientů a psychologa, tedy oběma stranami poskytované péče. Tato práce byla první prací na oddělení duálních diagnóz, a tak měla za cíl pouze pilotně zmapovat, jak může vypadat self-efficacy takovýchto pacientů. Pro účely budoucího zkoumání bych však navrhovala doplnit tento kvalitativní výzkum kvantitativními daty sestávajícími ze standardizovaného měření self-efficacy pomocí dotazníku (ačkoli jsem vůči němu v kapitole o Metodologii uvedla své výhrady), či doplnit tato zjištění dalším, longitudinálním sledováním pacientů po ukončení jejich léčby.

Posledním limitem je nízký počet aktérů. Důvodem nízkého počtu aktérů je nedostupnost terénu kvůli ochraně dat a omezení přijatá kvůli pandemii covid-19. Hlubší zkoumání této problematiky by si tak ideálně mohl dovolit někdo, kdo se v terénu přímo pohybuje. Pro další zkoumání bych tedy v neposlední řadě navrhla zvýšit počet respondentů.

Závěr

V teoretické části jsem se pokusila popsat konstrukt self-efficacy s ohledem na klinické zaměření této práce. Pojednala jsem o nezbytném aspektu našeho zkoumání, kterým je hospitalizace a její možné dopady a efekty. Nakonec jsem popsala duševní onemocnění, která se týkala našich pacientů.

V praktické části jsem popsala použitou metodologii. Z důvodu jedinečnosti všech výpovědí jsem uvedla analyzované příběhy jednotlivých aktérů. Nakonec jsem z jejich výpovědí sestavila podobu self-efficacy, což bylo hlavním cílem této práce.

Výsledkem byly tři hlavní roviny self-efficacy, které bývají literaturou opomíjeny, a které jsou velice výrazné v našem terénu hospitalizace pacientů s duálními diagnózami. Self-efficacy tak v tomto případě není jen intrapersonální osobnostní konstrukt. Utváří se díky interakcím s druhými a se systémem, v jehož rámci se pacienti pohybují. Lidé se vždy znovu-poznávají ve vztazích s druhými a v rámci systému, ve kterém žijí. U pacientů, kteří jsou však z jedné strany svírání svou chorobou a z druhé strany dopady hospitalizace, toto platí dvojnásob. Uvedené roviny tak nejlépe vystihují právě oblast pacientů s duální diagnózou v rámci jejich dvouměsíční stabilizační hospitalizace, kdy zde nejsou pouze jako jednotlivci, ale jako jedinečné bytosti ve vzájemných vztazích, podléhající okolnímu systému.

V kapitole 6. Diskuze jsem zodpověděla výzkumné otázky a načrtla tak konkrétní aspekty, které mají během této krátké hospitalizace na self-efficacy pozitivní dopad a které jsou s ním v rozporu. Jako nezbytnou součást jsem uvedla limity self-efficacy v našem terénu, limity mého výzkumu obecně a navrhla jsem i možnosti dalšího zkoumání.

V diskuzi jsem také pojednala o možných zkresleních z mé strany, které vycházely z původně skeptického přístupu k možnostem hospitalizace. Tyto možné předsudky, kterých jsem si byla vědoma, však mohly být, díky hlubšímu proniknutí do problematiky, zcela vyvráceny.

Použitá literatura

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy : the exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1997b). Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9), 4. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=9703260522&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
- Beller, J., & Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, 37(9), 808–813. <https://doi.org/10.1037/hea0000605>
- Biglan, A. (1987). *A Behavior-Analytic Critique of Bandura's Self-Efficacy Theory*. BEHAV ANALYST 10, 1–15. <https://doi.org/10.1007/BF03392402>
- Buber, M. (2005). *Já a ty* (Vydání třetí, v Kalichu první). Prah: Kalich.
- Dally, A. (2020). *Analýza zkušenosti osob s bipolární afektivní poruchou*. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- De Barbaro, B. (1,5), Drozdowicz, L. (1), Opoczyńska, M. (2), Rostworowska, M. (3), & Golański, M. (4). (2008). Changes in the patient's identity in the context of a psychiatric system - An empirical study. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 438–449. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00445.x>
- Edell, W. S., Hoffman, R. E., DiPietro, S. A., & Harcherik, D. F. (1990). Effects of long-term psychiatric hospitalization for young, treatment-refractory patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(7), 780–785.
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., & Moltu, C. (2019). From the (Dis)comfort of One's Own Home: Patients' Experiences of Hospitalization After Discharge. A Qualitative Study of Lived Experience of Hospitalization from the Perspective of People with a Mental Health Disorder. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6(2), 187. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00143-x>.
- EMCDDA (2004): *Úkol drogy. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy*. Lisabon: EMCDDA.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2019), *Evropská zpráva o drogách 2019: Trendy a vývoj*, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk. doi:10.2810/74345

Filipovská, M. (2015). *Komplikace léčby pacientů s duální diagnózou - závislost a afektivní poruchy. Kazuistická studie*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF.

Fleischmann, O.(2008). *Agrese a sebevědomí*. Dizertační práce. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cat04374a&AN=kup.001936671&lang=cs&site=eds-live&scope=site>. Praha: Univerzita Karlova, PedF.

Glackin, M. & Hohenstein, J. (2018) *Teachers' self-efficacy: progressing qualitative analysis*, International Journal of Research & Method in Education, 41:3, 271-290, DOI: 10.1080/1743727X.2017.1295940

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. and Bradley, B. (1990), Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 209-216. [doi:10.1111/j.2044-8260.1990.tb00871.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1990.tb00871.x)

Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník* (Vydání první.). Praha: Portál.

Heller, M. C., & Krauss, H. H. (1991). Perceived Self-Efficacy as a Predictor of Aftercare Treatment Entry by the Detoxification Patient. *Psychological Reports*, 68(3), 1047–1052. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.68.3.1047>

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum* (Vydání 4.). Praha: Portál.

Hocking, C., Phare, J., & Wilson, J. (2005). Everyday life following long term psychiatric hospitalisation. *Health Sociology Review*, 14(3), 297–305. <https://doi.org/10.5172/hesr.14.3.297>

Höschl a kol. (2004). *Psychiatrie* (2., a opr. vyd.). Praha: Tigis.

Joelson, Richard B. (2017). Locus of control. How do we determine our successes and failures? Psychology today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/moments-matter/201708/locus-control>

Kelly, J. F. (2018). E. M. Jellinek's Disease Concept of Alcoholism. *ADDICTION*, 114(3), 555–559. <https://doi.org/10.1111/add.14400>

Kitzlerová, E. (1,2), Raboch, J. (1), Číhal, L. (1), & Kališová, L. (1). (n.d.). (2008) Spokojenost pacientů a jejich příbuzných s léčbou na psychiatrii v rámci projektu EUNOMIA – konečné výsledky v České republice. *Ceska a Slovenska Psychiatrie*, 104(8), 393–397. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-58949102649&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci* (Vyd. 1.). Praha: Grada.

- Lara, E., Caballero, F. F., Rico, U. L. A., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso, M. J. L., & Miret, M. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1613–1622. <https://doi.org/10.1002/gps.5174>
- Malcolm, M., Frost, H., & Cowie, J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0968-x>
- Mareš, J. (2011). *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD.
- Medvedeva, A. (2013). *Prvopobyt na psychiatrickém oddělení očima pacienta*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, PedF.
- Merton, R. K. (2000). *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. (1992). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vydání 1.). Praha: Grada Publishing.
- Murphy, C. (2015). *The Use of Peer Modeling to Increase Self-Efficacy in Research Methods Courses*. *Journal of Political Science Education*, 11(1), 78–93. <https://doi.org/10.1080/15512169.2014.985107>
- Nešpor K. Závislosti na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. *Psychiatrie* 2011; 15(3):154-159. <http://www.drnespor.eu/adnes4.doc>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vyd. 3., přeprac, přeložila Hana Antonínová). Praha: Portál.
- Oulík, P. (srpen 2019). *Na scestí / Off the road*. Načteno z <https://www.offtheroad.cz/>
- Pešek, Praško & Štípek (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi : pro terapeutu, studenty a poučené laiky* (Vydání první). Portál.
- Praško, J. (2012). *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál.
- Praško, J.; Látalová, K. et al. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

- Řiháček, T. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (1. vydání). Brno: Masarykova univerzita.
- Smolák, M., & Šimovcová, D. (2019). Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nedobrovoľnou hospitalizáciou na psychiatrii. (Slovak). *Zdravotnicke Listy*, 7(2), 29
- Šlepecký, Praško, Kotianová & Vyskočilová (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii : nové směry* (Vydání první). Praha: Portál.
- Urbánek, T. & Čermák, I. (1996). *Self-efficacy dětí ve školní činnosti. Osobnost v dimenzích poruchové a neporuchové činnosti: sborník příspěvků z konference*. Brno: MÚ a PsÚ AV ČR.
- Usher, E. L., Ford, C. J., Li, C. R., & Weidner, B. L. (2019). Sources of math and science self-efficacy in rural Appalachia: A convergent mixed methods study. *Contemporary Educational Psychology*, 57, 32–53. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2018.10.003>
- Vybíral & Roubal, eds. (2010). *Současná psychoterapie* (Vydání první). Praha: Portál.
- Vyskočilová, L. (2016). *Specifika klientů s duální diagnózou v procesu léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé: fenomén sebemedikace a pozdní abstinenci psychopatologie*. Diplomová práce, Adiktologie.
- Walter, Florian, Matthew J. Carr, Pearl L. H. Mok, Sussie Antonsen, Carsten B. Pedersen, Louis Appleby, Seena Fazel, Jenny Shaw, and Roger T. Webb. (2019). "Multiple Adverse Outcomes Following First Discharge from Inpatient Psychiatric Care: A National Cohort Study." *The Lancet Psychiatry* 6 (7): 582–89. doi:10.1016/S2215-0366(19)30180-4.
- WHO. (2018). *ICD 11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Načteno z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Williams, David. (2010). *Outcome Expectancy and Self-Efficacy: Theoretical Implications of an Unresolved Contradiction*. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc.* 14. 417-25. 10.1177/1088868310368802.
- Wilson, G. T. (1987). Cognitive studies in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 325–331. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.3.325>
- Wyatt, M. (2015). Using Qualitative Research Methods to Assess the Degree of Fit between Teachers' Reported Self-Efficacy Beliefs and Their Practical Knowledge during Teacher Education. *Australian Journal of Teacher Education*, 40(1).

Xu, Z., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Müller, M., Mayer, B., Rössler, W., & Rüsch, N. (2019). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: A 2-year study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 458–465.
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000021>

Seznam příloh

Příloha I – Písemný záznam rozhovoru - Marek

Příloha II – Písemný záznam rozhovoru - Eliška

Příloha III – Písemný záznam rozhovoru – Martin

Příloha IV – Písemný záznam rozhovoru – Lýdie

Příloha V – Písemný záznam rozhovoru – Vladimír

Příloha VI – Přepis rozhovoru – psycholog

Příloha VII – Informovaný souhlas

Příloha I – Písemný záznam rozhovoru - Marek

Marek, 38 let, VŠ vzdělání, trenér golfu

Jeden ze dvou pacientů, kteří se ihned potom, co jsem pacienty požádala o rozhovor, přihlásil. Po komunitě za mnou přišel, jestli stihne cigáro. Pak přišel: „tak deme na to?“ Působí extrovertním dojmem, vypadá, že má hodně co říci.

Jaké události předcházely vaší hospitalizaci?

- 5 let po rozvodu, tragický pro mě, od té doby se nemůžu vídat se synem, 5 let dost depresivních, nemohl jsem rozdýchat odloučení, manželka z bohatých poměrů, já nesčetně hospitalizací, chvíli jsem fungoval, ale deprese z rozpadu rodiny. Příčinou rozvodu – v opilosti jsem manželce naboural auto, pro mě signál že přetekla číše, chtěla se rozejít, já to neunesl, pokusil jsem se podřezat, ale nevyšlo, máma mě zachránila, byl jsem hospitalizován na psychiatrii ve VFN, ale tam to nešlo se zahojit, nebyl na to prostor. Jsem veden na úradě, bez zázemí, veden jsem na Praze X. V rámci dvou let hodně hospitalizací, prošel jsem protialkoholní léčbou v Bohnicích, komunita Bílá voda. Měl jsem za sebou život v bohatých poměrech, z komunity jsem byl rozčarován, komunita mě nepřijala – nepřijali moje připomínky, povídání, byl jsem tam jako mimozemšťan. Po měsíci si bouchli mimořádku, musel jsem ukončit léčbu, pak návrat do Prahy, snaha řídit se radami z léčeben, pak recidiva, opět alkohol, posledních 2,5 roku s novou přítelkyní, která má dceru podobně starou jako můj syn.

