

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Problematika aktivního přístupu k vlastní léčbě u  
psychóz**

David Panuška

vedoucí práce: MUDr. Jan Stuchlík

**Praha 2011**

**Prague college of psychosocial studies**

**Matters of an active approach to respective treatment  
in psychosis**

David Panuška

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Jan Stuchlík

**Praha 2011**

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně. Práce byla zpracována pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze, dne 27.8.2011

---

David Panuška

**Poděkování:**

Tímto bych rád poděkoval vedoucímu diplomové práce MUDr. Janu Stuchlíkovi za jeho vtipné a inspirativní připomínky.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	7
<b>1 Teoretické a předmětné vymezení práce</b> .....	9
1.1 Osobní a teoretická východiska.....	9
1.2 Předmětné vymezení práce.....	10
1.3 Doplnující poznámky.....	11
<b>2 Současná situace v Evropě a ČR</b> .....	12
2.1 Obecný přehled.....	12
2.2 Několik statistických údajů.....	14
2.3 Zásadní komplikace v transformaci systému.....	15
2.4 Síť komunitních služeb.....	17
<b>3 Motivace jako součást terapeutické práce</b> .....	21
3.1 Obecně o motivaci.....	21
3.2 Důvody a význam.....	22
3.3 Otázka osobních důvodů na straně klienta.....	23
3.4 Otázka moci a manipulace na straně pracovníka.....	25
3.5 Otázka potřeb a jejich naplnění.....	28
<b>4 Překážky bránící motivaci a aktivnímu přístupu</b> .....	30
4.1 Negativní příznaky schizofrenie a odmítání léčby.....	30
4.2 Nežádoucí účinky psychofarmakologické léčby.....	32
4.3 Úskalí ústavní léčby.....	34
4.4 Širší sociální prostředí, stigmatizace, diskriminace.....	35
<b>5 Alternativní možnosti porozumění</b> .....	39
5.1 Antipsychiatrie a léčba bez medikace.....	39
5.2 Na potřeby zaměřený přístup.....	41
5.3 Interpretace sluchových halucinací.....	43
5.4 Využití imaginačních technik.....	44
5.5 Narativní metafora.....	46

<b>6 Výzkum.....</b>	<b>48</b>
6.1 Zaměření vlastního výzkumného šetření.....	48
6.2 Hypotézy.....	49
6.3 Výzkumná metoda.....	50
6.4 Vytvoření výzkumného nástroje.....	50
6.5 Popis průběhu výzkumného šetření.....	53
6.6 Výsledky výzkumného šetření.....	57
6.7 Shrnutí výzkumu.....	60
<b>Závěr.....</b>	<b>63</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>65</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>70</b>

## Úvod

Pracuji jako terapeut v organizaci, která poskytuje služby sociální a pracovní rehabilitace lidem trpícím některou závažnou duševní poruchou. Pracoval jsem v oblasti chráněného bydlení, i v oblasti chráněného zaměstnávání. V minulosti jsem byl také zaměstnán jako pečovatel v projektu samostatného podporovaného bydlení ve Velké Británii, kde jsem nasbíral mnoho zkušeností, zejména v oblasti podporování samostatnosti a vlastních kompetencí klientů, což je současným celoevropským trendem. Ještě dříve jsem pracoval jako sanitář v psychiatrické léčebně v Praze. K této práci jsem se dostal vlastně náhodou, a když jsem začínal pracovat na oddělení gerontopsychiatrie, nebyl jsem si vůbec jistý, zda je to skutečně ta správná práce pro mě. Po pár týdnech jsem si však byl již zcela jist. Práce na psychiatrii mne uchvátla a já se při ní cítil šťasten. V té době jsem studoval sociologii a sociální politiku na Karlově Univerzitě. Po získání bakalářského diplomu jsem se vydal cestovat a práci na psychiatrii jsem tudíž opustil. Postupem času jsem se k ní, respektive k práci s psychiatrickými klienty, opakovaně navracel. Stále mne přitahovala a zjišťoval jsem, že je to práce, které se chci dlouhodobě věnovat. Proto jsem se nakonec rozhodl doplnit si vzdělání a přijmout tuto práci jako svojí profesi. Jedním z důsledků tohoto rozhodnutí je právě i tato diplomová práce.

Jak jsem již zmínil, také jsem hodně cestoval. Nikdy jsem při tom netoužil po navštěvování turistických oblastí, ale naopak jsem se snažil vždy dostat co nejbližší místnímu obyvatelstvu a porozumět jejich autentickému způsobu života. Takto jsem docestoval až do jurt v odlehlých končinách Mongolska, do etnických vesnic v Laosu, do svatých měst v Indii a na mnohá další místa. Tyto cesty mi daly mnoho zkušeností, z nichž některé jsem mohl také uplatnit ve své práci. Porozuměl jsem tomu, jak různorodé a pestré mohou být způsoby chápání světa, že odlišnost a jinakost může být ve skutečnosti dobrá a přínosná pro společnost a v neposlední řadě jsem také uviděl, že to, co je v jedné kultuře považováno za nevhodné a patologické může být kulturou jinou přijímáno jako zcela normální.

Díky tomu jsem si uvědomil, že nezáleží ani tak na tom, nakolik se konkrétní jedinec odlišuje od nějakých norem, ale spíše je důležité, jak je na možné odlišnosti nahlíženo, jak jsou obecně přijímány společností a jaký prostor k seberealizaci a naplnění osobních potřeb daný jedinec dostává.

V mé současné práci usilujeme o to, aby lidé, obvykle s psychotickou poruchou, kteří prošli náročnou a zdlouhavou hospitalizací v psychiatrických léčebnách, dostali šanci a podporu v opětovném návratu do běžného života. V mnoha případech však přijímáme klienty, kteří již ztratili veškeré kontakty s okolním světem a postrádají motivaci k vlastnímu návratu. Téma motivace a aktivního přístupu se tedy stalo v mém zaměstnání jedním ze stěžejních.

Protože mne samotnému trvalo dlouhou dobu se v současné situaci psychiatrické rehabilitace zorientovat, a také proto, že jsem jednotlivé poznatky a zkušenosti sbíral postupně v průběhu vlastní praxe, někdy doslova jen způsobem pokus-omyl, přičemž oporou mě byly často pouze strohé, obecné informace ze Standardů kvality sociálních služeb<sup>1</sup>, rozhodl jsem se na toto téma napsat svojí diplomovou práci. V té se zaměřuji na současnou situaci psychiatrické léčby v České republice, aspekty či možnosti sociální rehabilitace a zejména pak na téma motivace a aktivizace, jež považuji v tomto oboru za zcela zásadní. Práce usiluje o vytvoření základního přehledu podmínek, možností, teorií, poznatků a forem realizace těchto služeb, a důkladnější rozpracování otázky motivace a aktivního přístupu.

Tuto práci jsem psal tak trochu sám pro sebe, abych ucelil všechny své osobní poznatky a vědomosti, a zároveň je doplnil a rozšířil důkladným studiem souvisejících odborných textů. Doufám však, že osloví i své čtenáře a bude, alespoň v některých ohledech, inspirující a podnětná.

---

1 *Standardy kvality sociálních služeb*, MPSV, 2006



# 1 Teoretické a předmětné vymezení práce

## 1.1 Osobní a teoretická východiska

Posláním organizace, ve které pracuji<sup>2</sup>, je, mimo jiné usilovat o opětovné začlenění lidí se závažnou psychickou poruchou zpět do společnosti. Cílovou skupinou jsou dospělí lidé s duševní poruchou, která významně ovlivnila způsob jejich života a oddělila je od běžného místního společenství. V převážné většině jsou to lidé s diagnózou schizofrenie. Obecným cílem poskytovaných služeb je ve stručnosti reintegrace těchto osob do běžné společnosti, aktivizace a podpora při zisku a udržování kontaktů se společností a využívání běžných zdrojů. V každodenním kontaktu s uživateli služby se snažíme usnadnit jim návrat do běžného života, zejména po dlouhodobějších hospitalizacích v psychiatrických léčebnách. U většiny našich klientů však nejde pouze o poskytnutí pomoci, ale je nutné jejich vlastní snahy o opětovnou reintegraci také aktivizovat. Je tedy zásadní nějakým způsobem je motivovat k tomu, aby se vůbec o návrat do běžného života pokoušeli.

Bohužel naši klienti často postrádají schopnosti, jak porozumět sami sobě a jak naplnit své důležité potřeby. Při rozhovorech s nimi opakovaně slýchám, že byli v psychiatrické léčebně nuceni potlačovat své emoce a předstírat vnitřní vyrovnanost. Nedostali příležitost vyjádřit to, co cítí a v mnoha případech jim nebyly přiznány ani vlastní kompetence v možnostech svůj zdravotní stav vlastním úsilím zlepšovat. Od několika klientů jsem se dozvěděl, že jim nezbývá vůbec nic jiného, než čekat, až se objeví kvalitnější léky, neboť jim prý toto řekl jejich psychiatr. Těmito a mnoha dalšími způsoby jsou osoby trpící schizofrenií v České republice zbavovány kompetencí. Jsou proměňováni v neschopné, nemocné chudáky, kteří mohou jen tiše čekat a doufat v příchod zázračné pilulky. Jejich vlastní schopnosti, přání, potřeby a pocity přitom často nejsou brány v úvahu ani v jejich rodinách, či blízkém sociálním prostředí.

---

2 Podrobné informace o této organizaci a službě sociální rehabilitace jsou veřejně přístupné na internetových stránkách společnosti: [www.bona-ops.cz](http://www.bona-ops.cz)

Ve skutečnosti ovšem není vůbec jednoznačné, jakým způsobem schizofrenii rozumět a jak k její léčbě přistupovat. Existuje mnoho různých teorií popisujících její vznik, průběh a „vhodnou“ péči. Jakýmsi společným konsenzem a všeobecně přijímaným názorem je, že na vzniku schizofrenie se může podílet mnoho faktorů a to jak psychosociálních, tak biologických. V léčbě a rehabilitaci má být dle současné evropské koncepce<sup>3</sup> přesunuto těžiště z lékařských institucí do komunity a rodiny postiženého jedince, a má být podporováno jeho zapojení do přirozeného sociálního prostředí. Ačkoliv v ČR je uskutečnění této koncepce zatím stále v nedohlednu, mnohé evropské země ji již úspěšně realizují. Ať je však současná situace jakákoliv, otázka po konkrétním způsobu terapeutické práce v osobním kontaktu stále zůstává nezodpovězena. Se schizofrenními lidmi se pracuje dle mnoha různých terapeutických přístupů a zatím nebyl nalezen žádný, který by poskytl jednoznačné řešení a všeobecně použitelnou metodu.

Vzhledem k výše řečenému bylo mým cílem v této práci systematicky uspořádat jednotlivé aspekty sociální rehabilitace osob se závažnou duševní poruchou. Respektive shrnout a důkladněji prozkoumat možnosti reintegrace těchto osob do běžné společnosti, přičemž považuji za důležité zdůraznit, že zde nejde o snahu reintegrovat někoho někam. Jedná se v první řadě o to, jakým způsobem umožnit a podpořit vlastní snahy a vlastní kompetence bývalých psychiatrických pacientů, v jejich úsilí o návrat do běžného života. Jejich vlastní motivace, potřeby a možnosti jsou pro mne klíčovým tématem, neboť jsem přesvědčen, že jsou ve skutečnosti apriorním a stěžejním tématem jakékoliv sociální rehabilitace, potažmo jakékoliv léčby a terapie duševních poruch.

## 1.2 Předmětné vymezení práce

Z výše popsaných důvodů se v této práci neopírám o žádný konkrétní psychoterapeutický směr. Cílem práce je především zmapovat současnou situaci a odhalit určité možnosti. Při psaní této práce i v profesním životě, se inspiroji širokým spektrem teorií a směrů. Zde mi však jde především o to, jakým

---

<sup>3</sup> viz *Deklarace o duševním zdraví pro Evropu*, Helsinky, 2005

způsobem můžeme podpořit vlastní motivaci k léčbě a rehabilitaci u našich klientů, a také co jim (a nám) v tom může bránit. Budu se tedy zajímat zejména o to, jaké jsou jejich potřeby, obavy, možnosti a šance, a v souvislosti s tím také o to, jak vypadají v současnosti reálné podmínky a prostředí psychiatrické léčby a následné rehabilitace. Budu vycházet z velké míry ze své osobní praxe, ale také z důkladného studia odborných publikací a dokumentů.

Součástí této práce je také výzkum, zaměřený na postoje a pocity bývalých pacientů Psychiatrické léčebny Bohnice. Předmětem výzkumu jsou subjektivní postoje těchto lidí vůči průběhu své hospitalizace. Zaměřuji se na to, jak se při léčbě cítili, jak vnímali chování personálu a do jaké míry byly naplňovány jejich potřeby. Výzkum byl proveden dotazníkovým šetřením na vzorku 31 jedinců.

### 1.3 Doplnující poznámky

Ačkoliv v původním záměru bylo věnovat se v této práci osobám s diagnózami z okruhu psychóz, je nepochybné, že tato kategorie je příliš široká. Vzhledem k omezeným možnostem této práce by nezbývalo dost prostoru vymezit jednotlivá specifika u každé duševní poruchy spadající do souborného lékařského označení psychóza. Koneckonců, zřejmě by to ani nemělo žádný podstatný přínos, neboť tato práce je zaměřena více obecně. Proto se budu ve své práci vztahovat primárně ke schizofrenii. Považuji za důležité toto zdůraznit, neboť je pravděpodobné, že v některých oddílech této práce by jiné psychotické diagnózy vyžadovaly do určité míry odlišný přístup a pojetí.

Další věcí, která by měla být zmíněna je skutečnost, že o „uživatelích sociálních služeb“ hovořím v této práci často jako o „klientech“. Jsem si vědom toho, že korektní označení je „uživatel“, avšak tohoto termínu se v běžné mluvě prakticky nepoužívá. Bylo by poněkud krkolomné trvat na striktním používání termínu „uživatel“ a proto i v této práci budu používat obou termínů.

## 2 Současná situace v Evropě a v ČR

Psychiatrická péče a léčba prochází neustálým vývojem. První formy centralizované institucionální léčby založené na vědeckých koncepcích, se začaly objevovat ve druhé polovině 19. století. S postupným rozvojem empirie a systematiky začala vznikat potřeba rozumné a eticky korektní zvláštní péče o psychicky narušené, kteří do té doby byli často internováni v nápravných zařízeních společně s kriminálníky, nebo byli vystavováni různým nepodloženým „léčebným“ metodám. Kapacita psychiatricky zaměřených oddělení nemocnic, klášterů či všeobecných ústavů, vznikajících od druhé poloviny 18. století, byla nedostačující a poptávka po specializované péči vzrůstala spolu s rozvojem a přeměnou celé společnosti. První samostatné zařízení, zajišťující odbornou lůžkovou péči na území České republiky byl Ústav pro choromyslné v Praze, založený roku 1861. V následujících desetiletích vznikalo mnoho dalších ústavů a velkých léčebných institucí. Byl vybudován komplexní systém centralizované lůžkové péče odpovídající požadavkům tehdejší doby (srov. FOUCAULT, 1994; TICHÝ, 2006). Do dnešního dne však došlo k mnoha důležitým změnám v představách o tom, jak by měla rozumná a eticky korektní péče o osoby trpící duševními poruchami vypadat. Nacházíme se opět v situaci, kdy je nutné psychiatrii transformovat a zrealizovat proměnu celého systému, jejímž důsledkem by naopak měla být mimo jiné redukce a opouštění této centralizované ústavní léčby.

### 2.1 Obecný přehled

V dnešní době se na území ČR nachází přes 40 zařízení poskytujících lůžkovou psychiatrickou péči. Jsou to jednak samostatné léčebny a jednak specializovaná oddělení nemocnic. Dohromady poskytují téměř 90% psychiatrických lůžek v ČR<sup>4</sup>. Péči o lidi s duševními poruchami dále doplňuje síť komunitních služeb, které jsou však, ve srovnání s vyspělými zeměmi Evropské

---

4 viz PĚČ aj. 2008, s.18

unie, málo rozvinuté a kapacitně zcela nedostačující. Současným trendem v psychiatrické péči je postupná redukce velkých psychiatrických zařízení a jejich nahrazení komunitními službami, poskytujícími komplexní péči v rámci přirozeného prostředí pacientů. Cílem je zachování a podpora rodinných vazeb, vztahů, samostatnosti, soběstačnosti a kvality života.

V ekonomicky vyspělých zemích dochází k transformaci psychiatrické péče již od 80. let dvacátého století. Podněty k těmto změnám vycházely z kritiky ústavní léčby, která má paradoxně značně negativní vliv na psychický stav zejména u dlouhodobě léčených jedinců. Předmětem kritiky bylo například: „*snižené sebevědomí, ztráta zájmu a neschopnost plánování jako syndrom tzv. institucionální neurózy (Barton); tzv. sekundární handicap projevující se depresí a netečností u pacientů tam, kde personál zaujímá vůči pacientům nízká očekávání (Wing)*“ (PĚČ aj. 2008, s. 15). Ústavní léčba nezohledňuje dostatečně základní lidská práva a potřeby pacientů. Svým působením vytváří širokou skupinu osob, jež jsou anebo byly silně omezeny v možnostech činit vlastní životní rozhodnutí, účastnit se sociálních aktivit v rámci přirozeného prostředí a v neposlední řadě také v soběstačnosti v péči o vlastní osobu a blízké okolí. Lidé jsou zbavováni svých kompetencí a stávají se závislými na péči a pomoci druhých. Hospitalizace posiluje sociální exkluzi a stigmatizaci.

Oproti ústavní léčbě funguje komunitní péče naopak na principu podporování soběstačnosti a kompetencí jednotlivých klientů. Usiluje o to, umožnit lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života s důrazem na jeho aktivní spoluutváření, rozhodování a soběstačnost. V tomto ohledu podporuje nejen samotné klienty, ale také širší sociální prostředí, pomáhá lidem, aby si pomáhali vzájemně, zejména v rámci rodiny, aby zůstaly zachovány sociální vazby a nedocházelo k vyloučení a marginalizaci osob s duševní poruchou. Tento přístup nejen můžeme považovat za humánnější a morálně správnější, ale je také procentuálně úspěšnější v počtu dlouhodobě stabilních, samostatně fungujících klientů a z dlouhodobého hlediska zároveň ekonomicky výhodnější, než stávající model ústavní léčby. Realizace transformace psychiatrické péče je předmětem tzv. Akčního plánu duševního zdraví pro

Evropu<sup>5</sup>, k němuž se zavázali ministři zemí EU v již zmíněné Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu na společné konferenci pořádané Světovou zdravotnickou organizací v Helsinkách v lednu roku 2005.

