

Psychiatrie pro praxi

2018

2^E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 19 | 2018

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Projevy závislostního chování u dětských hráčů hry Minecraft pohledem kvantitativního výzkumu

SDĚLENÍ Z PRAXE

Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně potřebujeme?

Výkon ochranného léčení žen v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice: zavedení a praxe léčebného programu

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován
v Bibliographia Medica
Čechoslovaca a v EMcare.



SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,
opět jsme pro Vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

V dalších číslech...



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** doc. Mgr. Kamil Kopecký, Ph.D., PhDr. René Szotkowski, Ph.D.
**Projevy závislostního chování u dětských hráčů hry
Minecraft pohledem kvantitativního výzkumu**

SDĚLENÍ Z PRAXE

- 14** Ing. Miluše Balková
**Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně
potřebujeme?**
- 21** PhDr. Viktória Ženková, PhD., MUDr. Katarína Hánělová,
Mgr. Petr Ptáček
**Výkon ochranného léčení žen v Psychiatrické
nemocnici Horní Beřkovice: zavedení a praxe
léčebného programu**



Projevy závislostního chování u dětských hráčů hry Minecraft pohledem kvantitativního výzkumu

doc. Mgr. Kamil Kopecký, Ph.D., PhDr. René Szotkowski, Ph.D.

Centrum prevence rizikové virtuální komunikace Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Příspěvek se zaměřuje na analýzu projevů online závislostního chování u hráčů populární hry Minecraft, a to pohledem kvantitativního výzkumu realizovaného na přelomu roku 2016 a 2017 na území České republiky. Do výzkumu se zapojilo více než 2 300 hráčů ($n = 2\,331$). Autoři se zaměřují především na projevy nadměrného hraní této hry v oblasti psychické, fyziologické a behaviorální.

Klíčová slova: Minecraft, online hraní, kyberšikana, kybergrooming, sexting, závislostní chování, netolismus.

Manifestations of addictive behaviour among the child players of the Minecraft game from the perspective of quantitative research

The paper focuses on the analysis of online addictive behaviour among the players of the popular Minecraft game, using the quantitative research conducted at the turn of 2016 and 2017 in the Czech Republic. Over 2 300 players participated in the survey ($n = 2\,331$). The authors focus primarily on the phenomena of excessive play of this game on the psychological, physiological and behavioural plane.

Key words: Minecraft, online gaming, cyberbullying, cybergrooming, sexting, addictive behaviour, netolism.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: doc. Mgr. Kamil Kopecký, Ph.D., KopeckyK@seznam.cz
Centrum prevence rizikové virtuální komunikace Pedagogické fakulty Univerzity Palackého
v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc

Převzato z: Pediatr. praxi. 2018; 19(1): 35–40

Článek přijat redakcí: 26. 8. 2017

Článek přijat k publikaci: 25. 9. 2017



Úvod do problematiky online závislosti

S masivním využíváním internetových služeb a nových technologií je stále více diskutována otázka, zdali se tyto nové nástroje nepodílejí na vzniku závislosti či závislostního chování spojeného právě s jejich používáním. Online behaviorální závislosti tak představují další z rizik, kterým jsou děti i dospělí uživatelé internetu denně vystaveni. U dětí je závislostní chování spojeno především s využíváním sociálních sítí a online her.

Minecraft je hrou, které je často zmiňována v souvislosti s výskytem závislostního chování u dětských hráčů počítačových her v rámci širšího okruhu online závislostí, které se označují jako tzv. netolismus. Termínem *netolismus* označujeme závislost (závislostní chování či závislost na procesu) na tzv. virtuálních drogách. Mezi ně patří zejména počítačové hry, sociální sítě, internetové služby (různé formy chatu), virální videa (15), ale také např. online gambling (online sázení) či aktivity spojené s kybersexem (24).

Je třeba říci, že ve vztahu k závislostem a závislostnímu chování v prostředí internetu neexistuje ustálená definice. Beard a Wolf definují závislost na internetu jako používání internetu, které s sebou přináší do života jedince psychologické, sociální, pracovní nebo školní komplikace (3). Shapira (20) pak popisuje závislost na internetu jako neschopnost jedince mít kontrolu nad svým užíváním internetu, jako kompulzivní nadužívání internetu a podrážděné nebo náladové chování v důsledku nemožnosti jeho užívání. Z výše uvedeného je zřejmé, že se tedy jedná o psychickou/behaviorální závislost, nikoli o závislost fyzickou, ke které dochází při konzumaci návykových látek (alkohol, nikotin, opiáty atd.).

Obecně jsou podle WHO (25) definovány podmínky závislosti na návykových látkách takto:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky,

c) užívání látky k odstranění abstinenčních příznaků,

d) průkazná tolerance (vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami),

e) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebného k získání nebo užívání látky,

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Nahradíme-li termín *návyková látka* termínem *návykový proces* (behaviorální závislost), můžeme snadno znaky závislosti vypožorovat i v samotném netolismu (10) – např. silnou touhu zapnout počítač bez jasného cíle, zkontrolovat SMS, zkontrolovat statuty na sociální síti, neschopnost vymezit si začátek a konec aktivit na internetu, postupně zanedbávat další aktivity atd.

Nabízí se však otázka, zdali závislost na internetu vůbec existuje. Jde totiž o to, zda je internet či jeho jednotlivé aplikace prediktorem či mediátorem patologie. Toto dilema vyjádřil psycholog Mark Griffiths termíny *addiction to the internet* a *addiction on the internet* (7). První pojem znamená, že si jedinec určitou patologií s sebou přináší a na internetu pouze nalézá prostředí pro její projevení. Patologie by se ale projevila tak či onak (4). Druhý pojem popisuje situaci, kdy byla patologie (spolu)způsobena charakteristikou média – jedinec by tedy v případě, že by na problematickou aplikaci narazil, problémy neměl. V realitě se však objevuje nejčastěji kombinace obou složek.

Závislostní chování ve vztahu k internetu lze rozdělit do pěti základních kategorií (26):



1. *Závislost na virtuální sexualitě (kompulzivní používání webových stránek pornografického zaměření).*
2. *Závislost na virtuálních vztazích (nadměrné věnování se virtuálním vztahům).*
3. *Internetové kompulze (např. hraní online počítačových her či internetové nakupování).*
4. *Přetížení informacemi (nadměrné surfování na internetu nebo hledání v databázích).*
5. *Závislost na počítači (nadměrné hraní počítačových her).*

Posledně zmíněná – závislost na online počítačovém hraní (internet gaming disorder) byla zařazena do dodatků DSM5 (2) a objevuje se i v 11. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-11) (6). Přesto však bylo v obou případech shledáno, že plnohodnotné uznání této diagnózy je předčasné, zároveň však byla konstatována významnost online závislostí jako fenoménu 21. století (4). Jedinou oficiální diagnózou v této kategorii však představuje pouze patologické hráčství.

Stále více výzkumníků se rovněž snaží zjistit, jak moc je závislostní chování ve vztahu k online prostředí v jednotlivých zemích světa rozšířeno. K diagnostice a měření prevalence pak využívají zejména testy IAT a CIAS-R. Zkratka IAT označuje test internetové závislosti – Internet Addiction Test, vytvořený americkou psycholožkou Kimberley Young (28). CIAS-R je označení pro závislostní škálu, v originále Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAR-R), která je využívána k měření internetové závislosti zejména v Číně a Hong-Kongu (18).

Netolismus je vnímán jako závažný problém zejména v asijských zemích – výzkum, realizovaný v Číně, Hong-Kongu, Japonsku, Jižní Koreji, Malajsii a na Filipínách (Mak, Lai, Watanabe, et al., 2014) zjistil u více než 5 000 dětí

ve věku 12–18 let vysokou prevalenci závislosti na online hrách – od 11 % v Číně po 39 % v Japonsku. Nejvíce asijských internetových závislých však bylo diagnostikováno na Filipínách – 5 % (podle IAT) a 21 % (podle CIAS-R).

V letech 2011–2012 proběhl výzkum zaměřený na internetové závislostní chování (Research on Internet Addictive Behaviours among European Adolescents) také ve vybraných zemích Evropy (23). Výzkum proběhl ve Španělsku, Nizozemí, Německu, Polsku, Řecku, Rumunsku a Islandu a zapojilo se do něj více než 13 000 dětí ve věku 14–17 let. Podle jeho výsledků vykazuje znaky online závislosti 21,3 % španělských dětí, následovaných Rumunskem (16 %), Polskem (12 %), Nizozemím (11,4 %), Řeckem (11 %), Německem (9,7 %) a Islandem (7,2 %).

Podle profesora Michala Miového z Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze vykazuje znaky závislosti na počítačových hrách 1–5 % českých dětí. Jako na závislé pohlíží odborníci na osoby, které tráví hraním počítačových her v průměru kolem 40 hodin týdně. U nich hrozí podobné znaky chování jako u lidí, kteří jsou závislí na látkových drogách – například přetrhání společenských vazeb, problémy v osobních vztazích, ale i zdravotní komplikace kvůli nedostatku pohybu (21).

Výzkum EU Kids Online II (9) ukázal, že pro české děti a dospívající je typická větší zaujatost online hraním, než byla běžná ve většině jiných evropských zemí – počet intenzivních hráčů v České republice dosahoval až 19 % vzorku. Podobných výsledků pak dosahovali dětské hráči z Dánska, Estonska, Rumunska, Bulharska, Kypru a Litvy.

Znaky závislosti na online hře – diagnostické minimum

Při diagnostice úrovně závislosti na online hře lze využít diagnostická kritéria, která pro potřeby diagnostiky závislostního chování sestavil Mark



Griffiths (8). Jakékoli chování, které naplňuje šest níže uvedených kritérií, může být považováno za závislost.

Mezi diagnostická kritéria patří:

1. *Salience* – aktivita se stane tím nejdůležitějším v životě jedince, který tráví většinu času jejím vykonáváním či úvahami nad ní.
2. *Změny nálad* – hra má na psychiku jedince prokazatelný účinek, probíhá střídání vzrušení, úlevy apod.
3. *Tolerance* – hráč potřebuje k dosažení efektu více aktivity než na počátku.
4. *Syndrom z odnětí* – v případě přerušení či nedostupnosti hry se objevuje podrážděnost, náladovost, výbuchy hněvu.
5. *Konflikt* – hra vyvolává problémy – narušuje např. vztahy v zaměstnání, ovlivňuje prospěch, dochází ke ztrátě kontroly, výčitkám apod.
6. *Relaps* – neúspěšné pokusy odvyknout, návrat k původním vzorcům chování.

Pokud se při diagnostice neobjeví konflikt, využívá se místo termínu závislost termín excesivní užívání (4) – např. jedinec může trávit velké množství času hraním, které však nenarušuje jeho běžné fungování.