Co bylo rozhodující pro přistoupení k hospitalizaci?

- Z toxického prostředí v Praze jsem se přestěhoval do Kutný hory, pronajal restauraci, s novou přítelkyní, měli jsme i psa, bylo to normální a v pohodě, ale kvůli karanténě se to rozsypalo, musel jsem zavřít restauraci, nemohl platit byt a další výdaje s tím spojený; veškerá slibovaná pomoc vlády nepřišla, to vám můžu říct. Přítelkyně přemýšlela o návštěvě partnerský poradny, já nechtěl, došly peníze, přítelkyně si pronajala byt, ale tak nějak mě nevzala s sebou, musel jsem se vrátit do Prahy, čekal jsem pomoc od přátel, ta ale pomoc od nepřišla, ostatní totiž taky v gastronomii,

bydlel jsem u jednoho kluka, ale psychicky jsem šel do háje, takže jsem byl převezen na Karlov, kamarád ze zahraničí mi poslal peníze v dolarech, mohl jsem si pronajmout byt, nadechnout se, ostatní padají do dluhů a na ulici, protože nemají čas se rozmyslet, vymyslet co dál, nemají na to peníze, tak se opijou. Takže v Praze jsem si pronajatej byt vybavil, zařídil, i pro přítelkyni, chtěl jsem aby se vrátila, upravil jsem byt i pro ní, vyfotil a poslal jí to, ale ta se nevrátila – opět deprese, alkohol, litr vodky denně, pak jsem přijel za kamarádem, ale nedal se dohromady, v neděli mě dovedl po dalším nezdařeném pokusu o sebevraždu, šel jsem na pavilon 21, strávil zde měsíc, jsem vděčný, léčil jsem se celou dobu z úzkostné deprese, ale nefungovalo to, zdejší doktorka mi pak stanovila dg. BAP, protože byla první, kdo se o mě doopravdy zajímal, ptala se i mamky na dětství, změnila mi léčbu, stabilizátory nálady, poté nabídka pavilonu 16. Tady jsem s dg. závislosti - alkohol, pervitin, kokain, BAP.

Jak jste se cítil před hospitalizací ve srovnání s tím, jak se cítíte dnes?

- Po 10-14 dnech jsem začal rozkvétat, všichni úžasný, každá věta pomáhá, doktorka z minulého odd. se poprvé zajímala o celý příběh, zjistila výkyvy nálady už od dětství, potvrzeny matkou, v maních jsem rozhazoval peníze, chlast, drogy, pak byl propad.

V případě srovnání života zde a mimo léčebnu, co považujete na největší rozdíl?

- Já tady vidím obrovskou pomoc v chráněnosti a bezpečí, člověk zde může řešit psychickou zátěž z minulosti, kdy ráno si jde nakoupit stoličky alkoholu, vytříbil jsem si zrak, pozná každého, feťáka, dealera, a teď s prominutím i pasáky, prostitutky, mám rentgenovej zrak a všechno to poznám, je to všude.
- Nechci se vrátit do KH, mám zkušenost s menšíma městama, narodil jsem se v Berouně, pak KH, Praha je toxická, ale pokud nechcete tak najdete místa, kde toxická není, ale na malých městech je to všude, všude pervitin, mladý berou, starší prodávaj, ještě starší vařej, nejste vyvrhelem když berete, ale když neberete

Takže se vrátíte do Prahy?

- Ano, mám jasnou představu co dál, mám dva diplomy VŠ hotelová, FTVS, živil jsem se jako trenér golfu, pak toho nechal, manželka v miliardách, já nemusel přispívat do společný kasy, což ale bylo na škodu, protože pak jsem se neměl k čemu vrátit, pak jsem se vrátil ke gastronomii, potřeboval jsem rychlý prachy, ale je tady riziko chlastu a drog, všichni číšníci většinou fetujou, říkám vám, až si někde sednete na drink, tak nejspíš vás bude obsluhovat feťák, nechci se vrátit do toho, do těch rychlejších prachů. Teď hledám pronájmy bytů, obnovil jsem přátelské vztahy, přátelé s radostí teď přijali mojí diagnózu BAP, jsou rádi že se to zjistilo, že zase můžu bejt normální, byla mi nabídnuta finanční pomoc. Nejzásadnější v gastru je přežít prvních 6 týdnů, než dostanete výplatu, tak kdo se nemá možnost dostat k penězům, tak se nemůže zorientovat, může se stát jen odpadem, nebo jít do gastronomie, kde jsou rychlý prachy, ale pak se zacyklej, jsme závisláci, a u těch je to jasný, mam hned 10 tisíc, tak to utratěj, pak nejsou schopný šetřit.

A vy plánujete jít do gastru, nebo jinam?

- Pokud bych se vrátil do gastru, tak management, ne jako číšník, ale nějaký horší 4 hvězdovej hotel, protože mám problém, tadyto tetování (*ukazuje potetované celé ruce*), a tam takoví nechtěj v managementu, proto nějakou nižší úroveň. Dál taky sportovní centra apod., marketing, reality, má na to.

Z toho, co se událo během hospitalizace, co považujete za důležité?

- Pro mě strašně důležitý, byť je to slovíčkaření, pojmenování, tak mě to jedno není, mě se strašně ulevilo po diagnostice, jsem ve znamení raka, žiju minulostí, jsem konzervativní, s partnerkou vydržím do smrti, výkyvy nálady strašně ubližovaly, 14 dnů fungoval výborně, ale pak nefunguje
- BAP diagnostikována před měsícem a půl, na začátku května

Co naopak vnímáte jako zbytečné?

- Možná asi ani nic. Před 14 dni, dost volnýho času, ale ten není zbytečný, protože kdo to bere vážně, tak informace dostane, potřebuje čas to zpracovat.

Aha. Můžete být v klidu, k tomuto rozhovoru se personál nedostane.

- Pak taky zbytečně velký pravomoci sester, mají pocit že jsou bachařky, hlavně některý
- Dál pocit, že jsme klienti ústavu, ale jsme sestrama braný jako odpad společnosti, ne teda všechny, ale jednaj s námi jak s dobyt看em, čárkovací systém je sice funkční, ale když za to, že šlápnu mimo vytřený, tak ne.
- Možná taky ještě lepší filtrace pacientů, za posledních 14 dnů sem přišlo asi 10 pacientů, přišli omylem, čekali něco jinýho, nejdou zvenku, ti zvenku mají dobrý informace, ale ti kdo jsou sem poslaný z jinýho oddělní, tak neví, že jdou na režim, že je to zaměřené na závislosti, nechápou, že musí poslouchat a pak taky ty, co nejsou schopný to tu zvládat, nejsou ještě v takovym stavu, mají být dýl na předchozím oddělení, takže to není jejich vina přímo, a pak několik uteklo.

(Je právě půl, měl se dostavit na vizitu, ale doktorka ještě nepřišla, nabízela jsem že rozhovor dokončíme po vizitě, ale nakonec chtěl dokončit nyní. Nyní nás už ale trochu tlačil čas a musela jsem na čas dohlížet, protože primárka stanovila, že na vizitě chce mít všechny.)

Jaký jste měl/a vliv na události, které se během hospitalizace děly?

- Jsem výřečnej, to asi vidíte, jdu si za svým, strávil jsem hodně času v soukromém sektoru, tak jsem asi ovlivnil hodně věcí, hodně se ozývám, jsem slyšet.

A když se ozýváte, má to nějakou odezvu?

- Jo, to má, mělo to efekt.

Co bylo na Vaší hospitalizaci obzvláště dobré?

- Pan psycholog, je to bůh.
- Včera proběhla motivační skupina, nová pacientka, taky z bohatých poměrů, dělá to proto aby to mělo efekt na okolí, a já jsem toho absolvoval víc, tak jsme se dostali do velkýho konfliktu, ona taky hodně vzdělaná a chytrá, ale je zabeďněná tím, že nevidí, že manžel chlastá, ona všechnu vinu bere na sebe tak si vjeli do vlasů, radil jí, že dokud neuzná vinu ostatních, tak to nemá šanci zvládnout, a ona nebyla schopná to pochopit. Musel jsem až odejít, ale přínos – dostal jsem se do velkýho vzteku na všechno, ale s psychologem ten vztek rozdělili na lítost, marnost, a po 10 min.

uklidňování jsem došel k tomu, že to není vztek, ale že mi je jí líto, velké uvědomění, i pro další věci v životě.

Co naopak nebylo dobré?

- Někteří pacienti, co odešli na reverz, nebyli schopní fungovat s komunitou, pomáhat si, ne že by úmyslně, ale byla to jejich hloupost a celou komunitu štváli, ale oni za to nemohli ale s tím se nedá nic dělat, když je člověk hloupej a má blbou výchovu, tak se se tím nedá nic dělat, všude to potkáte.

Jak vnímáte spolupráci s personálem?

- Kromě pár sester bez zádrhelů, pokud byl zádrhel, tak všechny moje požadavky, které byly zamítnuty, tak měly smysl, proto abych si uvědomil, že je potřeba žít dle norem.
- Sestry přirovnávám k lovcům lebek, když daj 15 čárek za den, po tom, co 9 dní žádná čárka.

Hodně upovídaný, svérázný, o svých pravdách přesvědčen, neměl problém se hodně rozpovídat, hodně nadšený, má pocit, že teď se vše vyřeší.

Příloha II – Písemný záznam rozhovoru - Eliška

Eliška, 52 let, VŠ vzdělání, učitelka na SŠ umělecké

Pacientka byla přivedena předsedkyní patientské komunity, tedy nešlo přímo o její iniciativu. Působí vyplašeným, uzavřeným dojmem, tichá, distingovaná.

Jaké události předcházely vaší hospitalizaci?

- Momentálně, ty věci jsou dlouhodobý, během půl roku se mi zabil bratranec, koronavirus, zůstala jsem doma s dětma, s obtížným partnerem za zády, byl odsouzenej, což mi bylo nepříjemný, že ho zavřeli, i když mi škodí.

Takže měl vliv na vaší hospitalizaci?

- Ano, i díky němu to tu absolvuji
- Mám Dg. alkoholismus, úzkosti

A kdy jste se potkali?

- Asi 2005, 2008 jsme měli prvního syna.

A jak?

- Přes internet

A jak jste sem přišla?

- Byla jsem dlouhodobě v péči primářky, takže jsem jí zatelefonovala.

Říkala jste, že učíte na SŠ, takže máte vystudováno..

- 2 vysoké školy, Pedagogickou fakultu, AVU

Co bylo rozhodující pro přistoupení k hospitalizaci?

- Děti – 10, 11 let, chlapci, jinak by mi nebyly vráceny do péče

A partner je i otcem dětí?

- Ano, odsouzený je otec, nyní ve vězení, je tam za porušení podmínky pronásledování, placení výživného, takže žádný vrahoun, ale je to manipulátor.

Placení výživného se týká vašich dětí?

- Ne, má další děti, jsou dospělí, žijou v Americe, my se nevzali, výživné je za jejich děti
- Nejsem léčená poprvé, takže je jasný, kam by to dospělo, jednak mě všichni hlídají, a když jsem myslela, že bych nějaký věci mohla zvládnout sama, tak je lepší takhle varianta, mám zkušenost že to člověk zvládne chvíli, ale pak ne, nechtěla jsem v tom děti nechat.

A ty jsou teď kde?

- Děti teď v pěstounské péči, dočasné

Takže po absolvování léčby zde vám je vrátí?

- Až po nějaké době abstinence mi je vrátí

Jak jste se cítil/a před hospitalizací ve srovnání s tím, jak se cítíte dnes?

- Asi mám nějakou vnitřní naději, předtím jsem já neměla, po každé léčbě ale větší strach, protože klesá důvěra v to, že se to dá zvládat, člověk si pak nevěří...

Takže teď máte větší strach než třeba po dřívějších hospitalizacích?

- Věřím si, ale jsem opatrnější, vím že to není automatický, chci to zvládnout na 100 % jinak o ně přijdu, a to je úzkostný, když nesmíte vůbec selhat.

Bojíte se, že nebudete fungovat na sto procent?

- Mám obavu z toho abych to zvládla dlouho takhle stopro fungovat
- V 50 si člověk uvědomí, že je na všechno sám, má zranění, a představa že s někým budu a že mi pomůže, je stále menší a menší, kluci pořád malí

Jak jste se dostala k alkoholu?