## 2.2 Několik statistických údajů

Pro doplnění představy o rozsahu a míře zmiňované transformace psychiatrického systému v České republice bude vhodné uvést číselné údaje a konkrétní statistická data, jež se k této transformaci váží. Níže uvedené údaje čerpám z odborných zpráv vydaných Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví<sup>6</sup> (dále jen CRPDZ), které se dlouhodobě zabývá situací v oblasti psychiatrické péče v ČR. Kromě mnoha jiných aktivit také vyhodnocují a poskytují informace o stavu a podmínkách psychiatrické péče v ČR a vytváří detailní modely koncepce a její žádoucí transformace. Tyto údaje jsou sice již několik let staré, aktuálnější údaje se mi nepodařilo dohledat, ovšem má zkušenost nasvědčuje tomu, že za tu dobu nedošlo k výrazným změnám v systému a aktuální údaje se tím pádem nebudou od těchto příliš odlišovat. Kapacity některých služeb se dle mého názoru v průběhu uplynulých let mohly navýšit maximálně dvojnásobně, avšak při pohledu na odhad kapacit potřebných pro uskutečnění transformace je zřejmé, že i dvojnásobný nárůst bude stále jen zlomkem žádaného množství.

Zprávy CRPDZ uvádějí, že 50 % pacientů v současné době hospitalizovaných v zařízeních lůžkové psychiatrické péče by mohlo přejít do pobytových komunitních služeb. Kapacita těchto služeb jen v oblasti Prahy se ovšem musí navýšit z počtu 60 lůžek (údaj z roku 2005) na potřebných 3400 lůžek. Ke kompletnímu pokrytí služeb případového vedení je potřeba navýšit kapacitu ze 130 klientů (údaj z let 2005-2006, oblast Prahy) na výsledných 29000. Krizové služby schopné poskytnout péči 9440 klientům (údaj z roku 2007, oblast Prahy) by měly dosáhnout kapacity 32500 klientů. Podobně vysoká čísla jsou uváděna i u ostatních služeb, jako je např. pracovní rehabilitace, denní stacionáře,

---

5 *Akční plán duševního zdraví pro Evropu*, Helsinky, 2005

6 CRPDZ, Řehořova 992/10, Praha 3. Intenetová adresa: [www.cmhcd.cz](http://www.cmhcd.cz)

psychoterapie, poradenství a mnohé jiné. Za zmínku stojí také odhad, že celkem 13,9% velkoměstského obyvatelstva ČR trpí některou z duševních poruch, přičemž téměř polovina z tohoto počtu není léčena a představuje takzvanou nerozpoznanou nemocnost (viz PĚČ aj. 2008).

Z dalších důležitých údajů je třeba uvést, že realizace všech fází transformace by v případě Prahy znamenala 2,8 násobné zvýšení výdajů na duševní zdraví. Což je dost pravděpodobně jedním ze zásadních důvodů, proč implementace koncepcí dosud stále neprobíhá. Autoři ovšem zároveň uvádějí, že na oblast duševního zdraví je v ČR poskytováno jen velmi malé procento z celkových výdajů na zdravotnictví, a že po uskutečnění transformace by toto procento teprve bylo srovnatelné s průměrem ostatních států EU. Ekonomicky vyspělejší země EU přidělují na psychiatrickou péči v průměru 8-9% z rozpočtu na zdravotnictví, v ČR je to odhadem 3.6%. Jde tedy z velké míry o otázku přerozdělování, nikoliv navyšování současných zdrojů, ovšem zdá se, že to situaci nijak neulehčuje (srov. PĚČ aj. 2008).

### 2.3 Zásadní komplikace v transformaci systému

Jak již bylo zmíněno, ekonomicky vyspělejší státy EU začaly reformovat vlastní psychiatrickou péči již před několika desítkami let, směrem k rozvoji komunitních služeb. O stejnou transformaci usilují i odborníci v České republice. Koncepce oboru psychiatrie České lékařské společnosti J.E.P.<sup>7</sup> v podstatě odpovídá požadavkům současného evropského vývoje. K tomu nás ovšem zavazuje i zmiňovaná Deklarace o duševním zdraví, která mimo již uváděné rozvíjení komunitních služeb, také pobízí členské státy například k zapojování lidí s psychickými problémy do péče o sebe sama, podporování svépomocných skupin, zapojování rodin pacientů nebo předcházení stigmatizaci a diskriminaci. První verze české koncepce vznikla již v roce 2001. Později, v roce 2008, byla revidována do současné podoby.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví upozorňuje v odborné zprávě z

---

7 *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008, 2008*

roku 2008<sup>8</sup> na několik stěžejních nedostatků současného modelu psychiatrické péče, které značně komplikují její rozvoj a transformaci:

- ◆ neexistence jasně definované dlouhodobé politiky
- ◆ nedostatky v legislativě
- ◆ vysoká procentuální obsazenost v institucionální lůžkové péči
- ◆ nedostatečná kapacita ambulantních, komunitních, krizových a dalších služeb
- ◆ celkové podfinancování služeb
- ◆ nedostatečná spolupráce, návaznost a komunikace mezi jednotlivými segmenty služeb
- ◆ vysoká míra nerozpoznané nemocnosti

Ve zprávě jsou zároveň definovány nezbytné podmínky, které musí být splněny, aby mohla být transformace realizována:

- ◆ motivace všech stran potřebných k uskutečnění změn
- ◆ dostatečná kapacita odborně vzdělaného personálu
- ◆ dostatečné finanční zdroje
- ◆ dosažení systémových změn v úhradách za služby

Z uvedených informací je zřejmé, že žádoucí a potřebná transformace systému psychiatrické péče je velice komplikovaná záležitost, která spočívá na spolupráci několika zásadních složek. Musí být zejména vytvořeny legislativní podmínky, musí se změnit způsob financování služeb a musí být zajištěn dostatek kvalifikovaných odborníků, kteří budou schopni vytvořit adekvátní síť komunitních služeb. To může trvat ještě mnoho let, než budou tyto podmínky splněny, zvláště pak uvažíme-li, že již v roce 2004 byla ministrem zdravotnictví jmenována Komise pro implementaci Koncepce oboru psychiatrie, jejíž cíle a východiska byla do značné míry podobná těm současným<sup>9</sup>. Tlak odborné veřejnosti trvá, k implementaci však stále nedochází.

---

8 PĚČ aj. 2008

9 podrobně viz PFEIFFER, J. aj. 2004



## 2.4 Síť komunitních služeb

Služby v oblasti psychosociální rehabilitace, terapie a ambulantní psychiatrie, jinak též komunitní služby, jež byly v této práci již několikrát zmíněny, jsou značně diversifikované, což odpovídá reálné potřebě mnohočetné podpory, rozvinuté prakticky do všech sfér klientova života. Jde o služby v rozmezí od chráněných pobytových zařízení až po možnosti trávení volného času. V této práci by neměly chybět, protože s jejich existencí a způsobem fungování v podstatě celá tato práce přímo souvisí. Budu se však snažit uvést jejich obecné charakteristiky pouze ve stručnosti, neboť jejich zevrubný popis by vydal jistě na několik samostatných studií. Zde však, myslím, postačí uvést pouze základní informace pro vytvoření obecné představy o jejich formách a typické činnosti. Téměř kompletní přehled<sup>10</sup> organizací poskytujících tyto služby v ČR nabízí občanské sdružení VIDA.

### **Následná lůžková péče**

Do této kategorie patří dlouhodobé pobytové služby, jako jsou ústavy, domovy se zvláštním režimem nebo specializovaná oddělení větších institucí. Tato zařízení zpravidla poskytují kompletní lékařské, sociální, rehabilitační, terapeutické i pečovatelské služby. Poskytují ubytování zejména lidem se sníženou schopností péče o vlastní osobu nebo osobám dlouhodobě selhávajícím v rehabilitačních programech.

### **Chráněná skupinová bydlení**

Někdy též terapeutické komunity. Nabízí uživatelům dlouhodobější pobytové služby. Délka pobytu je značně proměnlivá, spočívá v individuálních schopnostech a potřebách konkrétního člověka. Obvykle se pohybuje v rozpětí jednoho roku až několika let. Kromě ubytování poskytují také sociálně rehabilitační služby, podporu v kontaktu se sociálním prostředím a podporu a nácviky dovedností v běžných denních činnostech souvisejících s péčí o vlastní

---

<sup>10</sup> *Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice*, VIDA, 2010

osobu a domácnost. Cílem služby je podporovat soběstačnost a sociální reintegraci osob se závažnějšími duševními poruchami.

### **Podpora samostatného bydlení**

Sužby poskytované buď s možností ubytování v tréninkovém či sociálním bytě, nebo terénní formou. Sociální terapeut při pravidelných návštěvách poskytuje podporu v různých oblastech, dle individuálních potřeb klienta. Služba klade vyšší nároky na soběstačnost klientů. Cílem je dosažení a udržení maximální možné samostatnosti.

### **Ambulantní psychiatrická péče**

Ordinace psychiatra poskytující ambulantní lékařskou péči a základní psychoedukaci. Může nabízet také psychoterapii, poradenství a zajišťovat pro pacienty kontakt s dalšími službami.

### **Krizové služby**

Krizová centra nabízí krizovou intervenci, poradenství, psychoterapii a psychiatrické vyšetření, obvykle ve 24 hodinovém provozu. V některých případech také mohou nabízet krátkodobé ubytování. Krizové týmy poskytují obdobné služby, ale dojíždí do bydliště klienta a mohou tak pracovat i s jeho blízkým sociálním prostředím. Krizové linky nabízejí odbornou krizovou pomoc po telefonu, poradenství, umožňují anonymní konzultaci s vyškolenými pracovníky, některé jsou dostupné 24 hodin denně.

### **Terénní sociální rehabilitace**

Zahrnuje služby, jako je případové vedení, osobní asistence nebo následná péče. Nabízí individuální podporu zejména v sociální oblasti. Pracovník podporuje různorodé sociální aktivity, dle individuálních potřeb klienta. Může jít o podporu v pracovní oblasti, vzdělávání, volnočasových aktivitách, ale také při komunikaci s úřady nebo zdravotníky. Úzce spolupracuje s ambulantním psychiatrem klienta. Vstupuje přímo do sociálního prostředí klienta a může

pozitivně ovlivňovat jeho vztahy s blízkými lidmi i širším okolím. Případové vedení, neboli též case management, je ve vyspělých systémech komunitní péče zpravidla více rozvinutý než v ČR a bývá součástí širšího spektra služeb poskytovaných komunitními týmy.

### **Komunitní týmy**

Poskytují široké spektrum služeb terénní formou. Jsou tvořené odborníky z několika oborů, zpravidla sociálními pracovníky, psychoterapeuty, psychology a psychiatry. V rozvinutých formách obvykle také zahrnují rodinné terapeuty, občanskoprávní poradce, případně další specialisty. Jeden pracovník zpravidla přebírá úlohu koordinátora, čili case managera, a využívá aktivní podpory celého týmu, jehož jednotlivé složky může mobilizovat dle aktuálních potřeb klienta. Součástí služeb je také vyhledávání a kontaktování potenciálních uživatelů v jejich přirozeném prostředí.

### **Psychoterapeutické služby**

Nabízí individuální či skupinovou psychoterapii. Existuje mnoho různých přístupů a zaměření, klient si může vybrat dle svých preferencí a dle povahy svých potíží takový přístup, jaký mu bude nejvíce vyhovovat. Mohou být součástí jiných služeb, jako například stacionářů, krizových center, psychiatrických ambulancí a podobně. V rozvinutém systému by měly zahrnovat také služby rodinné intervence či párové terapie.

### **Poradenské služby**

Široká síť bezplatných poradenských služeb. Všechny předcházející služby zde uvedené obvykle nabízejí nějakou formu poradenství. Mezi další patří například psychologické, manželské, rodinné, pedagogické, právní a jiné poradny. V současné době jsou poradenské služby také široce dostupné přes internet, mohou tedy působit celorepublikově a také mohou poskytovat služby anonymně.

### **Pracovní rehabilitace**

Zpravidla chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny nebo sociální firmy. Nabízí různé stupně a formy terapeutické podpory v průběhu pracovní činnosti a úměrně snížené nároky na pracovní tempo a výkon. Usilují o obnovení či navýšení pracovních schopností klienta, posilují jeho pracovní kompetence a podporují jeho návrat na běžný pracovní trh. Často dávají klientům také možnost výdělků, bez kterého by si mnoho z nich nemohlo dovolit žít samostatně. Patří sem také služby podporující zaměstnání klienta na volném pracovním trhu.

### **Centra denních aktivit**

Takzvané stacionáře. Jejich hlavní činností je organizování denních aktivit, rehabilitačních programů a kurzů. Podporují sociální integraci. Nabízí klientům bezpečný prostor pro setkávání, sdílení a rozvoj sociálních dovedností. Poskytované psychoterapeutické a sociálně terapeutické služby bývají zaměřeny také na přípravu pro přechod do dalších rehabilitačních programů a rozvíjení samostatnosti.

### **Svépomocné kluby**

Sdružení lidí trpících duševní poruchou. Organizují mimo jiné volnočasové aktivity a setkávací skupiny. Obvykle je angažován i profesionální pracovník, který pomáhá s realizací aktivit a správou organizace. Jiné svépomocné skupiny mohou být tvořeny např. rodinnými příslušníky lidí s duševní poruchou. Nabízejí také poradenství, prostor pro setkávání, sdílení a rozvíjení sociálních kontaktů.

### **Dobrovolnická služba**

Dobrovolníci, často z řad studentů, podporují klienty zpravidla ve volnočasových aktivitách a vzdělávání, ale mohou též pomáhat v péči o vlastní osobu a domácnost. Jejich činnost je koordinována profesionálními pracovníky či organizacemi.

### **3 Motivace jako součást terapeutické práce**

Proces reintegrace pacientů psychiatrických léčen zpět do běžného života sice zatím neprobíhá v takové míře, jaká by byla v současné době žádoucí, ale v omezeném rozsahu k němu již samozřejmě dochází. Rozsáhlá síť komunitních služeb usiluje o mnohostrannou podporu samostatnosti a života v běžném sociálním prostředí. Tyto služby přikládají důraz vlastním kompetencím, schopnostem a volbám klienta. Nepracují tedy direktivně, ale snaží se své klienty motivovat, posilovat je v jejich úsilí o samostatnost a podporovat jejich vlastní aktivní přístup k životu. Otázka motivace, ve smyslu usměrňování druhého člověka, je ovšem v každém případě otázkou etickou. Jaké jsou naše důvody? Jaký je reálný přínos pro jedince a pro společnost? Kde leží hranice mezi motivací a manipulací? Takové otázky musíme brát v úvahu, chceme-li obhájit prospěšnost motivace (neboli takzvané aktivizace), jakožto legitimní součásti terapeutických služeb. Nějakým způsobem zasahujeme našim klientům do života, ovlivňujeme jejich myšlení a jednání. To ovšem znamená, že je také velmi důležité zajímat se o to, čím jsou motivováni oni samotní, jaké jsou jejich potřeby a jak nahlíží na své vlastní možnosti. Kdybychom nebrali v úvahu tyto skutečnosti, nemohli bychom adekvátně reflektovat naši práci a její prospěšnost by se stala přinejmenším značně kontroverzní.

#### **3.1 Obecně o motivaci**

Motivace jako kognitivní proces, je charakterizována určitým zaměřením a energetizací chování. Toto chování je zaměřeno na něco, co přináší uspokojení, chování má orientaci a cíl. Motivace úzce souvisí s potřebou, nebo potřebami. Existuje-li rozpor mezi tím, co člověk aktuálně prožívá a tím, co by prožívat chtěl, objevuje se motivace, jakožto nástroj k odstranění těchto nedostatků a k obnovení či udržení stavu psychické rovnováhy. Motivace spoluurčuje volbu mezi různými možnostmi jednání, které mají v důsledku přinést dosažení určitých cílových stavů. Může být podmíněna vnitřními podněty, nebo vnější situací. Motivace

mohou být vědomé i nevědomé (viz NAKONEČNÝ, 1996, s. 12-34).

U schizofrenních osob často bývá vnitřní motivace oslabena například poruchami kognitivních funkcí, nebo stavem rezignace. Tímto se dostává do popředí úloha vnější motivace, která se v těchto případech stává směrodatnou pro osobnostní rozvoj a sociální učení daného jedince. Okolní prostředí tedy výraznou měrou působí na celý proces psychosociální rehabilitace. Může apelovat na klientova/pacientova přání a povahové vlastnosti, a podporovat či spolupracovat s jemu vlastními faktory vnitřní motivace. Abychom tyto vnitřní faktory posilovali v rámci sociální a terapeutické práce, je důležité, aby formu vzájemné spolupráce určovaly klientovi vlastní přání a potřeby. Zároveň je důležité podporovat využívání jeho vlastních kompetencí a dovedností, a inspirovat ho informováním o dalších příležitostech a možnostech. Klient by se při tom měl cítit bezpečně jak v emocionální tak fyzické rovině. Měl by dostat příležitost k vlastnímu autentickému způsobu jednání a měl by cítit, že je oceňován za to, kdo je a co dělá (viz WILKEN a HOLLANDER, 1999, s. 15-16).

### 3.2 Důvody a význam

Myslím, že je důležité položit si také otázku, proč vlastně máme někoho motivovat? Osobně považuji za vhodné rozlišovat dva základní důvody. Za první se jedná de facto o veřejnou zakázku – snažíme se navracet lidi z ústavů zpět do přirozené komunity. Za druhé jde o formu sociální práce s cílem zlepšovat životní podmínky znevýhodněných jedinců a skupin – usilujeme tedy o to pomoci někomu zkvalitnit vlastní život. Podívejme se nejprve blíže na první z těchto důvodů.

Jak již bylo zmíněno, reforma psychiatrické péče má směřovat ke snižování počtu lůžek v pobytových zařízeních, rozvoji komunitních služeb a k návratu pacientů do přirozeného sociálního prostředí. V naší organizaci se podílíme na realizaci těchto cílů tím, že poskytujeme svým klientům podporu při návratu do samostatného života. Tento návrat totiž pro naše klienty není vůbec jednoduchý. Jejich nově dosažená samostatnost totiž zároveň znamená, že se musí

opět začít starat o sebe a svoji domácnost. V mnoha případech se musí znovu učit chodit nakupovat, vařit si, prát, uklízet, platit nájem, hospodařit s financemi a mnoho dalších věcí. My (terapeutický tým) se je kromě nezbytné podpory snažíme také vždy motivovat, aby neztráceli naději, aby zas a znovu zkoušeli rozvíjet svoji samostatnost a své kompetence, aby se nenechali odradit neúspěchy a vytrvali ve svém úsilí. V některých případech je dokonce nutné naše klienty motivovat, aby se vůbec pokoušeli o cokoliv.

Druhým aspektem naší práce je snaha pomáhat lidem v naplnění jejich osobních potřeb a životních cílů. Důvodem pro naše úsilí je vědomí skutečnosti, že tito lidé byli vytrženi ze svých životů a jejich osobnostní rozvoj byl v určité fázi vývoje přerušen. Ať již přikládáme vinu duševní poruše, systému psychiatrické péče, nebo jiným faktorům, faktem zůstává, že tito lidé ztratili přehled o svých schopnostech a možnostech. Způsoby, jak naplňovali své potřeby, závažnou měrou selhaly a oni ztratili vědomí vlastních kompetencí a pocit kontroly nad svým vlastním životem. „*Člověk se zpravidla nemůže opřít o vlastní zkušenosti z minulosti, nenachází v sobě oporu*“ (DOUBEK aj. 2008, s. 28). Proto je nezbytné naše klienty motivovat k tomu, aby se pokoušeli znovuobjevovat sobě vlastní způsoby řešení běžných životních problémů a hledali žádoucí možnosti a prostředky naplňování osobních cílů. V podstatě se dá říci, že jde o to, aby si opět vybudovali důvěru k sobě samým a k vlastním kompetencím.