Při diagnostice a zejména preventivních aktivitách je třeba uvědomit si, že existují specifické biopsychosociální faktory, které zvyšují šanci, že by se u hráče rozvinula patologie. Jedná se především o:

1. *Psychopatologické faktory*: ADHD, depresivní a úzkostné stavy, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní symptomy (11).
2. *Osobnostní rysy*: hyperaktivita a impulzivita, vysoká úroveň dimenze temperamentu, nízká úroveň dimenze závislosti na odměně (1).
3. *Vzorové užívání internetu*: vysoký počet hodin strávených na internetu, využívání problémových aplikací apod. (17).

4. *Aktuální situace*: osamělost, stres, partnerské, pracovní a studijní problémy (1).

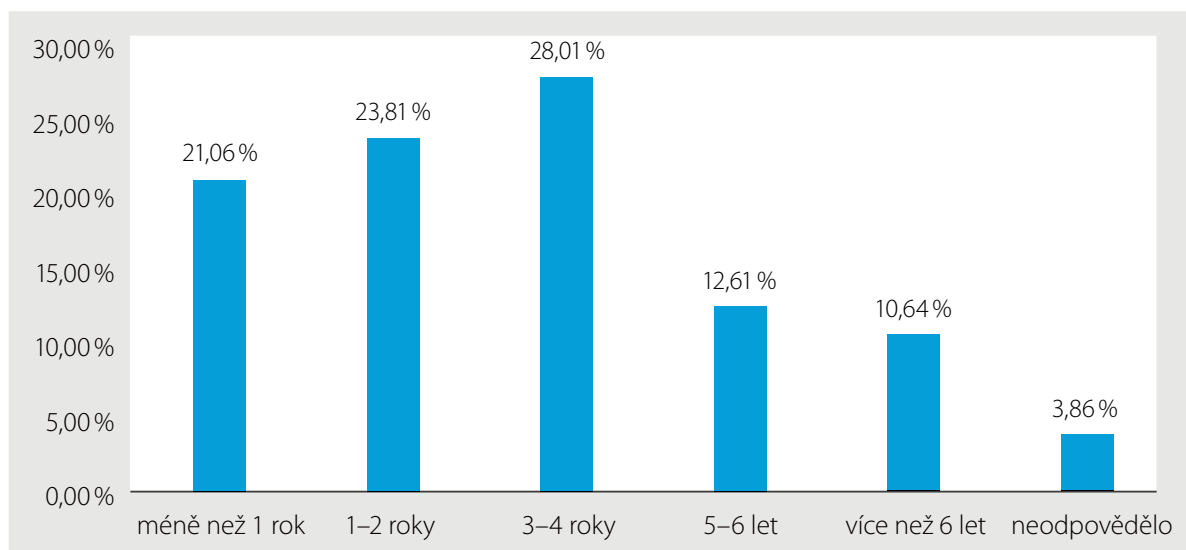
V našem výzkumu mapujeme projevy závislosti u hráčů jedné z nejoblíbenějších her současnosti Minecraft, přičemž sledujeme jak projevy psychické, tak i fyzické a behaviorální.

Výzkum zaměřený na hráče Minecraftu

Výzkum **Fenomén Minecraft v českém prostředí** byl zrealizován Centrem prevence rizikové virtuální komunikace Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci se společnostmi Vodafone a Google. Navazuje na výzkumy rizikového chování českých dětí v online prostředí, realizované týmem Centra PRVoK (E-Bezpečí) od roku 2010.

Výzkumný nástroj a sběr dat

S ohledem na zvolený kvantitativní výzkumný přístup byla pro sběr dat vybrána dotazníková metoda. Vlastní autorský dotazník, u kterého byly na základě předvýzkumu, ověřeny jeho vlastnosti (validita, reliabilita), celkem obsahoval 39 položek. Jednotlivé položky v dotazníku sestávaly z 20 uzavřených (strukturovaných) položek, z toho 12 bylo polytomických a 8 dichotomických, 13 položek bylo polouzavřených a 6 položek otevřených (nestrukturovaných). Dotazník byl členěn do 5 logických celků obsahujících položky zaměřené na zjištění demografických údajů respondentů, dále pak údajů o herních preferencích hráčů, o herní době, o sociálních aspektech spojených s hraním hry, o rizikových formách komunikace spojených s hraním hry (z pohledu obětí, ale také pachatelů) a především o projevech závislostního chování. Položky v dotazníku vznikaly na základě analýz

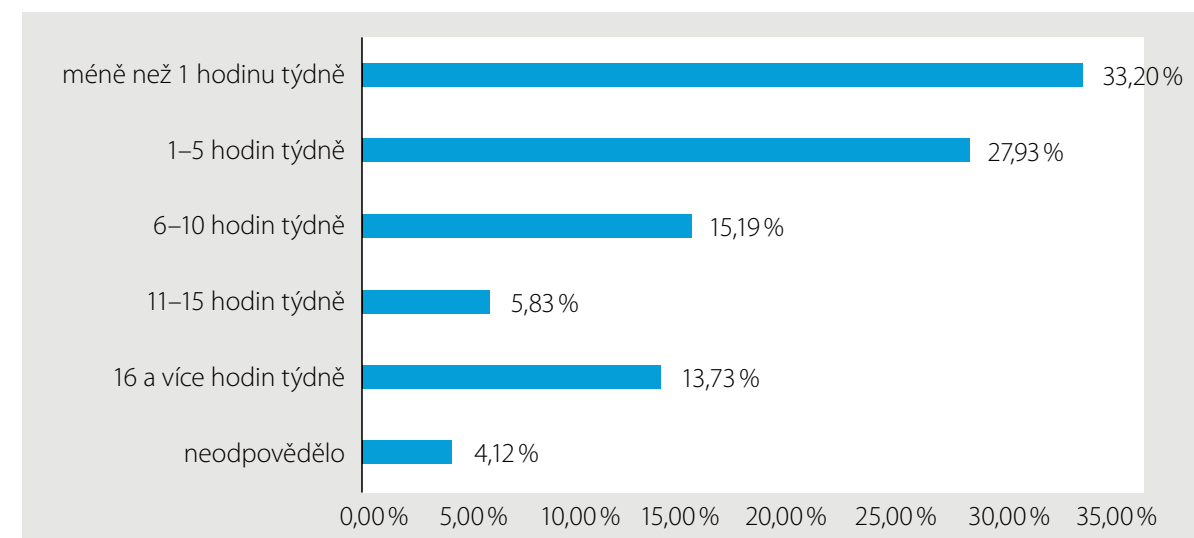
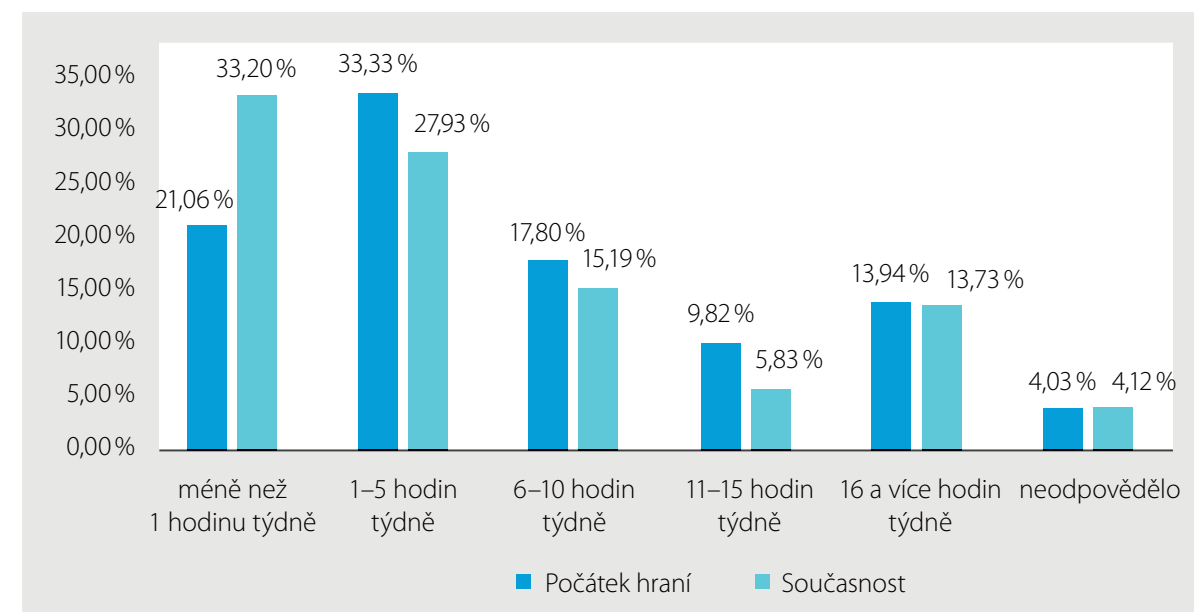
**Graf 1.** Jak dlouho jsi hráčem Minecraftu?

mnoha teoretických vstupů a byly sestaveny tak, aby odrážely stanovené cíle a vzniklé výzkumné problémy. Vlastní sběr dat probíhal elektronicky v prostředí Google Forms. Distribuován byl do všech krajů ČR – především však provozovatelům serverů věnovaných Minecraftu, hráčské komunitě, ale také učitelům a ředitelům základních a středních škol.

Sběr dat probíhal od 1. 9. 2016 do 31. 12. 2016. V následujících měsících pak proběhlo vyhodnocení dílčích výstupů a jejich interpretace. K detailnímu vyhodnocení dat byl využit statistický software Statistica.

Charakteristika vzorku respondentů

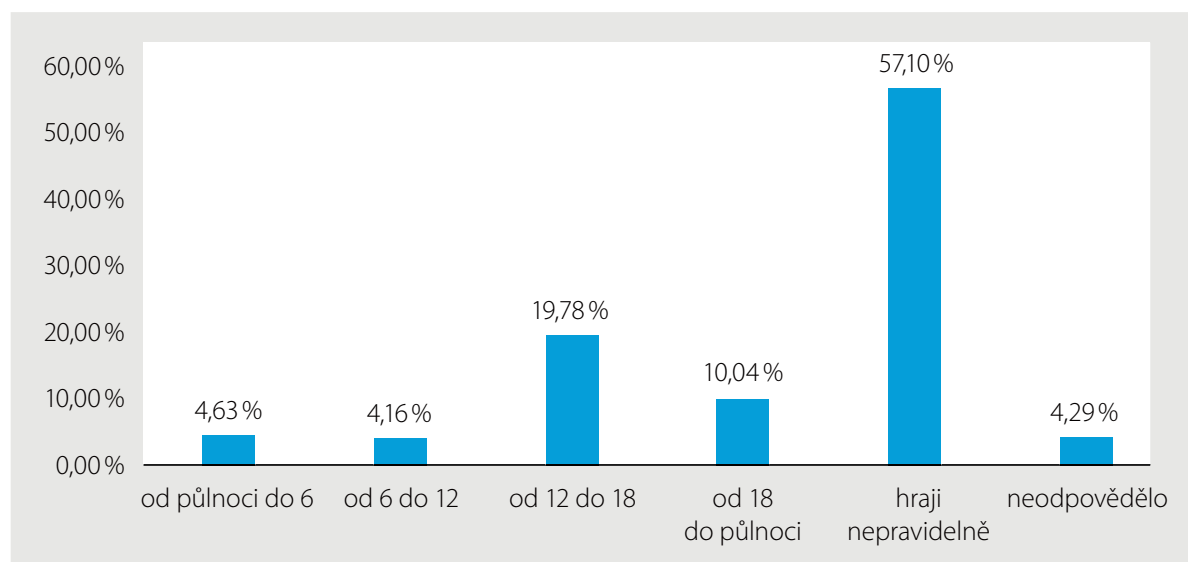
Do výzkumu se zapojilo celkem **2 331 respondentů** (73,75 % mužů, 26,25 % žen) – hráčů hry Minecraft. Průměrný věk činil $\bar{x} = 16,18$, modus $\bar{x} = 13,00$, rozptyl souboru dosahoval hodnoty $s^2 = 246,64$ ($s = 15,10$). 82 % tvořili hráči mladší 18 let. Většinu souboru tvořili žáci základních (68,08 %) a středních (25,23 %) škol ze všech regionů ČR. 93 % tvořili hráči české ná-

Graf 2. Četnost hraní Minecraftu během týdnerodnosti (zbylou část tvořili**Graf 3.** Změny v délce hraní (počátek hraní vs. současnost)

hráči uvádějící slovenskou či polskou národnost).