- Začala s ním kvůli problémům, s partnerem, zamilovala jsem se blbě, první láska, bylo mi už třicet, čekala jsem na toho pravýho, až přišel ten špatnej.. A pak další, a pak zase další... Takže by asi bylo nejlepší kdyby vlastně už žádnéj nepřišel. V nestřeženým okamžiku jsem se ocitla blízko alkoholu a neuvědomila jsem si možnost závislosti, v té době se o tom ani nemluvilo, nějaký závislosti. A to je pak

na celý život, pak jsem se na 10 let vyhrabala, měla děti, pak se to po kolapsu zopakovalo.

V případě srovnání života zde a mimo léčebnu, co považujete na největší rozdíl?

- V zásadě je všechno jinak, v průběhu se to mění, tím jak se člověk posunuje v léčbě. Asi bych to rozdělila na pozitivní a negativní.
- Negativní je uzavřenost, nemožnost kontaktovat lidi venku, práce, děti, věci k vyřízení
- Pozitivní je klid, kdy má chvíle, kdy nemusí nic jiného řešit, než sebe, nebo nic a nakonec to člověku připadá příjemný, ze začátku stres, že je člověk zavřenej
- Od 23.4., o 14 dní později zde na tomhle oddělení, předtím na 8 detox

Z toho, co se událo během hospitalizace, co považujete za důležité?

- Možná mám pocit že teď se víc soustředím na ten bod, kdy člověk sáhne po tom alkoholu, přemýšlím nad okolnostmi, které k tomu vedou, na ty věci co jsem měla udělat jinak, jsem pyšná na děti, že to nevzdávaj, nelíbí se jim tam, zklamala jsem je, ale nevyčtou to

Když přemýšlíte nad okolnostmi, které k tomu vedou, na co jste přišla?

- Ocítám se v takovém stavu, že je to neuvěřitelný, teď k vám budu asi upřímnější než k personálu, že člověk nemyslí ani na děti, ani na budoucnost, co se stane, to zmizení pryč je jediná cesta a zároveň si člověk myslí, že se uleví jednou a že se nic nestane, ale podcení jeden moment,
- Člověk je sám a co udělá, tak ví jen sám, a manipuluje s tímto vědomím, ale že si musí uvědomovat, že i tak ty důsledky budou, výčitky svědomí, nepřinese to úlevu, což se ale neobjeví v tu chvíli, ale mělo by
- Ted musím něco zvládnout, nikdo se to nedozví, pak pojedou dál, ale tak to není, člověk to podcení, jako by na toto zapomněl

Co naopak vnímáte na hospitalizaci jako zbytečné?

- Já to nedokážu moc posoudit, pro mě jsou nějaký pravidla přehnaný, ale asi mají nějaký účinek, co se týká léčby. Já samozřejmě mám nějakou logiku věci v sobě,

kteřá je jiná, a připadá mi přehnaná nemožnost komunikovat s prací, a když se tam chci zajet ukázat, tak se mi dá najevo, že kdyby mě přejelo auto, tak to taky neudělám, no ale to mě nepřejelo, že jo. Ale kdyby měl člověk reagovat na věci zvenčí, tak asi to nejde.

Takže Vám nedovolí jít se ukázat do nové práce?

- Existenční volno jde, na novou práci, ale chtěla jsem jet do staré práce, okamžitě, tak možná mi dali najevo, že to tak není dobře, reagovat na všechno zvenku, ale zase se neozvala do práce, a pak neprodloužili práci, sice mam ještě jeden větší úvazek, a tam je to dobrý, takže tak
- Spíš mě to mrzí ve smyslu společenským, dlouho jsem se neozvala, a teď dlouhodobě chybim, takže i když mam neschopenku, kdybych měla smlouvu na dobu neurčitou, tak by to možná bylo jiný, ale takhle toho využili, a vyhodili mě

Jaký jste měl/a vliv na události, které se během hospitalizace děly?

- Možná bych mohla, ale já nevím, já ovlivňuju jenom svoje věci, což se mi ne vždy daří, takže jen v komunikaci s lékaři, ale chodu oddělení se nevěnuju

Myslela jsem vliv na Vaši léčbu..

- Tak určitě mam nějaký vliv, ale ne vždycky dokážu rozpoznat, co doktory vede k rozhodnutím, řekla bych že spíš ne, ale v léčbě závislosti je to logický, zaujmou stanovisko, který je přísnější, ale možná se člověk má umět smířit i s tím, co je nepříjemný, nejvíc se vzteká na začátku, kdy má pocit, že to chce měnit, až zpětně to pochopí, proč byli přísní

A když to pochopíte, tak znamená to nějakou změnu pro vás, až budete venku?

- Venku bez omezení – dokážu si představit, vracím se do prostředí, ze kterýho jsem vzešla, já nemůžu měnit svoje životní zasazení, mám rodiče, děti, práci, musím změnit vnitřní ostražitost, budu zavalená prací, s tím počítam, tatínek dětí mě taky nepřestane otravovat, takž to bude všechno stejný, možná pokud zvládnou chodit k psychologovi, tak budu mít větší podporu než předtím, pak mám kamarády, ale ty maj svoje starosti

- Člověk je v zákazech na začátku, takže je to teď snesitelnější, myslím že je to proto aby se člověk snažil zastavit a přemýšlet na důvodem, proč tu byl, možná ty omezení proto aby se sem člověk nechtěl vracet, pak si uvědomí, že ten alkohol omezuje víc než léčba
- Smířování s tím je nepříjemný, člověk je vystaven konfliktům ve chráněném prostředí, jsou na něj navalený nepříjemný věci a musí to zvládnout uvnitř sebe

Dochází tady ke konfliktům, které by mohly nastat venku?

- Daleko větší problém je, že venku mě čeká něco jiného než tady, je pro mě lepší chodit někde venku, kde bude běžet při svojem životě, ambulantní léčba by mi vyhovovala víc než tohle, ale tady by se mnou nesouhlasili, že začátku byl pro mě problém odříznutí, ale samotná léčba mi nebýt dětí a práce nevadí, líbí se mi, můžu dělat co chci, mám tady na to čas, takže pokud by mi někdo venku zajistil věci, tak jsem tady častěji, ale bez dětí a práce budu v háji...

Ale zároveň vás to vyčerpává?

- Ano

Co bylo na Vaší hospitalizaci obzvláště dobré?

- Spolupráce s adiktologem, s doktorkou – pro mě velmi užitečné, dají mi impuls, nový moment, pak nad tím přemýšlím
- To že děti to chápou

Co naopak nebylo dobré?

- Komunikace s prací,
- Koronavirus, nemohly být propustky v době koronaviru

Takže ani vás proto nepustili do práce?

- Bylo to asi více hlídání, ale u mě proto abych nelítala po světě, a soustředila se na sebe, doktoři mají pocit že nejsem nohama na zemi, a já si nemůžu pomoci, vymýšlím si snesitelnější varianty, že začátku délka léčby, pak děti kde budou, s prací kdy budu moci, ale ani jednou se to nepovedlo, nepovolili mi to, měla jsem takový cukání 3-4x, ale zase si říkám že vydržím do dalšího tejdne fungovat, a nejsem celý týden

z toho v háji, jen ten jeden den po oznámení, ale nic jinýho nezbývá. Ale možná je to ale vyčerpávající že mám iluze, že se nedokážu smířit s jinou alternativou

Jak vnímáte spolupráci s personálem?

- Většinou dobře, mám pocit rovnocennosti, výjimečně jestli nějaká sestra, ale já od toho odhlížím, když mě sjede jako malý dítě, ale já to tolik neřeším, že by se mě to dotklo
- Na 8 jsem měla pocit, že je to jinak, hierarchie, režim, přísné, tam i ty sestry se chovají tvrdším způsobem, co mi vadí, ale asi to má svůj účel

Celou dobu trochu tenzní, velmi uzavřená, tichá, musela jsem se hodně doptávat, na léčbě kvůli dětem, proto léčbu a její prvky tolik neřešila, spíš si to tu potřebovala odbýt. Během rozhovoru přišel v původním domluveném čase další dobrovolník na rozhovor, ale vše se posunulo, kvůli vizitě. Pacientka se ale postupně celkem uvolnila, ačkoli mi připadalo, že některé otázky ohledně léčby řešila nyní poprvé.

Příloha III – Písemný záznam rozhovoru – Martin

Martin, 35 let, SŠ vzdělání, zdravotní laborant

Druhý ze dvou pacientů, kteří na komunitě zvedli ruku, ihned po oznámení, že mají zájem o rozhovor. Přišel v domluvenou dobu na rozhovor, tehdy jsem ho ale ještě dělala s jinou pacientkou, v následný další čas už netrpělivě čekal před dveřmi. Působil trochu vytočeně, o čemž následně v rozhovoru mluvil, rozverně a vševědouce.

Jaké události předcházely vaší hospitalizaci?

- Deprese, měl jsem deprese, i v minulosti jsem měl, takže už vím, tady nebylo místo na oddělení, závislost nemám, ale dal jsem do sebe hodně alkoholu a nic jsem nejedl, takže jsem se klepal, souhlasil jsem s tímhle oddělením, protože jinde je plno, na detoxu omylem
- Netrpím závislostí, v Beřkovicích deprese všichni řešili alkoholem, což je u depresí typické

Takže s alkoholem nemáte potíže...

- Několikrát jsem jednorázově užil alkohol, tady mě obviňují že bažím, byl jsem venku, pil limonádu, ostatní lidi pivo, mě to netankovalo, a tady ze mě dělají alkoholika, ale já se tak necítím
- Jako tady vás budou přesvědčovat, jako kdyby vás že ste muž, tak mě to vytáčí, asi si budu muset promluvit s vedoucí doktorkou

A jste tu jak dlouho?

- Od 20.5. tady, přes detox (*takže více než měsíc*)
- V rámci deprese sem se napil, ale hepatální testy ok, jak bábatko
- Beru to tu že prostě doktoři jsou tady mladý, prostě nejsou zkušení, takže mě to přijde že nejsou zkušení, mě to vytáčí, chci si to vyříkat, ať ze mě nedělají alkoholika

A vedoucí doktorka si to nemyslí?

- Doktorka chápe že nejsem alkoholik, necítím se jako alkoholik, já na terapiích budu hledat jinou cestu, špatně řešení je naflákat do sebe alkohol.

Mluvil jste o předchozí hospitalizaci...

- Tohle je 2. hospitalizace, první 2016, potřeboval jsem nastavit léky, ambulantně je to na nic, tady se dá měnit léčba a dávky, na psychoterapii si uvědomuju spoustu věcí, teď je mi líp, mám stabilizátory

Co bylo rozhodující pro přistoupení k hospitalizaci?

- Už jsem na sobě viděl, že deprese a úzkosti gradují, dojel jsem sám, MHD, cílem bylo podchycení deprese.

Takže jste přišel sám na centrální příjem?

- Jo, na CP, odsud mě poslali na detox, ale jen protože jsem se klepal, kvůli hypoglykémii, mysleli si že se klepu z alkoholu
- To samé v Beřkovicích, doktorka říkala, že to je deprese a ne závislost, psychiatr, soudní znalkyně, všichni to říkají, abusus u depresí jo, ale jinak ne

Jak jste se cítil/a před hospitalizací ve srovnání s tím, jak se cítíte dnes?

- Došel jsem totálně psychicky v prdeli, nejdřív špatný antidepressiva, teď v pohodě, dokonce ani nesnižují libido, což některý jo. Teď budu mít přednášku na téma transfuziologie, tak to udělám jako pro laiky, nemůžu na ně spustit hned, lekli by se, nemůžu přednášet jak na zdravce, hahaha, nebo na vejšce. Předtím mozek nefungoval, a teď úplně perfektně, jsem super nastaven s lékama, předtím sem byl v Beřkovicích rok.

Takže předtím jste byl ve vážnějším stavu?

- Jo, předtím těžší deprese, hodně prášků, teď lehčí deprese než předtím, všimnul jsem si to na sobě, proto jsem to věděl hned na začátku, takže to nezašlo daleko.

V případě srovnání života zde a mimo léčebnu, co považujete na největší rozdíl?

- Je to stejný, když porovnam zdravotnický personál jako fundovaný člověk, tak si říkám co tady dělám jako, když porovnam lidi venku a tady, tak je to stejný, hodně lidí venku by potřebovalo projít oddělní tady, tady stejný vzorek jako venku.

Říkal jste, že jako fundovaný člověk můžete hodnotit personál..

- Personál neprofesionální, sestry, nemá tu co dělat, zvyšovat hlas, táhnout věci z rodiny a pak křičí po pacientech, některým trvá podání léků věčnost, někomu hned, měli by být na interně a ne na psychiatrii. Měli by projít psychotestama, a vyházeli bysme polovinu, už jenom při nástupu na zdrávku by tím měli projít, jako já to říkam, mám známého profesora na LF, už tam učí 30 let, a taky souhlasí, taky by dělal tyhle testy, aby nějaká labilní osobnost si neuvědomovala, to si nemůže dovolit, pro někoho to může být katastrofa, mě to prostě vytáčí

Takže se to týká sester..