### 3.3 Otázka osobních důvodů na straně klienta

V sociální rehabilitaci se zpravidla mnohem lépe pracuje s klienty, kteří mají alespoň částečně zachované vazby na svoji rodinu a původní sociální prostředí, než s těmi, kteří již všechny tyto vazby ztratili. Obecně se dá také říci, že u mladších klientů je snaha o samostatnost podporována často vírou v to, že jim život stále ještě má co nabídnout. Že mohou žít životem běžného člověka, chodit do práce, najít si ženu, možná mít i děti a být šťastni. U starších klientů, kteří se již dlouhodobě nachází v chronickém stádiu poruchy, nehrají osobní důvody příliš velkou roli a jejich motivace spočívá zejména v touze zůstat v

blízkém kontaktu se svými dětmi, pokud tedy nějaké mají. Pakliže již nemají nikoho blízkého, dokonce ani přátele, což se bohužel také často stává, jejich osobní motivace k léčbě a rehabilitaci je výrazně snížena. Zde je také důležité podotknout, že u schizofrenie hrozí velké riziko suicida. Až 10% postižených spáchá sebevraždu<sup>11</sup>.

Lidé, kteří postrádají dostatečnou motivaci aktivně se podílet na vlastní léčbě a návratu do běžné společnosti, jsou pochopitelně těmi, kteří v rehabilitačních službách opakovaně selhávají. Tito lidé mohou snadno dojít k rozhodnutí, *„že je pro ně snadnější a bezpečnější uspokojovat své potřeby v prostředí léčebny, než tam, odkud přišli nebo kam by se snad mohli dostat“* (GLASSER, 2001, s. 130). Chceme-li, aby se i tito lidé začali aktivně podílet na zlepšení svého stavu, aby opouštěli ústavy a pokoušeli se o samostatné fungování v běžných podmínkách, musíme být také schopni nabídnout jim přijatelné řešení. Musíme jim poskytnout takové podmínky, které pro ně budou atraktivní a budou je dostatečně motivovat. Jako jedna z forem řešení se nabízí skupinové bydlení, které jim poskytne nejen potřebnou terapeutickou podporu, ale také sociální vztahy a spolupodílení se na všech běžných denních činnostech. Mohou si vzájemně pomáhat s jinými lidmi, kteří mají podobné potíže jako oni sami, a tím se dosáhne značného odlehčení v povinnostech a nárocích, jež na člověka klade samostatný život.

Mnoho bývalých pacientů chce bydlet samostatně a žít běžným životem, ale přitom nechtějí být sami a bydlet v běžné zástavbě mezi „normálními“ lidmi. Proto je důležité nabídnout těmto lidem rozumné možnosti přechodných, případně trvalých pobytových služeb, zvláště pak těm, kteří již nemají nikoho blízkého a opakovaně selhávají při opouštění psychiatrických léčeben. To s sebou nese určité riziko, že namísto žádané reintegrace bude docházet k další ghettoizaci dotyčných skupin obyvatel, ovšem musíme si uvědomit, že v první řadě chceme našim klientům umožnit realizaci jejich vlastních cílů, nikoliv je přinutit, aby splnili společenskou zakázku. Pouze ten klient, který sic s podporou, zato však úspěšně a

---

11 viz PRAŠKO aj. 2005, s. 19



z vlastní vůle zvládne první kroky ke své samostatnosti, bude mít zájem jít ještě dál.

### 3.4 Otázka moci a manipulace na straně pracovníka

Neexistuje žádná pomáhající profese, ve které by nehrála důležitou úlohu problematika moci a manipulace. Na problém zneužití moci v lékařské a sociální sféře upozorňoval zejména Michel Foucault<sup>12</sup>. Jeho knihy nám mohou být podstatným zdrojem inspirace. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že určitá míra moci nad klienty je neoddelitelnou součástí jakékoliv sociální, terapeutické nebo lékařské péče. Vždy, když vstupujeme druhým lidem do života za účelem pomoci jim s jejich potížemi, přinášíme si do tohoto procesu své vlastní postoje a přesvědčení o tom, co je „správné“ a co „špatné“. Naše vnitřní přesvědčení nás může poté vést k nevědomým tendencím s druhými manipulovat, a to i pokud se co nejupřímněji snažíme podporovat vlastní svébytnost a rozhodnutí klienta. Nevědomým tendencím prosazovat to, co je z našeho pohledu správné, se nevyhneme ani empatickým přístupem, ani usilovnou snahou porozumět klientovu „dasein“. Vzhledem k tomu, že se mocenské tendence nějakým způsobem konstelují již v našem podvědomí, bude jistě zajímavé podívat se na tuto problematiku očima hlubinné psychologie.

Velmi zajímavý přístup nám nabízí švýcarský psychiatr Adolf Guggenbühl-Craig. Vychází z díla C.G. Junga a navazuje na jeho teorii archetypů, nevědomí a stínu. Ačkoliv již Jung poukazoval na „*vnitřní příbuznost archetypu s jeho vlastním protikladem*“ (JUNG, 1997, s. 52), pro Guggenbühl-Craiga se toto vzájemné propojení stává ústředním motivem. Autor si klade otázku, co vede pracovníky v pomáhajících profesích k volbě jejich zaměstnání? Co stojí v pozadí potřeby pomáhat druhým a proč se lidé touží stát terapeuty, lékaři či učiteli? Vyjadřuje myšlenku, že lidé si volí své povolání na základě osobnostních dispozic, a že se nějakým způsobem vnitřně vztahují k objektu svého zájmu: „*Existují lidé, kteří jsou fascinováni věčným zápasem mezi zdravím a nemocí a*

---

12 viz FOUCAULT, 1994 a FOUCAULT, 2000

*cítí se být povoláni do tohoto zápasu zasáhnout“ (GUGGENBÜHL-CRAIG, 2007, s. 77).*

Guggenbühl-Craig ukazuje, že lékař je, z důvodů svého osobnostního uspořádání a vlastních životních zkušeností, fascinován polaritou léčitel-nemocný, sociální pracovník zase polaritou sociálně zdravý-sociálně nemocný a psychoterapeut polaritou duševně zdravý-duševně nemocný. Tato fascinace existuje jen díky tomu, že konkrétní jedinec prožil, a vlastně i nadále prožívá obě dvě polarity na vlastní kůži. Tuto situaci označuje jako rozštěpený archetyp. Léčitel a nemocný jsou pro něj pouze dva protipóly jednoho jediného archetypu. *„Rodíme se s oběma póly archetypu v naší duši“ (tamtéž, s. 68).*

Je třeba podotknout, že autor se ve své knize věnuje především profesi lékaře a psychoterapeuta, ale konkrétní implikace vztahuje pochopitelně i ke všem dalším povoláním v oblasti pomáhajících profesí.

Vzhledem k tomu, že *„nikdo nedokáže jednat na základě pouze čistých motivů“ (tamtéž, s. 14)* považuje autor za důležité být schopen před pacientem/klientem přiznat svá vlastní omezení. V těchto souvislostech se vyjadřuje k psychoterapeutické práci takto: *„Tím, že se opakovaně snažíme uvidět náš vlastní stín při díle, pomáháme pacientovi v jeho vlastní konfrontaci s jeho temným bratrem. Pokud to neuděláme, učí se pacient od nás jen to, jak člověk sebe i druhé klame, a hodnota analýzy bude sporná“ (tamtéž, s.27).*

Rozumím tomu tak, že hlavní nebezpečí nespočívá v tom, že pracovník podlehne svému „profesnímu stínu“, ale naopak právě v jeho touze spoutat tento nežádoucí protipól prostřednictvím moci. V usilovné snaze po dokonalém splnutí s archetypem léčitele, může člověk cítit potřebu vytěšňovat některé sobě vlastní tendence, jež jsou jeho ideálu protikladné, a tudíž je musí ovládnout prostřednictvím moci. *„U všech těchto povolání se objevuje ve speciální formě problém rozštěpeného archetypu (...) všichni mohou jednu polaritu archetypu vytěšňovat a projikovat a propadnout tak určité formě touhy po moci“ (tamtéž, s. 78).* Skutečnosti, na které upozorňuje Guggenbühl-Craig, můžeme běžně pozorovat v praxi. *„Situace v nemocnicích bývá často taková, že na jedné straně se nachází regredující, dětinský, úzkostný pacient a na druhé straně je silný, hrdý,*

*distancovaný a možná ještě do jisté míry zdvořilý lékař“ (tamtéž, s. 64).*

Naším společným cílem má být především aktivování léčivých faktorů, přítomných v pacientovi/klientovi samotném. Usilování o jednostranný a idealizovaný archetyp léčitele jakožto světlohoše, a opomíjení našeho vlastního, niterného vztahu k jeho protipólu, nám brání v aktivaci těchto vnitřních terapeutických faktorů u našich klientů. *„Takový lékař se domnívá, že tím, kdo léčí, je on sám, cítí se jako léčivý faktor a zapomíná, že jeho funkce spočívá jen v umožnění léčivému faktoru, aby se prosadil“ (tamtéž, s.72).* Pomoci druhým v porozumění a využití jejich vlastního léčivého potenciálu však můžeme pouze skrze porozumění a přijetí našich vlastních omezení a „nemocnosti“. Budeme-li aplikovat zakrývání a mocenské ovládání na své vlastní slabosti, je zcela logické, že stejným způsobem budeme přistupovat i ke slabostem našich klientů, aniž bychom si to třeba sami uvědomovali. Tím si zabráníme v pochopení jejich skutečného vlivu na druhého člověka a v možném porozumění skutečnému léčivému potenciálu, jež v sobě tento člověk sám nese. Tak se budeme zas a znovu dostávat do zamotaného kruhu chronických nemocí a jejich stejně tak chronického léčení.

Problém moci je přitom často posilován postojem pacienta/klienta samotného. Lidé, kteří se nám svěřují do péče, se v mnoha případech sami nechtějí aktivně podílet na zlepšování svého stavu. Často očekávají, že my budeme řešit všechny problémy za ně a je pravdou, že západní alopatická medicína tento postoj ve velké míře podporuje. Samotná snaha objevit takový lék, který všechny problémy vyléčí, přičemž pacientovi bude stačit pouze v klidu ležet na oddělení, je toho příkladem a já doufám, že snad již opravdu překonaným a zastaralým. To, co potřebujeme, je zásadní změna paradigmatu. Nejsme tu od toho, abychom druhého člověka spasili prostřednictvím naší síly, ale naopak se s ním setkali v rovině vcítění a porozumění, čehož můžeme dosáhnout pouze přijetím a respektováním našich vlastních slabostí a nedokonalosti.

Cestou k pochopení těchto vnitřních souvislostí může být například psychoterapeutický výcvik, celoživotní vzdělávání a uspokojivé důvěrné vztahy s blízkými lidmi.

### 3.5 Otázka potřeb a jejich naplnění

Z předchozího je patrné, že ve všech rehabilitačních a terapeutických činnostech bychom měli v první řadě usilovat o mobilizaci klientovi vlastních léčivých (terapeutických) faktorů. Klienta tedy považujeme za někoho, kdo je kompetentní řešit své problémy svým vlastním autentickým způsobem, ač toho v současné době nemusí být plně schopen. Na nás tedy je, abychom mu pomohli plně porozumět jeho situaci a zvědomit jemu vlastní kompenzační mechanismy, a abychom ho podpořili v jeho svrchovaně autentickém osobnostním rozvoji. Zároveň samozřejmě usilujeme o to, abychom minimalizovali naše vlastní tendence k manipulaci a uplatňování moci. Z těchto důvodů bude nezbytné podívat se blíže také na některé základní potřeby, které u psychotických klientů často zůstávají nenaplněné, neboť to jsou faktory, které v otázce motivace hrají velmi důležitou roli.

Všeobecně akceptovaným modelem pro chápání lidských potřeb je Maslowova pyramida<sup>13</sup>. Ta znázorňuje určitou hierarchii potřeb od základních, biologických, až po nejvýše postavenou potřebu seberealizace. Každý jednotlivec může přistupovat k naplnění výše umístěných potřeb až tehdy, jestliže má dostatečně uspokojené, či vhodným způsobem kompenzované potřeby, postavené v hierarchii níže. Pokud tedy usilujeme o to, aby naši klienti postupně směřovali k vlastní seberealizaci, musíme mít na paměti, že v první řadě budou tyto lidé velmi pravděpodobně potřebovat nejprve podporu v dostatečném naplnění primárnějších potřeb. Těmi jsou (kromě potřeb biologických):

- ◆ potřeba bezpečí a jistoty
- ◆ potřeba lásky a přijetí
- ◆ potřeba uznání a respektu.

Je otázkou, nakolik současný systém ústavní psychiatrické léčby přispívá k naplnění těchto potřeb. Domnívám se, že jen minimálně anebo vůbec, a že můžeme očekávat, že lidé přicházející do následné rehabilitační péče budou nejprve potřebovat dostatečně saturovat tyto nedostatky. Teprve poté má smysl

---

13 viz ATKINSONOVÁ aj. 1995, s.559-560

pokračovat v naplňování dalších potřeb, jež jsou žádoucí a v podstatě nezbytné pro vyrovnání se s psychickou poruchou a úspěšnou reintegrací do běžného života. Tím mám na mysli především potřeby vědění, porozumění a zkoumání, ale také potřeby estetické, jejichž naplňování je důležité pro to, abychom se cítili dobře v prostředí, ve kterém žijeme a abychom se aktivně podíleli na jeho utváření.

Mírou uspokojení individuálních potřeb se zabývají především výzkumy zaměřené na kvalitu života. Vzhledem k tomu, že u schizofrenních osob nemůžeme v mnoha případech dosáhnout stavu vyléčení, může pro nás být jejich subjektivní hodnocení kvality vlastního života směrodatným ukazatelem úspěšnosti léčby, terapie či rehabilitace. Obecně se dá říci, že bychom měli usilovat o navyšování jejich pocitu fyzické, psychické a sociální pohody. Dle Stuchlíka, který realizoval výzkum CAN<sup>14</sup> v rámci několika center komunitních služeb v ČR, se nejobvyklejší nenaplněné potřeby klientů týkají přátelských a intimních vztahů (srov. STUHLÍK, 2007). Metoda CAN chápe nenaplněnou potřebu jako problém, který není adekvátním způsobem řešen, ačkoliv by řešen být mohl.

Konkrétních lidských potřeb je ovšem nepřeberné množství. U každého člověka jsou jiné a stejně tak odlišné jsou způsoby a možnosti jejich uspokojování. V podstatě v jakékoliv práci s lidmi zaujímají potřeby výsadní místo, neboť naše osobní cíle, touhy a přání jsou jejich přímým odrazem a zároveň, z dlouhodobé deprivace některých důležitých potřeb pramení většina vnitřních i mezilidských konfliktů. Otázka motivace je tedy do značné míry otázkou potřeb, jejich porozumění, identifikace a hledání možností jejich naplnění. Konkrétní specifické potřeby jedince by měly být respektovány a řešeny, jakožto klíčový prvek jakékoliv rehabilitace. Simonov tvrdí: „*Potřeby představují ten fundament, na němž se zakládá veškeré chování a veškerá psychická činnost člověka*“ (cit. dle NAKONEČNÝ, 1996, s. 35).

---

14 *Camberwell assessment of need (CAN)* je dotazník, respektive výzkumný nástroj pro šetření potřeb.

## 4 Překážky bránící motivaci a aktivnímu přístupu

Považujeme-li za důležité, aby pacienti psychiatrických léčen a klienti rehabilitačních a terapeutických center zaujali aktivní přístup k vlastní léčbě, měli bychom se nyní podívat blíže na konkrétní komplikace, které tomuto cíli mohou stát v cestě. Celkově se zde zaměřuji na čtyři oblasti, které se ukazují být v tomto ohledu naprosto zásadní. Jedná se o samotnou povahu schizofrenní poruchy, utlumení způsobené medikací, podmínky ústavní psychiatrické péče a širší sociální vlivy.

### 4.1 Negativní příznaky schizofrenie a odmítání léčby

Schizofrenní porucha samotná se může projevat mimo jiné ztrátou zájmu o okolí, ochuzením citového prožívání, snížením schopnosti koncentrace, rozhodování a plánování. Dochází také k oslabení, případně ztrátě vůle. Tyto projevy se obecně nazývají „negativní příznaky schizofrenie“<sup>15</sup>. Dále dochází v mnoha případech k narušení paměťových schopností, zejména schopnosti zapamatování nových informací, a může dojít také k omezení v oblasti motoriky. Zmíněné příznaky nepostihují každého člověka, u něž je diagnostikována tato porucha, a také se mohou objevovat a zase mizet v průběhu času.

Ve snaze motivovat schizofrenní osoby k větší samostatnosti, je důležité počítat s výše uvedeným omezením kognitivních funkcí a také je nutné mít na paměti, že tito lidé jsou snadno zranitelní, neboť mají výrazně snížený stresový práh. *„Právě současný výskyt více stresových podnětů, které jsou samostatně jen mírně nebo středně obtížné, může vyvolat u pacientů se schizofrenií vzplanutí onemocnění“* (DOUBEK aj. 2008, s. 17). Jakákoliv práce se schizofreniky, ať již rehabilitační nebo terapeutická, musí s těmito skutečnostmi počítat a ideálně postupovat jen pozvolna, systematicky, v jasně vymezených a srozumitelných krocích.<sup>16</sup>

---

15 podrobně viz DOUBEK aj. 2008, s. 20-22; PRAŠKO aj. 2005, s. 15-16

16 podrobně viz LOFSTEDT, 1990

Zcela zásadní komplikací pro léčbu schizofrenie je také skutečnost, že lidem s touto poruchou často zcela schází náhled. To znamená, že i přes opakovanou konfrontaci se svými obtížemi a třeba i po mnohaleté léčbě si nemusí vůbec uvědomovat, proč jsou vlastně léčeni. „*Když se jich někdo zeptá, co se jim stalo, nebo proč jsou hospitalizovaní, zdá se, že si neuvědomují svůj stav a svoje chování nepovažují za zvláštní*“ (ATKINSONOVÁ aj. 1995, s. 656). Mohou však i přesto být vedeni k reflexi a přehodnocování vlastního chování v situacích, které sami vnímají jako problematické nebo konfliktní a mohou se učit tyto situace lépe zvládat bez ohledu na to, jestli sami sebe považují za schizofreniky či nikoliv.

Mezi jiné obtíže, které se mohou vyskytovat, patří skutečnost, že pacienti sami se léčení někdy doslova brání. Vzhledem k zmíněné absenci náhledu mohou být vnitřně přesvědčeni, že jsou v pořádku a že žádné léčení nepotřebují, nebo si určité problémy připouští, ale nevěří, že by jim mohla pomoci odborná psychiatrická péče. Také mohou mít pocit, že by byli léčbou manipulováni, že by ztratili svoji svobodu a autenticitu. V neposlední řadě se také mohou obávat možného společenského znemožnění, spojeného se stigmatizací, jíž v současné době nese léčba na psychiatrii či péče psychologa nebo psychoterapeuta<sup>17</sup>. Pokud se u pacientů nebo klientů objevují tyto pochyby či přímo odpor vůči spolupráci s odborníky, je jakákoliv rehabilitace nebo psychoterapie velice obtížná. Potom často nezbyvá nic jiného, než terapeutické snahy dočasně odložit a s klientem primárně pracovat na vybudování vzájemné důvěry. Teprve na této důvěře můžeme stavět další terapeutickou činnost.