Soubor zahrnoval jak dlouholeté hráče Minecraftu, kteří se hře věnují několik let, tak i hráče-nováčky, kteří s hraním Minecraftu teprve začínají.

Graf 4. Herní doba (hodiny)



Detailní informace o struktuře souboru z pohledu délky hraní zachycuje následující graf.

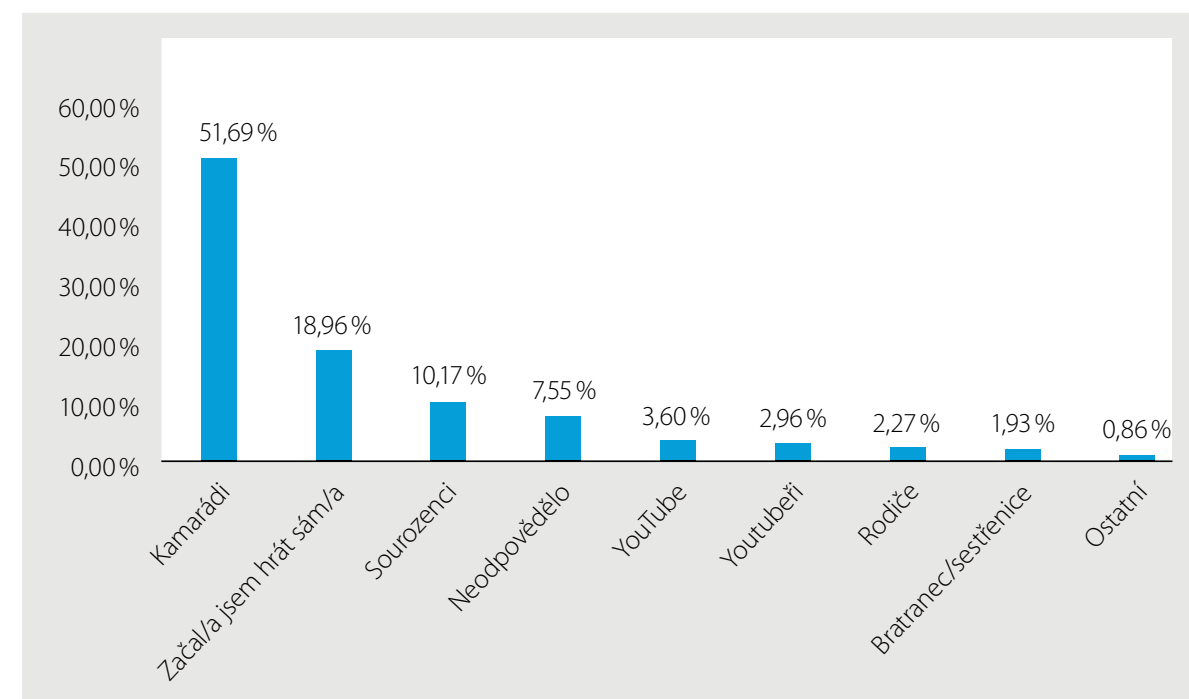
Většina souboru je tvořena běžnými hráči (72,63 %), 22,69 % pak představují hráči na úrovni administrátorů, moderátorů, developerů či správců serverů zajišťujících provoz některého z Minecraft serverů.

Statistiky

Převážně nominální a ordinální úrovni naměřených dat bylo přizpůsobeno jejich následné zpracování, použité numerické operace a statistika. K vyhodnocení dat byl využit statistický software Statistica 12.

V příspěvku uvádíme dílčí výsledky provedených deskriptivních statistik klíčových výzkumných oblastí zaměřených na projevy závislostního chování hráčů Minecraftu. Uvádíme absolutní a relativní četnosti podstatných proměnných majících souvislost se závislostním chováním hráčů Minecraftu, např. četnost hraní Minecraftu během týdne, změny v délce

Graf 5. Kdo tě k hraní Minecraftu přivedl?



hraní (počátek hraní vs. současnost), herní dobu, kdo přivedl respondenty k hraní Minecraftu a především pak vlastní četnosti projevů závislostního chování u hráčů Minecraftu.

Výsledky

A. Časová charakteristika hry

Hraní Minecraftu je často kritizováno vzhledem k délce času, který v tomto prostředí hráči tráví. Proto jsme se zaměřili na to, jak často děti Minecraft hrají a zda u nich plošně dochází k zásadnímu posunu v délce času, který v tomto prostředí tráví (jeden ze znaků závislostního chování je rostoucí tolerance – zvyšuje se čas, který je nutný k uspokojení dané potřeby).



Přibližně třetina hráčů z našeho souboru (33,20 %) hraje Minecraft méně než hodinu týdně. Téměř polovinu z nich (44 %, $n = 340$) tvoří hráči, kteří se hrou Minecraft teprve začínají a jsou herními nováčky.

Rovněž jsme zjišťovali, zdali u hráčů došlo k nějakému výraznému posunu v délce hraní mezi dobou, kdy s hraním Minecraftu teprve začínali, a současným stavem. V rámci celého souboru lze sledovat úbytek herního času, který hráči v Minecraftu tráví – počet hráčů, kteří by hráli Minecraft více hodin týdně, klesá, zatímco narůstá podíl hráčů, kteří si Minecraft zahrají méně než 1 hodinu týdně (nárůst o 12 %).

Abychom si mohli udělat přesnější představu o časovém rámci hraní v průběhu týdne, zaměřili jsme se v analýze na konkrétní dny a časy, ve kterých hra probíhá. Více než 44 % hráčů hraje každý den – hráči nerozlišují, zda jde o pracovní den nebo víkend. 40 % hráčů pak hraje pouze o víkendu, v pracovní dny herní aktivity minimalizují či zcela vypouštějí. Pouze v pracovní dny hraje 11 % hráčů.

Více než polovina hráčů (57 %) nemá přesně vymezený čas, ve kterém se věnují hraní Minecraftu. Z těch, kteří herní čas uvedli, hraje nejvíce hráčů v časovém intervalu od 12:00 do 18:00 (19,78 %).

Herní čas je pro děti velmi důležitý a řada z hráčů je ochotna kvůli hraní Minecraftu rodičům (či partnerům) lhát. Proto jsme zjišťovali, zda hráč někdy lhal rodičům či partnerovi o tom, kolik času trávil hraním Minecraftu. 18,40 % hráčů ($n = 429$) lhalo rodiči (či partnerovi) o tom, kolik času strávili ve hře.

Podle odpovědí hráčů více než polovina rodičů (61,18 %) omezuje dětem herní čas, 36,04 % rodičů pak žádným způsobem délku hraní dětem nelimitují.

B. Sociální charakteristika hraní

V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřovali na to, kdo k hraní Minecraftu hráče přivedl. Podle předpokladů děti ke hře přivádějí nejčastěji jejich kamarádi, sourozenci, případně hráči začali hrát sami od sebe. Podrobný přehled znázorňuje graf 5.

Minecraft děti nejčastěji hrají se svými kamarády, které znají z reálného světa (61,16 %), dále se sourozenci (19,02 %) a dalšími příbuznými – bratranci či sestřenicemi (13,72 %), otcem (3,85 %) či matkou (6,34 %).

Téměř 32 % dětí potvrdilo, že hrají s hráči, které neznají z reálného světa a neznají jejich skutečnou identitu. 11,27 % dětí pak hraje samo. Rodiče v téměř 80 % (79,02 %) vědí o tom, že jejich dítě hraje Minecraft.

C. Projevy závislostního chování u hráčů hry Minecraft

Velmi důležitá část výzkumu byla zaměřena na projevy závislostního chování u hráčů hry Minecraft. V rámci výzkumu jsme sledovali jak projevy psychické, tak fyzické a behaviorální. Je třeba upozornit, že některé z projevů nemusí být automaticky projevem behaviorální závislosti či nadužívání online hry (např. agrese apod.).

Přibližně 16 % hráčů si samo o sobě myslí, že jsou na hraní Minecraftu závislí. U dětských hráčů se objevuje řada projevů závislostního chování – mezi nejčastější patří *ztráta kontroly nad časem tráveným u počítače*, kterou potvrzuje více než čtvrtina hráčů (28,23 %). K dalším projevům pak patří pálení očí (22,40 %), bolest zad, bolest rukou, prodlužování času tráveného při hře, bolesti hlavy apod. Podrobný přehled poskytuje tabulka 1.

Nyní se pokusíme porovnat naměřená data s charakteristickými rysy závislostního chování rozpracovaných Griffithsem (8).

**Tab. 1.** *Projevy závislostního chování u hráčů Minecraftu*

Projevy	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
Přemýšlení o Minecraftu, i když jej zrovna nehrajeme	529	32,12 %
Ztráta kontroly nad časem tráveným u počítače	465	28,23 %
Pálení očí	369	22,40 %
Bolest zad	357	21,68 %
Bolest rukou, zápěstí	346	21,01 %
Prodlužování času tráveného při hře	322	19,55 %
Bolest hlavy	303	18,40 %
Brzké vstávání k počítači nebo ponocování u počítače	240	14,57 %
Výskyt agrese, pokud nám někdo omezí/přeruší hraní	226	13,72 %
Poruchy stravování (nemáme čas na jídlo, nebo naopak jíme při hraní...)	216	13,11 %
Rozostřené vidění	193	11,72 %
Po hraní Minecraftu nemohu usnout	183	11,11 %
Zhoršení prospěchu ve škole	171	10,38 %
Narušení vztahů s rodinou (hádky kvůli Minecraftu apod.)	148	8,99 %
Opouštění dřívějších zájmů a přátel kvůli Minecraftu	147	8,93 %
Problémy s partnery (partnerkou, partnerem) způsobené Minecraftem	125	7,59 %
Nic nezažívám	280	17,00 %
(n = 1647)		



Saliance – salianci, význačnost potvrzuje více než 32 % hráčů, kteří o hře přemýšlejí, i když ji zrovna nehrají. Hra je pro ně velmi důležitá součást života a věnují jí velmi mnoho energie a času.

Změny nálad – změny a výkyvy nálad vykazuje přes 80 % hráčů – ať již v samotném průběhu hry, tak i po hraní.

Tolerance – 28,23 % hráčů potvrdilo, že ztratili (ztrácejí) kontrolu nad časem, který tráví v herním prostředí. 19,55 % také uvedlo, že hraní Minecraftu věnují stále větší množství času.

Syndrom z odnětí – 13,72 % hráčů potvrdilo výskyt agrese a výbuchů hněvu v situacích, kdy jsou odtrženi od hry a nemohou ji hrát.

Konflikt – téměř 9 % hráčů potvrzuje výskyt konfliktů v rodině, které jsou způsobeny nadměrným a nekontrolovaným hraním, 7,5 % především starších hráčů rovněž zažilo konflikt s partnerem či partnerkou, přičemž důvodem konfliktu byl opět Minecraft. 8,93 % rovněž uvedlo, že kvůli Minecraftu opustili své bývalé zájmy, ale také např. přátele a kamarády.

Relaps – z dat, která jsme od hráčů získali, nelze výskyt relapsu potvrdit ani vyvrátit. Někteří z hráčů sice uvedli, že na čas hraní přerušili a poté se ke hře opět vrátili, nicméně většina hráčů postupně snižuje čas, který ve hře tráví – jinými slovy, čím je hráč starší, tím méně času aktivním hraním Minecraftu tráví.

Všechny výše uvedené znaky pro online závislost (bez relapsu) vykazuje maximálně 6 % hráčů, reálná relativní četnost by však byla ještě o něco nižší, pokud by bylo možné prokázat i relaps.

Shrnutí

Ačkoli je fenomén Minecraft celosvětově mezi dětmi velmi rozšířen, nepředstavuje pro dětské hráče – co se týče oblasti online závislosti – vážnější

ohrožení. Minecraft je totiž fenoménem, který je zajímavý zejména pro úzký věkový interval – nejvíce pro hráče ve věku 10–15 let, s přibývajícím věkem hráči postupně omezují své herní aktivity a věnují se jiným činnostem.

Dítě se s Minecraftem seznamuje zejména prostřednictvím svých kamarádů (51,69 % začalo Minecraft hrát právě díky informacím od svých kamarádů), přibližně pětina hráčů uvedla, že hrají sami od sebe, desetina hráčů pak byla ke hře motivována svými sourozenci.

Nadužívání hry se u dětských hráčů projevuje různými způsoby – v oblasti psychické zejména přemýšlením o hře, přestože ji právě nehrají (32,12 % hráčů), ztrátou kontroly na herním časem a rostoucí tolerancí (28,23 % hráčů), narušením spánku (14,5 % hráčů), výskytem agrese při přerušení hry apod. V oblasti fyziologické především pálením očí (22,40 % hráčů), bolestmi zad (21,68 % hráčů), rukou, hlavy a poruchami stravování.

Hraní Minecraftu také v některých případech negativně ovlivňuje mezilidské vztahy, dochází např. k hádkám s rodiči (8,99 %), opouštění dřívějších zájmů a přátel kvůli hraní, zhoršení prospěchu ve škole apod.

Většina dětských hráčů Minecraftu vykazuje zejména znaky nadměrného hraní, které se projevuje zejména růstem herního času, který se hrou tráví – 13,73 % hráčů hraje 16 a více hodin týdně. Skutečnou závislost splňující všech 6 parametrů vymezených Griffithsem vykazuje pouze zlomek z nich, maximálně 6 % všech hráčů.

Diskuze

Minecraft je hra, kterou hrají především dětské hráči. Je tedy především na rodičích, aby zajistili pro své děti dostatečnou „informační hygienu“ a nabídli dítěti dostatek nedigitálních aktivit, které mu umožní rozvíjet svou osobnost i mimo oblast informačních a komunikačních technologií.



Z pohledu rodiče je především třeba:

1. Regulovat herní čas

Čas je proměnná, kterou je třeba v případě online her výrazně regulovat – průvodním znakem hraní Minecraftu a další online her je totiž rostoucí množství času (14), který hráči ve hře tráví. Nutnost limitování herního času a důsledné dodržování nastavené herní doby potvrzují výzkumníci z celého světa (5). Podle výzkumu (14) realizovaného v České republice herní čas reguluje více než polovina rodičů hráčů hry Minecraft (18 %), přesto však přibližně 40 % dětí hraje Minecraft bez jakékoli regulace.

Problém je také to, že Minecraft lze hrát jak na běžném počítači (desktopu), tak i na tabletech a smartphonech – dítě tedy může mít rodičem např. limitován herní čas na počítači, po uplynutí limitu však plynule přejde např. k mobilu. Herní čas lze limitovat různými způsoby - např. pomocí nástrojů rodičovské kontroly.

2. Nabízet dostatek alternativních aktivit, které nejsou spojeny s IT

Velmi důležité je nabídnout dítěti dostatek volnočasových aktivit, které jsou pro dítě zajímavé a umožní vyplnit jeho volný čas. Tím mohou

být např. sportovní aktivity, turistika, společenské hry, umělecké činnosti, zajímavé stavebnice apod. Rodič musí dítě naučit, že počítač, tablet či mobilní telefon nejsou jediným způsobem, jak se zabavit a jak trávit svůj volný čas.

3. Zajistit bezpečí dítěte v herním prostředí

Rodič musí vždy zajistit, aby bylo dítě v herním prostředí v bezpečí. To lze zajistit pomocí technických prostředků (antivirové programy, nástroje rodičovské kontroly) a také prostřednictvím prevence realizované jak v rodině, tak i mimo ni (ve škole, v rámci volnočasových aktivit apod.).

Velmi důležité z pohledu rodiče je seznámit děti s riziky, kterým mohou být v online herním prostředí vystaveny, a vysvětlit jim, jak se v rizikových situacích zachovat. Velmi důležité je vysvětlit dětem hodnotu jejich osobních a citlivých údajů, možné způsoby jejich zneužití, vhodné je rovněž upozornit na rizika komunikace s neznámými lidmi (14). **Základem funkční prevence je však především důvěra a otevřená komunikace – pokud mezi rodičem a dítětem panuje otevřená komunikace a důvěra, dítě bude u rodiče v případě rizikové situace hledat oporu a pomoc. Proto je nutné již od útlého věku posilovat pozitivní vztahy mezi rodičem a dítětem.**

LITERATURA

1. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, et al. Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *International Journal of Preventive Medicine*, 2012; 3(4): 290–294. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624087>
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association. 2013. Retrieved from https://books.google.cz/books/about/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Men.html?id==JivBAAAQBAJ&source=kp_cover&redir_esc=y&hl=cs

3. Beard KW, Wolf EM. Internet addiction. *Cyberpsychology & Behavior*, 2001; 4(3): 377–382.
4. Blinka L. *Online závislosti* (1st ed.). Brno: Grada Publishing, a.s. 2015.
5. Blum-Ross A, Livingstone S. MEDIA POLICY BRIEF 17 Families and screen time : Current advice and emerging research, 2016; 52. Retrieved from <http://eprints.lse.ac.uk/66927/%5Cnhttp://blogs.lse.ac.uk/mediapolicyproject/%5Cn>
6. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, et al. Impulse control disorders and 'behavioural addictions' in the ICD-11. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2014; 13(2): 125–127. <https://doi.org/10.1002/wps.20115>



7. Griffiths M. Does Internet and Computer 'Addiction' Exist? Some Case Study Evidence. *CyberPsychology & Behavior*, 2000; 3(2): 211–218. <https://doi.org/10.1089/109493100316067>
8. Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 2005; 10(4): 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
9. Helsper EJ, Kalmus V, Hasebrink U, et al. Country classification: opportunities, risks, harm and parental mediation. 2013. Retrieved from <http://eprints.lse.ac.uk/52023/>
10. Hlaváč J. Netolismus. Virtuální závislost, nebo závislost na virtuálu? *Prevence*, 2015; 3: 6–8.
11. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet Addiction and Psychiatric Symptoms Among Korean Adolescents. *Journal of School Health*, 2008; 78(3): 165–171. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00279.x>
12. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-C, et al. Tridimensional Personality of Adolescents with Internet Addiction and Substance Use Experience. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2006; 51(14): 887–894. <https://doi.org/10.1177/070674370605101404>
13. Kopecký K. Online Blackmail of Czech Children Focused on 'Sextortion' (Analysis of Culprit and Victim Behaviors). *Telematics and Informatics*, 2017; 34(1): 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2016.04.004>
14. Kopecký K, Szotkowski R. The Minecraft Phenomenon in the Czech Environment (Research Report). Olomouc. 2017. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36727.42401>
15. Kopecký K, Szotkowski R, Krejčí V. Rizikové formy chování českých a slovenských dětí v prostředí internetu. (L. Ludíková, Ed.) (1st ed.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2015. <https://doi.org/10.5507/pdf.15.24448619>
16. Kulman R, Delay J. 'One More Block!' Managing Your Child's Minecraft Obsession. Retrieved from <http://www.additudemag.com/slideshow/189/slide-1.html>
17. Kuss DJ, Griffiths MD, Binder JF. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 2013; 29(3): 959–966. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.12.024>
18. Mak KK, Lai CM, Ko C-H, et al. Psychometric properties of the Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAS-R) in Chinese adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2017; 42(7): 1237–1245. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9851-3>
19. Mak K-K, Lai C-M, Watanabe H, et al. Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 2014; 17(11): 720–8. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0139>
20. Shapira N, Goldsmith TD, Keck PE, et al. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 2000; 57(1–3): 267–272. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00107-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00107-X)
21. Skoupá A. České děti jsou čím dál závislejší na počítačových hrách. Vina je však na straně rodičů. *Hospodářské Noviny* 2015, October 6. Praha. Retrieved from <http://life.ihned.cz/zdravi/c1-64710810-ceske-deti-jsou-cim-dal-zavislejsi-na-pocitacovych-hrach-vina-je-vsak-na-strane-rodicu>
22. Tomczyk L, Wąsiński A. The factors and conditions of netoholism in the perspective of the diagnostic research. *Media, Culture and Public Relations*, 2014; 7(438): 4–16.
23. Tsitsika AK, Janikian M, Mavromati F, et al. Research on Internet Addictive Behaviours among European Adolescents. 2012. Retrieved from <http://www.eunetadb.eu/files/docs/FinalResearchInternet.pdf>
24. Vondrackova P, Smahel D. Internet Addiction. In *Encyclopedia of Cyber Behavior* 2012; 4: 754–767. IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-0315-8.ch063>
25. WHO. WHO | Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Retrieved 17 May 2015, from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
26. Young KS. Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. *Innovations in Clinical Practice* 1999; 17: 19–31. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9120-x>
27. Young KS. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*, 2004; 48(4): 402–415. <https://doi.org/10.1177/0002764204270278>
28. Young KS. Assessment of Internet addiction. The Center for Internet Addiction Recovery. 2008. Retrieved from http://www.icsao.org/fileadmin/Divers_papiers/KYoung-internetaddiction5.pdf



Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně potřebujeme?

Ing. Miluše Balková

Fokus-Písek, z. ú.

Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy

Prostřednictvím kazuistiky je zobrazena potřebnost vzájemné spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami v oblasti duševního zdraví. Kazuistika popisuje případ ženy s chronickým duševním onemocněním, která se ocitla ve špatné životní situaci, a snahu zdravotních a sociálních služeb o podporu a zlepšení této situace.

Klíčová slova: zdravotní služby, sociální služby, pomezí, multidisciplinární tým, psychiatrická péče, mezioborová spolupráce.

Health and social boundaries – why do we need each other?

Case studies illustrate the need for mutual cooperation between health and social services in the field of mental health. The case report describes the case of a woman with a mental illness who finds herself in a bad life situation and the effort of health and social services to support and improve this situation.

Keywords: health services, social services, border, multidisciplinary team, psychiatric care, interdisciplinary cooperation.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Ing. Miluše Balková, info@fokus-pisek.cz

Fokus-Písek, z. ú.

Kollárova 485, 397 01 Písek

Cit.zkr: Psychiatr. praxi 2018; 19(2e): e14–e20

Článek přijat redakcí: 23. 3. 2018

Článek přijat k publikaci: 23. 5. 2018



Úvod

S duševní nemocí se během svého života setká až polovina dospělých lidí. Zároveň zhruba tři čtvrtiny všech dospělých osobně znají někoho, kdo někdy trpěl duševní chorobou (1). Duševní nemoci jsou tedy nedílnou součástí lidské společnosti. Historické souvislosti však odsunuly tyto odlišné, nemocné lidi na okraj společnosti a uzavřely je do ústavů (nejlépe na venkov, co nejdál od ostatních). I když se pohled na život nemocných pomalu mění a existují snahy o reformu psychiatrické péče, stále přetrvává systém zaměřený především na institucionální péči. V zařízeních ústavního typu žije v Česku více než 100 tisíc dospělých duševně nemocných lidí. Dlouhodobá hospitalizace prohlubuje ohrožení sociálním vyloučením, zejména ztrátou sociálních vazeb a sociálních dovedností až po rozvinutí syndromu hospitalismu. (2)

Pro zkvalitnění života těchto desetitisíců lidí je třeba změnit pohled na celý komplex psychiatrické péče. Základním kamenem péče musí být důstojnost pacienta a jeho práva a zároveň nastolení partnerského vztahu mezi pacientem a odborným personálem. To předpokládá zmenšení podílu ústavní péče a vytvoření sítě ambulantních a komunitních služeb, které by poskytovaly komplexní zdravotnickou a sociální péči (vznik center duševního zdraví předpokládá současná reforma). Avšak pozice sociálních služeb v systému psychiatrické péče není v Česku doposud řádně zakotvena. Nemalým problémem vzniku propojeného systému obou oborů je rovněž odlišný způsob financování zdravotních a sociálních služeb.

V zemích Evropské unie, které již reformu uskutečnily (např. Velká Británie, Nizozemí), hrají významnou roli tzv. multidisciplinární týmy, které fungují v rámci jedné komunity a které využívají vzájemnou

spolupráci různých odborníků (zdravotníků, terapeutů a sociálních pracovníků) v rámci jedné instituce (popř. více partnerských). Úspěšný tým musí být flexibilní a musí umět rychle reagovat na specifické a měnící se potřeby klienta. Pro kvalitu poskytované služby je významná mobilita jednotlivých členů týmu. Dosavadní praxe v Nizozemí ukazuje, že pokud to situace vyžaduje, může být do týmu zapojen i rodinný příslušník. Rovněž účast klienta je důležitá neboť i on by měl mít právo spolurozhodovat o léčbě i dalších intervencích. Jedině tak bude v práci týmu zajištěna důstojnost klienta. (3). Cílem celého procesu v multidisciplinárním týmu je poskytování psychosociální péče, která vede ke zkvalitnění života pacienta, pokud možno s minimalizací závislosti a maximalizací sociální integrace.

V českém zdravotnictví existuje dlouholetá praxe sociální práce s hospitalizovanými psychiatrickými pacienty, která však odpovídá spíše administrativnímu zaměření než cílené individuální sociální práci s klientem, kterou by vedl odborně vzdělaný pracovník (4). Tzv. „sociální sestra“ nebývá součástí odborného týmu a po ukončení hospitalizace s pacientem více nepracuje. Jejím úkolem je především pomoci hospitalizovaným pacientům s vyřizováním sociálních dávek, pomoc s hledáním ubytování po hospitalizaci, doprovody. Následnou i preventivní péči zajišťují sociální služby. Avšak v systému sociálních služeb působí jen malý podíl služeb, které se výhradně zaměřují jen na tuto cílovou skupinu.

Psychiatrickou péči v přirozeném prostředí nemocných v současnosti v České republice nabízí 1 012 psychiatrických ambulancí (z toho 907 se specializací v oboru Psychiatrie), 124 klinických psychologů a 19 adiktologických ambulancí. V psychiatrických ambulancích je ročně ošetřeno cca 650 tisíc pacientů, na jednu ambulanci pak připadá průměrně 630 pacientů.



Ambulance nemají nastavenou spádovost, vykazují několikaměsíční čekací doby. Během dne je navštíví přibližně 40 pacientů. Následující kazuistika se odehrává v Jihočeském kraji, kde podle nejdostupnějších statistických údajů bylo v roce 2015 ošetřeno 2 470 osob s diagnózou schizofrenie, 5 003 s poruchou nálad a 1 498 s poruchou osobnosti (5). Podle kvalifikovaných odhadů nizozemských výzkumníků potřebuje psychosociální rehabilitaci cca 60 % osob se schizofrenií, 25 % osob s afektivní poruchou a cca 10 % s poruchou osobnosti. V rámci tohoto kraje se tak jedná o 2 881 osob. Registrované sociální služby pro lidi s duševním onemocněním poskytují v kraji několik organizací, za nejvýznamnější lze považovat organizace sdružené ve FOKUSu ČR, z. s. (FOKUS České Budějovice, z. ú., FOKUS Písek, z. ú., FOKUS Tábor, z. s.). Jedná se o organizace, které mají s podporou lidí s duševním onemocněním dlouholeté zkušenosti. Sociální služby poskytují ambulantní i terénní formou. V roce 2017 poskytly služby cca 800 klientům (odborný odhad na základě telefonického rozhovoru) (bližší informace viz Koncept péče o duševně nemocné Jihočeský kraj) (6). Všechny tři organizace FOKUS usilují o aktivní spolupráci s místními zdravotními službami (místní ambulantní psychiatři, Psychiatrická nemocnice Písek, Psychiatrická léčebna Lnáře, psychiatrická oddělení nemocnic v Táboře a Českých Budějovicích). Na základě spolupráce Fokusu Písek a Psychiatrické nemocnice Písek vzniklo v roce 2015 „Psychosociální komunitní centrum pro lidi s duševním onemocněním Písek“. V tomto centru probíhají pravidelné společné porady a konzultace, které přispívají ke zkvalitnění péče. Sociální pracovníci mají možnost pracovat s klienty přímo na oddělení. Bolavým místem jsou terénní výjezdy, které nejsou ze strany zdravotníků realizovány. Přesto se však jedná o první reálné snahy o propojení zdravotního a sociálního pomezí v tomto kraji. Přestože je kraj pokryt zdravotními

i sociálními službami pro lidi s duševním onemocněním, jejich kapacita je nedostačující.

Kazuistika

Následující kazuistika zachycuje situaci chronicky duševně nemocné ženy. Popsáno je nedostatečné propojení zdravotní i sociální péče, jehož důsledkem jsou odlišné reakce na řešení akutních problémů ženy a následně na její životní podmínky. Kazuistika zachycuje situaci v období 2014–2017 v organizaci FOKUS Písek, z. ú., v jedné z jeho poboček. Klientka podepsala Dohodu o spolupráci a souhlasila s výměnou informací o své situaci mezi Fokusem a ambulantním psychiatrem. Jména klientky, měst a institucí jsou pozměněna.

Paní Marta se stala klientkou zařízení v roce 2014, kdy byla předána z Charity z východních Čech. Pracovnice z Charity informovala, že paní Marta byla u nich v péči několik let, ale bez výrazného pokroku. Martě je 56 let, je rozvedená, sama vychovala tři děti. Paní je paranoidní schizofrenička, která obtížně spolupracuje, je v trvalých bludech, psychiatra navštěvuje jen výjimečně. Má komplikované vztahy v rodině. V roce 2014 se stěhovala do malého městečka v jižních Čechách ke svému synovi a snaze. Spolu s Martou se stěhovala také nejmladší dcera, která zde nastoupila ke studiu na cukrářku. Druhý dospělý syn žije ve východních Čechách a jako jediný je ochoten spolupracovat.

S klientkou probíhala spolupráce v několika fázích. V první fázi byla paní kontaktována sociální pracovnící a byla jí nabídnuta možná spolupráce. Marta projevila zájem, její první zakázkou byla pomoc s vyřízením sociálních dávek na nové adrese, pomoc s důchodem a s nalezením psychiatra. Sociální pracovníce za ní začala dojíždět domů a zjistila, že spolupráce bude hodně



obtížná. Při návštěvách byl vždy přítomen někdo z rodiny. Rodinní příslušníci Martu obviňovali ze své špatné finanční situace a neustále jí předhazovali, že je nemocná a že je vinna za jejich špatný život. Marta se neorientovala v tom, jaké dávky a kde doposud pobírala, takže nastalo obtížné období jednání s úřady o převedení dávek. Několik měsíců se opakovaně stávalo, že Marta zůstávala bez prostředků, protože jí vždy složenka doputovala na jiné adresy po celé republice, kde se dříve vyskytovala. Pracovnice Fokusu vždy kontaktovala poštu, sociální odbor a situace se řešila. Problematické to bylo se zajištěním psychiatra. Sociální pracovnice sice psychiatra Martě zajistila, ale ta se k němu nedostavovala. Vždy se na něco vymluvila, úlohu hrál i nedostatek peněz. Marta neměla peníze na dopravu do spádového města. Později pracovnice zjistila, že klientku o důchod či dávky obírá rodina a že klientku obviňuje z posedlosti ďáblem.

V druhé fázi se pracovnice zaměřila na oslabení negativního vlivu rodiny, za Martou jezdila každý týden, obden ji kontaktovala telefonicky. Stále ji motivovala k návštěvě psychiatra. Marta stále opakovala své bludné představy, kterými ji živila rodina, a požadovala pouze zajištění exorcisty, protože je posedlá ďáblem. Nakonec se podařilo Martu přesvědčit a v doprovodu pracovnice začala navštěvovat psychiatra. Nejprve dostala odpovídající léky, ale později vyšlo najevo, že je nedokáže brát pravidelně, a tak se její stav příliš nelepšil. Marta nakonec přistoupila na depotní injekce, které byly potřeba podávat zpočátku každý týden. Jak se Martě začal stabilizovat její stav, začala i reálně pohlížet na svou rodinu, která ji zneužívá. S velkou podporou Fokusu se začala odpoutávat od rodiny. Sociální pracovnice pomohla Martě najít byt ve Strakoniciích.

Ve třetí fázi bylo cílem, aby Marta získala opět pravidelné návyky. Začala docházet do sociálně terapeutické dílny a zkoušela zvládat denní

režim a finance. Téměř rok trvalo, než zvládala dodržet časy, zorganizovat si život. Když jela na výlet, rozplakala se, protože ve svých padesáti letech byla poprvé někde, kde jí bylo dobře a kde mohla poznat nové věci. Začala přemýšlet o práci, i když již dvacet let nepracovala. Sociální pracovnice jí pomohla sehnat místo v chráněné dílně. Zároveň si pracovnice každý měsíc předávala zprávy s psychiatrickou ambulancí a vše vypadalo téměř ideálně. V roce 2016 Marta nastoupila do chráněné dílny.

Zatím poslední čtvrtá fáze byla cílena na podporu v udržení dosaženého stavu. Již po měsíci byl Fokus kontaktován vedoucí z dílny a informován o problémech a o hrozbě propuštění. Bylo zjištěno, že si Marta začíná půjčovat od kolegyň a že na ni vždy čeká někdo z rodiny před prací. Marta dokonce začala prostituovat. Při rozhovoru Marta vše potvrdila. Příčinou byly požadavky dětí s rodinami a manipulování prostřednictvím podsouvání odpovědnosti za jejich životy, za odškodnění chtěli peníze. Martě byla vysvětlena rizika jejího chování a byla jí poskytnuta podpora v její samostatnosti, zároveň jí byla zajištěna terapie u psychologa. Na měsíc se zdánlivě vše upravilo, ale pak Marta přišla s velkou obavou, že je nakažena pohlavní nemocí. Když si nepůjčovala od kolegů, tak za drobné začala na ubytovně poskytovat sex, aby mohla dětem a vnoučatům dát peníze. Nemoc, které se obávala, nebyla prokázána. Marta s prostitucí skončila, ale opět si tajně začala půjčovat peníze v práci. Na základě toho ji z práce propustili. Na podzim 2016 se podařilo zajistit jinou práci. Úklid na dvě hodiny denně. Stále každý měsíc při návštěvách ambulance psychiatrie předávala sociální pracovnice informace o klientčině situaci. Marta trpěla obavami o děti, Fokus proto nabídl spolupráci rodině, ale ta odmítla.

V květnu roku 2017 došlo k velké změně v chování klientky. Stále mluvila o dětech a o tom, jak jim ublížila. Dávala si vinu za to, že jim



nepomáhá. Vinila se za to, že je snacha na vozíku a nemá invalidní důchod, že syn je alkoholik, který nadělal půlmilionové dluhy a dcera vydrží v každé práci měsíc. Rodina Martu v její vině utvrzovala. Marta se začala měnit před očima. Sociální pracovnice kontaktovala jejího psychiatra, ten však sdělil, že neví o ničem, co by se změnilo a dělo jinak. Marta začala opět mluvit o ďáblech, kartářích, exorcistech, popisovala své sny a vidiny. V jedné slabé chvíli sdělila, že léky nebere pravidelně. Pracovnice se snažila Martu přimět k návštěvě psychiatra, ale klientka trvala na exorcistovi, náhled na realitu neměla. Při dalším kontaktování psychiatra bylo sděleno, že Marta už nějakou dobu nechodí na injekce, ale nikdo z ambulance ji nekontaktoval, protože nemají kapacitu a nestíhají hlídat, kdo měl přijít na injekci a kdo ne. To vysvětlovalo změnu v chování klientky. Psychiatr navrhl hospitalizaci, ale Martu nemůže nikdo nutit a ona nesouhlasí. V blízké psychiatrické nemocnici dokonce odmítli novou pacientku přijmout, pro nedostatek lékařů. Doporučili pouze volat rychlou pomoc, pokud by Marta někoho ohrožovala, a odvést ji do nemocnice v jiném kraji. Dlouhodobé neléčené zhoršení stavu vrací klientku opět na začátek všeho snažení.

Vyhodnocení kazuistiky

Cílem vyhodnocení kazuistiky je nastínění vlivu současné oddělené praxe (oddělené působení sociálních a zdravotních služeb v psychiatrické péči) na situaci paní s duševním onemocněním.

Z pohledu zdravotnické psychiatrické péče

Po přestěhování je paní Martě prostřednictvím sociálního pracovníka nabídnuto navštěvovat psychiatrickou ambulanci v nejbližším okresním

městě, které je vzdálené cca 20 km. Návštěva je ze strany pacientky odkládána. *Lékař nemá kompetence nutit pacientku docházet do ambulance, nemá kapacitu navštívit pacientku doma.* Při návštěvě je zjištěno, že zdravotní stav vyžaduje nasazení medikace. Paní Marta však léky nebere, po čase jsou nasazeny depotní injekce. *Lékař nemá možnost dohlížet na dodržování medikace.* Pacientka chodí na pravidelné kontroly. Stav se postupně stabilizuje. Při pravidelných návštěvách je psychiatr informován (sociálním pracovníkem, který doprovází) o životní situaci pacientky. *Bral lékař při svém rozhodování v úvahu informace od sociálního pracovníka?* V době relapsu psychiatr neví o změnách, které nastaly, a neřeší ani neinformuje, že paní nechodí na pravidelné injekce. *Lékař to odůvodňuje nedostatkem kapacity.* Psychiatr následně navrhuje hospitalizaci, pacientka musí čekat, než někde bude volné místo. Ze strany psychiatra bylo zřejmě vykonáno vše, co mu umožňují kompetence a kapacita. Pokud však probíhala pravidelná komunikace se sociálním pracovníkem, měl včas informovat o tom, že paní přestala chodit na injekce. Návrh na hospitalizaci považuji za krajní řešení.

Z pohledu sociální práce:

Paní Marta se po přestěhování ocitá v péči sociální služby (*jedná se o dobrovolnou spolupráci*), která jí pomáhá zajistit základní potřeby (sociální dávky, důchod) a pomoc s kontaktováním psychiatrické ambulance. Rovněž je zjištěno, že rodina s Martou negativně manipuluje. *Sociální pracovník nemá kompetence nutit klientku k léčbě, může jen pomoci zprostředkovat, může motivovat, podporovat, doprovodit.*

Zdravotní stav vyžaduje návštěvu psychiatra, klientka ji odmítá z důvodu nedostatku financí na dopravu. Roli hraje i manipulace ze strany rodiny. Po usilovné intervenci sociálního pracovníka klientka



navštěvuje psychiatra, získává léky, které však nebere. *Sociální pracovník také nemá kompetenci kontrolovat, zda klientka léky užívá, může jen intervenovat, v případě souhlasu o sdílení informací s psychiatrem, informuje lékaře.* Nastává intenzivní sociální práce, která vede opět k návštěvě psychiatra, kde Marta souhlasí s depotními injekcemi. Nastává zlepšení stavu. *Sociální pracovník napomáhá upevnit sociální zázemí – odpoutání od rodiny, nalezení zaměstnání.* Míra intenzity spolupráce se postupně zmenšuje. *Klientka by neměla být na službě závislá.* V případě nutnosti je zprostředkována návštěva psychologa. Sociální pracovník informuje průběžně psychiatra o situaci klientky. V době relapsu a návratu do počátků, které pro Martu znamenají ohrožení opětovným sociálním vyloučením a chudobou, nenalézá sociální pracovník dostatečnou podporu ze strany psychiatra ani nemocnice. *Chybí společná reakce na sociální a zdravotní propad klientky.*

V důsledku vzájemné neprovázanosti zdravotních a sociálních služeb v psychiatrické péči se paní Marta ocitá v nekonečném kruhu, kdy po zaléčení, částečné stabilizaci, intenzivní sociální práci a snaze o vlastní zotavení se opět ocitá ve špatném zdravotním stavu a nepříznivé životní situaci. Přestože probíhá komunikace mezi sociálním pracovníkem a lékařem, nejedná se o vzájemně propojenou spolupráci. Existuje mezi nimi hluché místo (zejména pokud klientka/pacientka nebere léky, negativně ji ovlivňuje rodina atd.). Přitom by v mnohém pomohlo, kdyby psychiatr mohl včas reagovat na zhoršující se stav paní Marty nebo na její absence při píchání injekcí (návštěva mobilního týmu doma, pravidelný dohled psychiatrické sestry aj.). A rovněž pokud by léčba a sociální práce postupovala v souladu se zdravotním stavem a v souladu se sociálními podmínkami (snížení vlivu rodiny, hledání zaměstnání, dohled nad medikací). Důležitým momentem je rovněž situace, kdy nemocný

člověk nemůže např. z důvodu vzdálenosti a nedostatku financí navštěvovat svého psychiatra. V tomto případě, jak ukazují zahraniční zkušenosti, dobře napomáhají mobilní terénní služby, ve kterých působí lékaři, sestry a sociální pracovníci společně. Svou roli hrají rovněž nedostatečné kapacity psychiatrických ambulancí i komunitních sociálních služeb.

Závěr

I když se může zdát, že o vzájemné spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami je už mnoho napsáno a mnoho se v odborné veřejnosti zná, stále se ve své praxi setkávám s nepochopením a neochotou něco změnit. Při psaní této kazuistiky jsem chtěla ukázat, že člověk s duševním onemocněním je schopen při komplexní psychosociální podpoře žít běžný život, ale pokud některý z článků podpory chybí, je těžké takové úsilí udržet. Přestože v Česku již několik let probíhá transformace psychiatrické péče, stále současný systém neposkytuje dostatečně součinnou spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami. Vzájemná spolupráce je prozatím postavena na dobré vůli a snaze pomoci i nad rámec svých povinností. Uvedená kazuistika upozorňuje na problém propojení zdravotních a sociálních služeb v oblasti duševního zdraví, ale svou platnost má jistě také v jiných oblastech.

Kazuistika upozorňuje na službami nepokrytý prostor, ve kterém se může člověk v tíživé situaci ztrácet. Nemoc, nepříznivé podmínky a chybějící pomoc, pak přivádí člověka do neřešitelné situace. Vzájemná spolupráce sociálních pracovníků, lékařů, terapeutů umožňuje vytvořit podporu, která odpovídá individuálním potřebám člověka.

Lze předpokládat, že včasná intervence sociálního pracovníka, která by byla doprovázena včasnou diagnostikou a medikací lékařem, by zabránila



hlubokému propadu kvality života paní Marty. Následná sociální podpora, kontrola ze strany psychiatra a jeho sestry, nácvik dovedností v sociálně-terapeutické dílně a práce s rodinou by napomohla k postupnému

začlenění zpět do běžného života. Chybějící systém vzájemné spolupráce však způsobil opětovné zhoršení stavu paní Marty, který ji pravděpodobně vrátil zpět do špatného počátečního stavu.

LITERATURA

1. Tnornicroft G. Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2011.
2. Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR. Praha: Liga lidských práv 2015
3. Dick P, et. al. Day and full time psychiatric treatment: A controlled comparison. The British Journal of Psychiatry 147 1985: 246–250.
4. Kuzníková I, et. al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada 2011.
5. Psychiatrická péče 2015 [on line]. [cit. 2018-15-03]. Dostupný na www: <https://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2015>.
6. Koncepce systému péče o osoby s duševním onemocněním [on line]. [cit. 2018-15-03]. Dostupný na www: http://www.kraj-jihocesky.cz/iusneseni_files/Zastupitelstvo/2016-12-15/Navrhy/545ZK16_KUJK_ZK151216_545_pr._Koncepce_systemu_pece_o_osoby_s_dusevnim_on.pdf.



Výkon ochranného léčení žen v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice: zavedení a praxe léčebného programu

PhDr. Viktória Ženková, PhD.¹, MUDr. Katarína Hánělová², Mgr. Petr Ptáček³

¹Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

²Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

³Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

V červnu 2015 bylo v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice (PNHoB) utvořeno samostatné oddělení pro výkon soudem uloženého ochranného léčení žen. Svojí koncepcí zaujímá výjimečné postavení v rámci organizace psychiatrické péče v České republice jako jediné specializované pracoviště pro výkon ochranného léčení žen v ústavní formě. Hlavním posláním léčebného programu oddělení je psychiatrická rehabilitace a resocializace, snížení společenské nebezpečnosti pacientek, získání náhledu na onemocnění. Cílem tohoto příspěvku je krátce odbornou veřejnost seznámit s koncepcí léčebného programu výkonu soudně nařízené ústavní ochranné léčby žen v PNHoB a s průběhem jejího vzniku a revize. Představení přínosu a pojmenování výzev je diskusním příspěvkem odborné veřejnosti k organizaci psychiatrické péče.

Klíčová slova: komunitní systém léčení, léčebný program, ochranné léčení žen v ústavní formě, psychiatrická nemocnice, psychiatrická rehabilitace, psychiatrická resocializace.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PhDr. Viktória Ženková, PhD., viktor.zenka@gmail.com
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice
Podřipská 1, 411 85 Horní Beřkovice

Cit.zkr: Psychiatr. praxi 2018; 19(2e): e21–e26
Článek přijat redakcí: 6. 3. 2018
Článek přijat k publikaci: 31. 5. 2018



Court-ordered compulsory treatment of women in the Psychiatric Hospital Horní Beřkovice: The creation and practice of the therapeutic programme

In 2015 a new specialized ward for the treatment of women under compulsory court-order was established at the Horní Beřkovice Psychiatric Hospital (PNHoB). Its concept of treatment and the uniqueness of this facility occupy an exceptional place in the organization of the psychiatric healthcare system in the Czech Republic. This article aims to provide a brief overview of the methodologies established by health professionals at PNHoB to set up a new system and therapeutic programme for the patients at the facility. It is our aim to address the challenges we had to face and to contribute to the professional discussion on the organization of the psychiatric healthcare.

Keywords: community psychotherapy, therapeutic programme, compulsory court-ordered treatment of women in institutional healthcare facility, psychiatric hospital, psychosocial rehabilitation, psychiatric resocialization.

Úvod

V červnu 2015 bylo v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice (PNHoB) vytvořeno specializované oddělení pro výkon soudně uloženého ochranného léčení žen, jehož cílem je psychiatrická rehabilitace a resocializace, snížení společenské nebezpečnosti pacientek, získání náhledu na onemocnění. Svojí koncepcí zaujímá výjimečné postavení v rámci organizace psychiatrické péče v České Republice jako jediné specializované pracoviště pro výkon ochranného léčení žen v ústavní formě. Obdobně zde před více než 40 lety vzniklo první oddělení ochranných léčení sexuologických v tehdejší Československu.

Oddělení ochranných léčení žen má aktuálně 23 lůžek a k hospitalizaci přijímá ženy s uloženým ochranným léčením psychiatrickým, protialkoholním, protitoxikomanickým. Patientky jsou přijímány na oddělení předáním Policií ČR nebo se k výkonu léčení samy na základě rozhodnutí soudu dobrovolně dostaví. V případě, že je jejich stav při přijetí do PNHoB akutně dekompenzován, k výkonu léčení jsou překládány po stabilizaci na příjmo-

vém oddělení. Nejčastěji se setkáváme s psychiatrickými diagnózami ze skupiny schizofrenních poruch a poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek. Doba léčení je velmi variabilní, obvykle netrvá kratší dobu než rok, ve výjimečných případech i několik let (nejpozději po dvou letech musí soud přezkoumat důvodnost dalšího trvání ochranného léčení).

Záměr vytvořit samostatné oddělení pro výkon ochranného léčení s sebou nesl potřebu vytvořit specifický léčebný program a přizpůsobit jej novému rázu oddělení. Prostřednictvím tohoto článku chceme krátce seznámit odbornou veřejnost s koncepcí léčebného programu, s postupem při jeho tvorbě a zhodnocením po dvou letech jeho fungování.

Přípravy a průběh vytváření nového modelu léčebného programu

V úvodu tvorby léčebného programu bylo důležité pojmenovat zásadní body koncepce – cíl a terapeutické prostředky k jeho dosažení. Cílem ochranného léčení je návrat pacientky do běžného života pod podmínkou



snížení její společenské nebezpečnosti. Podstata léčení spočívá ve změně postojů pacientky, a pokud to povaha onemocnění umožňuje, způsobu jejího jednání, nebo osvojení si způsobů zacházení s onemocněním, které minimalizují riziko recidivy. Základním principem je komunitní systém, založený na otevřené komunikaci a přijetí spoluzodpovědnosti za proces léčení, i prostředí, v němž léčení probíhá.

Při jeho tvorbě se vycházelo ze stanovených cílů, z poznatků z léčebného programu pro léčbu závislostí žen v PNHoB, který prošel úspěšným procesem certifikace i recertifikace Certifikační agentury Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Do nové koncepce se zakomponovaly i vhodné prvky z léčebného programu výkonu ochranného léčení sexuologického. Vše proběhlo s ohledem na platnou legislativu a příslušné nemocniční předpisy prověřené akreditačním a reakreditačním procesem Spojené akreditační komise.

Koncipování léčebného programu probíhalo v rámci schůzí vedení primariátu. Praktické připomínky, poznatky z praxe ostatního personálu, se do koncepce zapracovávaly v průběhu provozních porad oddělení. Jednotlivé body byly v týmu připomínkovány a prodiskutovány a poté dopracovány do finální podoby. Tím se definovala koncepce léčby, popsala její organizace, prostředky a cíle.

Během tvorby nového modelu léčebného programu se již od počátku kladl důraz na jeho srozumitelnost pro pacientky. V předcházející podobě oddělení se cítily nejistě ve vztahu k požadavkům léčení, hlavně k podmínkám podání návrhu na přeměnu formy ochranné léčby příslušnému soudu (subjektivně dlouze vysněnému ukončení léčby). Pacientky běžně trávily čas pasivním přemýšlením o termínu ukončení léčení, nepřebíraly odpovědnost za svůj pobyt a dění na oddělení. Vznikaly konflikty

pramenící z frustrace, někdy se pacientky cítily nepochopeny, zabývaly se myšlenkou, že jim terapeutický tým chce ublížit, zdržuje jejich propuštění a tím se vytvářel bludný kruh nespolupráce. Nastavení bylo náročné i pro personál, který se tak častěji musel vyrovnávat s pocity beznaděje, deziluzemi a vznikal prostor k jeho rychlému vyhoření. Srozumitelností cílů a nároků léčebného programu pro pacientky i personál se dosáhlo jeho jasným vymezením, rozdělením do několika fází a definováním úkolů nutných k postupu do dalšího stupně a k podání návrhu na přeměnu v ambulantní ochranné léčení k příslušnému soudu.

Léčebný program

Léčebný program je založený na komunitním principu aktivní spolupráce a přijetí (spolu)zodpovědnosti ze strany pacientek. Slouží jako nástroj terapie a svou podstatou vede k rozvoji schopnosti zvládat nároky reálného života. Tím vytváří prostor pro sociální učení přizpůsobivějších forem chování v kontextu jasně a srozumitelně vymezených pravidel. Lze ho rozdělit na režimovou, psychoterapeutickou a medicínskou část. V rámci režimové složky mají pacientky prokázat schopnost přijmout a dodržovat pravidla. Je založena na komunitním systému, využívá modelu okamžité zpětné vazby formou pozitivního či negativního hodnocení. Psychoterapeutická část se soustřeďuje na skupinovou práci. Na oddělení fungují aktuálně dvě skupiny. První, v níž mají pacientky možnost prokázat svou schopnost a ochotu v léčbě spolupracovat a přijmout principy skupinové práce. Druhá se soustředí na náhledovou terapii, kde pacientky probírají témata, která musí zpracovat v procesu léčby. Medicínská část vychází z běžných standardů léčby jednotlivých onemocnění. Jsou-li splněna indikační kritéria, využívají se v maximální míře dlouhodobě působící preparáty, případně



starší depotní antipsychotika. Úsilí terapeutického týmu se zaměřuje na vytváření a využívání všech příznivých okolností, které pomáhají formovat žádoucí mezilidské vztahy a zvyšují osobní zralost patientek.

V léčbě je zaveden systém průběžného individuálního kvalitativního hodnocení každé pacientky. Pacientka se určitou částí spolupodílí na vývoji individuálního plánu léčby a přebírá za něj i přiměřenou zodpovědnost. K rozhodování jí napomáhají zpětné vazby terapeutického týmu a ostatních členek komunity, individuální pohovory a další terapeutické aktivity. Využívá se systém pochval a přestupků a spolupráce se spolusprávou patientek, kde si pacientka individuálně volí nápravu přestupku ve spolupráci se správkyní komunity (podléhá schválení terapeutického týmu). Při nápravě je vyzdvihován terapeutický smysl úkolu. Měl by odrážet aktuální potřeby pacientky, potíže nebo konflikty a měl by vycházet z její situace a osobnostního nastavení. Plněním úkolu by měla získat novou informaci o sobě, svém chování a získat další náměty pro následující terapeutickou práci na skupinách.

Součástí resocializace patientek s protitoxikomanickou a protialkoholní léčbou je účast na projektu Následná péče (cyklus odborných přednášek a praktických interaktivních seminářů, projekt PNHoB), jenž slouží jako příprava pro přechod do reálného života po léčbě. Dle vlastního zájmu a po splnění podmínek se pacientky mohou účastnit kulturních akcí pořádaných Multicentrem PNHoB (různá divadelní představení a koncerty), mají též možnost duchovní péče.

Pravidelné porady týmu, kterých se účastní zástupci jednotlivých profesí, umožňují komplexní pohled na problém a fungování pacientky. Vzájemné předávání informací slouží ke zvyšování kvality péče. Personál může k otázkám terapeutického přístupu a jednotlivým aktivitám nebo

postupům využít supervizi v osobě psychologa. Tu doplňuje externí certifikovaný supervizor.

Fáze léčby

Léčebný program je rozdělen do několika léčebných fází s jasně definovanou náplní, právy a povinnostmi spojenými s pobytem ve fázi a podmínkami dalšího postupu v rámci ochranného léčení. Doba trvání léčení závisí na míře spolupráce pacientky. Podání návrhu na přeměnu formy ochranného léčení na ambulantní podobu předpokládá splnění všech kritérií léčby. V případě, že pacientka není schopna ze zdravotních důvodů spolupracovat plnohodnotně v rámci standardního léčebného programu, je tato skutečnost zohledněna v jejím individuálním léčebném plánu.

Přípravná fáze je pro pacientku adaptačním obdobím, obvykle trvá 14 dní. Náplní je seznámit se s režimem a chodem oddělení a zhodnotit vlastní motivaci k léčbě. Pacientka má speciální program dle individuálního stavu a účastní se základního chodu oddělení.

Poté postupuje do první léčebné fáze. Její náplní je prohloubení znalostí režimu a chodu oddělení a upevňovat svou motivaci k léčbě. V průběhu trvání fáze pacientka vypracuje dva elaboráty. První představuje vlastní životopis, druhý je jejím pohledem na důvod nařízení ochranného léčení. Uvádí v něm, jak sama rozumí důvodům nařízení ochranného léčení, co tomu předcházelo. V rámci tématu též uvede rozsudek a závěr znaleckého posudku. Elaboráty se vypracovávají písemně, pacientka je přednese na komunitě, kde dostane zpětnou vazbu ostatních patientek a terapeutického týmu. Hodnocení se vztahuje k tématům elaborátů, neslouží k posuzování života jednotlivce.



Po splnění podmínek a prokázání alespoň elementárního porozumění obtíží, které vedly k nařízení ochranného léčení, pacientka přechází do druhé léčebné fáze s individuální dobou trvání. Lze ji považovat za prostor pro náhledovou terapii. Náplní je zorientovat se v počátcích a příčinách vzniku a rozvoje závislosti a/nebo se vznikem a rozvojem nemoci. Pacientka získává náhled k problematice ochranného léčení, osvojuje si společensky žádoucí formy chování. V průběhu pobytu v této fázi vypracuje minimálně šest elaborátů na témata zvolená terapeutickým týmem podle individuálního plánu léčby pacientky (např. Delikty a společenská odezva na ně; Rizikové situace a plán jejich zvládnutí; Zvládnutí impulzů). Témata pacientky probírají na skupinách a následně přednesou v rámci komunity.

Třetí, resocializační, léčebná fáze je poslední. Trvá opět individuálně (minimálně 3 měsíce). Náplní je intenzivní nácvik fungování v extramurálním prostředí, prohloubení náhledu v souvislosti s nemocí a uložením ochranného léčení, osvojení si společensky přijatelných forem chování. Pacientka se spolupodílí na chodu oddělení, aktivně přistupuje k léčbě. Přebírá zodpovědnost za sebe, léčbu a plánování nejbližší budoucnosti. Vypracuje témata týkající se převážně budoucnosti po léčbě (např. Krizový a havarijný plán; Plán „zdravého života“).

Závěr: Zhodnocení léčebného programu po dvou letech fungování v praxi a další výzvy

Ohlédnutí se za dobou fungování léčebného programu v praxi otevřelo prostor k pojmenování silných stránek, ale i určitých rezerv a výzev. Po přechodném období zvýšených nároků na ošetřující personál i pacientky vzhledem k adaptaci na náročnou změnu postupně došlo ke zlepšení

atmosféry na obou stranách. Pozitivně se to odrazilo na vzájemné komunikaci a spolupráci. Již po krátké době se ukázala účelnost vytvoření ucelené koncepce specifické pro výkon ochranného léčení žen. Pacientky mají od začátku do konce procesu léčení přístup k jasně definovaným pravidlům a informacím. Jsou zařazeny do programu, ve kterém mají možnost postupně se otevírat a hovořit i o tématech, která bývají často předmětem studu a která by v prostředí běžného psychiatrického oddělení pravděpodobně otvíraly a podrobně probíraly jen velmi obtížně. Zásadní roli hraje komunitní systém, v němž pacientky přebírají spoluzodpovědnost za fungování systému léčení a průběh vlastní léčby. Přijetí vlastní zodpovědnosti, uvědomění si a osvojení určitých kompetencí v rámci zacházení se svou nemocí považujeme za předpoklad dalšího bezproblémového fungování.

Komplikovaným v některých případech zůstává hledání průniku mezi individuálními potřebami pacientky, nároky léčebného programu a léčebným fungováním komunity. Například není možnost dalšího překladu pacientky na jiné, (duální) diagnóze vhodnější, oddělení a současně setrvávání pacientky na oddělení negativně ovlivňuje práci léčebné komunity, nebo na ni přinejmenším klade zbytečné nároky. S tím souvisí i otázka dalšího postupu kompetentních úřadů v případě opakovaného závažného porušování léčebného programu. Stává se, že pacientka i nadále zůstává na oddělení, a komunita se tak musí vyrovnávat se smysluplností dodržování pravidel bez jasného edukativního momentu.

Systém léčení je neustále přístupný zpětným vazbám, koncepci vnímáme jako proces. Práci s komunitou žen v rámci nedobrovolné léčby se nadále snažíme zdokonalovat. Jako důležitou vidíme sebereflexi terapeutického týmu. Práce na oddělení tohoto typu je extrémně psychicky



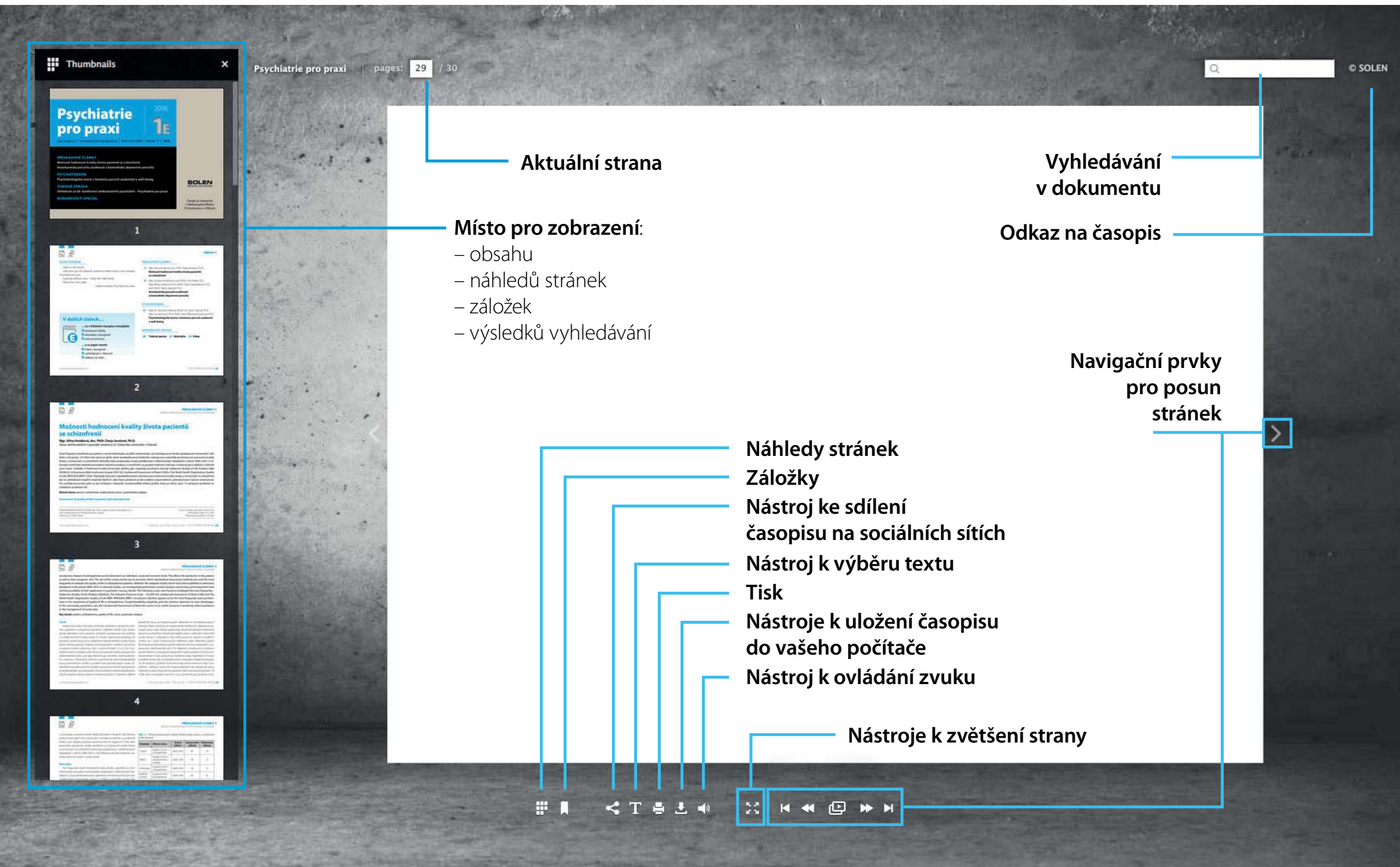
náročná, na personál dlouhodobě klade vysoké profesní i lidské nároky. Podpora vzdělávání a pravidelné podstupování supervize je proto nevyhnutelností.

V návaznosti na ochranné léčení v ambulantní formě bychom uvítali sdílení katamnestických informací, případně společné supervizní setkávání nad předanými pacientkami. **Vnímáme** vhodnost zvyšování povědomí odborné veřejnosti o jednotlivých léčebných zařízeních a jejich službách.

Též **rozšíření dialogu při hledání místa** ústavní léčby v rámci reorganizace a směřování psychiatrie.

Poznámka:

Poděkování patří všem zaměstnancům nemocnice podílejícím se na přípravách a samotné realizaci vytvoření specifického oddělení pro výkon ochranného léčení žen a účastným pacientkám, které se v daném období adaptovaly probíhající změně.





www.psychiatriepropraxi.cz