- Sestry i lékaři, jak může po dvou letech po LF zastávat lékaře, i když sekundárního, tady ordinuje sám, i na rodince, spolupacienta tlačil do rodinky, aniž by pacientka chtěla, jak může přesvědčit tlakem, chtějí mě nachytat na slovíčkách, na to že jsem alkoholik, to mi přijde úplně zcestný

Z toho, co se událo během hospitalizace, co považujete za důležité?

- Důležité jsou medikamenty, skupinová psychoterapie a individuální psychoterapie, tam mě netlačí do toho že jsem alkoholik, v době deprese piju sám, když jsem v pohodě, tak v hospodě piju 1 půllitr hodinu
- Mladý doktor má narážky na to že jsem alkoholik
- A důležitý je přísun jídla hahaha

Co naopak vnímáte jako zbytečné?

- Omezená tabletu, ale mobil mám, a to je to samé, štve mě, že nemůžete mít nožik ale nůžky jo, zbytečný omezení, který nemají logický základ, do tabletu mi jde simkarta, a to mám pak jako větší telefon

A k čemu využíváte tablet?

- Tablet mám krátko, pořídil jsem si ho kvůli škole, chemie toxikologie, nebo biochemický technologie v Brně

Aha, takže studujete VŠ?

- Chystám se od září, na jedno nastupuju, podám dvě přihlášky, jedna je vysoká škola, UJEP, v Brně je to VŠCHT, podal jsem do Brna přihlášku

- Onemocněl jsem ve zkušební době, nemám problém najít místo laborantů je málo

Jaký jste měl/a vliv na události, které se během hospitalizace děly?

- Vytáčeli mě, můžu si zanádat mimo prostor, tady si sestra myslí, že je moudřejší než všichni

A mohl jste něco ovlivnit?

- Pacient jedinečně spolupřijímá medikaci, může přijmout nebo odmítnout, má svobodnou vůli

Co bylo na Vaší hospitalizaci obzvláště dobré?

- Psychoterapie s psychologem, to je to nejpozitivnější, v přístupu, v tom jak se k nám chová, jak vede psychoterapii.

Mluvil jste o přístupu. Jak byste ho tedy popsal?

- Spíše že nebyl odstup, byl přátelský, rovnocenný vztah
- Psychoterapie byla vedena správně, že každému dává jinou formu, jiní mají jednu formu ve které se našli, a jedou to furt, KBT, transakční analýza, ale tenhle to upravuje, hahaha. No znám toho hodně, když jsem byl na VŠ tak jsem toho hodně našel.

Takže studujete nějakou školu?

- Zanechal jsem, geologii a biotechnologie

Co naopak nebylo v rámci hospitalizace dobré?

- Ambivalentní zákazy, a tohle jo a tohle ne, ale je v tom protichůdnost, někdo přimhouří oči, nechápu důvod zákazů, některý jsou scestný

Jak vnímáte spolupráci s personálem?

- Obstojná – prakticky nevycházím špatně se sestrama, některé tady nemají co dělat, ale já jsem v životě zachránil, pár lidí, psychotiků, oni manipulují, a u jednoho jsem to použil proti němu

Následně už musel odejít, vyřídit si telefonát. Celou dobu přímý, trochu naštvaný, všemu se vysmíval, ale dosti nespokojený a rozhozený. Ke mně vstřícny.

Příloha IV – Písemný záznam rozhovoru – Lýdie

Lýdie, VŠ vzdělání, restaurátorka uměleckých děl na papíru

Po komunitě za mnou přišla a ptala se, kolik lidí jsem sehnala. Řekla jsem že málo, tak mi nabídla, že mi další zkusí najít, že je tu předsedkyně pacientské komunity. Domluvily jsme se dle jejího programu na poobědním rozhovoru. Velmi milá, chápající, tichá, uzavřenější, rozvážná. Sehnala paní do druhého rozhovoru, ale pak říkala, že nikdo moc nechce, leda jeden pacient, ale ten je v půlce léčby. Nakonec jsem udělala rozhovor i s tímto pátým pacientem.

Jaké události předcházely vaší hospitalizaci?

- Byla jsem home office, kvůli koronaviru, zavřeli AT ambulanci, takže jsem přijela z homeoffice od rodičů do Prahy, pak jsem pár dní chodila do práce, na HO jsem se rozpila, ale měla jsem to zdánlivě pod kontrolou, koupila jsem si 4 piva, věděla jsem že pak zavřou krám a pro další si nepudu, ale bydlím se spolubydlícíma, který mají vždycky něco v ledničce, pak i flašky tvrdýho, a takhle to trvalo asi 2-3 dny, trochu jsem vystrízlivěla, šla jim to dokoupit, ale pak jsem to co jsem dokoupila vypila. Jsem spíš kvartální alkoholik, moc jsem se opila a holky o mě měly strach, pila jsem přes víkend, a v úterý mi zavolali pomoc, přijela sanitka, já nebrala kvůli pití léky, antidepressiva, takže jsem i tak vypadala, nadýchala jsem sice 1,8, ale nechtěla se s nima bavit, tak mě odvezli na záchytku. Tam jsem byla do druhého dne, pak mě dovezli do Bohnic, přes 8 detox, tam to bylo fakt hrozný, jako dobrý proti záchytce, tam jsem klepala na dveře, ať mi to vysvětlí, proč tu jsem, oni mě místo toho připoutali. Na detoxu v Bohnicích o trochu lepší, i když personál taky nic moc, pak jsem šla dolů, dostala jsem spoustu diazepamů, doktoři si mysleli že jsem závislá, ale já jsem kvartální a nebyla jsem najezená, a nespala jsem, protože jsem furt neměla svoje léky, a pak jsem šla na režim, což jsem ale nezvládala, když jsem jednak neměla svoje léky, a jednak furt brala diazepam, ten režim jsem tam nezvládala, říkala jsem že je to pro mě extra stresový a že dam reverz, tak mě dali sem.
- Úzkosti, s tím se léčím od 16, deprese taky, ale hlavně úzkosti

Takže tohle nebyla první hospitalizace?

- Třetí hospitalizace, předtím v Hradci, kvůli abusu léků a alkoholu, teď už jako závislost

A vy souhlasíte, že to je závislost?

- Určitě to je závislost

Co bylo rozhodující pro přistoupení k hospitalizaci?

- Neměla jsem moc na vybranou, ani jsem nechtěla, ale ze záchytky mě přivezli v tak hrozném stavu, že jsem musela, a říkala jsem si , že 8 týdnů je hrozně moc, že dam revers, ale nakonec jsem ho nedala a rozhodla se to brát vážně
- Vysadila jsem i léky, který jsem vysazovala při předchozí léčbě, který jsem zneužívala, pregabalin

Jak jste se cítil/a před hospitalizací ve srovnání s tím, jak se cítíte dnes?

- Já jsem neřešila v tu dobu nějaký závažný problémy, trochu s přítelem, bývá vzteklý a agresivní, to se mi s ním povedlo vyjednat během léčby, že to bude řešit
- Psychicky já sama za sebe se líp nemam, ale hodně věcí se vyřešilo, připadám si silnější v boji se závislostí, nejsem vysmátá ale pocít to je dobřej

V případě srovnání života zde a mimo léčebnu, co považujete na největší rozdíl?

- Tady nemůžu jít ven, jít si nakoupit, nemůžu dělat sport kterej jsem dělala, musím si najít zábavu v rámci budovy, jsem taky nucená být v kolektivu, nemůžu si od toho odpočinout, jsem introvert, občas je to náročný

Z toho, co se událo během hospitalizace, co považujete za důležité?

- Asi dvě věci. Určitě posun s přítelem, že přišel a akceptoval, že se musí taky nějak léčit, a to, že neberu pregabalin a že taky jsem si uvědomila, jak jsem situaci venku podcenila, nebyla jsem upřímná k terapeutům v AT ambulanci, je to důležitý si to hlídat, tady mi to dalo i základy, dřív jsem řešila úzkosti, který teď tak nemam, a problémem se stala závislost, což pro mě byla nová věc, to jsem před tím nevěděla.

A ten Pregabalin jste brala na co?

- Brala jsem ho na úzkosti, vysadila jsem rivotril, tenhle prý není návykový, ale dává se i na neuro problémy, já ho zneužívala, podruhé když jsem se léčila, chodila jsem k dětský psychiatřičce, která mi psala stilnoxy, rivotrily

Takže jste primárně měla úzkosti?

- Všechno začalo úzkostma, v 17 jsem byla u psychiatřičky, časem jsem dostávala oxazepam, ten jsem brala strašně dlouho, různě mi měnili léky, pak zjistili že jsem závislá na stilnoxu, pak pregabalin – ve 23 kdy jsem měla rivotril, tak jsem začala dělat to, že když jsem ho dobrala, tak jsem měla úzkosti, další R jsem neměla tak jsem pila alkohol, ty úzkosti teď nemam ale návyk na alkohol mi zůstal

Co naopak vnímáte na hospitalizaci jako zbytečné?

- Mě přišlo trochu zbytečný, ještě když jsem byla na 8čce, že mě tam extrémně stresovali, byl tam tvrdý režim, byla tam kněžna pacientka, řešila úklid, na minutu přijít včas, hned čárky, tady taky čárky, ale ne tak tvrdě, myslím že řád má svůj význam, ale málokdy se stane, že někdo dostane pochvalu, je tu negativní motivace, naopak když jsem 2x dostala pochvalu, tak jsem měla velkou radost, je tu zdravotní bratr, studuje adiktologii, toho lidi zajímal, sestry jsou tu dlouho a berou to jako svoji práci, pochvala asi od něj, taky se nám věnuje, když nejdem na vycházku, tak vymyslí program, sestry jen čárkují, jako ne všechny, já to jako chápu, že mají těžkou práci, určitě
- Pak dokud byl Covid tak mi chyběly vycházky

Jaký jste měl/a vliv na události, které se během hospitalizace děly?

- Na některý jsem mohla mít vliv: já jsem se bohužel přimotala ke vztahu kterej vzniknul, byl to průšvih, umožnovala jsem jim být na pokoji, díky mojí vstřícnosti, a kdybych taková nebyla, tak se to nemuselo stát
- Ovlivnila jsem hodně věcí tím, že jsem je nenahlásila, mohla jsem víc zatopit, kdybych chtěla

A berete to tak, že jste tím ostatním pomohla, nebo uškodila?

- Nemyslim že bych tím někomu uškodila, kdybych to hlásila s tím vztahem tak by si to nerozmysleli, mají svoji hlavu
- Jinak svoji léčbu jsem úplně mohla ovlivňovat, individuální pohovory probíhaly tak, že jsem mluvila o čem já jsem potřebovala
- Na skupinách hůř, tam se to musí přizpůsobit většímu počtu lidí, i skrz deníky jsem měla vliv

Co bylo na Vaší hospitalizaci obzvláště dobré?

- Jednak s přítelem, že jsme si to vyjasnili, že vim jak s ním spolupracovat a pak pro mě bylo zásadní, že jsem si uvědomila, jak jsem situaci podcenila, chtěla jsem rychle utýct, ale pak jsem si to uvědomila, pak jsem byla motivovanější tu být a celý mě to tu míň štválo

Co naopak nebylo dobré?

- Mám pocit že jsem tady strávila hodně času, kterej vyšel vniveč, v 16 končí program, a čtení s pacienty nebo samořídící program mi nic nedávaj, na 8 to bylo strašně náročný, ale tady je leháro a člověk stráví moc času tím, že akurát existuje, ale na druhou stranu je to přizpůsobeno lidem, který maj problém dodržet i jednoduchej harmonogram
- Nejhorší ještě s personálem na 8, tady už docela dobrý, slabý slovo že byl přísněj, jedna sestra mi řekla že už jí seru

A ten volný čas chápete jako že se musí přizpůsobit těm, co by plnější program nezvládali?

- Psycholog mi říkal, že člověk nemůže jet na storpro, potřebujem odpočívat, ale v tomhle je každej jinej, tady jsou i lidi co byly zvyklý být výkonný ale i roky na benzodiazepinech, a já na tom tak špatně nejsem, asi bych toho zvládla víc, ale myslim si, že honit to všechno je taky kontraproduktivní

Jak vnímáte spolupráci s personálem?