Důležitým faktorem, který výraznou měrou podporuje spolupráci klienta, jeho rodiny a profesionálů je psychoedukace. Psychoedukace posiluje ochotu spolupracovat, má přímý vliv na snížení počtu relapsů a redukci opakovaných příjmů k hospitalizaci<sup>18</sup>. Psychotické poruchy jdou velmi často ruku v ruce s mnoha dalšími problémy či poruchami, způsobenými neadekvátním či přímo patologickým sociálním prostředím a narušením procesu socializace. To může vést k omezeným kognitivním schopnostem u dotyčných jedinců, nedostatečně

---

17 podrobně viz KALINA, 1987, s. 49-52

18 srov. LIBIGER, 2002, s. 395-396; MARI aj. 2009

rozvinutým komunikačním dovednostem a absencí některých důležitých kognitivních vzorců či nástrojů potřebných pro řešení krizových či problémových situací.

## 4.2 Nežádoucí účinky psychofarmakologické léčby

Jako primární prostředek léčby schizofrenie se v současnosti používají především farmakologické preparáty z kategorie psychofarmak<sup>19</sup>. Jsou to zejména antipsychotika a poté další podpůrné medikamenty, jako jsou například antidepresiva a anxiolytika. Objevení prvních antipsychotik a jejich zavedení do léčby začátkem 50. let dvacátého století znamenalo obrovský průlom v dosavadní léčbě schizofrenie. Skupina těchto léčiv byla později rozšířena objevem takzvaných atypických antipsychotik druhé generace. Tyto léky přinesly mnohým pacientům značnou úlevu a podstatné zkrácení délky hospitalizací. Jejich přínos je nepochybně významný, ačkoliv zdaleka není jednoznačný.

Jedním z negativ, které sebou nese jejich užívání, jsou možné nežádoucí účinky. V současné době existuje velké množství rozdílných antipsychotik. Všechny působí na dopaminové receptory v mozku, ale každé z nich má další specifické účinky na jiné mozkové funkce<sup>20</sup>. Je pochopitelné, že každé z nich vykazuje také odlišnosti v nežádoucích účincích, což v této práci není možné a snad ani potřebné jednotlivě rozlišovat. Zůstaneme u prostého zobecnění, že mezi nejčastější nežádoucí účinky antipsychotik patří zvýšená únava, ospalost, vnitřní neklid, napětí, pocit útlumu, pocit odcizenosti a celá řada nezanedbatelných somatických projevů, včetně rizika poškození tělesných orgánů při dlouhodobém užívání.

Je tedy patrné, že ačkoliv nám antipsychotika umožňují rychlejší a efektivnější potlačení symptomů schizofrenie, zároveň mohou posilovat pacientovu pasivitu, úzkostnost, případně přímo odpor vůči léčbě<sup>21</sup>. Při návštěvě některých oddělení psychiatrických léčen můžeme snadno nabýt dojmu, že

---

19 podrobně viz ZVOLSKÝ aj., 1994, s. 120-128; LIBIGER, 2002, s. 390-394

20 podrobně viz KOPEČEK, 2002

21 srov. BALÁŽOVÁ, 2011



pacient přestal projevovat psychotické prvky v chování jednoduše proto, že se přestal projevovat vůbec. Ovšem ne všechna antipsychotika mají tlumivý efekt a lékař by měl vždy volit tu nejvhodnější formu medikace pro každého pacienta individuálně. Na druhou stranu je mi důležité si uvědomit, že pokud vůbec může fungovat psychiatrické oddělení s 30 hospitalizovanými psychotiky a pouze 3-5 pracovníky na jedné směně, lze toho dosáhnout pouze za podmínky dostatečného utlumení většiny přítomných. Otázkou také zůstává, v kolika případech se pacienti sami nechávají utlumovat záměrně. Čtyřicetihodinová nuda na uzavřeném oddělení se jistě dá snášet o něco lépe s nějakým tím sedativem v krevním oběhu.

Poslední sporný bod, který bych zde chtěl uvést v souvislosti s užíváním psychofarmak, vychází z mé osobní zkušenosti při práci s bývalými pacienty psychiatrických léčeben. Od těchto lidí jsem několikrát nezávisle na sobě slyšel, že v prostředí léčebny nebylo respektováno jejich přirozené emoční prožívání. Velmi často, když cítili hněv, smutek nebo také radost v míře tak intenzivní, že jejich emoce byly zřetelně patrné z pohledu vnějšího pozorovatele, byly jim nabízeny, vnucovány, či nedobrovolně aplikovány psychoaktivní léky, za účelem utlumení jejich emočního projevu<sup>22</sup>. Tito lidé se cítili být takovým přístupem poškozeni a v průběhu hospitalizace se raději naučili své pocity zakrývat, aby vypadali co možná nejvíce neutrálně a znuděně a vyhnuli se tak nežádoucí pozornosti personálu. Nejenže jim nebylo umožněno vyjádřit své skutečné pocity a uvolnit tak vnitřní napětí, ale naopak byli opět jen utvrzováni v přesvědčení, že jejich pocity jsou špatné, nikoho nezajímají a měly by být především potlačeny.

Nemůžeme se tedy divit, že psychofarmakologická léčba je některými lidmi nazývána jako chemická lobotomie. Nemůžeme se také divit, že duševně nemocní lidé často odmítají spolupracovat s lékaři a dalšími odborníky. A už vůbec se nemůžeme divit, že mnoho chronicky léčených pacientů ztratilo důvěru ve své vlastní pocity a schopnosti.

---

22 srov. CHAMBERLINOVA, 1999, s. 35-63

### 4.3 Úskalí ústavní léčby

Pacienti léčeben bývají vytrženi ze svého přirozeného sociálního prostředí zpravidla v momentech, kdy je jejich chování značně narušené vlivem psychické poruchy. Jejich rodiny a blízké okolí se již nedokáží s touto situací adekvátně vyrovnat a tato zkušenost často bývá pro všechny strany do větší či menší míry traumatická. Pokud tato skutečnost nebyla nikdy ošetřena intenzivní spoluprací celé rodiny s odborníky, stává se překážkou pro návrat pacientů zpět do běžného života. Zůstává-li hospitalizace jedinou odpovědí na psychickou dekompenzaci, přispívá u pacientů k postupné ztrátě sociálních vztahů a pro mnoho z nich se v důsledku stává jediným a posledním útočištěm, ze kterého již není mnoho cest zpět. Navíc jsou lidé v prostředí léčebny zbaveni možností adekvátně pečovat o svoji osobu a okolní prostředí. V léčebně si nemohou sami uvařit, jídlo dostanou s veškerým servisem, nemohou si sami práť a v některých případech ani vybírat jaké oblečení chtějí nosit. Úklid obytných prostor, jejich zařízení a výzdoba je také zajištěna zaměstnanci. Toto všechno jsou další okolnosti, které výraznou měrou omezují jejich kompetence a ztěžují jejich návrat.

Pacienti v ústavní psychiatrické léčbě také často mohou mít pocit, že jejich potřeby a pocity nejsou brány vážně. Thornicroft upozorňuje na skutečnost, že nejčastější příčina proč lidé přerušují spolupráci s psychiatrickými službami, je jejich nespokojenost s péčí, která se jim dostává. Uvádí, že profesionální pracovníci jsou zpravidla více pesimističtí v posuzování šancí na zlepšení zdravotního stavu než ostatní lidé. Jejich jednání může být příliš ochranné a omezující, ale pacienti se také často setkávají s tresty a znevažováním. Nejčastěji si pacienti stěžují na skutečnosti, že se s nimi hovoří jako s malými dětmi, není jim dána možnost účastnit se důležitých rozhodnutí, a personál k nim přistupuje jako k lidem neschopným nést zodpovědnost za svůj vlastní život. Také mívají mnohdy pocit, že jim nejsou poskytnuty dostatečné informace o jejich stavu a možnostech léčby, a při konfrontaci s personálem často cítí nevyřčenou hrozbu použití donucovacích prostředků (viz. THORNICROFT, 2007).

O tom, jak pacienti vnímají léčbu v psychiatrických zařízeních, nám

mohou nejlépe vyprávět oni sami. Jedno takové svědectví nám přinesla Judi Chamberlinová, která byla hospitalizována v šedesátých letech v USA nejprve s diagnózou chronická deprese, později již s diagnózou schizofrenie. Po své traumatické zkušenosti s ústavní léčbou, která jí hluboce narušila vlastní sebevědomí a posílila její psychické potíže, se rozhodla aktivně vystupovat proti tehdejší psychiatrické praxi. Od té doby se jistě mnoho věcí změnilo, péče se stala o poznání profesionálnější a humánnější, zejména také po konfrontaci s takzvaným antipsychiatrickým hnutím, ale z jiných věcí se myslím můžeme poučit ještě dnes. „*Psychiatrické léčebny, kde je porozumění a lidský kontakt vzácností a kde psychoterapie (ať už je její smysl jakýkoliv) je věcí takřka neznámou, mohou jen stěží být místem, kde se lidé naučí znovu žít a řešit problémy, které jim život přináší*“ (CHAMBERLINOVÁ, 1999, s. 28). A dále: „*Bariéry stojící proti reformě systému psychiatrického zdravotnictví jsou obrovské. „Průmysl duševního zdraví“ představuje dobře zakopaný byrokratický aparát, odolný vůči jakýmkoliv změnám zevnitř a takřka netečný tlakům zvenčí. Duševní zdraví je velký obchod*“ (tamtéž, s. 73).

Již bylo zmiňováno, že současný standard péče v lůžkových psychiatrických zařízeních v ČR nepřispívá k rozvoji samostatnosti a soběstačnosti pacientů. Tato léčba zbavuje lidi vlastních kompetencí, vytváří z nich pasivní příjemce péče a přispívá k jejich sociální exkluzi. Psychiatrické ústavy se potýkají s nedostatečným financováním, vysokými počty pacientů na jednom oddělení a nedostatkem kvalifikovaného personálu. Ústavní léčba je v případě schizofrenie často jednostranně zaměřená na podávání psychofarmak a trpí nedostatečnou integrací rehabilitačních a terapeutických aktivit do léčebného programu. Z pohledu podporování aktivního přístupu pacientů se tedy jeví jako relativně škodlivá.

#### 4.4 Širší sociální prostředí, stigmatizace, diskriminace

Z vlastní zkušenosti mohu říci, že sociální prostředí v ČR je ve srovnání s mnoha jinými zeměmi EU méně tolerantní k sociálním, kulturním a dalším

menšinám. Myslím, že jedním z důvodů pro tento stav může být skutečnost, že u nás zatím nedošlo k výraznějšímu usídlení cizích etnických a kulturních skupin, alespoň ne do takové míry, jaká je dnes běžná v ekonomicky vyspělých zemích. Jiným důvodem může být také důsledek mnohaleté vlády totalitního režimu, jenž vytrvale potlačoval alternativní kulturu a mnohá základní lidská práva. Etnické menšiny a alternativní kultura vnášejí do společnosti konfrontaci s novými kulturními vzorci a mohou rozšiřovat obecnou představu o tom, co je a není normální. Mohou přinášet nové způsoby chápání, myšlení a jednání a posouvat hranici tolerance k odlišnostem směrem k větší otevřenosti, porozumění a přijetí. Z rozvoje tolerance, svobody a vzdělanosti poté mohou těžit všichni občané, včetně minoritních skupin, které se již nemusí kvůli své odlišnosti konfrontovat s nálepkováním a stigmatizací.

Srovnávací studie<sup>23</sup>, která analyzovala vyobrazení osob s duševní poruchou v tištěných médiích v průběhu roku 2007, poukázala na skutečnost, že informace podávané médií posilují stigmatizaci těchto osob. Výzkum se zaměřoval na zprávy publikované v novinách a časopisech České republiky, Slovenska a Chorvatska, přičemž v každé zemi bylo průběžně analyzováno šest nejčtenějších periodik. Výsledky prokázaly, že se v médiích neúměrně často objevují negativní postoje vůči lidem s duševní poruchou (v ČR to bylo v 37% článků) a že tito lidé jsou častěji zobrazováni v roli pachatele (29%) než v roli oběti (9%). Autoři studie upozorňují, že tímto způsobem dochází k posilování negativních stereotypů a volají po změně způsobu prezentace této tematiky v médiích (viz NAWKOVÁ aj. 2010).

Snižovat diskriminaci a stigmatizaci je také součástí psychiatrické koncepce, respektive evropské deklarace. Postoj společnosti vůči lidem trpícím psychickými poruchami je v současné době vnímán jako nedostatečně tolerantní a značně předsudečný. Mezi nejčastější mýty o schizofrenii patří mínění, že schizofrenici jsou hloupí, že jsou svému okolí nebezpeční, nebo že jsou líní a

---

23 *Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích*, NAWKOVÁ aj. 2010

nechtějí se sebou nic dělat<sup>24</sup>. Tyto postoje, jež se často odráží v chování společnosti vůči lidem trpícím psychózami, značně ztěžují snahy o jejich opětovnou reintegraci. Lék na tyto problémy je relativně prostý a spočívá zejména ve vzdělávání a veřejné osvětě. Je tu však ještě něco jiného, co vytváří společenský odstup a brání v možnostech opravdového navrácení psychicky odlišných jedinců do běžné společnosti. Je to apriorní vztah společnosti založené na racionalismu a všech aspektů lidské přirozenosti, které se rozumovému chápání vymykají.

Současná společnost zaměřená na výkon, racionalitu a materiální ukazatele statusu, nemá pochopení pro lidi, kteří svojí existencí tyto hodnoty popírají a tito lidé v ní na druhou stranu nenacházejí vhodný prostor pro sebe sama. Šílenství již neděsí, nefascinuje ani neinspiruje. Stalo se něčím cizím, „*projevuje se pouze v odstupu, vystaveno očím rozumu, který s ním nemá už nic společného a nemusí se už cítit kompromitován nějakou přílišnou podobností*“ (FOUCAULT, 1994, s.60). Takto popisuje Foucault změny ve společenském postoji, jež přineslo osvícenství. A dále rozpracovává své myšlenky až po analýzu reálné pozice těchto lidí v současném světě. „*Bezobsažná role neznámého příchozího, kterou musí stále znovu hrát a při níž je odmítáno všechno, co může být jakousi výpovědí o něm, ona společenská postava, jejíž formu a masku mu pohled mlčky vnucuje, vede pomateného k tomu, aby vystoupil na povrch sebe sama a zpředměnil se pro oči rozumného rozumu jako dokonalý cizinec, to jest jako ten, jehož cizost je nepoznatelná. Společenství rozumných lidí ho přijímá jen za cenu toho, že se stane anonymním, a právě jen jako takového*“ (tamtéž, s. 175).

Deklarace lidských práv a duševního zdraví<sup>25</sup>, přijatá Světovou federací duševního zdraví<sup>26</sup> v roce 1989, mimo jiné stanoví: „*nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných okolností za vyčleněného z lidské společnosti,*“ a dále: „*jednat s ním jako s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval*“ (cit. dle BAŠTECKÝ, 1997,

---

24 podrobně viz DOUBEK aj. 2008, s. 22-23; PRAŠKO aj. 2005, s. 21-22

25 Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Světová federace duševního zdraví, 1989

26 World federation for mental health, internetová adresa: [www.wfmh.org](http://www.wfmh.org)

s. 58). Přesto však v praxi vidíme, že tito lidé stále jsou ze společnosti vyčleněni a tuto situaci nebude vůbec snadné změnit, neboť zcela zásadně souvisí s celkovým sociálním a morálním vývojem společnosti.

Na závěr této kapitoly bych chtěl zmínit svoji vlastní zkušenost z programu pracovní rehabilitace pro osoby se závažnými duševními poruchami. S těmito lidmi denně pracujeme v okolí Psychiatrické léčebny Bohnice na údržbě veřejné zeleně a úklidech domů. Za dobu, co v této službě pracuji, se mi již několikrát stalo, že mne oslovili okolo jdoucí lidé, kteří mne považovali za jednoho z klientů. Obvykle totiž není na první pohled možné rozeznat, kdo je terapeut a kdo klient. Ve většině případů mi tito lidé tykali a někdy se chovali vyloženě arogantně. Několikrát se stalo, že v průběhu komunikace zjistili, že nejsem „pacient“ (jak obvykle naše klienty nazývají) a začali se mi omlouvat, nebo najednou přešli do vykání a začali se mnou jednat s respektem. Má vlastní zkušenost zde jednoznačně ukazuje, že běžní občané mohou často považovat člověka s duševní poruchou za někoho, kdo je méněcenný, komu se může tykat a může se s ním jednat s despektem, přičemž ti stejní lidé by s člověkem duševně zdravým takto nejednali.

## 5 Alternativní možnosti porozumění

Při studiu pramenů, jež se týkají schizofrenie, potažmo však psychiatrie obecně, se stále a znovu setkávám s opakováním jednoho a samého. Popisy teorií vzniku, „správných“ způsobů léčby a „vhodných“ způsobů interpretace schizofrenie se od sebe téměř neliší. Většina autorů přejímá obecný konsenzus a zaujímají jednotný oficiální postoj, který je ostatně nepochybně podpořen rozsáhlou, mezinárodně uznávanou lékařskou praxí a desetiletými vědeckého výzkumu. Nicméně se čas od času objevují lidé, často z řad samotných psychiatrů, kteří upozorňují na skutečnost, že stále nevíme co to schizofrenie vlastně je. *„Zdá se, že chování mnoha schizofreniků se také mění podle toho, co si tito lidé myslí, že se od nich očekává. Autoři psychiatrických učebnic mají tudíž těžkosti, jak popsat „symptomy“ schizofrenie, a ještě větší problémy mají s tím, jak popsat duševní stav schizofreniků. Neexistuje jediný znak ani symptom, o němž by se dalo říci, že schizofrenii diagnostikuje. Navíc se projevy v každém jednotlivém případě mohou časem měnit“* (YOUNGSON, 2000, s. 32).

Proto bych se v této kapitole rád věnoval několika různým alternativním přístupům v léčbě a terapii. Ne všechny budou v souladu s „tradičním“ pojetím a ne všechny budou klinicky ověřené. Přesto mohou být do značné míry podnětné a nabízet průzory k novému způsobu porozumění celé problematice. Podobně, jako nám Lévi-Strauss<sup>27</sup> v antropologii odhalil vysoce strukturované myšlení u lidí ve své době vnímaných jako méněcenní divoši, nalezneme snad jednou také cestu k porozumění lidem, jimž dnes my říkáme schizofrenici.

### 5.1 Antipsychiatrie a léčba bez medikace

Antipsychiatrické hnutí se začalo utvářet v šedesátých letech 20. století, se vzrůstající vlnou kritiky vůči praktikám tehdejší psychiatrie. Mezi její představitelé se počítá množství lékařů a dalších odborníků, kteří kritizovali zejména absenci objektivitu psychiatrické diagnostiky, jež vychází spíše z

---

27 viz LÉVI-STRAUSS, 1996

teoretického než empiricky podloženého porozumění lidské psychice. Dále upozorňovali na negativní účinky medikace a kritizovali celkové uspořádání psychiatrické péče. Validitu psychiatrické diagnostiky a kvalitu péče ještě hlouběji zpochybnil slavný Rosenhanův experiment, ve kterém se nechali úmyslně hospitalizovat zdraví lidé, kteří pouze předstírali příznaky duševní poruchy. Tito lidé mimo jiné přinesli validní svědectví o nehumánním zacházení v psychiatrických odděleních a také poukázali na fakt, že jakmile byli jednou zavřeni za zdmi ústavů, stalo se pro ně prakticky nemožným prokázat dodatečně svoji faktickou normalitu. Tyto události otevřely diskuzi o přehodnocení psychiatrické diagnostiky a byly prvními podněty pro změnu koncepce moderní psychiatrie. Ve stejné době a v letech následujících na ně navazovalo několik dalších psychiatrů, kteří vytvořili vlastní systémy bezlékové léčby psychických poruch.

Jedním z nejznámějších projektů nevyužívajících léčbu psychofarmaky (léky nejsou vyžadovány, jejich užívání je ponecháno na vlastním rozhodnutí klientů) je Soteria Project, v jehož čele stál americký psychiatr Loren Mosher. Metoda projektu spočívá ve vytvoření malých lůžkových jednotek, které co nejvíce připomínají domácí prostředí. V těchto centrech se neprováděla žádná odborná pomoc ve formě psychoterapie nebo rehabilitačních programů. Vzájemná rehabilitace probíhala v rámci procesu, který Mosher označuje jako „interpersonální fenomenologie“. *„Zřejmě nejdůležitější terapeutický faktor v Soterii vycházel z povahy vztahů (...) V rámci vztahů mezi personálem a rezidenty vznikl společný kontext, který podporoval porozumění a nalézání významů ve vztahu k subjektivním psychickým zkušenostem. Rezidenti byli podporováni v uvědomování si prožívaných událostí a emocí, v uvažování o nich a následně v posuzování jejich významů v kontextu svého života a sociálního prostředí“* (BOLA a MOSHER, 2003, s. 226). I přes deklarování úspěšnosti srovnatelné, nebo vyšší než v zařízeních institucionální péče byl projekt Soteria v USA ukončen v roce 1983. O rok později byl projekt znovuotevřen a uveden do praxe ve Švýcarsku, kde pokračuje v činnosti do dnešní doby. Další centra vznikla později ve Švédsku.

Jiným přístupem k bezlékové léčbě, zato však přístupem využívajícím



intenzivní psychoterapeutická sezení je takzvaná „Terapie realitou“. Koncept vytvořený psychiatrem Williamem Glasserem je založen na odmítnutí psychofarmakologické léčby a na primárním obracení každého jednotlivého klienta k otázce zodpovědnosti a zodpovědného chování. Glasser hledá původ psychických potíží v neschopnosti klienta naplnit své potřeby v reálném světě. *„Každý dlouhodobý pacient nedokázal v jistém období svého života uspokojit své potřeby, a proto se nedokázal chovat odpovědně. Nemohl uspokojit své potřeby v reálném světě, a proto začal – někdy náhle, ale častěji postupně – popírat existenci skutečného světa a uchýlil se do vlastního světa (...) Bez ohledu na konkrétní chování to byl vždy pokus o naplnění potřeb nebo pokus o popření jejich existence“* (GLASSER, 2001, s. 129). Součástí léčby je jednotný přístup veškerého personálu, jenž má za úkol nevěnovat žádnou pozornost pacientovým symptomům, ale naopak oceňovat zodpovědné chování a postoje. Na pacienty se postupně přenáší zodpovědnost za osobní péči a další činnosti. *„Důležitou součástí nového programu je každodenní setkání terapeutické skupiny (...) Pacienti zde podrobně rozebírají své pokroky (...) znovu se trpělivě zvažují všechny problémy spojené s postupným přebíráním odpovědnosti“* (tamtéž, s. 134). Od pacientů se předpokládá, že se začnou chovat více zodpovědně, vkládá se do nich důvěra a také očekávání. Dle mého názoru se jedná svým způsobem o převýchovu, která ovšem zároveň vychází ze vzájemného respektu a tolerance. Glasser uvádí vysokou úspěšnost tohoto přístupu (tamtéž, s. 128). Zde je ovšem nezbytné podotknout, že jeho tvrzení nebyla vědecky doložena a proto bývají častým předmětem kritiky a jsou zpochybňována.

## 5.2 Na potřeby zaměřený přístup

Jiným psychoterapeuticky orientovaným způsobem práce s psychiatrickými pacienty je přístup přizpůsobený individuálním potřebám pacientů a jejich rodin. Tento přístup se rozvíjel ve Finsku od 60. let dvacátého století pod vedením doktora Alanena. Navazující, dlouhodobé psychoterapeutické intervence považuje za zcela zásadní, ovšem nevyhrazuje se vůči farmakologické

lčbě. Usiluje o její zredukování na nejmenší možné minimum a také o to, aby se stala až sekundárním nástrojem psychiatrické péče. „*Empatický přístup často pomůže akutně psychotickým pacientům, aby se zklidnili, a to stejně efektivně jako antipsychotická medikace*“ (ALANEN, 2009, s. 162). Vysoké dávky psychofarmak jsou z pohledu tohoto přístupu nežádoucí také proto, že mají negativní dopad na pacientovu kreativitu, schopnost učení a možnost smysluplně zužitkovat psychoterapeutický vztah.

Pro přístup zaměřený na potřeby je zásadní psychoterapeuticky pracovat také s okolním sociálním prostředím pacientů. To znamená s jejich primární rodinou, životním partnerem, případně s jinými nejbližšími osobami. „*Lčba schizofrenních pacientů je do značné míry, a mnohem více než lčba neuróz, závislá na kvalitě mezilidských vztahů převládajících v jejich nejbližším okolí*“ (RÄKKÖLÄINEN aj. 1991, s. 575). Jak pacient, tak jeho blízcí jsou podporováni v úsilí, aby zkoumali situaci psychotické ataky z různých úhlů pohledu, stávají se součástí procesu lčby a od samého začátku je jim nabídnuta terapeutická podpora, která jim ulehčuje vyrovnání se s traumatickými zkušenostmi souvisejícími s atakou, a zároveň poskytuje širší emoční úlevu a psychoedukaci.

Pro tento přístup jsou rovněž důležité mezilidské vztahy v prostředí psychiatrického zařízení. To by mělo být relativně malé, vybavené jako domácí prostředí. Terapeutický vztah zde může být navázán s jakýmkoliv členem personálu, který je v ideálním případě vzdělán v rodinné terapii a absolvoval potřebný výcvik. Zdravotní sestry mohou mít na pacienty stejně významný terapeutický vliv jako lékaři nebo psychologové. Co je rovněž důležité, je potřeba, aby terapeutická práce navazovala a pokračovala při přechodu do služeb následné péče, komunitních služeb nebo individuální terapie. Jednotlivé složky péče by tedy měly být více propojené a úzce spolupracující, přičemž je žádoucí, aby se věnovala větší pozornost psychologickému a psychoterapeutickému porozumění. „*Stěžejní úlohu terapie můžeme očividně připisovat podpoře pacientova sebevědomí, poskytnuté tím, že dáme každému pacientu možnost zúčastnit se diskuze a plánování vlastní lčby, v rovnoprávném postavení s druhými*“ (ALANEN, 2009, s. 161).

Na potřeby zaměřený přístup je podpořen 40 lety výzkumu a odborné praxe. V období pěti let od zahájení programu kontinuální terapeutické práce s pacienty a jejich rodinami, se zvýšil podíl pacientů, kteří přestali trpět psychotickými symptomy ze 40 na 60%. Potřeba hospitalizací klesla na polovinu (viz ALANEN, 2009).

### 5.3 Interpretace sluchových halucinací

V roce 1997 byla vytvořena mezinárodní síť Intervoice, sjednocující spolupráci lidí slyšících hlasy a pracovníků v oblasti duševního zdraví, za účelem propagace a rozvoje výzkumu v oblasti slyšení hlasů. O deset let později byla pod stejným názvem založena nestátní nezisková organizace s cílem mimo jiné vytvořit jednotnou metodu pro práci s lidmi, kteří slyší hlasy. Ve své zprávě<sup>28</sup> z května letošního roku poukazují na skutečnost, že není věnována dostatečná pozornost souvislostem mezi projevy schizofrenie a životní minulostí diagnostikovaného člověka. Upozorňují, že není dostatečně přezkoumáno jeho osobní vysvětlení pro hlasy, co hlasy říkají nebo proč a kdy začal hlasy slyšet. Všechny tyto skutečnosti považují za velice významné a požadují, aby se psychiatrie začala více zajímat o povahu a význam hlasů, jimiž její pacienti trpí.

Intervoice upozorňuje na výsledky vlastního výzkumu, dle kterého jsou hlasy u schizofrenie ve více než 70% případů spojené s traumatickým zážitkem z minulosti. Intervence, kterou navrhují, spočívá nejprve ve snižování vnitřního napětí, jež v pacientovi jeho hlasy vyvolávají a poté v psychoterapeutické pomoci vyrovnat se s konkrétní traumatickou zkušeností, podobně jako u posttraumatické stresové poruchy (srov. ROMME a ESHEROVÁ, 1996). Traumatická však může být již jen samotná zkušenost sluchových halucinací a i s tou by se mělo odpovídajícím způsobem pracovat. „*Důležitým sdělením je, že patologická nemusí být samotná přítomnost hlasů, ale spíše strach z těchto hlasů a neschopnost sebekontroly nad těmito zkušenostmi*“ (LAROUI, 2003, s. 159).

Zajímavou studii předkládají také Johnsonová a Os. Zabývají se v ní

---

28 *Hearing voices and schizophrenia*, Intervoice, 2011.

kvalitativním rozbohem halucinatorních psychotických projevů v souvislosti s běžnými lidskými zkušenostmi a chováním. Odkazují na výzkumy, které vykazují minimálně jednu životní zkušenost s halucinacemi u 10 až 25% (hodnoty se u jednotlivých výzkumů značně liší) výzkumného vzorku osob, jež nikdy nebyly léčeny na psychiatrii. Odkázáním na další výzkumy prokazují zvýšenou přítomnost těchto zážitků v rodinách psychotických pacientů a uvádějí také, že děti, které vykazovaly ve svých 11 letech halucinatorní zkušenosti, byly v dospělosti až 16x častěji diagnostikovány jako schizofrenní. Vyvozují, že u lidí s podobnými zkušenostmi je prokazatelné zvýšené riziko rozvoje psychotické poruchy, ačkoliv u většiny z nich k této situaci nedochází. To by mohlo být podkladem pro další výzkumy, sledující vztah těchto raných projevů a pozdějšího propuknutí poruchy. Johnsonová a Os ve své studii rozvádějí hypotézu, že symptomy psychotických poruch nejsou nutně kvalitativně odlišné od běžného lidského prožívání, ale liší se především kvantitativně. Tuto hypotézu, jak sami uvádějí, nemohou ovšem potvrdit bez dalších výzkumů v dané oblasti (srov. JOHNSOVÁ a OS, 2001).

## 5.4 Využití imaginačních technik

Příbuznost psychotických symptomů a posttraumatické stresové poruchy (jinak též PTSD) není žádným novým objevem. Srovnávací studie<sup>29</sup> publikovaná v roce 2003 v Britském žurnálu klinické psychologie uvádí: „*V každém případě se ukazuje, že značná část psychotických poruch vzniká jakožto reakce na trauma a zároveň, že příznaky PTSD se objevují jako reakce na prodělanou psychotickou epizodu*“ (MORRISON aj. 2003, s. 347). Existuje tedy prokazatelná korelace mezi PTSD a psychózou a bude potřeba dalších výzkumů, které nám umožní lepší porozumění jejich vzájemnému vztahu. Z tohoto důvodu pro nás může být zajímavá práce s imaginativními technikami, používaná pro práci s lidmi s posttraumatickým syndromem či poruchou. Ostatně o mnohých projevech psychózy můžeme také uvažovat jako o prolnutí imaginárního a reálného, takže

---

29 *Relationships between trauma and psychosis: A review and integration*, MORRISON aj. 2003

práce s řízenou imaginací může v budoucnosti přinést zajímavé podněty pro terapii psychotických klientů.

Německá terapeutka (a psychiatricka) Luise Reddemannová vytvořila metodu Psychodynamické imaginativní terapie traumatu, se kterou zaznamenala značné úspěchy při terapii PTSD. Její metoda spočívá v systematickém provádění klienta v procesu aktivní imaginace, za použití doplňujících arteterapeutických technik. Předkládá celou řadu konkrétních imaginativních technik a různých jejich variací. Svoji terapii rozděluje do třech fází, z nichž první je fáze stabilizace, poté následuje fáze setkání s traumatem a nakonec fáze integrace. Fáze stabilizace, respektive podpora v kontaktu s vnitřními zdroji klienta, je zde stěžejní a do jisté míry je také zlomovým přístupem v hlubinědynamické psychoterapii. Tam, kde terapeuti tradičně usilovali v první řadě o zvědomění traumatu, přichází Reddemannová s technikami, které nejprve odsouvají traumatické vzpomínky zcela stranou zájmu a věnují se posilování a zvědomování pozitivních vnitřních zdrojů. Tato fáze je považována za zcela nejdůležitější v celém procesu a obvykle bývá také časově nejnáročnější.

Teprve klient, který si osvojil dostatečnou vnitřní sílu, může přistoupit ke konfrontaci se svým traumatem a tyto zážitky vhodným způsobem integrovat do své životní zkušenosti. *„Aby se člověk mohl konfrontovat s traumatem, musí disponovat dostatečným pocitem bezpečí – bezpečí ve vztahu nebo vztazích k vnějšímu světu, bezpečí ve vztahu k terapeutovi a ve vztahu k sobě“* (REDDEMANNOVÁ, 2009, s. 101). Teprve poté mohou být plně odžity všechny emoce, které zůstaly vytěsněny. V poslední fázi terapie se nakonec klient provází procesem truchlení, ve kterém je důležité plně prožít svůj smutek, aby mohl nakonec svoji traumatickou zkušenost přijmout a integrovat do své životní zkušenosti. V některých případech může být na místě také další návazná terapeutická práce. *„Když uvážíme, že traumatizace pronikla do všech vláken tkaniny života, začít znovu tedy znamená propracování mnoha, mnoha drobnějších i větších všedních těžkostí. Vnímat, co se daří, zkoušet nová řešení, poznávat, že je „normální“ zažívat bolestné pocity a připouštět je“* (REDDEMANNOVÁ, 2009, s. 162-163).

Bylo by možné smysluplně využít při terapeutické práci to, čemu dnes v případě schizofreniků říkáme patologická imaginace či přímo halucinace? Bylo by možné navázat kontakt s tímto obsáhlým vnitřním světem skrze přijetí jeho vlastních pravidel a způsobů vyjádření? Využít těchto projevů, jež jsou zpravidla v psychiatrické péči potlačovány a jejichž sdělení jsou ignorována a znevažována? Co kdybychom se pokusili pro změnu respektovat vnitřní svět našich klientů a učili se jim nabídnout pomocnou ruku v rámci tohoto světa?

## 5.5 Narativní metafora

Vzhledem k významu, který přikládám aktivizaci, zkompetentňování a autentickému osobnostnímu rozvoji klientů psychiatrických služeb bych v závěru této kapitoly chtěl uvést jeden relativně nový psychoterapeutický směr, jímž je narativní psychoterapie. Jak tvrdí Erickson: *„Úkolem terapeuta by nemělo být obracet pacienta na svou víru, prostřednictvím vlastních názorů a vědomostí. Žádný pacient nedokáže plně pochopit chápání svého terapeuta, a ani to nepotřebuje. To, čeho je zde zapotřebí, je nastolení terapeutické situace, která pacientovi umožní používat jeho vlastní myšlení, jeho vlastní porozumění, jeho vlastní emoce takovým způsobem, který nejlépe zapadne do jeho životního schématu“* (cit. dle FREEDMAN a COMBS, 2009, s. 28).

Američtí terapeuti Freedmanová a Combs byli silně osloveni prací a názory Whitea a Epstona, zakladatelů narativního přístupu, a rozhodli se vytvořit ucelenou terapeutickou metodu, která by odpovídala jejich představě zcela nedirektivního přístupu, respektujícího autentické způsoby vyjádření a strukturace životní zkušenosti klientů. Vycházejí z teorií sociálního konstruktivismu<sup>30</sup>, realitu považují za něco, co je ve své podstatě sociálně konstruovaným vzájemným konsenzem. Tato realita je vytvářena prostřednictvím jazyka a udržována prostřednictvím příběhů. *„Každá zapamatovaná událost představuje příběh, který spolu s našimi dalšími příběhy vytváří naši životní historii, a když to vyjádříme prožitkově, naše životní historie je naším životem“* (FREEDMAN a COMBS,

---

30 viz BERGER A LUCKMANN, 1999

2009, s. 52-53). Freedmanová a Combs se odvracejí od pojmů, jako je vzorec chování nebo strategická intervence v terapii a na jejich místo dosazují metaforu narace. Důležité jsou pro ně životní příběhy, porozumění jejich významu a rozdílným možnostem jejich prožívání. *„Myslíme si, že lidé si neustále vzájemně vytvářejí své „já“ a že existuje mnoho možných příběhů o mém já, tvém já i o já ostatních lidí (...) Místo abychom hledali bytostné já, pracujeme s lidmi na tom, aby své já zakusili z různých stránek a aby rozlišili, které z nich preferují ve kterém kontextu. Pak jim pomáháme, aby prožívali příběhy, jež podporují růst a rozvoj těchto „preferovaných já“ (tamtéž, s. 55).*

Narativní přístup se straní diagnostikování, odhalování skrytých patologických vzorců a posuzování lidí na základě obecně známých psychologismů. Naopak usiluje o empatii, pochopení každého člověka z jeho vlastní perspektivy a jeho vlastním způsobem vyjádření. Nabízí nový způsob terapeutické práce a jasnou a srozumitelnou metodu. V dnešní době se těší stále vzrůstajícímu zájmu ve všech oblastech sociálních profesí a já věřím, že jeho využití při práci se schizofrenními klienty nám může přinést zcela nové možnosti pochopení celé problematiky. To ostatně potvrzují i zkušenosti finských odborníků z přístupu zaměřeného na potřeby. *„Jakákoliv akce, slovní nebo jiná, vždy sleduje nějakou narativní interpretaci. Tato interpretace musí být sociálně konstruována a udržována prostřednictvím dialogu s druhými. Pokud se budeme pokoušet porozumět projevům a chování prostřednictvím příběhů, ve kterých jsou významy a zkušenosti již předem determinovány, unikátní a osobní významy nebudou sdíleny a skutečný dialog nebude vytvořen. Pokud pacienti a rodinní příslušníci nejsou přijati jako rovnocenní partneři v dialogu usilujícím o pojmenování potřeb, jejich skutečné potřeby zůstanou neuspokojeny“ (HOLMA a AALTONEN, 1998, s. 262).*

Na závěr bych rád zakončil tuto kapitolu větou, která krásně vystihuje jednu ze stěžejních myšlenek: *„Navzdory veškerému našemu vzdělání, které nám říká, co víme, se snažíme uslyšet to, co ještě nevíme“ (FREEDMAN a COMBS, 2009, s. 65).*

## 6 Výzkum

V předcházejících kapitolách otevírám více obsáhlejších témat, z nichž některé se opírají o osobní zkušenosti nebo teoretické koncepty, spíše než o empiricky potvrzené údaje. Celá práce tedy, myslím, nabízí mnoho podnětů a oblastí, ve kterých by bylo vhodné uskutečnit patřičné výzkumy, dozvědět se více o dané problematice, ověřit některá nejednoznačná tvrzení nebo doložit platnost některých hypotéz. Mohlo by se jednat o výzkum zaměřený na otázku, jak lidé vnímají služby sociální rehabilitace, co pro ně znamená odlišný přístup v péči a poskytovaných službách? Také bychom se mohli ptát klientů či pacientů, jaké jsou jejich důvody, co je motivuje ke snaze o zlepšování svého psychického stavu? Zajímavý by rovněž mohl být výzkum, zaměřený na zkušenosti s hlasovými halucinacemi. A napadají mne další a další náměty. Je pravděpodobné, že i každý konkrétní výzkum by opět přinesl několik nových otázek a dalších hypotéz. Zdá se, že celá oblast psychiatrie nabízí bezpočet možností pro systematickou vědeckou činnost.

### 6.1 Zaměření vlastního výzkumného šetření

Vlastní výzkum jsem se rozhodl zaměřit na zkušenosti pacientů s péčí v Psychiatrické léčebně Bohnice (jinak též PLB), což odpovídá původní, schválené osnově této práce. Osobní zkušenosti a postoje pacientů/klientů jsou zároveň tématem, které se prolíná celým předcházejícím textem. V kapitole 4.3 se zabývám konkrétně úskalími ústavní léčby. Předkládám zde, mimo jiné, své vlastní názory a zkušenosti z prostředí psychiatrických léčeben a kladu si otázky, nakolik je ústavní léčba schopna podpořit sebedůvěru, kompetence a dovednosti u svých pacientů, a zda dokáže přispět k naplnění jejich specifických potřeb (viz též kapitola 3.5)? Domnívám se, že právě v těchto oblastech nedokáže ústavní léčba nabídnout dostatečnou podporu, avšak nezbyvá mi než přiznat, že mé domněnky jsou pouze teoretické a vycházejí z mých subjektivních zkušeností a z neformálních rozhovorů, které jsem vedl s uživateli rehabilitačních služeb.



Témata naplňování potřeb a subjektivního prožívání léčby u pacientů psychiatrických ústavů zde tedy přímo vybízí k důkladnějšímu přezkoumání. Proto jsem se rozhodl svůj výzkum zaměřit na tuto oblast psychiatrické péče. Mým záměrem bylo zjistit postoje a pocity od širšího vzorku osob a ověřit, zda negativní zkušenosti některých pacientů můžeme vztahovat na celou cílovou skupinu, anebo zda se jedná pouze o okrajové postoje, jež nejsou všeobecně sdíleny. Dále jsem chtěl ověřit, zda mé vlastní dojmy a zkušenosti s psychiatrickými ústavami v Praze odpovídají osobním dojmům a zkušenostem samotných pacientů těchto ústavů.

Ve výzkumu se zaměřuji výhradně na pacienty s diagnózami z okruhu psychóz, zejména schizofrenie, což zároveň odpovídá tématu této práce. Výzkum je tedy orientován na zkušenosti těchto konkrétních osob na příslušných odděleních psychiatrických léčeben a neřeší otázky potřeb a etického přístupu na jinak zaměřených odděleních. Cílem výzkumu je tedy zjistit názory a zkušenosti lidí trpících psychózou, ve vztahu k jejich hospitalizaci v Psychiatrické léčebně Bohnice, a zmapovat, do jaké míry naplňuje ústavní péče v PLB základní potřeby svých pacientů.

## 6.2 Hypotézy

Výzkum je zaměřen na pocity a názory pacientů psychiatrické léčebny. Předmětem výzkumu jsou subjektivní postoje těchto lidí vůči průběhu své hospitalizace. Zajímá mne, jak se při léčbě cítili, jak vnímali chování personálu a do jaké míry byly naplňovány jejich potřeby, přičemž předpokládám, že v mnoha případech nebyli s léčbou spokojeni, setkávali se s nedostatkem podpory ze strany personálu a jejich potřeby byly opomíjeny. Proto jsem vstupní hypotézy výzkumného šetření definoval takto: 1) Pacienti psychiatrických léčeben se v průběhu své léčby setkávají s neslušným zacházením; 2) Jejich potřeby nejsou respektovány; 3) Léčba narušuje jejich sebedůvěru; 4) Léčba nepodporuje jejich návrat do běžného života.

### 6.3 Výzkumná metoda

První informace a podněty pro výzkum, které v důsledku vedly k formulování vstupních hypotéz, vycházely z přímých zúčastněných i nezúčastněných pozorování a z neformálních nestrukturovaných rozhovorů, vedených s pacienty léčeben, klienty rehabilitačních programů a s pracovníky v oboru. Na základě vytvořených hypotéz jsem posléze přistoupil k realizaci standardizovaného výzkumu formou dotazníkového šetření. Tomuto šetření předcházela ještě pilotážní průzkum.

Samotný aplikovaný výzkum proběhl metodou kvantitativního sběru dat v rámci přehledového průzkumu. Kategorie proměnných jsem operacionalizoval do výsledné podoby celkem 19 uzavřených otázek, jež byly doplněny čtyřmi otázkami instrumentálními. Všech 19 meritorních otázek nabízelo odpověď na jednotné pořadové škále.

Výzkumný vzorek byl vybrán účelovým výběrem. Cílovou populací výzkumu jsou lidé trpící psychózou, kteří absolvovali jednu nebo více hospitalizací v Psychiatrické léčebně Bohnice. K získání vzorku jsem proto využil své vlastní profesní kontakty na tyto osoby. Konkrétně jsou tito lidé uživateli služeb chráněného bydlení, poskytovaných o.p.s. Bona. Uvědomuji si, že je tím zpochybněna reprezentativnost vzorku pro cílovou populaci, ovšem domnívám se, že i přesto má výzkum svůj účel, a že vzhledem k omezeným podmínkám a rozsahu tohoto výzkumu, nehraje tato skutečnost příliš velkou roli. Celkem jsem oslovil 40 respondentů (to znamená všechny klienty, kteří byli v době výzkumu přítomni na objektech CHB), od nichž se mi navrátilo 32 vyplněných dotazníků.

### 6.4 Vytvoření výzkumného nástroje

Při sestavování dotazníku bylo nejprve potřeba pojmenovat základní proměnné. Ve výzkumu mělo jít především o zmapování pocitů pacientů, ve vztahu k naplňování vlastních potřeb, a také tři vstupní hypotézy předpokládají, že jejich potřeby nejsou během pobytu v léčebně respektovány, že se v průběhu léčby

pacienti setkávají s neslušným zacházením, a že léčba narušuje jejich sebedůvěru. Jakožto výchozí konstrukty byly tedy logicky určeny tři oblasti základních lidských potřeb<sup>31</sup>:

- ◆ potřeba bezpečí a jistoty
- ◆ potřeba lásky a přijetí
- ◆ potřeba uznání a respektu

Tyto konstrukty bylo potřeba operacionalizovat do konkrétních proměnných. Proto jsem vytvořil seznam základních pojmů, které můžeme chápat jako synonyma zmíněných konstruktů a nebo naopak jako jejich antonyma. Záměrem bylo vytvořit početnější skupinu proměnných a to jak s kladným, tak i záporným nábojem, aby byla podpořena konstruktová validita výzkumu. Seznam těchto pojmů je následující:

<b>kladný náboj</b>	<b>záporný náboj</b>
důvěra	ignorování
porozumění	zanedbávání
možnost vyjádřit pocity	trestání
respekt	ponižování
slušnost	urážení
bezpečí	narušení sebedůvěry
rovnoprávnost	opovržení
útočiště	nespravedlnost

Tyto konkrétní pojmy byly poté využity jako proměnné výzkumu. Jednotlivé otázky dotazníkového šetření byly sestaveny jakožto výroky přímo se vztahující k těmto proměnným. Respondenti byli požádáni, aby na pořadové škále zhodnotili, nakolik s těmito výroky souhlasí.

Tímto však ještě nebyla operacionalizována poslední hypotéza, která předpokládá, že léčba v psychiatrickém ústavu nepodporuje návrat pacientů do běžného života. Do dotazníku jsem tedy ještě přiřadil několik dalších bodů, které

---

31 dle Maslowa

se zaměřují na to, zda pacienti cítili, že jim léčba pomohla v návratu do normálního života, že jim pomohla lépe porozumět svým potížím a možnostem léčby a také, zda by tuto léčbu doporučili lidem se stejnými potížemi.

Výsledný dotazník byl nakonec sestaven z následujících výroků:

- 1-4) Instrumentální, analytické otázky.
- 5) K lékařům PLB cítím důvěru.
- 6) Ke zdravotním sestřám PLB cítím důvěru.
- 7) K pomocnému personálu (sanitář/ka, ošetřovatel/ka) PLB cítím důvěru.
- 8) V PLB jsem se setkával/a s pochopením a porozuměním.
- 9) V PLB jsem se setkával/a s ignorováním a zanedbáváním.
- 10) V PLB mi bylo umožněno vyjádřit to, co skutečně cítím a co si myslím.
- 11) V PLB jsem se setkával/a s ponižováním ze strany personálu.
- 12) V PLB se mnou bylo zacházeno jako s rovnoprávným člověkem.
- 13) V PLB byly respektovány mé potřeby a pocity.
- 14) V PLB jsem se setkával/a s trestáním a nespravedlivým zacházením.
- 15) V PLB jsem se setkával/a s urážkami ze strany personálu.
- 16) V PLB se mnou bylo jednáno slušně a ohleduplně.
- 17) V PLB jsem se setkával/a s despektem a opovržením ze strany personálu.
- 18) Pobyť v PLB si spojuji s pocitem bezpečí.
- 19) Pobyť v PLB mi pomohl lépe porozumět svým potížím a možnostem léčby.
- 20) Pobyť v PLB narušil moji sebedůvěru.
- 21) Pobyť v PLB bych doporučil/a lidem se stejnými psychickými problémy.
- 22) Pobyť v PLB mi pomohl vrátit se zpět do normálního života.
- 23) Rád/a absolvuji další pobyt v PLB, pokud se můj psychický stav zhorší.

Pořadová škála, na které respondenti zaznamenávali míru svého souhlasu či nesouhlasu s každým jednotlivým výrokiem, sestávala z pěti hodnot:

rozhodně ano – spíše ano – ani ano ani ne – spíše ne – rozhodně ne
--

Kopie celého dotazníku, v podobě, v jaké byl předkládán respondentům v průběhu výzkumu, je přiložena v závěru této práce jako příloha.

## 6.5 Popis průběhu výzkumného šetření

### **Pozorování**

Vlastní pozorování jsem prováděl při své práci na Psychiatrické klinice I.LF UK a VFN, a při svých návštěvách pacientů Psychiatrické léčebny Bohnice. Tato pozorování byla doplněna neformálními nestrukturovanými rozhovory s pacienty obou zařízení a s uživateli služeb sociální rehabilitace. V průběhu pozorování jsem zaznamenal, že na jednotlivých odděleních psychiatrických zařízení pracuje pouze 3-5 pracovníků nižšího a středního zdravotnického personálu na jedné směně, přičemž kapacita těchto oddělení se pohybuje zpravidla mezi 25-30 pacienty. Tento zřejmý nepoměr počtu pacientů a personálu vedl k tomu, že zaměstnanci neměli dostatek času věnovat se zvláště každému individuálnímu člověku. Z tohoto důvodu byli někteří neklidní pacienti utlumováni pomocí medikace a v některých případech docházelo také k jejich uzavírání do klecového lůžka, nebo připoutání k posteli pomocí kožených řemenů. Na některých odděleních byli pacienti oblékáni do erárních pyžam a pokud docházelo k inkontinenci, byla jim mnohdy poskytnuta pouze noční košile, aby se tak co nejvíce urychlil přístup k plenám a usnadnila se potřebná hygienická péče.

Personál se vesměs choval k pacientům slušně. Případy nevhodného zacházení se zpravidla týkaly několika málo konkrétních pracovníků, kteří pacientům tykali a nerespektovali jejich právo na důstojné zacházení. Když jsem o tomto problému hovořil se staniční sestrou, odpověděla mi, že bohužel nemůže tyto pracovníky propustit, neboť kvalifikovaného personálu je nedostatek a bylo by těžké jejich pozice obsadit. Já jsem na psychiatrické klinice pracoval téměř rok

a za tu dobu mi nebylo nabídnuto ani jedno školení či jiná forma vzdělání. Každý pracovník si musel najít svůj vlastní způsob komunikace a porozumění pacientům. Osobně se domnívám, že nevhodné způsoby komunikace s pacienty byly způsobovány u jakýchkoli členů personálu především nedostatečným vzděláním a absencí supervizí, na kterých by bylo možné reflektovat vlastní práci.

Všímal jsem si také, že pacienti jsou deprivováni v rovině sociálních kontaktů. Často budili dojem, že každý je na oddělení sám za sebe. Přátelské vztahy mezi nimi vznikaly zřídka a pocit komunity nebyl žádným způsobem podporován. Když jsem se k některému posadil a začal si s ním povídat, zpravidla přicházeli další pacienti a přidávali se k hovoru. Často měli spoustu otázek a byli rádi, že se jim někdo věnuje. Poté, co jsem skupinku opustil, většinou hovor ustal a jednotliví lidé se rozešli každý někam jinam. Atmosféra, která na odděleních zpravidla vládla, byla klidná, tichá, rušená jen občasným tlumeným hovorem. Pacienti trávili většinu času ležením v posteli, kouřením, koukáním na televizi, nebo bezcílným bloumáním po chodbách.

### **Neformální rozhovory**

Další informace o zkušenostech s ústavní léčbou jsem získával při rozhovorech s uživateli rehabilitačních služeb. Někteří z nich mi sdělovali, že se při hospitalizaci museli omezovat ve vyjadřování svých skutečných pocitů a názorů, neboť se obávali možného trestu (viz kapitola 4.2). Mnozí jiní však také hovořili o tom, že se k nim v léčebně většinou chovali slušně a byli přesvědčeni, že jim hospitalizace vždy pomohla. Ohlasy bývalých pacientů jsou vskutku různorodé. Část klientů je například přesvědčena, že až teprve v psychiatrické léčebně ztratili kontrolu nad svojí psychikou a vnímají svoji první hospitalizaci na psychiatrii jakožto hlavní příčinu své pozdější chronicity. Někteří se usilovně brání tomu, aby se museli do léčebny ještě někdy vrátit a dokonce i když začíná docházet k relapsu, raději sami trpí a překonávají se, aby snad někoho nenapadlo je tam poslat. Jiní uživatelé zase nacházejí v léčebně útočiště a obracejí se k ní v obdobích dekompenzace, jako ke svému druhému domovu.

## **Příprava dotazníkového šetření**

Před vytvořením konkrétních dotazníků jsem se zaměřil na prostudování již uskutečněných výzkumů v dané oblasti. Tyto výzkumy byly zpravidla zaměřeny na zjišťování kvality života psychiatrických pacientů. Výzkumných nástrojů orientovaných na kvalitu života existuje relativně velké množství. V oblasti psychiatrie byly využívány zejména dotazníky CAN, SQUALA, WHOQOL a QUIRC. Tyto výzkumné nástroje jsou nepochybně zajímavé a vzhledem k jejich četnosti jsou pravděpodobně preferovanými nástroji pro výzkum v oblasti naplňování potřeb a celkové životní spokojenosti.

Já jsem se ovšem chtěl zaměřit přímo na spokojenost pacientů s ústavní léčbou, nešlo mi o kvalitu života jako takovou. S podobným zaměřením byl v roce 2005 realizován kvantitativní výzkum agentury STEM/MARK, orientovaný přímo na kvalitu psychiatrické péče<sup>32</sup>.

Usiloval jsem o uspořádání podobného výzkumu, ovšem v menším měřítku. Na výzkumu STEM/MARK se mi líbilo, že otázky jsou uzavřené a nabízí strukturovanou škálu odpovědí. Zpravidla však nebyla ve škále zahrnuta neutrální odpověď, takže respondenti se museli u každé otázky rozhodnout, zda se přikloní spíše k souhlasnému nebo nesouhlasnému postoji. Některé otázky mi také připadaly příliš krkolomné a nesrozumitelné. S ohledem na vlastní zkušenost práce s psychotickými klienty, kteří byli mojí jedinou cílovou skupinou, jsem měl potřebu sestavit vlastní dotazník takovým způsobem, aby všechny otázky byly jednoduché a snadno srozumitelné. Stejně tak jsem považoval za vhodné, vytvořit pro všechny body dotazníku jednotnou škálu a tím srozumitelnost ještě více podpořit. Z toho důvodu jsem nakonec otázky formuloval jako tvrzení, přičemž respondenti měli odpovědět, nakolik s daným tvrzením souhlasí. Také mi připadalo vhodnější, umožnit respondentům hodnotově neutrální odpověď a proto jsem do škály zahrnul i odpověď „ani ano ani ne“. Takto doplněná škála měla opět usnadnit vyplňování dotazníku a také umožnila respondentům volbu neutrálního postoje.

---

32 *Kvalita psychiatrické péče očima pacientů*, RAITER a ŽÁČKOVÁ, 2006

### **Pilotážní průzkum**

Ještě před distribucí dotazníků jsem s jejich první verzí navštívil čtyři respondenty, abych se ujistil, že je každé otázky dobře rozumět a že je dotazník po formální stránce v pořádku. Na základě této pilotáže se ukázalo několik nedostatků, které bylo potřeba napravit. Ne všichni respondenti například rozuměli slovu sanitář, a proto bylo nutné v otázce číslo 7 doplnit, že pomocným personálem se kromě sanitáře myslí také ošetřovatel či ošetřovatelka. Dále se ukázalo, že mnoho otázek je psáno pouze v mužském rodu a bude tedy vhodné doplnit je také o rod ženský, neboť dotazník byl určen příslušníkům obou pohlaví. Pro jistotu jsem také do otázky číslo jedna, která se ptá, kdy byl respondent naposledy hospitalizován v Psychiatrické léčebně Bohnice, přidal ještě možnost, že v tomto ústavu nikdy hospitalizován nebyl. Ukázalo se totiž, že o dotazník měli zájem i lidé, kteří byli hospitalizováni v jiných ústavech a bylo tudíž vhodné zajistit možnost dodatečné filtrace získaných dat a vyřazení případných, mylně vyplněných dotazníků.

### **Dotazníkové šetření**

Samotné dotazníkové šetření jsem provedl v průběhu jednoho týdne. Sesbíral jsem celkem 32 vyplněných dotazníků, což byl zhruba počet, který jsem považoval za dostačující. Tato data samozřejmě nemůžeme využít pro obhájení výsledků výzkumu v celospolečenském měřítku, ovšem pro účely této práce myslím bohatě postačují. Vzhledem k tomu, že data získávám z relativně homogenního vzorku respondentů, není důvod se domnívat, že by navýšení počtu vyplněných dotazníků přineslo nějaké výrazné změny ve výsledcích výzkumu.

Dotazníky vyplňovali respondenti většinou sami. Všechny body dotazníku se ukázaly být dostatečně srozumitelné a respondenti neměli potřebu se v průběhu vyplňování ptát na žádné upřesňující informace. Pouze ve třech případech bylo nutné respondentům otázky předčítat, z důvodu jejich snížených schopností orientace v tištěném textu.



## Analýza dat

Po sesbírání dotazníků jsem okódoval jednotlivé odpovědi na škálách. U všech meritorních otázek se jednalo o stejné kódování od 1 do 5. Odpovídající hodnoty každého vyplněného dotazníku jsem poté zanesl do tabulky a podrobil statistické analýze. V průběhu této činnosti jsem jeden dotazník vyřadil, neboť respondent vyplnil všechny odpovědi shodně. Na každou jednotlivou otázku dotazníku odpověděl „spíše ano“. Vzhledem k tomu, že dotazník byl koncipován tak, aby v několika konkrétních bodech nabízel vzájemně protikladná tvrzení, nebylo možné takto vyplněný dotazník považovat za dostatečně validní. Zbýlých 31 dotazníků bylo v pořádku.

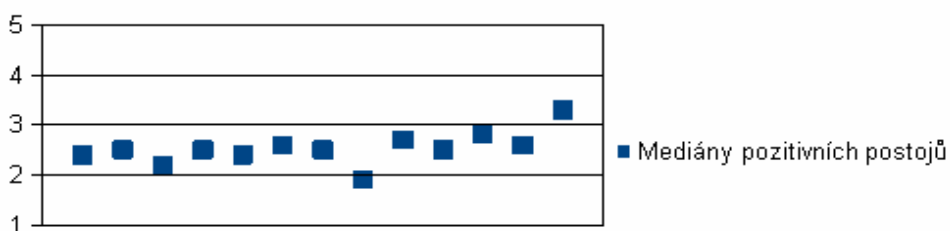
Kódování škály bylo provedeno takto:

rozhodně ano = 1, spíše ano = 2, ani ano ani ne = 3, spíše ne = 4, rozhodně ne = 5
--

## 6.6 Výsledky výzkumného šetření

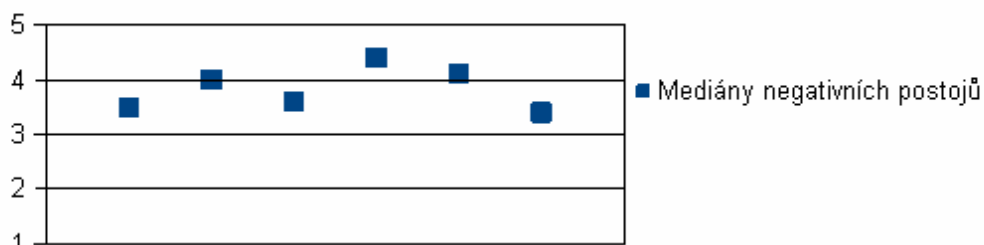
Výzkum ukázal, že bývalí pacienti Psychiatrické léčebny Bohnice hodnotí své zkušenosti s léčbou vesměs mírně pozitivně. Hypotézy tedy nebyly potvrzeny. Souhrnné hodnoty se pohybovaly v blízkosti neutrálního hodnocení, a tudíž nelze konstatovat ani to, že hypotézy byly vyvráceny. Výzkum byl uspořádán tak, že část otázek se zaměřovala na pozitivní zkušenost s léčbou (celkem 13) a zbylá část na negativní zkušenost s léčbou (celkem 6). Souhrnná průměrná hodnota (resp. medián) u odpovědí na pozitivní zkušenosti činila 2,5, což znamená, že průměrné odpovědi na pozitivní zkušenost se pohybovaly mezi „spíše ano“ a „ani ano ani ne“ (viz graf 1).

Graf 1



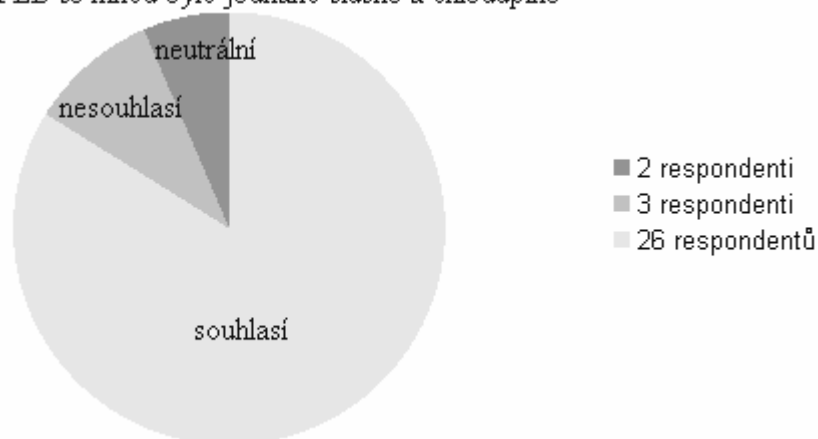
Souhrnná průměrná hodnota odpovědí na negativní zkušenosti činila 3,8, takže se přiklání k odpovědi „spíše ne“ (viz graf 2).

Graf 2

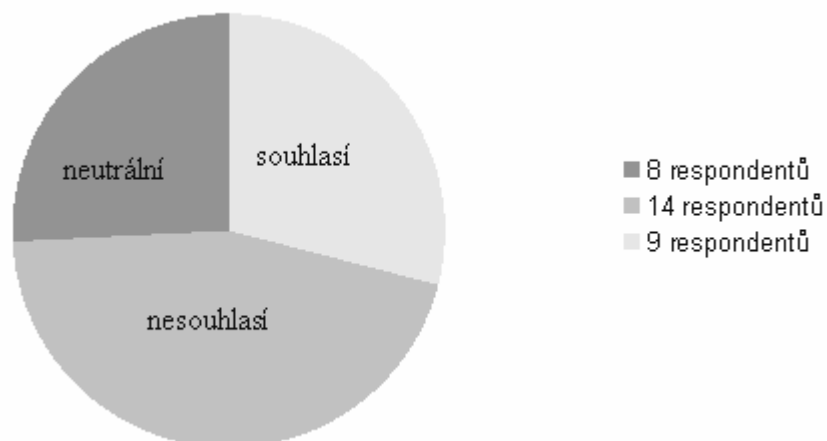


Ze skupiny výroků, zaměřených na pozitivní zkušenost s léčbou, souhlasili respondenti nejvíce s tvrzením, že v PLB s nimi bylo jednáno slušně a ohleduplně. S tímto tvrzením souhlasilo 84% respondentů. Pouze 10% respondentů zaznamenalo opačnou zkušenost (viz graf 3). Naopak v této skupině výroků respondenti nejméně souhlasili s tvrzením, že by absolvovali další pobyt v PLB rádi, pokud by se jejich psychický stav zhoršil. S tímto tvrzením souhlasilo pouze 29% respondentů, 45% s tímto tvrzením nesouhlasí (viz graf 4).

Graf 3: V PLB se mnou bylo jednáno slušně a ohleduplně

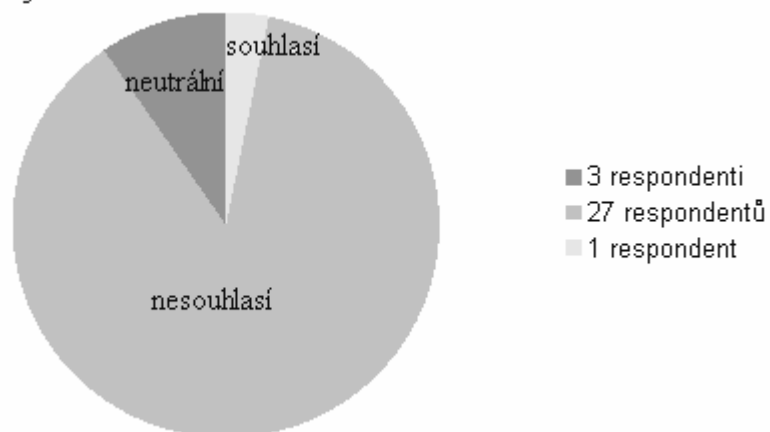


Graf 4: Rád se do PLB vrátím

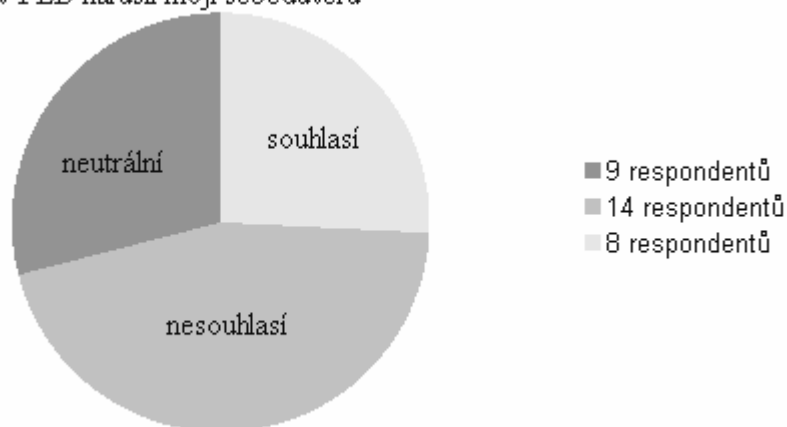


Ze skupiny výroků, zaměřených na negativní zkušenost s léčbou, souhlasili respondenti nejméně s tvrzením, že se v PLB setkávali s urážkami ze strany personálu. S tímto tvrzením nesouhlasilo 87% respondentů (viz graf 5). Naopak v této skupině výroků nejvíce souhlasili s tvrzením, že pobyt v PLB narušil jejich sebedůvěru. S tímto tvrzením souhlasilo 26% respondentů (viz graf 6).

Graf 5: V PLB jsem se setkával s urážkami



Graf 6: Pobyt v PLB narušil moji sebedůvěru



Ostatní hodnoty se u obou skupin výroků pohybovaly v relativní blízkosti již zmiňovaných průměrů. Zajímavější ovšem bylo srovnání dat rozdělením vzorku do kohort, dle doby, v níž byli respondenti naposledy v PLB hospitalizováni. Lidé, kteří byli hospitalizováni naposledy před více než třemi lety, vykazovali oproti později hospitalizovaným respondentům obecně více souhlasných odpovědí s pozitivními výroky a více nesouhlasných odpovědí s negativními výroky. Vykazovali tedy obecně větší míru spokojenosti s kvalitou péče v PLB. V obou skupinách výroků dosahovali dříve hospitalizovaní hodnot v průměru o 0,5 bodu více ve prospěch větší spokojenosti s péčí. Na pěti bodové škále to tedy znamená v průměru o 10% vyšší spokojenost.

Rozdíl mezi kohortami zároveň znamená, že lidé hospitalizovaní v posledních třech letech, byli spokojeni s léčbou v průměru ještě o něco méně, než celý vzorek. Jejich odpovědi se tedy v průměru přikláněly více k neutrálnímu postoji.

## 6.7 Shrnutí výzkumu

Výzkum nepotvrdil platnost vstupních hypotéz. Ukázalo se, že bývalí pacienti PLB hodnotí svůj pobyt v tomto zařízení v podstatě neutrálně, s mírnou inklinací k pocitu spokojenosti. Výsledky výzkumu zhruba odpovídají závěrům

výzkumu STEM/MARK, dle kterého byla celková spokojenost pacientů s psychiatrickou péčí v roce 2005 na úrovni 60%<sup>33</sup>.

Většina respondentů vnímá přístup personálu PLB jako slušný a ohleduplný. Přesto, i v případě, že by se jejich psychický stav zhoršil, by se neradi do léčebny vraceli. Tento postoj pochopitelně může mít více důvodů. My můžeme pouze konstatovat, že to tak je, ovšem nemůžeme z toho vyvozovat žádné další souvislosti.

Jediná hypotéza, která ve výzkumu zaznamenala vyšší četnost potvrzujících odpovědí, je hypotéza, že pobyt v PLB narušuje sebedůvěru pacientů. Přibližně čtvrtina respondentů (26%) potvrdila, že hospitalizace jejich sebedůvěru narušila. Bylo by však potřeba dalšího výzkumu, abychom ověřili, zda na jejich sebedůvěru mělo negativní vliv prostředí a péče, anebo stigma spojené s hospitalizací na psychiatrii, případně nějaké další faktory.

Ačkoliv výzkum nepotvrdil hypotézy, jeho přínos je i přesto relativně významný. Ukazuje totiž, že bývalí pacienti vnímají prostředí ústavní léčby mírně pozitivně. Převládají postoje, že jejich potřeby a pocity byly do určité míry respektovány, personál se k nim choval slušně a pobyt v PLB jim pomohl lépe porozumět svým potížím a možnostem léčby. To, že subjektivní postoje pacientů jsou mírně pozitivní, neznamená nutně, že standard psychiatrické péče je na dostatečné úrovni, nebo že odpovídá evropské psychiatrické koncepci. Hodnoty postojů se pohybují velice blízko neutrality. Na druhou stranu je zřejmě zbytečné ústavní péči demonizovat, neboť, v rámci možností, pravděpodobně funguje relativně dobře. To, že kvalitní komunitní služby dokáží fungovat ještě lépe, je už jiná věc.

Zde je také potřeba zmínit, že výzkum žádným způsobem nezkoumal vztah mezi ústavní péčí a možnostmi naplňování vyšších potřeb. Můžeme se domnívat, že potřeby vědění, porozumění, nebo potřeby estetické a seberealizační nejsou při ústavní léčbě zohledňovány, ovšem k ověření těchto předpokladů by bylo potřeba uskutečnit další výzkum.

---

33 viz RAITER a ŽÁČKOVÁ, 2006, s. 11

Výzkum také ukázal, že lidé léčení v PLB před dobou delší než 3 roky, mají na svoji hospitalizaci lepší vzpomínky, než lidé hospitalizovaní v průběhu posledních 3 let. Tyto výsledky jsou pochopitelně značně diskutabilní, neboť během posledních let Psychiatrická léčebna Bohnice prošla několika reformami, které měly zajistit právě lepší kvalitu péče. Je pravděpodobné, že uplynutí tak dlouhé doby, jako jsou 3 a více let, mohlo způsobit zkreslení ve vzpomínkách na dříve prožité události. Nebo se kvalita péče opravdu zhoršila? Myslím, že jediná dostatečně reliabilní metoda pro zjišťování těchto souvislostí by byl longitudinální výzkum. Dotazníky spokojenosti by mohly být vyplňovány přímo při propouštění pacientů z léčby a PLB by tím zároveň získala nástroj k reflexi kvality poskytovaných služeb.

Nakonec bych rád zmínil ještě jednu věc a tou je skutečnost, že pocit spokojenosti je proměnná, jež má mnoho dimenzí. Na míru spokojenosti mají velký vliv předchozí zkušenosti a očekávání. To, jestli jsme v současné době spokojeni s mírou naplňování určitých potřeb, může souviset s tím, jak byly tyto potřeby naplňovány v minulosti, zda dochází ke zlepšení či nikoliv. Tyto zkušenosti zároveň formují naše očekávání, které souvisí, mimo jiné, se schopností adekvátně posoudit vlastní možnosti a zájmy. Lidé, kteří podceňují své vlastní schopnosti, mají sníženou sebedůvěru, nebo prostě jen nejsou dostatečně informováni o svých právech, mohou souhlasit i s diskriminujícím, nerespektujícím přístupem vůči svojí osobě, pokud bude odpovídat jejich vlastnímu očekávání. Jiným faktorem, který může ovlivňovat posuzování spokojenosti, je také aktuální emoční nastavení respondentů. Zda je respondent v době vyplňování dotazníku v dobré, anebo naopak špatné náladě, může mít určitý vliv na zpětné posuzování míry vlastní spokojenosti v minulosti. Tím se dostáváme k poslednímu faktoru, který může mít vliv na hodnocení spokojenosti, a tím je dlouhodobý psychický stav konkrétního respondenta. Všechny tyto faktory upozorňují na skutečnost, že jakákoliv zkoumaná spokojenost bude vždy subjektivní a do značné míry relativní. To bychom měli brát v úvahu také při interpretaci výsledků.

## **Závěr**

Diplomová práce shrnula současné podmínky psychiatrické léčby a rehabilitace v České republice, přičemž hlavní důraz byl zaměřen na možnosti a podmínky rehabilitačních služeb. Práce poukázala na problematiku transformace systému psychiatrické péče a nastínila základní aspekty současné koncepce oboru psychiatrie, která vychází především z potřeby humanizovat psychiatrickou péči, podporovat samostatnost a kompetence pacientů a vytvořit síť komunitních služeb, jakožto alternativu k převládající ústavní léčbě.

Následně jsem se v této práci věnoval tématu motivace a aktivního přístupu u pacientů léčených a klientů rehabilitačních služeb, neboť samostatnost, soběstačnost a přebírání vlastních kompetencí v léčbě i v osobním životě, považuji za jeden ze stěžejních aspektů jakékoliv psychosociální rehabilitace. Zaměřil jsem se na otázky motivace k návratu do běžného života, naplňování osobních potřeb, a na téma moci a manipulace v pomáhajících profesích. Dále jsem zabýval překážkami, které motivaci a samostatnosti brání. Zaměřil jsem se na negativní příznaky duševní poruchy, negativní vlivy farmakologické a ústavní léčby, a na problém stigmatizace a sociálního vyloučení.

Důležitým tématem v diplomové práci bylo také představení alternativních, či méně obvyklých způsobů práce s psychiatrickými klienty. Tyto přístupy poukazují na relativně nová východiska v interpretacích psychotických projevů a na terapeutické nástroje, které by mohly být, případně v zahraničí již jsou v léčbě a rehabilitaci psychóz využívány. Zaměřil jsem se na psychoterapeuticky orientované projekty, které kladou důraz mimo jiné na empatický přístup, na práci s rodinou a na zohledňování potřeb pacientů. Také jsem se zabýval otázkou interpretace sluchových halucinací a možnostmi využití imaginačních technik a narativní psychoterapie.

Práce byla doplněna vlastním výzkumem, zaměřeným na naplňování základních lidských potřeb pacientů v ústavní péči. Výzkum vykázal převládající neutrální postoj respondentů v otázce uspokojení základních potřeb v psychiatrické léčbě, a potvrdil, že potřeby respondentů byly do určité míry

respektovány a personál se k nim většinou choval slušně.

Diplomová práce naplnila svůj cíl ucelit a uspořádat jednotlivé aspekty psychosociální rehabilitace. V otázce podporování motivace a aktivního přístupu nabízí základní přehled možností, rizik a příležitostí, jež hrají roli v podpoře samostatnosti a kompetentnosti pacientů či klientů. Téma bylo důkladněji rozpracováno a nabízí také stručné zhodnocení několika méně obvyklých forem terapeutické práce, jež by mohly být inspirací pro budoucí rozvoj rehabilitačních služeb.



## Seznam literatury:

- ALANEN, Y. O. Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis* [online], 2009, 1, 2, 156-166. ISSN 1752-2439. [cit. 2011-08-04]. Dostupné z URL: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17522430902795667>>.
- ATKINSONOVÁ, R. L. aj. *Psychologie*. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-85605-35-X.
- BALÁŽOVÁ, A. Význam subjektívneho prežívania liečby antipsychotikami pre účinnosť a bezpečnosť. *Česká a slovenská psychiatrie* [online], 2011, 107(3), 151-154. ISSN 1212-0383. [cit. 2011-07-28]. Dostupné z URL: <<http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=708>>.
- BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.
- BERGER, P. L. a LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. ISBN 80-85959-46-1.
- BOLA, J. R. a MOSHER, L. R. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria project. *Journal of Nervous and Mental Disease* [online], 2003, 191, 4, 219-229. ISSN 0022-3018. [cit. 2011-08-02]. Dostupné z URL: <<http://www.moshersoteria.com/soteriawp/wp-content/uploads/2010/10/bola.pdf>>.
- CHAMBERLINOVÁ, J. *Na vlastní pěst*. Praha: Identita, 1999. ISBN 80-238-5532-8.
- DOUBEK, P. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.
- FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.
- FOUCAULT, M. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin, 2000. ISBN 80-86019-96-9.
- FREEDMANOVÁ, J. a COMBS, G. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-549-3.
- GLASSER, W. *Terapie realitou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-493-1.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.

HOLMA, J. a AALTONEN, J. Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* [online], 1998, 20(3), 253-263. eISSN 1573-3335. [cit. 2011-08-12]. Dostupné z URL: <<http://www.springerlink.com/content/j13732m587r38r87/fulltext.pdf>>.

JOHNSOVÁ, L. C. a OS, J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review* [online], 2001, 21, 8, 1125-1141. ISSN 0272-7358. [cit. 2011-08-9]. Dostupné z URL: <[http://www.uni-graz.at/~schulter/Johns01\\_schizotypy\\_schizophrenia\\_continuum.pdf](http://www.uni-graz.at/~schulter/Johns01_schizotypy_schizophrenia_continuum.pdf)>.

JUNG, C. G. *Archetypy a nevědomí. Výbor z díla II.* Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1997. ISBN 80-85880-16-4.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou.* Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-080-87.

KOPEČEK, M. Klinické a teoretické aspekty podávání antipsychotik (neuroleptik). *Remedia* [online], 2002, 12, 6, 447-465. ISSN 0862-8947. [cit. 2011-07-28]. Dostupné z URL: <<http://www.remédia.cz/1006.magarticleprintversion.ashx>>.

LAROI, F. Book reviews. *Nordic Journal of Psychiatry* [online], 2003, 57, 2, 157-159. eISSN 1502-4725. [cit. 2011-08-6]. Dostupné z URL: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/08039480310000996>>.

LÉVI-STRAUSS, C. *Myšlení přírodních národů.* Praha: Dauphin, 1996. ISBN 80-901842-9-4.

LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C. aj. *Psychiatrie.* Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

LOFSTEDT, C. R. *Essentials of psychiatric nursing.* 3. vyd. St. Louis, Missouri: Mosby, 1990. ISBN 0-8016-5300-2.

MARI, J. J. aj. Packages of care for schizophrenia in low- and middle- income countries. *Plos Medicine Journal* [online], 2009, 6, 10. ISSN 1549-1277. [cit. 2011-07-27]. Dostupné z URL: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000165>>.

MORRISON, A. P. aj. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology* [online], 2003, 42, 331-353. eISSN 2044-8260. [cit. 2011-08-9]. Dostupné z URL: <[http://www.healingattention.org/documents/doc\\_psychosis.pdf](http://www.healingattention.org/documents/doc_psychosis.pdf)>.

NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování.* Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.

NAWKOVÁ, L. aj. Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských médiích. *Česká a slovenská psychiatrie* [online], 2010, 106(6), 351-356. ISSN 1212-0383. [cit. 2011-07-30]. Dostupné z URL: <<http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=671>>.

PĚČ, O. aj. *Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Prahy (2006-2007): Odborná zpráva z projektu* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008. [cit. 2011-07-12]. Dostupné z URL: <[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/odborna\\_zprava\\_projektu.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/odborna_zprava_projektu.pdf)>.

PFEIFFER, J. aj. *Politika péče o duševní zdraví v ČR, cesty k její realizaci: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2004. [cit. 2011-07-14]. Dostupné z URL: <[http://www.cmhcd.cz/images/cast\\_2\\_14\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/images/cast_2_14_3_05.pdf)>.

PRAŠKO, J. aj. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

RAITER, T. a ŽÁČKOVÁ, L. *Kvalita psychiatrické péče očima pacientů. Kvantitativní výzkum mezi pacienty psychiatrie* [online]. Praha: STEM/MARK, 2006. [cit. 2011-08-23]. Dostupné z URL: <[http://www.crpdz.cz/\\_komponenty/dokumenty/2006\\_04\\_23\\_001.pdf](http://www.crpdz.cz/_komponenty/dokumenty/2006_04_23_001.pdf)>.

RÄKKÖLÄINEN, V. aj. Need-adapted treatment of schizophrenic processes: The essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy* [online], 1991, 13(6), 573-582. eISSN 1573-3335. [cit. 2011-08-04]. Dostupné z URL: <<http://www.springerlink.com/content/q7405376r767v7m5/fulltext.pdf>>.

REDDEMANN, L. *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-530-1.

ROMME, M. a ESCHEROVÁ, S. Empowering people who hear voices. In HADDOCK, G. a SLADE, P. D. *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge, 1995. ISBN 0-415-10290-1.

STUHLÍK, J. *Výsledky práce s metodou CAN-C ve službách psychosociální rehabilitace poskytovaných regionálními sdruženími Fokus* [online]. Mladá Boleslav: Fokus Mladá Boleslav, 2007. [cit. 2011-07-23]. Dostupné z URL: <<http://www.fokus-mb.cz/downloads/01.pdf>>.

THORNICROFT, G. aj. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry* [online], 2007, 19(2), 113-122. eISSN 1369-1627. [cit. 2011-07-30]. Dostupné z URL: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/09540260701278937>>.

TICHÝ, J. *Historie bohnické psychiatrie v letech 1903-2005*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-441-5.

WILKEN, J. P. a HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci* [online]. Havlíčkův Brod: Fokus Vysočina, 1999. [cit. 2011-07-18]. Dostupné z URL: <<http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?id=23>>.

YOUNGSON, R. M. *O šílenství, podivínství a genialitě*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-401-X.

ZVOLSKÝ, P. aj. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1.

## **Dokumenty:**

*Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice* [online]. Praha: Vida, 2010. [cit. 2011-07-15]. Dostupné z URL: <[http://www.ppzdravi.cz/User\\_data/Media/Original/VIDA/201101/vida-adresar-sluzeb-2010-web.pdf](http://www.ppzdravi.cz/User_data/Media/Original/VIDA/201101/vida-adresar-sluzeb-2010-web.pdf)>.

*Akční plán duševního zdraví pro Evropu* [online]. Helsinky: Evropská konference ministrů k otázkám duševního zdraví, 2005. EUR/04/5047810/7. [cit. 2011-07-12]. Dostupné z URL: <[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/akcniplanMHHelsinky\\_cesky.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/akcniplanMHHelsinky_cesky.pdf)>.

*Deklarace lidských práv a duševního zdraví* [online]. Světová federace pro duševní zdraví, 1989. [cit. 2011-07-30]. Dostupné z URL: <<http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>>.

*Deklarace o duševním zdraví pro Evropu* [online]. Helsinky: Evropská konference ministrů k otázkám duševního zdraví, 2005. EUR/04/5047810/6. [cit. 2011-07-12]. Dostupné z URL: <[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/deklaraceMHHelsinky\\_cesky.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/deklaraceMHHelsinky_cesky.pdf)>.

*Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008* [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008. [cit. 2011-07-13]. Dostupné z URL: <[http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni\\_v\\_oboru/revize\\_koncepce\\_2008.doc](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/revize_koncepce_2008.doc)>.

*Standardy kvality sociálních služeb* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., 2006. [cit. 2011-07-11]. Dostupné z URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.

## **Internetové zdroje:**

*Hearing voices and schizophrenia*/Intervoice /online/. c2011, poslední revize 5.8.2011 /cit. 5.8.2011/. Dostupné na:

<<http://www.intervoiceonline.org/2253/voices/understanding-voices/hearing-voices-schizophrenia.html>>.

## Příloha:

### Dotazník spokojenosti

Dobrý den,  
děkuji, že jste si našli chvíli času na vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je určen pro lidi, kteří byli v minulosti hospitalizováni v Psychiatrické léčebně Bohnice. Prosím, pokuste se odpovídat co možná nejpravdivěji na následující otázky. Dotazník se nepodepisuje, takže Vaše odpovědi zůstanou anonymní. Tento dotazník byl vytvořen pro studijní účely. Zaměřuje se na zkušenosti pacientů s léčbou v PLB.

Děkuji  
David Panuška

#### Dotazník spokojenosti s ústavní léčbou:

- 1) Kdy jste byl/a naposledy hospitalizován/a v PLB?  
 letos (rok 2011)  
 vloni (rok 2010)  
 předloni (rok 2009)  
 před rokem 2009  
 nepamatuji si  
 v PLB jsem nikdy nebyl/a hospitalizován/a
- 2) Jste:     muž                       žena
- 3) Věk:     18 – 30 let  
           31 – 45 let  
           45 – 60 let  
           60 a více let
- 4) Diagnóza:     schizofrenie – prosím specifikujte .....  
                   schizotypální porucha – prosím specifikujte .....  
                   schizoafektivní porucha – prosím specifikujte .....  
                   jiná diagnóza – prosím uveďte jaká .....  
                   neznám svoji diagnózu

#### Ohodnoťte prosím na škále, nakolik souhlasíte s následujícími výroky:

- 5) K lékařům PLB cítím důvěru  
 rozhodně ano     spíše ano                       ani ano ani ne     spíše ne                       rozhodně ne
- 6) Ke zdravotním sestřám PLB cítím důvěru  
 rozhodně ano     spíše ano                       ani ano ani ne     spíše ne                       rozhodně ne
- 7) K pomocnému personálu (sanitář/ka, ošetřovatel/ka) PLB cítím důvěru  
 rozhodně ano     spíše ano                       ani ano ani ne     spíše ne                       rozhodně ne
- 8) V PLB jsem se setkával/a s pochopením a porozuměním  
 rozhodně ano     spíše ano                       ani ano ani ne     spíše ne                       rozhodně ne
- 9) V PLB jsem se setkával/a s ignorováním a zanedbáváním  
 rozhodně ano     spíše ano                       ani ano ani ne     spíše ne                       rozhodně ne

- 10) V PLB mi bylo umožněno vyjádřit to, co skutečně cítím a co si myslím  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 11) V PLB jsem se setkával/a s ponižováním ze strany personálu  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 12) V PLB se mnou bylo zacházeno jako s rovnoprávným člověkem  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 13) V PLB byly respektovány mé potřeby a pocity  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 14) V PLB jsem se setkával/a s trestáním a nespravedlivým zacházením  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 15) V PLB jsem se setkával/a s urážkami ze strany personálu  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 16) V PLB se mnou bylo jednáno slušně a ohleduplně  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 17) V PLB jsem se setkával/a s despektem a opovržením ze strany personálu  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 18) Pobyť v PLB si spojuji s pocitem bezpečí  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 19) Pobyť v PLB mi pomohl lépe porozumět svým potížím a možnostem léčby  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 19) Pobyť v PLB narušil moji sebedůvěru  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 20) Pobyť v PLB bych doporučil/a lidem se stejnými psychickými problémy  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 21) Pobyť v PLB mi pomohl vrátit se zpět do normálního života  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne
- 22) Rád absolvuji další pobyť v PLB, pokud se můj psychický stav zhorší  
 rozhodně ano    spíše ano    ani ano ani ne    spíše ne    rozhodně ne

**Pokud si přejete přidat k dotazníku nějaký vlastní komentář, prosím učiňte tak zde:**

.....

.....

.....

.....

.....

Díky za vaši spolupráci. Přeji krásné dny a hodně psychické pohody.

## **Anotace**

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku aktivního přístupu k vlastní léčbě u psychóz. V otázce léčby a rehabilitace psychóz považuje autor za důležité, aby byly zejména podporovány vlastní kompetence a samostatnost pacientů léčených a klientů rehabilitačních služeb. Autor předkládá nejprve stručnou analýzu současného stavu psychiatrické péče v České republice, přičemž se zaměřuje zejména na možnosti rozvoje komunitních služeb a na transformaci ústavní péče. Následně se autor věnuje faktorům, které mohou u lidí trpících psychózou ovlivňovat míru jejich motivace k přebírání kompetencí a navyšování samostatnosti. Důkladněji se zabývá jak negativními tak pozitivními faktory. Autor také předkládá několik novějších a méně obvyklých přístupů k léčbě a rehabilitaci dotčených jedinců. Práce je doplněna vlastním výzkumem, který se zaměřuje na naplňování základních potřeb pacientů v podmínkách ústavní léčby.

## **Klíčová slova**

psychóza, schizofrenie, rehabilitace, aktivní přístup, motivace, kompetence, samostatnost



## **Abstract**

Diploma thesis focuses on the issue of an active approach to respective treatment in psychosis. Author emphasizes on the importance of supporting personal competencies and self-reliance of patients of psychiatric hospitals and clients of rehabilitation services. Author introduces a brief analysis of contemporary state of psychiatric services in Czech Republic, while he focuses mainly on the subject of development of community services and transformation of psychiatric asylums. Consequently, author focuses on factors, which can affect motivation to adopt competencies and increase self-reliance of psychotic individuals. He inquires more thoroughly into the positive and negative factors. Author also brings forward several alternative views on, and approaches to the subject. Last part of the thesis consists of research, focused on the topic of saturation of basic needs of psychiatric hospital patients.

## **Key words**

psychosis, schizophrenia, rehabilitation, active approach, motivation, competence, self-reliance

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autora:** David Panuška

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Problematika aktivního přístupu k vlastní léčbě u psychóz

**Počet stran (bez příloh):** 69

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 33

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 12

**Počet internetových odkazů:** 1

**Vedoucí práce:** MUDr. Jan Stuchlík

**Rok dokončení práce:** 2011



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: David Panuška  
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
 Název práce: Problematika aktivního přístupu k vlastní léčbě u psychóz  
 Vedoucí/oponent práce: MUDr. Jan Stuchlík

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 69  
 Počet stránek příloh: 2  
 Počet titulů v seznamu literatury: 45

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Vlastní šetření ukazuje, že respondenti jsou s poskytnutou léčbou v PL Bohnice převážně spokojeni. Tento výsledek není překvapivý, nicméně nevyprovádá příliš o tom, zda poskytnutá péče přispívá k vlastní motivaci k aktivní účasti v léčbě či nikoliv. Otázkou k diskusi může být například, jak by měl vypadat výzkumný nástroj, který by citlivěji mapoval vliv na motivaci. Lze si představit například baterii otázek zaměřených na to, které faktory klienti považují na základě svých zkušeností za motivující či demotivující a za jakých okolností se s těmito faktory setkávají.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Pozitiva:

Autor nepředkládá obvyklý kompilát na téma „psychosociální rehabilitace“, ale cíleně se zaměřuje na problematiku motivace klientů. Na základě svých osobních zkušeností formuluje poněkud konfrontační pracovní hypotézu, lůžková psychiatrická péče nepřispívá k motivaci pacientů, případně může být i demotivující. Z literatury pak cíleně vybírá prameny, které se přímo vztahují k tématu. V části zaměřené na alternativy k tradiční biologicky orientované léčbě předkládá pět terapeutických přístupů (včetně, které výstižně a s velmi dobrým porozuměním shrnuje.

Práce je napsaná velmi dobrým čtivým jazykem, autor přesně a srozumitelně formuluje. Text má i velice málo formálních nedostatků.

Autor kvalitně pracuje s literaturou, výběr citovaných zdrojů je reprezentativní a relevantní k tématu, počet citovaných zdrojů (včetně zahraničních) je dostatečný.

Ve výzkumné části je předloženo původní dotazníkové šetření. Dotazník je dobře a přehledně strukturovaný, srozumitelnost je velmi dobře přizpůsobená možnostem respondentů. Výsledky jsou interpretovány velmi střídavě.

Negativa:

Jedinou slabou stránkou práce, je že výzkumná část neodpovídá přesně původně deklarovanému cíli práce. Ačkoliv autor otázky dotazníku vztahuje k základním potřebám a na základě příslušnosti k jednotlivým potřebám je shrnuje do větších celků, v zásadě je většina otázek zaměřena na spokojenost s lůžkovou psychiatrickou péčí, což nutně zkrsluje výsledek.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace:      výborně

Datum, podpis:

6. 9. 2011

MUDr. Jan Stuchlík

\*  
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: David Panuška

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Problematika aktivního přístupu k vlastní léčbě u psychóz

Oponent práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh):70

Počet stránek příloh:72

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			x	
--	--	--	---	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jaké jsou skryté důvody nedostatečné transformace systému psychiatrické péče?
2. Na čem a jak byste postavil „maximalisticky“ výzkum daného tématu? Např. kolik byste potřeboval respondentů? Potřebujete kontrolní vzorek? Zdůvodněte.
3. Jak se díváte na případnou obecnou normu docházení zdravotnických a sociálních pracovníků do rodin u psychotických pacientů? Proved'te ad hoc zdůvodnění Vašich argumentů .

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předložená práce je poměrně slušné dílo, které ukazuje, že pisatel se v problematice vyzná adekvátně. Velmi dobře si vybral téma, předložil je dobře. Poněkud zavádějící jsou stati, které se k tématu váží jen okrajově nebo uměle. Není zcela pochopitelné, proč autor prakticky nerozvádí a nepopisuje význam psychoterapie a rodinné terapie, jen málo také hovoří o svépomocných skupinách a léčebné komunitě. Pokud je o nich řeč, tak nepodstatně a málo výstižně.

To, co autor nazývá výzkumem, je spíše jeho předstupněm či jeho elementární forma. Mezi psychoterapeutickými metodami autor zmiňuje interpretaci sluchových (proč ne i jiných?) halucinací, imaginaci a narativní metaforu. Je patrné, že o psychoterapii nemá pisatel potřebné vědomosti. Místy se zdá, že pisatel píše spíše proto, aby dostal formální podmínkám, nežli proto, že měl co říci. A to práci kazí.

Navzdory výtkám je ale práce sympatickým dílkem, které je zaměřeno z větší své části na dané téma. Kolega Panuška má o lidi postižené psychózami zájem, a má s nimi i pracovní zkušenost. To zvyšuje věrohodnost jeho zjištění.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře



Datum, podpis: 15.9.2011  
Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D