- Dobrý, bylo mi líto že, já respektuju názor doktorů, jsem z lékařský rodiny, máma táta bratr, vim jak těžká práce to je, snažim se vycházet vstříc, u sester ale občas absurdity v dodržování řádu, některý věci asi maj svůj smysl, ale některý, např. já

byla nejdřív tady dole, pak nahoře na pokoji 4, a když se jde pro léky, tak nejdřív spodek, pak vršek kromě mého pokoje 4, který je nahoře, ten jde se spodkem, to jsem nevěděla, tak říkám že je to absurdní, když někdo z vršku nebyl, tak nevádí, ale když jsem tam nebyla já tak čárka

- Nebo ovladač v klubovně, odnáší pacient, který je tam poslední přítomnej, já měla službu, někdo ho nevrátil, tím to přešlo na mě, tam dostanete čárku za to, chtěla jsem aby to dali do řádu a oni ne.
- Chápu že řád je, ale když to chtěj, tak ať je to tam napsaný, z toho vznikaj konflikty s personálem. Nedávno sestra dost nepříjemná na pacientku, kvůli blbosti

Příloha V – Písemný záznam rozhovoru – Vladimír

Vladimír, 26 let, SŠ vzdělání, PN, předtím prodavač elektromateriálu

Přišel jako poslední, na mou žádost skrze aktivní pacientku. Vypadal velice mladě a nezníčeně. Hovořil hodně nahlas, patrná jistá póza skejťáka.

Co děláte mimo léčebnu?

- předtím v Beřkovicích, ale špatná komunikace, dali mě na příjmový oddělení, i když to mělo být plánovaný, odešel jsem na reverz, lepší bejt na zahradě, než čumět do zdi, bylo to tak před rokem, a trvalo to jeden den, takže to ani neberu za hospitalizaci. Dělal jsem 2 roky v IT na letišti, pro Duty Free obchody, pak v cyklu úzkosti, byl jsem podrážděnej, všechno mi vadilo, přes víkend jsem změnil v práci, že v pondělí jsem nastoupil do nový, ale zjistil jsem že to nebylo prací, že je to ve mně, tak jsem po týdnu ukončil práci, pak jsem odpočíval, pak brácha mi dohodil práci blízko bydliště, kde jsem necelej rok prodával elektromateriál, ale bylo to z nouze, chtěl jsem přejít z korporátu na manuální práci, teď jsem tam na neschopence a pak jsem se šel léčit.

Takže jste vystudoval..

- IT na SŠ průmyslový na Kladně

Jaké události předcházely vaší hospitalizaci?

- Rozhodně užívání marihuany, od SŠ, potom stres v práci, lítal jsem sám na služební cesty, v Paříži jsem abstinovat, nemohl jsem spát, pak jeden můj šéf tam dělal zlo a naschvály, nejen mě, naštválo ho že mě přijali z jinýho odd na lepší, až ho pak vyhodili tak, že zrušili jeho pozici, v DF;
- Zkusil jsem si party drogy, kokain, MDMA, ale nikdy jsem tomu nepropad, už 3 troky se tomu vyhejbam, přestal jsem chodit na party, byl jsem si vědom toxickýho prostředí, nepůsobilo to na mě dobře, odstříh jsem se od kamarádů, začal jsem bydlet sám, uzavírat se, bál jsem se pak chodit na nákup, měl jsem sociální fobie, deprese, od té doby co bydlím sám

- Úzkosti už do 15 let, blbě jsem fungoval doma, trávil jsem čas s kamarádama, do 21, pak ve mně něco přeplo, přestal jsem chodit na party, začal se věnovat rodině, teď je to lepší, jediný, co to kazí je moje existence

Tou rodinou máte na mysli?

- Rodiče a brácha, rodiče mají očekávání, brácha inženýr, rodiče podnikatelé úspěšní, takže já na ně existenčně nemám, a musí to vědět i oni, před známýma to ututlávaj, že tady jsem na jednu stranu mě to štve, na druhou to chápu

A sem jste přišel jak?

- Zavolał jsem si sem, jsem tu dobrovolně, nemoh jsem spát v noci, měl jsem spoustu energie, ráno žádnou, takže jsem zaspával do práce, nejdřív jsem šel k soukromému psychoterapeutovi, ten mi nevyhovoval, pak na neurologii, tam mi našli nespecifický ložiska, bál jsem se roztroušený sklerózy, nebo jestli nemám boreliózu, což lumbální punkce vyloučila, ale vzhledem k tomu že jsem nebyl schopen fungovat tak jak jsem chtěl, tak jsem se rozhodl léčit. Sem jsem měl doporučení od Cimického, to je můj ambulantní psychiatr, přijel jsem sem, tam mě doktorka zhodnotila že nejsem akutní, za což jsem byl rád, doporučila mi psychoterapeutický odd 3 nebo tady na 16. Když jsem se pak objednával do poradníku, tak mi řekli, že teď kvůli covid dáváme všechny na 31, a taky před nástupem jsem si zahulil, takže jsem byl 9 dní na detoxu, byl jsem unavenej a aspoň jsem se adaptoval, a pak přesně podle plánu přešel sem na 16 a od té doby jsem tady

Co bylo rozhodující pro přistoupení k hospitalizaci?

- Neviděl jsem progres v ambulantní léčbě, nediagnostikovali mi žádnou vážnou nemoc a já chtěl dělat co mě baví a co mi jde, ale když se dlouho soustředím tak padám do úzkosti, ať je to manuální nebo psychický, tak jsem si řek že něco s tím musím dělat, pořád jsem nevěřil, že jde o úzkosti, mám i somatické příznaky, brní mi nohy, špatně vidím, jsem dezorientovaný
- Ať už hraju šachy nebo cvičím, nebo jsem ve stresu že něco nestíhám, pak se mi furt točí věci který musím stihnout a pak to přichází

Takže nevydržíte dělat déle jednu věc?

- Když se do něčeho pustím, tak vydržím, ale pak mám úzkosti, jak kdybych neviděl

Tyhle stavy trvají už od těch 15 let?

- Ne, až poslední 3-4 roky, v jednu chvíli se to zlepšilo

A předtím jste měl jaké stavy?

- Dříve sebepoškozování, přijel jsem třeba z dětského tábora a cítil se sám, brečel jsem, jak jsem byl zvyklej na lidi tam.

Jak jste se cítil/a před hospitalizací ve srovnání s tím, jak se cítíte dnes?

- Uplně razantní změna zatím ne, vidím rozdíl v tom, že jsem rád, že mě neovlivňuje marihuana, cítím se čistej, i když ne úplně, když beru léky. Taky pochopení toho, že to není měsícová záležitost, ale je to na celý život, předtím mi bylo krásně, dokud jsem si tohle neuvědomoval. Sice jsem se naučil nefarmakologický metody, který dočasně odstraní úzkost, takže na to budu myslet při výběru další práce, abych si tam třeba mohl udělat meditace, aby to zaměstnavatel chápal, což ale pochybuju, protože každý zdravý člověk na to reaguje, že mu je taky občas úzko, že se to děje každému, ale je to hrozný, když nevidíte, klepete se, cítíte brnění

A tohle se děje jen když něco děláte, nebo i samovolně?

- Přichází to i samovolně, třeba se tak vzbudim

V případě srovnání života zde a mimo léčebnu, co považujete na největší rozdíl?

- Program, pravidelnost, usínání a tak, taky pravidelná strava, to jsem doma neměl, fyzicky se cejtim trochu líp, silnější, seděl jsem předtím doma furt. I jsem předtím často sportoval, ale když jsem si šel zaběhat, tak se stav zhoršil, takže jsem si řekl že nemůžu nic, práce s energií a rozvičky jsou dobré, ne že by mi dodávaly energii, ale stabilizuje mě to, je to příjemný
- Mám víc informací z reálných životů, můžu něco porovnávat a tak

Z toho, co se událo během hospitalizace, co považujete za důležité?

- To že jsem se detoxifikoval, i když vlastně teď o víkendu jsem měl propustku domů, pak mi odebírali moč, a zjistili že mám pořád nějaký kanabinoidy, takže totálně detoxifikovanej nejsem, ale můžu se spolehnout, že je mi líp bez užívání
- Dále pravidelnost, to jsem doma sám nedokázal
- A komunita je důležitá, lidi co si prožili něco podobného

A jak jste ty stavy zvládal doma sám 3 roky?

- Báł jsem se že mam RS, protože v tomhle věku se jim to rozjíždí, 3 roky vždycky nadoraz, když přišel stav tak jsem doufal že odejde, snažil se pít, jíst, odpočívat, ale nic nepomáhalo, nedokázal jsem si hrozně dlouho jen tak dáchnout, po obědě. A ty 3 roky po práškách – tritico – jsem dokázal spát, ale i tak jsem usínal kolem 3. hodiny, vstával jsem v 7-8, ale čím dál více se to rozjíždělo, zkoušel jsem melatoniny, kozlíky lékařský, spoustu peněz jsem dal za tyhle přípravky, ne že bych je bral najednou, ale nic nepomáhalo. Často večer když jsem měl jít spát, tak se úzkost stabilizovala, a měl jsem energii jít do práce, úplně naopak
- Na neschopence jsem teď 3. měsíc, kvůli stavům a čekání na léčbu

A co na to říkala rodina?

- Rodiče říkali že to mám řešit, ať s tím někam zajdu

Co naopak na hospitalizaci vnímáte jako zbytečné?

- Možná občas v některých případech minusový čárky a stres za to
- Programy typu kino
- Někdy terapie mi přijdou taky zbytečný, ale je to nahodilý, někdy někdo řeší bullshit, a zabije se tím půlhodina, někdy terapeut řekne stop, někdy ne, nechá jet pacienty to své, mělo by to mít jasnější směr to téma tý terapie

A zapojujete se se svými tématy, nebo spíše posloucháte?

- Ze začátku co jsem na odd jsem poslouchal, až potom co si zvyknu na prostředí, k nějakým tématům se nevyjadřuju, když mam co říct řeknu, když nemam a neznam, tak většinou do něj nezasahuju, nehraju si na terapeuta, jako některý pacienti tady, je to ironie, sami mají problém a přitom ostatní směřuju

Jaký jste měl/a vliv na události, které se během hospitalizace děly?

- Určitě se tu dá ovlivnit medikace, v tom mě taky štvou lidi, že cítěj nástup úzkosti, a jdou si pro atarax, štve mě že veřej lékum víc než sami sobě, a myslej si že to tím vyřešej, když řekne že je mu špatně, tak mu vyjdou vstříc, teda jak komu, paní co je závislá na hypnotikách, tak k tý jsou tvrdší
- Občas mi přijde špatný informování o tom, jakýj lék se má navýšit, vysazujou mi tritico (antidepresivum + hypnotikum), zvýšili mi derin (hypnotikum), a já když jsem začínal tady, tak 150 tritico, a 25 derin, a teď je to naopak, přijde mi že toho je moc, anebo spíš informovat člověka o tom, jaký to má dopady, k čemu se to užívá, oni řeknou teď vysadíme tohle a zvýšíme tohle
- Člověk tu může taky ovlivnit – někdo může ovlivnit že sestřičky jsou milejší, někdo si to dohoduje, někdo se snaží být milej, ale ne vždycky to jde, jednou jsem měl se sestřičkou konflikt, ale asi jsme si to vyřešili
- Z poloviny vztahy s personálem jsou ovlivnitelný, nevím jestli je to symptiema, nebo tím jak je člověk milej, ta práce není jednoduchá, já si představit sebe v jejich roli, tak je jasný, že každý den není úplně super
- Taký člověk může ovlivnit vztahy s komunitou, to si dělá sám, a pak v druhý fázi na jaký programy pude

Co bylo na Vaší hospitalizaci obzvláště dobré?

- Rozhodně dobrý bylo to že třeba na detoxu na 31 jsem se bál s kým budu na pokoji, nakonec mě dali s hodným klukem, takže to byl dobrej moment, dále dobrej moment taky když jsem se na pavilonech skamarádil s komunitou
- Dokázal jsem přijít za kýmkoli a už mi byl sympatickej nebo ne, ale když jsem viděl že mu není dobře, tak jsem se ho snažil rozptýlit
- Taký bylo dobrý, když mí známí, kamarádi, rodiče přijeli na návštěvu

Co naopak nebylo dobré?

- No, navázal jsem se na vztah, kterej byl nesmyslný, tak jsem se nabonzoval, s tím dotyčným pak nesmíte sedět vedle sebe, 14 dní se od sebe držet dál

A proč jste se nabonzoval?

- Jednak jsem se bál že mě můžou vyhodit, nechtěl jsem to k tomu dovést, chtěl jsem se soustředit na léčbu, a na toho člověka jsem měl špatnej odhad

Špatnej odhad, tím myslíte...

- Nedomyslel jsem to dokonce, už jsem viděl jak ten člověk vystupuje, říkal jsem si, že je to její maska před doktorama, ale pak jsem zjistil že je bez sebereflexe, pro život nepoužitelný, umřela jí máma, táta se o ní nestaral, tak jsem to bral že to neměla jednoduchý. Svěřila se mi že rozmlátila byt, škoda 200 tis, ptal jsem se kdo to platí, ona že babička to už zaplatila, když jsem se ptal, jestli jí to není blbý, tak řekla že je super vnučka... Pak jsem jí slyšel křičet na babičku, a došlo mi že je to hrozný, myslel jsem že je to s kamarádem, a pak jsem zjistil že je to s babičkou, tak to už bylo moc.
- Pak nejšpatnější moment – nechával jsem si klíč od skříňky v zámku, šoupli mi sem kolegu, zmizelo mi 500 Kč, od té doby si skříňku zavírám, byl to pro mě reset v důvěře, začal jsem koukat na lidi z jinýho úhlu, přemýšlel o tom, kdo to byl, uvažoval jsem o reverzu, nakonec jsem to v sobě dusil, nechtěl jsem nikoho obviňovat, nedal jsem to na sobě znát, nakonec to někdo poznal a poslali toho člověka pryč
- Pak další spolubydlící, kterej hned první večer ze zeptal, jestli mi nevadí, když se vyčůrá do umyvadla, a pak mi začal vykládat jak ukradl prsten, ten pak nechal roztavit, vyboursal se, dělal s drogama, zaútočil na přítelkyni, nespalo se mi tu dobře, o čemž jsem informoval, že bych chtěl přesunout nahoru, ale místo toho mi vyměnili člověka, tak jsem šel nahoru si stěžovat, a tam jsem zvýšeným hlasem mluvil s doktorem, to hodnotím jako špatný moment – protože před tím spolupacientem jsem udržel asertivitu, utnul to, pak se držel dál, pak to ve mně vyvřelo, a mluvil jsem s doktorem ve vrcholu vzteku

Stává se vám tohle často?

- Běžně to nedělám, vztek ventiluju radši před komunitou, než před týmem. Něco musím dusit, něco ventiluju, spíš to teda ventiluju.

Jak vnímáte spolupráci s personálem?

- Asi individuálně, všichni si vychvalují psychologa, ale mě má na starosti holka, u ní mi přijde, že si na všechno odpovídám sám, chybí mi pevná ruka, vzal si mě nakonec psycholog na jeden rozhovor, ale furt jsem u té původní, takže mě štve, že si člověk nemůže vybrat, s kým mluvit, aby to mohl porovnat, nakonec dovolil jenom k rozhovoru. A já jí zase nechci vyměnit, pokud bych chtěl k jinému člověku, tak to беру jako osobní problém, ten s ní nemám, ale není to ten správný směr. Uvítal bych jasně daný motiv, směr terapie, ne aby ho určoval pacient, ale terapeut, aby ho měl předem připravenej, aby to korigoval hlavně terapeut, ne pacient

Říká se, že největší váhu má to, na co si člověk přijde sám...

- Měl by ho k tomu ale dovést, a když vidí, že odbočuje, tak ho převést, ale tím nechci říkat, že je asi špatná, každý má své přednosti

Příloha VI – Přepis rozhovoru – psycholog

Příběh Marka – velice optimistický, až hypomanický. Chválí si, že po pěti letech etap střídání závislostí a depresí, kdy byl celou tu dobu léčen pro ty deprese, mu nyní byla stanovena adekvátní diagnóza BAP a nasazena vhodná medikace. Ted' má pocit, že po propuštění už bude všechno v pořádku (i přestože předtím byl opakovaně hospitalizovaný). Tak bych se chtěla zeptat, jestli to tak skutečně může být, že po stanovení adekvátní diagnózy se člověk k závislosti nevrátí?

Tak pokud by to bylo skutečně tak, jak on popisuje, že to je o bipolární poruše, tak tam by to mohlo být, protože u té BAP je spíš trošku větší důraz na správnou farmakoterapii. Psychoterapie samozřejmě taky pomáhá, ale je tam důraz spíš na opravdu dobrý zamedikování. Když tam není dobře stanovená ta diagnóza, tak samozřejmě tam pak nemůže být tam medikace úplně optimální. A druhá věc je pak, jak to souvisí s tou závislostí, takový ten vztah duálních diagnóz, co bylo první, takže pokud to bipolární bylo odstartovaný užíváním drog, tak tam zase jenom ta farmakoterapie nebude stačit, nebo je neskutečně důležitý udržovat abstinenci. Protože v některých případech užívání stimulantů skutečně může tu bipolární poruchu odstartovat, i ty jednotlivé epizody.

A v takovém případě, když tam nestačí pouze medikace, tak je potřeba i psychoterapie?

Hmm. Respektive vlastně v rámci tohohle by bylo to udržování té abstinence, a tam je potřeba ta terapie, i když potom to může být i jenom udržovací formou, kdy často ji stačí jenom si připomínat, do čeho by se vrátili v rámci toho užívání. Jenom na to, aby drželi, tak tam je spíš potřeba držet nějaký kontakt stabilně. Přímo u té BAP je to horší, protože ono se jim často stýská po těch manických stavech. To je jakoby to největší žůžo, kromě drog, který zažili, takže zejména když potom ten život je nějaký jednotvárný a stereotypní, tak tohle vzbuzuje to bažení po té mánii nebo po tom užití, a ono je to potom už provázaný, takže jedno vede k druhému.

Tenhle pacient, a i další si chválili váš způsob práce a přístup, například říkali, že si přišli rovnocenní, nebo že byl přátelský, tak mohl byste to blíže popsat, co se jim na tom mohlo líbit, nebo co tam vyzdvihovali?

Tak vlastně opakovaně, když dělám reflektování proběhlé terapie, tak ty pacienti vždycky na prvním místě uvádějí, že se necítí posuzovaný a odsuzovaný. Protože samozřejmě oni nejvíc vědí, co všechno šíleného provedli, mají nějaký svoje vnitřní kritiky, kteří je hodně dusej, a když to já zvenčí nepodporuji a naopak je to s tím hodně velkým přijímáním, tak oni se potom spíše otevírají a jsou nastavený něco s tím dělat a mnohem víc spolupracují. To vychází z toho, že se jednak opírám o humanisticky orientované terapie, zaměřené zejména na zážitky a s lidma s duální diagnózou jsou strašně užitečný motivační rozhovory, kde patří k jedním ze základních principů partnerský způsob komunikace, respektování jejich vlastní odpovědnosti za ten život, to je něco, co pomáhá strašně mě vydržet v té práci, aniž by mě to ničilo. Protože vím, že za abstinenci a za to, v jakém stavu jsou ve svém životě, tak zodpovídají oni. S tím, že ještě poměrně s většinou dobře funguje větička nebo spíš to uvědomění za tím, že skutečně za většinu svých problémů oni opravdu nemůžou, protože většina z nich má kořeny v dětství, ty příběhy jste slyšela, a jsou fakt jako šílení, nevyrůstali v normálním standartním rodinným zázemí, takže tam mají tu zálož od dětství, za kterou nenesou odpovědnost, ale rozhodně nesou odpovědnost za tu změnu a za to řešení těch problémů. Na oddělení duálních diagnóz je to zejména zjevný, protože už jsou dospělí a mají ty možnosti, mají to ve svých rukách, tady třeba když jsem momentálně na dětském oddělení, je to třeba jinak, protože oni ještě jsou v tom přechodu mezi tím malým dítětem, který nemá vůbec za nic zodpovědnost a nemá ani ty možnosti a jsou teprve na cestě, ale nejsou ještě dospělí a nemůžou ty změny udělat.

Aha, to mě docela překvapuje, že z nich snímáte tu zodpovědnost, za to, co se stalo.

Za vznik těch problémů. Ale předávám zcela v řešení těch problémů. Protože ano, užíváním si často zavařují, ale většina těch závislostí vzniká jako kompenzace toho, že se cítí blbě, nebo že už měli nějaký duševní onemocnění, že něco nefungovalo anebo že prostě byli vychovaní tak, že neumějí zvládat vlastní emoce, vlastní myšlenky. A i ten prvopočátek, proč začali užívat, tam skutečně do toho spadli a asi by se tam dala nějaká odpovědnost najít, ale ta velká převaha ještě pořád neleží na nich. A je tady druhá věc, něčím je odbřemenit, aby měli sílu na tu změnu.

Mimo jiné chválili to, že střídáte různé přístupy a taky často zmiňovali jeden impuls, který jste jim předal a oni se nad tím zamysleli a mohli s tím pracovat. To souvisí s těmi motivačními rozhovory?

Taky, ale jsou to taky ty různé prožitkové věci, ať pomocí imaginace, hypnózy, kterou tam s nimi taky dělám, nebo otevření, že vlastně se snažím, aby se otevřel prostor, kde nad tím můžou přemýšlet a inspirovat se, protože navzdory tomu, že se závislýma pracuju nějakých asi třináct let, tak pořádně mě dokážou svou variabilitou těch problémů a těch řešení překvapit. Já jako terapeut nikdy přesně nevím to, co je pro ně to nejdůležitější, co je nakopne k té změně. Někdy jsou to opravdu jako nečekané maličkosti, blbosti, který někdy já utrousím na chodbě, ale je to něco, co je nakopne. Nebo si vzpomínám na pacientku, která když si přečetla v rámci desatera asertivní komunikace, že má právo mít pocity, jaký má, tak to byl pro ní zlomový bod v léčbě. Takže opravdu často nevíme, na které maličkosti se jim ty věci spojí a docvaknou a hejbnou se.

A u tohoto pána, jak mu byla stanovena ta BAP, tak myslíte, že může hrát roli i to, že dojde k externalizaci nemoci, podobně jako jste mluvil o snímání té zodpovědnosti, a že pak má člověk větší šanci s ní bojovat?

Tam spíš je takové to, že když tomu konečně mohou dát nějaké konkrétní jméno, byť je to ta diagnóza, tak je to nějaký uchopitelný. A zejména když se děje takový to, že někdy se děje v léčbách závislostí, to, že je taková tendence všechno svádět na ty drogy, ale ono často ne. Protože když se to přiřkne jenom té drogové závislosti, tak samozřejmě tohle zůstává neošetřený. A pak je tam vlastně ta rozmanitost, protože někteří se chtějí vyhýbat těm závažným diagnózám, jako je třeba schizofrenie a podobně tím, že to sváděj sami a nechtěj si to přiznat a označují to jenom za problémy se závislostí, a někdy naopak, protože nechtěj řešit svou závislost, tak se schovávají za diagnózy, jako je třeba BAP.

A to svedení na závislosti jste myslel ze strany těch pacientů?

Může to být jak pacientů, tak někdy i personálu.

Že nepřikládají váhu tomu, že tam mají i nějakou tu poruchu?

Ano, samozřejmě největší problém, jeden z největších problémů u duálních diagnóz je, že se spousta symptomů vzájemně překrývá. Pak když netrvá dostatečně dlouhá doba

abstinence, aby se mohly spolehlivě ty příznaky související se závislostí vyloučit, tak potom se nevyjasní, že tam je ještě něco dalšího. A to jste tam mohla vidět, spousta z nich užívá desítky let bez nějaký výrazný pauzy.

Potom často pacienti zmiňovali problematické sestry, že s nimi mají časté konflikty, tak myslíte si, že to může mít nějaké výhody, je to záměr, nebo spíše nechtěně?

Je to že v zásadě většina sester nemá žádný speciální extra výcvik, zejména na komunikaci s lidmi s poruchou osobnosti, kteří jsou na komunikaci hodně citliví, a je to hraní o slova. Takže tohle je jedna věc. Druhá, v čem jsou sestry hodně znevýhodněny, je že ony tam jsou prostě dvanáct hodin vystavený celý komunitě, která tam neustále během dne přichází s různými požadavky, takže někdy toho mají úplně plný zuby, tak můžou ne úplně přiměřeně komunikovat. V tomhle máme my psychologové a terapeuti výhodu, že si ty lidi zveme, strávíme s nimi nějaký čas, jdeme s nimi do hloubky, ale je víc strukturovaný a omezený a taky obvykle si k nám ty pacienti nedovolí tolik, co k sestrám. V ten kratší čas s námi se snaží nějak víc zvládat svoji impulzivitu, létání emocí apod., kdežto s těmi sestrami jim to častěji ujede. Takže ano, občas to sestrám ujede, na druhou stranu spoustu těchhle věcí jsem mohl vidět a ta komunikace sester byla přiměřená a v pořádku z mého hlediska, ale tam na druhý straně pracuje vztahovačnost, která může být součástí poruch osobnosti, ale často je to taky třeba důsledek užívání pervitinu. Takže ne úplně všechno je v rámci toho že si to přečtou správně, ale zase v té běžné komunikaci se sestrami se to neukáže, kdežto když jsme v rámci sezení jeden na jednoho, tak máme více času si to vyjasnit, odchytlím to podle neverbální komunikace, že se něco děje, tak si to ujasníme. To v rámci té běžné komunikace se sestrami, třeba u výdeje medikace, úplně neprobíhá.

A napadlo mě, myslíte že to může být třeba užitečné, když tam dochází k těmhle konfliktům?

Užitečný to je. Protože oni jsou vystavený běžnému stresu, který se děje v rámci komunikace normálně mezi lidmi a oni se musí naučit to zvládat. Je super, že můžou se pohádat se sestrami dole, pak jít na skupinu, mluvit o tom, jít na individuál, mluvit o tom, probírat to, a to je často, co vidím, že se třeba i ty lidi s poměrně těžkou poruchou osobnosti, který jsou hodně na tohle citliví, hádají, mají nepřiměřené vnímání, tak se v rámci té léčby v tom hodně zlepší.

Potom často zmiňovali rozporuplné názory na volný čas na oddělení, tak to je nějaký záměr, nebo ne?

Do značný míry ano, protože klasický AT oddělení obvykle mívá ten program od rána do večera hodně naplněný, z jedné aktivity jdou do druhé, takže tam vlastně ten stres, nápor, který se mají naučit, vytváří ten režim. Lidi kteří jsou na oddělení duálních diagnóz tenhle přístup obvykle nezvládají a v léčbách, který jsou takhle nastavený oni selhávají a buďto odcházejí na revers anebo jsou překládáni na oddělení bez režimu. My máme ten režim rozředený a ten větší volný čas tam vytváří ten tlak, protože musí být sami se sebou, se svými problémy a hůř se před nimi zavírají oči a dělají že tam nejsou, protože zejména ty volný víkendy vytvářejí ten nápor, a za mě je to hodně užitečný, protože o to víc se hrnou do těch aktivit. Pak je do nějaký menší míry to prostě technický, že není dost personálu na to, abychom měli program od rána do večera, když oni nejsou sami schopní si to udělat. Většina těch lidí na oddělení duálních diagnóz potřebuje víc někoho zdravějšího, který tam s nimi při té činnosti je. Nejsou schopni většinou až tolik dělat ty samostatné činnosti a potřebují k tomu nějak dospět. Ale jinak vlastně, opravdu, i proč to necháváme, je, že se nám to jeví jako hodně užitečný, byť ne úplně příjemný.

Myslíte, že někteří lidé se specifickými poruchami na to můžou reagovat hůř, nebo někteří naopak líp?

V tomhle asi úplně ne, protože v podstatě pro drtivou většinou závislých lidí i pro drtivou většinu poruch osobnosti samota je jeden z největších stresů, který můžou zažít. A spíš myslím, že tam hraje roli potom obyčejná extroverze introverze. Že samozřejmě pro introverty je to mnohem náročnější než pro extroverty.

Když byste srovnal motivaci pacientů k abstinenci během léčby a třeba po ní, já vím že tam nemáte ten dohled, ale třeba se někdy někdo vrací, tak myslíte, že může být přílišná sebedůvěra v závěru léčby spíš na škodu nebo je to posilující?

Jo, z mé zkušenosti, příliš velká sebedůvěra na konci vede k rychlejším a častějším relapsům než když člověk pochybuje, bojí se, protože má tendenci se o to nějak víc postarat, o své doléčování a spolehnout se na to zázemí, kdyžto ti sebevědomí většinou přehlížejí veškerý rizika a přeceňují svoje schopnosti. Na druhou stranu je vždycky potřeba vědět, že opravdu

jako k abstinenci v rámci toho oddělení, bych řekl že je rozhodnutá a motivovaná většinou tak maximálně třetina. Třetina přibližně má velkou ambivalenci, jsou tam tak jako strčený a sami nevědí, jestli jo nebo ne a jedna třetina to změnit ještě vůbec nechce. Takže se sem dostali třeba ze sociálních důvodů, nebo měli tak silnou toxickou psychózu, že nešlo dál pokračovat v užívání, tak tam jsou, aby si odfoukli, zkoušej to, nějak se dá na tom oddělení pobýt, ale ještě rozhodně nedospěli ke stadiu ne, končím s drogami.

Další příběh Elišky – ambivalentní, se závislostí na alkoholu a úzkostmi. Byly jí odebrány děti z péče, léčí se opakovaně se závislostí. Moc si nevěří, neumí si představit, že bude muset stoprocentně fungovat/nikdy se nenapít. Je pro ni zatěžující být sama, protože to jí láká k napití, když se to nikdo nedozví, ale už ví, že se pak dostane do recidivy, kterou nezvládá. Vyjadřuje touhu po napití se, racionálně reflektuje, že by to pak nezvládala, a do toho tu jsou ještě děti, které miluje, chce je zpátky, ale pro to nesmí pít. Alkohol jí zřejmě pomáhá na úzkosti. Jakou má tato osoba šanci na fungování?

Šance je tady pořád. Srovnám lidi kterým alkohol chutná, něco pro ně dobrého dělá, a přesto abstinují, protože mají nějakou dostatečnou protiváhu ve smyslu svého života, a proč abstinovat. Člověk nemusí chtít na sto procent přestat, aby abstinoval, ale musí mít nějaký důležitý smysl, proč to dělat a mít dostatek podpory ať v sobě nebo kolem sebe, aby to udržel. Myslím že u téhle konkrétní pacientky to bylo, že byla v koronavirové izolaci doma s dětma, takže přišla o tu vnější podporu, kterou hodně potřebovala, aby to udržela a celý se to zhroutilo. Ona vlastně relativně nějakou dobu byla schopná abstinovat, asi tři čtvrtě roku, než se to celý zhroutilo. Takže zase, když bude mít tu podporu, a bude si jí udržovat, má šanci to udržet, když ne a přestane se o to starat, tak se to zase zhroutí, zase recidiva. Je nutný si uvědomit, že závislost je z hlediska psychiatrické medicíny chronické onemocnění, stejně jako třeba cukrovka, to znamená, že ty recidivy tam můžou nastávat, ale je podstatný, aby byly co nejkratší a člověk s tím co nejrychleji něco udělal.

A když je tam ten vnější důvod, kvůli kterému abstinují, tak když pak třeba děti vyrostou, odejdou z domu, tak není tam riziko, že se k tomu zase vrátí?

Jo, ale u téhle konkrétní pacientky je tam strašně velký díl, který ona nechce vidět a nechce řešit, a to je partnerský život. Takže v okamžiku, kdyby ona pracovala na tomhle a dovolila pustit do svého života nějakého partnera, tak by se to mohlo výrazně změnit.

K lepšímu?

Jo. Nebo k horšímu, pokud si najde alkoholika, nebo zase dalšího domácího násilníka jako předtím.

O něm se zmiňovala, že je ve vězení a že ona vyjadřovala, že by ráda někoho měla, ale zároveň už se na to cítí zraněná a neví, jestli si ještě někoho najde, kdo by se o ní postaral.

Paradoxně tam může být po tom odchodě dětí ten dobrý impulz, který jí donutí pak zase do toho trhu vztahového vstoupit. Ztracený případ není, ale bude to chtít dost velký kus práce, aby uzdravila to vztahový zranění a otevřela se tomu novému, a pak může i velice dobře fungovat.

A myslíte, že je dobrý, že si je až takhle vědoma těch svých obav a že o nich ví, nebo jí to může spíš znejišťovat a způsobovat ty úzkosti?

Tak většina úzkostí žije z toho přehnaného pozorování sebe sama a svého života, tam je lepší, když člověk pak míň přemýšlí a míň sebereflektuje.

Takže v případě toho prvního pána by byla lepší nižší sebedůvěra a tady zase vyšší?

Nejsem si jistý, jestli ten první pán dostatečnou sebedůvěru má, respektive zdravou sebedůvěru tam, kde má být. A tahle paní jí rozhodně potřebuje.

Potom ještě pacienti často zmiňovali nepochopení stanovisek personálu, že vlastně nevěděli, proč se něco stalo, ale pak se s tím smířili, tak je tohle záměr, že si na to mají přijít sami?

Mhm, určitě, pokud je ten pacient schopný si na to přijít sám, tak jsme radši, ať si na to přijde sám, protože to je cennější, než když jim něco řekneme. Druhá věc je, že samozřejmě se liší naše stanovisko a jejich stanovisko a největší rozpory tam jsou podél výkladu pravidel, který samozřejmě oni by si rádi ohnuli a přizpůsobili tak, aby to pro ně bylo pohodlnější v něčem

a náš úkol je to pevněji držet, a pokud ten člověk celý život žil v nějakém životě bez pravidel už od malička, tak to pro něj samozřejmě není srozumitelný.

A když u pacientů dochází k nějakému vývoji chování od začátku té hospitalizace až ke konci, kdy jsou takoví nabití, tak nakolik je to podle vás upřímné a nakolik je to nějaký efekt toho, že už vlastně končí ta hospitalizace, nebo nakolik je to hrané?

Záleží pacient od pacienta. U spousty z nich to můžu brát tak, jak to říkají, že už dospěli, že jsou upřímní k nám i k ostatním a u jiných bych jim nevěřil ani nos mezi očima. Není to o pacientech a jejich cestě, ale o konkrétním člověku, jak to má.

A když se to srovná s ambulantní léčbou, tak tahle je sice intenzivní, ale je ve chráněném prostředí, tak jak se můžou připravit na ten život venku, když jsou tady hospitalizováni?

Je důležitý si uvědomit, že ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří jsou schopní venku v základu abstinovat a fungovat. A ty co přicházejí na oddělení toho nebyli schopní, ať kvůli užívání, nebo kvůli psychickému stavu. A i proto vlastně máme tu léčbu jenom dvouměsíční, protože to je doba, za kterou oni vyabstinují a nějak se psychicky stabilizují, a to je úkol toho oddělení. Potom už je na místě nějaký nejlépe ambulantní pokračování, aby to dotáhli, a to považuju za nejdůležitější, proč potom třeba dál neabstinují, nebo to nefunguje, protože většinou se vykašlou na to ambulantní pokračování. A ne, dvouměsíční léčba na oddělení na to rozhodně nestačí, je to jenom ta stabilizační fáze. A je to i něco v souladu s reformou psychiatrie, kdy nechceme aby se nám lidi kupili v psychiatrických nemocnicích, ale aby to gró té léčby fungovalo komunitně venku v ambulantních službách.

Někteří jsou schopni v tom pevném řádu lépe fungovat, ale ten venku nemají, tak jak se tohle řeší? Že tady se vyvíjejí dobře, ale pak přijdou ven a vrátí se k tomu zpátky.

Je tam velký rozdíl mezi skupinou, která na to má potenciál, a tam to doléčování a fungování nebo někdy ještě léčba v terapeutický komunitě, aby dostatečně dlouho měli čas být v té struktuře a naučili si to a osvědčili si to a potom to doléčování, aby si vytvořili novou strukturu venku, o kterou se můžou opřít a i sociální oporu, aby měli lidi, o který se můžou opřít, pak to můžou zvládat, ale určitě je nějaká menší skupina lidí, který na to ty kapacity nemají. A bohužel nám tady chybí tenhle typ léčby, nebo léčby, on by to byl spíš jako typ

chráněného bydlení, trvalejšího typu, který by tam poskytoval tu trochu té struktury, aby ty lidi mohli fungovat, spíš sociální zařízení, a to bohužel v Čechách jako není. A obávám se, že tyhle lidi jsou potom odsouzený, aby neustále pendlovali mezi krátkým pobytem venku a trvalejší hospitalizací, až to možná dospěje do toho smutného bodu, kdy se kvalifikují na ty specializovaný domovy pro závislý důchodce, kdy už jsou organický (s organickým poškozením mozku, pozn. autorky).

A tohle se spíš týká drogové závislosti, že mají úplně jiný styl života, nebo i lidí závislých na alkoholu?

Já myslím, že v tomhle to úplně až tak velký rozdíl není, byť převažují víc ty drogově závislí. Pak tam můžou pro ně nějakým způsobem fungovat církevní organizace, pokud jsou věřící, nebo je to pro ně ok.

Příběh Martina – zdánlivě hypomanický, se zvýšenou energií, zlostný. V průběhu celého rozhovoru se bouří proti nálepce závislosti na alkoholu, dle něj má jen deprese, závislý není, na oddělení ho obviňují ze závislosti a bažení, které nemá. Zároveň se se svým zdravotnickým povoláním považuje za odborníka, všemu rozumí, když se léčí on, mělo by se i spousta lidí, co je venku, snaží se potvrzovat svou normalitu a erudovanost. Na oddělení je prý protože na jiném nebylo místo. Zároveň ale v etapách depresí pije. Jak s takovýmto pacientem, který si nechce přiznat/nesouhlasí s problémem, který mu lékaři přisuzují?

Tak jste to mohla vidět sama – těžko, nějak pracujeme a je to o opakovaných pobytech, kdy venku se nakonec ukáže, jestli závislej je nebo není, nebo ono to zatím může být ve škodlivém užívání, ale pokud v tom pokračuje, tak se do té závislosti propadne, a v tom případě, za nás je to vlastně, že pracujeme jako s každým jiným, pracujeme na tom náhledu toho chování, jaký to má důsledky, tam jste mohla sama vnímat, že on se tomuhle náhledu hodně bránil, že má nějakou fixní představu, jaký je a nic jiného nepřipouštěl. A to je jenom návodný signál, jak je to s tím sebehodnocením, a že teda můžeme to považovat za víc vážnější, než to je. A je dost možný, že v tomhle je tak zafixovaný, že mu to nikdy nedojde. Samozřejmě je tady ten velký problém, že většina lidí si pod závislákem představí toho, který pije každý den, selhává v práci, ve vztazích, ve všem, takový to, čemu říkáme debakl,

ale závislost má mnoho podob a jsou funkční alkoholici kteří zvládají v práci, nechodí tam pod vlivem, nepijí a stejně splňují kritéria závislosti a způsobuje to ten problém.

Může ho to srazit a znejistět, když by si nakonec závislost přiznal, nebo ho to spíše posílí?

Tak řek bych že ve většině případů nejdřív přichází ta první fáze, kdy si to přiznají, že jsou z toho znejistění, často přepadlí a v druhé fázi, když tohle překonají, tak je to posiluje a najednou se otevírají ty možnosti, co s tím dál dělat.

A nemůže to způsobit, že to úplně vzdají potom, že si řeknou: tak jsem závislej, tak prostě budu pít?

To si myslím, že občas se děje, ale jsem přesvědčen, že si ještě nepřiznali, že opravdu mají závislost. Že je to jenom další výmluva pro to, proč pít a můžou to tak jako celému světu říct jako: „dyť jsem závislej, tak můžu chlastat, tak co!“ Ale to není pro mě o tom přijetí, že mám problémy s alkoholem, nebo s drogami.

Takže jakou, nebo jak velkou roli hraje to přijetí nebo nepřijetí diagnózy pacientem?

Pro mě je velký rozdíl mezi přijetím diagnózy a uznáním, že mám nějaký problém. Protože v tom druhém případě se nemusíme o nějaký diagnózy úplně moc starat. V tom prvním případě mi to často zaváním nějakým ztotožněním se s diagnózou, což většinou není úplně dobrý, ale třeba pro anonymní alkoholiky to svým způsobem je součástí jejich subkultury, kdy oni se prostě považují za alkoholiky, za abstinující alkoholiky a je to součástí jejich identity, který se drží, ale zároveň s tím ostatním to poměrně nějak drží a funguje.

Dobře. Tak pak už jenom poslední dva pacienti. Příběh Lýdie – původně měla od mládí úzkosti, na které brala anxiolytika, na kterých se stala závislá, a když jí došla, tak to doplňovala alkoholem. Přiznává si, že je závislá, nejdřív byla kvartální alkoholik, teď už říká, že je úplný, a má pocit, že během hospitalizace se jí podařilo vyřešit některé problémy – příslib partnera, že bude řešit své agresivní chování, nebo zbavení se závislosti na těch anxiolytikách. Nyní si připadá silná v boji se závislostí. Je ale v chráněném prostředí, tak na kolik můžou být trvanlivé tyto pocity?

No moc trvanlivé ne, ale přesně, o tom jestli se to nakonec podaří, jak tvrdí rozhoduje to, co venku udělá, a jestli bude mít nějak další péči nebo bude pokračovat v tom zpracovávání té

problematiky nebo ne. Jinak ano, oni často na tom chráněném prostředí tomu plně věří, vnímají to tak a je to tak v pořádku, podstatný je potom, jak to bude venku.

Takže když to takhle vnímají, tak je neupozorňujete na rizika, a berete to, že je to takhle v pořádku?

Samozřejmě na rizika je upozorníme, snažíme se je s nimi rozebrat. Pokud mají tyhle pocity silný a hodně tomu věří, tak ty rizika bagatelizují, nechtějí je slyšet. A já jim většinou potom říkám: „věřím, že vy tomu takhle teďka věříte, že to bude.“ Pak třeba i zkouším nějaký hypotetický situace: „když se stane, že přijdete o práci, partner se s vámi rozejde a někdo blízký vám závažně onemocní, jak myslíte, že tohle snesete?“ Protože většinou si představují jednu věc a můžou se cítit, že to zvládnou, že jsou dostatečně silní. To co většinou ale vede k recidivám, je nashromáždění několika věcí a může to být i vícero menších věcí, ale zejména když trvají delší dobu, tak to je to co ty lidi nakonec většinou dostane.

Mě přijde těžké vybalancovat míru mezi tím, aby nebyli úplně znejistění, že si nebudou vůbec věřit na to.

Mhm. Pro sebe chci aby věřili, že mají šanci, ale že to není tutovka, a musejí pro to něco udělat.

To zní dobře. A potom poslední příběh Vladimíra – dlouhodobé úzkosti, abusů THC. Vyzkoušel i další drogy, ale pak se tomuto prostředí začal stranit, odstříhl se, čímž se ale dostal do izolace, poslední tři roky bydlí sám a po tu dobu trpí zřejmě vystupňovanými panickými atakami – začne se třást, nevidí, brní mu nohy, hledal neurologický problém, který se zatím nenašel, má problém uvěřit, že je to psychické. Začal také vztah se spolupacientkou, za který se sám udal, neboť jednak nechtěl být vyhozen z léčby, a taky protože mu přišla nemorální, když jí slyšel, jak hrozně mluví se svojí babičkou. Zároveň hodně hovoří o okolí a vztazích s ostatními pacienty, které jsou pro něj důležité – jakou hraje komunita roli v léčbě?

Hodně velkou. Často je to ta komunita, nebo minimálně třeba spolubydlící na pokoji, nebo ten jeden, dva lidi, se kterými si tam sedne, kteří ho dokážou podpořit třeba, aby oznámil a pracoval na vztahu se spolupacientkou, který podrývá tu léčbu. Nebo aby udělal to dobrý rozhodnutí. Samozřejmě, často si ty pacienti v těchhle věcech řeknou mnohem víc, než na

skupině, nebo na individuální terapii. Takže v tomhle je to strašně důležitý, jestli se drží těch lidí, který jdou víc po té abstinenci, tak se zvyšuje pravděpodobnost, že to ustojí. Když se bude víc držet s těma lidmi, jejichž motivace k abstinenci je hodně nízká a neplánují to, tak samozřejmě to zvyšuje výrazně pravděpodobnost recidivy.

U něj bylo i to, že měl hodně velkou počáteční důvěru v ostatní a v dobro druhých, ale vlastně se v tom pořád zklamával, tak jaký si myslíte, že to pak na něj může mít vliv?

To je otázka, jestli to byla ta čerstvá zkušenost a je přiměřená nebo jestli je to typický vzorec, kdy na začátku až naivně věří všem, neověřuje si, neumí rozlišit, komu se dá důvěřovat a sjíždí tenhle vzorec neustále s každým novým kolektivem.

A ten první případ jste říkal, že je to jenom jedna zkušenost?

Je to vlastně normálně součástí dospívání, takže pokud by to byl někdo v adolescenci, tak je to součástí učení se tomu životu, a přesně komu můžu důvěřovat, jak vzniká důvěra... Je to bolestivý proces učení, ale je to něco normálního, čím si více méně procházíme úplně všichni.

A už se nějak zjistilo, co mu je, jestli víte, o kom mluvím?

Ted' si nevybavuju.

Mladší, 26 let, a ještě nebyl úplně ve druhé polovině léčby.

Jo tak tam si myslím, že je to přesně ten vzorec, který se neustále opakuje dokolečka.

A diagnostiku těch jeho stavů jste nějak řešili?

To co zejména je na tom oddělení vidět je, že ne všechno co ten člověk prožívá, můžeme nějak rozškátulkovat podle stávající diagnostiky. Zejména u těch pacientů s duálními diagnózami se s tím vlastně setkávám dost často, že je tam velká variabilita vnitřních prožitků, a ne všechno se dá jasně pojmenovat a rozškátulkovat. A všeobecně v té psychologické diagnostice je to často o tom, jak se ty stavy postupně vyvíjejí, že v tom prvopočátečním obrazu to může vypadat nějak, ale pak se to rozvine do nějakého úplně jiného, a proto to pak třeba vypadá, že byl špatně diagnostikován, ale to jenom protože na povrch vyrůstaly nějaký věci a byl o tom schopný komunikovat určitým způsobem, až potom ta postupná dynamika ukáže to, co to skutečně je.

A ještě taková otázka na závěr – pracuje se při hospitalizaci nějak s posilování sebedůvěry v jednotlivých oblastech fungování, neboli se self-efficacy?

Cíleně ne, ale necíleně vlastně jo, s tím, že velice účinné tam jsou ty centrální terapie, jakékoli manuální práce, kdy ty výrobky člověk může hned vidět udělaný. A samozřejmě v té jemnější oblasti je to v rámci některých skupinových technik, kdy se snažíme, aby se navzájem oceňovali a podporovali a viděli to, co funguje, co je dobrý. S tím nějak pracujeme, ale že bychom měli jasný cílený program na budování self-efficacy, to tam úplně není, protože za mě minimálně polovina na to má, až v okamžiku, kdy končí tu léčbu, až když jsou opravdu stabilizovaní v tom stavu a je zvládnuto to nejhorší, tak jsou teprve připravení na nějakou intenzivnější vnitřní práci. V ideálním stavu je to něco, co funguje v některých stacionářích, které si sestavějí tu skupinu, menší skupinu tak, aby držela pohromadě, byli tam dobrý lidi, a ta skupina absolvuje celý ten program uzavřeně. To je nejintenzivnější a řekl bych že i neoptimálnější způsob léčby. Takhle to oddělení duálních diagnóz nemůže fungovat, protože jeho poslání je trochu jiné. Tím pádem samozřejmě ta efektivita té léčby je v něčem nižší, protože funguje na principu průtokového ohřívače vůči celé léčebně a dalšímu, a nemůže se v tomhle takhle centrovat, byť by to bylo efektivnější. Kdyby potom bylo další oddělení, které takhle může fungovat, bylo by to super, nebo kdyby takhle fungoval duální stacionář, bylo by to super, ale zatím nic takového neexistuje. Konec konců samotné oddělení duálních diagnóz funguje teprve čtyři roky.

Aha, a předtím nebylo žádné oddělení pro duální diagnózy?

Předtím kdysi bylo menší oddělení, o kterém vím, že nějakou dobu fungovalo, a pak se rozpadlo, navzdory tomu ale o duálních diagnózách v téhle podobě se předtím moc nediskutovalo. Občas se vždycky vynoří něco, ale přímo takhle opravdu specializovaný oddělení, který takhle vzniklo se záměrem, nevím o tom, že by takhle někde bylo, byť jsou samozřejmě psychiatrický oddělení, který jsou někdy schopný víc pracovat s těma duálníma diagnózama, ale nevím o tom, že by v České republice bylo nějaký konkrétně založený.

Příloha VII – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM

Byl/a jste požádán/a o rozhovor za účelem sběru dat pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Michaely Kyzekové v rámci jejího navazujícího magisterského studia Psychologie na Katedře psychologie na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Název práce zní *Self-efficacy pacientů s duální diagnózou v závěrečné fázi léčby v rámci psychiatrické hospitalizace*, a zabývá se hodnocením self-efficacy (tedy vědomím vlastní účinnosti, efektivity) u pacientů na konci léčby.

Je možné, že v průběhu zpracovávání dat vyvstanou nové otázky, které budou potřeba zodpovědět. Pokud byste souhlasil/a s jejich zodpovězením, ráda bych Vás požádala také o **uvedení kontaktu**, na kterém budete k zastižení (telefon/e-mail/jiné).

Vaše účast je dobrovolná, bude pořízen pouze zápis rozhovoru.

Bude zajištěna:

- 1) **Anonymita dotazovaných** – v práci budou odstraněny identifikační údaje, jména budou změněna.
- 2) **Mlčenlivost diplomantky** – ve vztahu k osobním údajům dotazovaných.

Tímto Vás žádám o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu, který stvrdíte svým podpisem níže.

Jméno:

Kontakt (telefon/e-mail/jiné):

Podpis: