

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Pocity klientů po sdělení psychiatrické diagnózy**

### **Diplomová práce**

Vedoucí práce:

Eva Dubovská, Ph.D.

Autor:

Bc. Olga Haisová

Praha 2020

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, Evě Dubovské, Ph.D. za její cenné rady, připomínky a metodické vedení této práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich otevřenost a ochotu poskytnout mně rozhovor. Děkuji své rodině za velikou podporu. Mé největší díky patří mému příteli Michalovi, za jeho schovívavost, trpělivost a podporu během celého tohoto procesu.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Pocity klientů po sdělení psychiatrické diagnózy“ vypracovala sama s využitím uvedených zdrojů. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:  
14. 8. 2020

Podpis autora

## **Anotace**

V teoretické části své diplomové práce s názvem „Pocity klientů po sdělení psychiatrické diagnózy“ pojednávám o mýtech, které jsou spojeny se schizofrenií a o klasifikaci schizofrenie v rámci duševních nemocí. Dále se zabývám vývojem medicínských přístupů ke schizofrenii a antipsychiatrií jako reakcí na ně. Pro lepší pochopení chování lidí se schizofrenií uvádím informace o schizofrenním myšlení a vnímání. Později popisuji současné trendy ve vývoji psychiatrické péče a model zotavení/recovery ve světě a jejich vliv na reformu psychiatrické péče u nás, kdy jsme svědky přesunu péče z psychiatrických nemocnic do komunity. Na závěr teoretické části se zabývám stigmatizací, která často onemocnění schizofrenií provází. V praktické části uvádím výstupy z rozhovorů s respondenty, u nichž byla diagnostikována schizofrenie, a kteří sdílejí své individuální vnímání toho, jaké je to žít s diagnózou schizofrenie, a hledám společné rysy.

## **Klíčová slova:**

Schizofrenie, stigmatizace, edukace, medikace, sociální práce, recovery, pocity spojené se stanovením psychiatrické diagnózy, komunitní práce s lidmi s duševním onemocněním

### **Annotation**

In the theoretical part of my diploma work "Client's feelings after receiving a psychiatric diagnosis" I deal with myths connected with schizophrenia, and with schizophrenia classification within the frame of mental diseases. Further, I describe development of medicine approaches towards schizophrenia, and antipsychiatry as a response to it. For better understanding of behaviour of people with schizophrenia, I provide information about schizophrenic thinking and perception. Later, I describe current trends in psychiatric care and the recovery model, and their impact on psychiatric reform in our country, when we witness transfer of care from psychiatric hospitals to community. At the end of the theoretical part, I deal with stigmatisation which often goes along with schizophrenia. In the practical part, I mention outputs from interviews with respondents who have been diagnosed with schizophrenia, and who share their individual perception of what it is like living with schizophrenia, and seek for common attributes.

### **Key words**

Schizophrenia, stigmatisation, education, medication, social work, recovery, feelings connected with receiving psychiatric diagnosis, community work with people with mental illness

## Obsah

### 1. ÚVOD

### I. TEORETICKÁ ČÁST

### 2. SCHIZOFRENIE

#### 2.1. Mýty o schizofrenii

#### 2.2. Co vlastně označujeme jako schizofrenii

##### 2.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

##### 2.2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí – 11. revize

#### 2.3. Vývoj přístupů ke schizofrenii

##### 2.3.1 Nejstarší prameny

##### 2.3.2. Vývoj medicínského přístupu ke schizofrenii

###### 2.3.2.1 Vydělení schizofrenie jako samostatné diagnózy

###### 2.3.2.2 Biologická terapie

###### 2.3.2.3 Definování příznaků prvního řádu

###### 2.3.2.4 Objevení antipsychotik

##### 2.3.3 Antipsychiatrie a hnutí psychiatrických pacientů

###### 2.3.3.1 Antipsychiatrie

###### 2.3.3.2 Hnutí psychiatrických pacientů

#### 2.4. Prevalence a pravděpodobnost uzdravení u schizofrenie

#### 2.5. Příčiny vzniku schizofrenie

#### 2.6. Schizofrenní myšlení a vnímání

#### 2.7. Antipsychotika a jejich využití

### 3. OD PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE K ZOTAVENÍ / RECOVERY

#### 3.1 Model psychiatrické rehabilitace

#### 3.2 Model zotavení / recovery

## 4. REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

### 4.1. Strategie reformy psychiatrické péče

### 4.2 Národní akční plán pro duševní zdraví

### 4.3 Komunitní sociální práce

#### 4.3.1 Sociální práce obecně

#### 4.3.2 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

#### 4.3.3 Komunitní sociální péče v českých podmínkách

##### 4.3.3.1 Centra duševního zdraví - koncepce

##### 4.3.3.2 Centra duševního zdraví – realita v r. 2020

##### 4.3.3.3 Case management

##### 4.3.3.4 Včasná detekce a včasná intervence

#### 4.3.4 Edukace

## 5. STIGMATIZACE OSOB TRPÍCÍCH SCHIZOFRENIÍ

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 6. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 7. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 8. RIZIKA A ETICKÉ OTÁZKY SOUVISEJÍCÍ S VÝZKUMEM

### 9. PRŮBĚH VLASTNÍHO EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

#### 9.1 Metodika a průběh výzkumu

#### 9.2 Popis výzkumného vzorku

#### 9.3 Analýza témat, která se ve výzkumných rozhovorech opakovala

##### 9.3.1 Chybějící včasná intervence

##### 9.3.2 Problémy v primární rodině

##### 9.3.3 Stigmatizace

##### 9.3.4 Život s nemocí

##### 9.3.5 Nepochopení od blízkých

##### 9.3.6 Traumatický zážitek

##### 9.3.7 Negativní pocity

9.3.8 Špatná edukace

9.3.9 Nepřijetí diagnózy

9.3.10 Spolupráce s návaznými službami

9.3.11 Medikace

9.3.12 Bilance života s nemocí

9.3.13 Ukázka bludů

9.4 Praktická ukázka hospitalizace na psychiatrii

10. SHRNU TÍ ZJIŠTĚNÝCH DAT

11. DISKUSE A SROVNÁNÍ S LITERATUROU

12. PŘÍLOHY

12.1. I. příloha - vedlejší účinky antipsychotika I. generace

12.2 II. příloha – vedlejší účinky antipsychotika II. generace

12.3 III. příloha - Dotazník 10-QS

12.4. IV. příloha – ukázka kódování (výzkumný rozhovor č.4)

12.5. přepsané výzkumné rozhovory

13. SEZNMAPO POUŽITÉ LITERATURY



## 1. Úvod

Připravovala jsem se na svou diplomovou práci a všechno bylo jasné, literaturu si půjčím v knihovně, neziskových organizací, kde jsou mí potenciální respondenti - lidé se schizofrenií - je v Praze několik a při nejhorším je tu jistota Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde mám kontakty. S citacemi bude trochu problém, to neumím, ale nějak se s tím vypořádám. Devět měsíců mi musí stačit, abych "porodila" svoji magisterskou práci.

Michael Třeštík (2018) cituje Woody Allena: „Chceš-li rozesmát Pána Boha, řekni mu své plány.“ V prosinci a v lednu jsem začala číst odbornou literaturu, v únoru jsem připravovala otázky pro výzkumný rozhovor a v březnu nastal Coronavirus. A Pán Bůh se smál... Mohla jsem sice pracovat z domova, ale děti také zůstaly doma, starší dcera chodí již do školy, takže místo přípravy diplomové práce jsem si opakovala vyjmenovaná slova a učila se složení atmosféry (ano, ve třetí třídě se děti učí - samozřejmě zjednodušeně - složení atmosféry). A co bylo nejhorší, knihovna byla zavřená a já jsem byla odříznutá od zdrojů.

Ale všechno zlé je k něčemu dobré. Díky koronaviru jsem musela hledat zdroje pro svou diplomovou práci na internetu a bylo to jako zjevení. Našla jsem tolik relevantních a zajímavých článků a videí, že jsem četla a četla a s každým shlédnutým videem se nabízela další na téma, které se týkalo mé diplomové práce. Díky internetu jsem tak např. zjistila, že na Strategii reformy péče o duševní zdraví, kterou jsem chtěla do své práce začlenit, navazuje aktuálnější dokument z jara 2020, o kterém jsem neměla ani tušení. Zatímco před začátkem koronaviru jsem nevěděla, kde hledat další zdroje, teď jsem najednou byla zdroji zahlcena.

Vzhledem ke koronaviru jsem ale měla problém najít dostatek respondentů, nemocnice byly pro veřejnost uzavřené a neziskové organizace na moji žádost o rozhovory reagovaly odmítavě. Nakonec se mi podařilo najít čtyři vhodné respondenty mezi mými klienty a vzorek jsem doplnila pátým respondentem, jehož zkušenost s léčbou v psychiatrické nemocnici jsem považovala za přínosnou.

Takže příběh snad nakonec končí dobře a já zde mohu předložit práci, která je díky koronaviru jiná, ale asi to tak mělo být.

## I. TERORETICKÁ ČÁST

### 1 Schizofrenie

#### 1.1. Mýty o schizofrenii

Lidé si často myslí, že schizofrenie je duševním onemocněním, které má chronický průběh a při kterém dochází k nezvratným změnám. Statistiky přitom uvádějí, že asi 25 % klientů se zcela uzdraví a stav dalších 50 % se zlepší (The Internet Mental Health Initiative, n.d.). Frese, Knight a Saks (2009) uvádějí, že vývoj léčby za posledních 50 let pokročil tak, že 95 % lidí, kteří by dříve trávili život v psychiatrických léčebnách, je na začátku 21. století schopno žít v rámci komunity.

Lidé se také často domnívají, že schizofrenií onemocní hlavně lidé s nízkým intelektem nebo že „v důsledku onemocnění lidé zhloupnou“ (Skopová, 2016, s.11). Přitom mnozí lidé poté, co jim byla diagnostikována schizofrenie, dokončili vysokou školu a jsou úspěšní ve svém oboru.

Výzkum nemoci a jeho aplikace v praktické léčbě umožnily realizovat psychoterapeutické a rehabilitační programy, díky kterým se prognóza lidí s diagnózou schizofrenie zlepšuje. Např. délka hospitalizace v nemocnici se při akutní atace nemoci snížila v průběhu posledního desetiletí na 4 až 6 týdnů (Mayerová, n.d.). Postupně dochází k deinstitucionalizaci péče, psychiatrická péče se v Čechách – podobně jako jinde ve světě – přesouvá zpět do komunity.

Dalším předsudkem je strach z nebezpečnosti a nevypočitatelnosti nemocných (Tartakovsky, 2019). Tento předsudek vychází z toho, že v akutní fázi nemoci jsou někteří nemocní neklidní a brání se hospitalizaci, pod vlivem bludných představ mohou být i agresivní. Toto chování vychází hlavně z velké úzkosti nemocného. V nejhorším případě je nemocný hospitalizovaný za asistence policie. Tyto události si všichni pamatují, a to posiluje přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií, jsou nebezpeční. Statisticky je ale prokázáno, že lidé s diagnózou schizofrenie nepáchají víc násilných trestných činů než majoritní společnost. Např. ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice a místopředseda české psychiatrické společnosti Martin Hollý říká, že člověk se schizofrenií není nebezpečnější než kdokoli jiný, pokud jeho onemocnění není kombinováno s užíváním návykových látek (Hollý, 2018). Stejný názor mají Pompili a Fiorillo (2015), kteří konstatují, že výskyt násilí je u pacientů se schizofrenií stejně vysoký jako v obecné populaci. Hollý (2018) navíc zdůrazňuje, že spíše než agresory jsou lidé se schizofrenií často oběťmi násilí.

Ve výzkumné zprávě Evropské Komise „Boj se stigmatizací a diskriminací lidí s duševními problémy v Evropě“ (Directorate-General, 2010) z roku 2010 se můžeme dočíst, že názor o nebezpečnosti lidí s duševním onemocněním sdílejí dokonce i někteří profesionální zdravotníci.

Negativní roli médií zmiňuje také Tartakovsky (2019) v článku Škodlivý obraz duševní nemoci v médiích. Autorka podobně jako Hollý zmiňuje výzkumy, které potvrzují, že spíše než agresory jsou duševně nemocní často oběťmi násilí.

Přestože odborníci zmíněné mýty odmítají, vliv médií na názory lidí je silnější. Veřejnost si tak vytváří o duševních onemocněních obecně a schizofrenii konkrétně negativní názor, který následně vede ke stigmatizaci nemocných.

## 2.2 Co vlastně označujeme za schizofrenii

*Schizofrenie, z řeckého skhizein σχίζειν - "rozštěpení"; a phren φρήν - "mysl" je poměrně časté závažné psychotické onemocnění.*“ Termín poprvé použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler na začátku 20. století (Vacek, 1996). Navzdory tomu, že tento termín je všeobecně známý a že s diagnózou schizofrenie žije asi 1 % lidí, odborné diskuse o tom, co je schizofrenie, pokračují i po více než 100 letech. Cituji (Vacek, 1996): „*Léčíme schizofrenii, aniž přesně víme, co to je.*“

### 2.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

V Čechách se pro klasifikaci duševních onemocnění používá Mezinárodní klasifikace nemocí, vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Její současná revize 10 (MKN-10) je v Čechách platná od r. 2016.

Podle MKN-10 jsou duševní poruchy obsaženy v oddílech F00 – F99, přičemž oddíl F20 – F29 je nazván Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

Vlastní schizofrenie je obsažena v oddíle F 20, který se dále člení takto:

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie
- Simplexní schizofrenie

- Reziduální (chronická, zbytková) schizofrenie
- Nediferencovaná (nerozlišená) schizofrenie
- Huberova cenestopatická schizofrenie (pseudoneurastenická, hypochondrická)

MKN-10 definuje schizofrenii takto: „*Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky*“ (WHO, 2019, V. kap., podkap. F20-F29).

Pro laiky je přístupnější popis schizofrenie, tak jak ji najdeme u Mohra (2012). Podle něj je schizofrenie duševní onemocnění, které se projevuje závažnými poruchami myšlení, vnímání, emocí, projevů chování, často jsou narušeny kognitivní funkce.

#### 2.2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí – 11. revize MKN

MKN podléhá pravidelným revizím, které odrážejí pokrok vědeckých názorů v dané oblasti za období od předchozí revize. Kritika stávající klasifikace diagnózy schizofrenie ze strany praxe se dlouho zaměřovala na problematiku stanovení hranice mezi schizofrenií a maniodepresivní poruchou. Bergsholm (2016) píše, že vzhledem k tomu, že je často složité rozpoznat afektivní symptomy, je „...*diagnóza často stanovena na základě tradice a předchozího vzdělání*...“ Autor zmiňuje, že přestože všechny stávající klasifikace vycházejí z Kraepelinova oddělení schizofrenie od maniodepresivního onemocnění, sám Kraepelin ve svém článku z roku 1920 napsal: „... *Začíná být stále více jasné, že nemůžeme uspokojivě rozlišit mezi těmito dvěma nemocemi, což nás přivádí k podezření, že naše formulace problému mohla být nesprávná*“ (vlastní překlad autorky).

Stejná informace se objevuje u Hippiause a Müllera (2008), kteří citují Kraepelina (1920): „...*Žádný zkušený diagnostik nemůže popřít, že případy, kdy se zdá nemožné jednoznačně rozhodnout, navzdory mimořádně pečlivému pozorování, jsou nepříjemně časté.*“ a „... *proto zvyšující se zřejmá nemožnost uspokojivě oddělit tyto dvě nemoci by měla vyvolat podezření, že naše záležitost je špatně*“ (vlastní překlad autorky). Kraepelin sám tedy ve své pozdější práci zpochybnil oddělení schizofrenie od maniodepresivního onemocnění, nicméně toto oddělení stále přetrvává ve stávajícím klasifikačním systému.

Na problém s klasifikací narazíme i v dokumentu „Understanding Psychosis and Schizophrenia“ (The British Psychological Society, 2014). Jsou zde zmiňovány tři problémy při stanovení diagnózy: relevance (míra, do jaké se na jednotné diagnóze mohou shodnout kliničtí lékaři), validita (míra, do jaké se existující pojmenování shoduje s reálnou existencí společných příčin) a prospěšnost (v jaké míře a pro koho je existující pojmenování užitečné). I zde se uvádí, že kliničtí lékaři mají „diagnostické preference“.

Dokument cituje pacientku, které byla stanovena diagnóza „schizofrenie“. Matka pacientky se obávala, že tato diagnóza může mít dlouhodobě negativní vliv na budoucnost její dcery, a protože sama měla jisté odborné znalosti, požádala lékaře, aby diagnózu znovu uvážili. Výsledkem bylo, že pacientce byla stanovena méně stigmatizující „bipolární porucha“.

V článku, který byl publikován v r. 2017 tedy 2 roky před oficiálním schválením nové verze MKN, Mohr (2017) popisuje navrhované změny klasifikace v MKN-11. Konstatuje, že zásadní změnou je skutečnost, že MKN-11 u schizofrenie opouští původní rozdělení na jednotlivé subtypy. Místo toho diagnóza stanoví, zda se jedná o poruchu s první epizodou, opakovanými epizodami nebo kontinuálním průběhem, dále zda je symptomatická, v plné nebo částečné remisi.

Jedenáctá revize MKN byla schválena v květnu 2019 v Ženevě a vstoupí v platnost 1. 1. 2022. Podle této revize dojde ke změně kódování, schizofrenie bude zařazena v sekci 06 Mentální poruchy, poruchy chování a poruchy neurodevelopmentální poruchy, v oddílu Schizofrenie a jiné primární psychotické poruchy. Schválená verze kodifikuje změny, tak jak je popisuje Mohr (2017).

### 2.3. Vývoj přístupů ke schizofrenii

#### 2.3.1 Nejstarší prameny

Příznaky, později označované za schizofrenní, se objevují v historii odedávna – důkazem mohou být trepanace lebek z doby kamenné nebo staroegyptské papyry, obsahující popis duševních poruch včetně jejich domnělých příčin. Starověcí Řekové (Hippokratés, Asklépiadés) se pokoušeli příznaky klasifikovat a různými metodami léčit. Zdá se, že středověcí učenci měli k duševnímu onemocnění racionální a vědecký přístup, vedle toho ovšem mnoho lidí, zejména žen, které trpěly např. halucinacemi, bylo považováno za posedlé a skončilo na hranici. První psychiatrická zařízení v Evropě se

objevily v 17. století. V této době se také začaly ve větší míře objevovat náznaky vědeckých studií duševních onemocnění (Kyziridis, 2005).

## 2.3.2 Vývoj medicínských přístupů ke schizofrenii

### 2.3.2.1 Vydělení schizofrenie jako samostatné diagnózy

V 19. století našla léčba a výzkum schizofrenie své místo mezi ostatními medicínskými obory psychiatrie. Do historie schizofrenie se na konci 19. a na začátku 20. století nesmazatelně zapsali psychiatři Emil Kraepelin a Eugen Bleuler (Vacek, 1996).

Koncem 19. století oddělil Emil Kraepelin schizofrenii od maniodepresivního onemocnění a identifikoval ji jako samostatné onemocnění. Kraepelin nazval toto onemocnění jako předčasnou demenci-dementia praecox. Při označení nemoci vycházel z kontinuálního úbytku psychických funkcí, ke kterému dochází v rané dospělosti (Pěč a Probstová, 2009). Další posun v nazírání na schizofrenii přinesl Bleuler, který na základě pečlivých klinických zkoumání, uvedených v monografii *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* (česky nevyšlo, dalo by se přeložit jako „Předčasná demence aneb skupina schizofrenií“) z roku 1911, dospěl k závěru, že jedním z hlavních znaků onemocnění je štěpení různých psychických funkcí. Proto také onemocnění, resp. skupinu onemocnění přejmenoval na „schizofrenii“. Později Bleuler ve svých knihách popsal tzv. základní příznaky schizofrenie. Mezi příznaky zahrnul poruchu asociací, poruchu afektivity (nepřiměřené nebo nevýrazné emoční reakce), ambivalenci (vzájemně se vylučující postoje vůči sobě nebo ostatním) a autismus („opravdové“ prožitky jsou ve světě psychotických prožitků nikoli v reálném světě). Další příznaky (bludy, halucinace, katatonní příznaky) považoval Bleuler za vedlejší, nedůležité pro určení diagnózy (Pěč a Probstová, 2009).

### 2.3.2.2 Biologická terapie

Až do konce 20. let minulého století byla jedinou dostupnou léčbou psychiatrických pacientů sedativa nebo psychoanalytická terapie. Ve 30. letech se začaly používat čtyři nové druhy biologické léčby, od nichž se očekával velký pokrok v léčbě.

Byly to:

- terapie inzulínovým šokem;
- metrazolová šoková terapie, kdy byla pacientům aplikována injekčně látka metrazol s cílem aktivovat centrální nervový systém;
- lobotomie – neurochirurgický zákrok v oblasti frontálního laloku mozku;
- elektrokonvulzní terapie – léčba pomocí elektrošoků (ECT) (Endler, 1988).

Bohužel se ukázalo, že léčebné účinky terapie inzulínovým šokem a lobotomie nebyly zdaleka tak přesvědčivé, jak se předpokládalo, navíc v některých případech měla lobotomie za následek smrt pacienta. Metrazolová šoková terapie vyvolávala křeče, které často způsobovaly zlomeninu páteře. První tři metody se přestaly zcela používat (Sabbatini, n.d.; Endler, 1988). Jedině ECT se v léčbě schizofrenie a dalších duševních onemocnění používá dodnes, přičemž zákrok nyní probíhá v plné narkóze (Horčíčko, n.d.).

#### 2.3.2.3 Definování příznaků prvního řádu

V padesátých letech minulého století definoval německý psycholog Kurt Schneider tzv. příznaky prvního řádu, kterými jsou bludná přesvědčení o odnímání či vkládání myšlenek, o vysílání či zveřejňování myšlenek, o ovládání myšlenek cizí vnější silou, ozvučování myšlenek nebo sluchové halucinace ve formě hlasů, které komentují jednání dotyčného, nebo hlasů, které navzájem diskutují či argumentují, tyto příznaky vypovídají o narušené schopnosti rozlišovat mezi vnějším a vnitřním světem (Pěč a Probstová, 2009). Příznaky prvního řádu jsou důležitou součástí pro stanovení diagnózy schizofrenie podle současně platné MKN-10.

#### 2.3.2.4 Objevení antipsychotik

Zásadní změnu v úspěšnosti léčby i prognózy pacientů se schizofrenií přinesl v padesátých letech minulého století objev antipsychotik první generace (Příkryl a Kučerová, 2009).

Antipsychotika (starší název neuroleptika) se ukázala účinná pro zmírnění některých příznaků schizofrenie, což dalo podnět k rozvoji psychofarmakologie. S rozvojem psychofarmakologie se začalo více zdůrazňovat dělení schizofrenických příznaků na pozitivní (např. halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč) a negativní (např. deficit normálních emočních reakcí, snížená volní kapacita). Pozitivní příznaky lépe reagují na psychofarmaka, zatímco negativní příznaky na léčbu psychofarmaky reagují hůře (Pěč a Probstová, 2009).



### 2.3.3 Antipsychiatrie a hnutí psychiatrických pacientů

#### 2.3.3.1 Antipsychiatrie

Psychiatrie jako medicínský obor vznikla v 19. století. Až do konce druhé světové války bylo možné se s psychiatry setkat pouze za „vysokou zdí blázinců“. Největší ústavy se nacházely blízko velkých měst (Bohnice u Prahy, Dobřany u Plzně atd.). Zavírali se do nich blázni a nepřizpůsobiví, aby nerušili řádné občany. Léčba v podstatě neexistovala, ústavy byly lepší vězení. Personál v blázincích většinou neměl odborné vzdělání. Život v ústavu byl krutý, nejen ubíjející stereotypie, trvající i několik měsíců, ale i špatné zacházení s každým, kdo „zlobil“. Některé chorobné stavy (např.: mnohé katatonie), byly důsledkem špatného zacházení. Proti stavu psychiatrických ústavů se zvedla vlna kritiky už začátkem 20. stol. (Vacek, 1996).

Poměry v ústavech se zlepšily až po druhé světové válce. Kromě zlepšení vybavení ústavů došlo i k humanizaci v péči o nemocné. Z Ameriky přinesla inspiraci tzv. sociální psychiatrie. Osobně o zlepšení zasloužil skotský psychiatr Maxwell Shaw Jones. Snažil se o to, aby se ustoupilo od asymetrického vztahu psychiatr – pacient (Vacek, 1996).

Vacek (1996) dále zmiňuje, že v roce 1967 vyšla ve Velké Británii kniha „Psychiatrie a antipsychiatrie“, kterou napsal psychiatr David Cooper (Cooper, 1967). Cooper ve své knize vyslovuje názor, že schizofrenie není nemoc, ale životní styl. Cooper našel spojence ve skotském psychiatrovi R. D. Laingovi. V roce 1965 založili v Londýně Laing a Cooper „Sdružení bratrské lásky“ čili „Philadelphia Association“ a ústavní zařízení Kingsley Hall pro lidi trpící schizofrenií. V zařízení bylo čtrnáct postelí a za dobu pětileté existence se v něm vystřídal 120 nemocných. Pobyť byl dobrovolný a každý mohl odejít, kdy chtěl. I přes liberální režim se za celou dobu existence zařízení nic vážného nestalo. Psychofarmaka byla v zařízení naprosté tabu.

Význačným představitelem antipsychiatrie byl americký psychiatr maďarského původu Thomas S. Szasz, který přišel s tzv. mýtus-modelem schizofrenie. Tvrdil, že schizofrenie vůbec neexistuje, že je to výmysl psychiatrů. Tzv. schizofrenní nejsou nemocní v medicínském slova smyslu, mají jen odchylku, případně jsou sociálně nepřizpůsobiví. Psychiatři jsou nástroje společenské represe, jejich úkolem je nepohodlné jedince označovat za šílené. Szasz zastával také názor, že schizofrenie je určitá „strategie chování“, nikdo nemá v žádném případě právo schizofrenii diagnostikovat jako duševní nemoc. Podle Szasze je ústavní detence něco jako vězení a jedná se o zločin, tzv. schizofrenní pacienty je potřeba nechat na pokoji, časem jim dojde, že by se měli začít



chovat jinak (Vacek, 1996).

V Itálii měla antipsychie velký úspěch pod názvem „demokratická psychiatrie“. Je spojována s psychiatrem Frankem Basagliou. V r. 1978 se Basaglioovi podařilo prosadit přijetí zákona, který radikálně změnil systém péče o duševní zdraví. Díky tomuto zákonu mělo postupně docházet k přechodu od péče ve velkých psychiatrických nemocnicích k péči založené na službách v rámci komunity. V Itálii se všem těmto změnám říkalo „Basaglioova reforma“, její realizace si ovšem vyžádala několik dalších let (Vacek, 1996). Na konci r. 2018 odvysílala Česká televize dokument o historii této reformy (Podhůrská, 2018). Život Franca Basaglia inspiroval i filmové tvůrce k natočení filmu „Bylo jednou jedno město bláznů“. Část tohoto filmu měli diváci možnost vidět v r. 2019 v Městské knihovně Praha jako součást Festivalu Na hlavu (Národní ústav duševního zdraví [NUDZ], 2019).

Vacek (1996) píše, že s postupem času ztratila antipsychie své postavení. Uvádí pro tuto skutečnost dva důvody. Prvním je, že antipsychie má velké výhrady k medikaci-schizofrenní pacient, u kterého by zabrala psychofarmaka, léčbu odmítne na základě argumentů antipsychie. Druhý důvod je spojen s politickými názory představitelů antipsychie, jejichž levicová orientace přecházela někdy až v anarchismus.

Vacek (1996) cituje Černouška (1994), který označil antipsychii za sebereflexi psychiatrie. Reflexe došla tak daleko, že popřela povahu psychiatrie jako lékařského oboru, který pomáhá nemocným. V konečném výsledku nazvala antipsychii sociálně-administrativním nástrojem segregace lidí. Je paradoxní, že i když bojovala proti nálepkování, sama antipsychii se stala obětí tohoto fenoménu.

Vyvážený názor na antipsychické hnutí přináší Příkryl (2010): *„Antipsychie kromě rozporuplných názorů přinesla psychii také řadu pozitivních skutečností. Poukázala na komplexnost duševních poruch, přispěla k deinstitucionalizaci psychické péče“*.

### 2.3.3.2 Hnutí psychiatrických pacientů

Koncem 20. století se v Severní Americe a v západní Evropě začalo objevovat v oblasti psychiatrické léčby nové reformní hnutí, u jehož zrodu stáli sami bývalí psychiatrickí pacienti. Jednou z příčin vzniku hnutí bylo, že ani v 90 letech se poměry v psychiatrických nemocnicích neměnily. Mnozí bývalí pacienti zažili nedobrovolnou

hospitalizaci, ponižující chování vůči nemocným, nadměrně používanou medikaci k utlumení, pokračování bolestivých zákroků, jejichž účinky byly sporné. Elektrošoky byly původně prováděné bez narkózy, což bylo velmi bolestivé. Druhým důvodem revolty byla opozice vůči stále narůstajícímu tlaku farmaceutických firem napojených na lékaře-psychiatry. Toto hnutí nebylo a není jednotné, existují vedle sebe dva hlavní proudy: hnutí „Spotřebitelů“ („Consumers“), které prosazuje změny v rámci existujícího zdravotního systému a spolupracuje s profesionály v oblasti psychiatrie, a radikální hnutí „Přeživších psychiatrickou péčí“ („Psychiatric Survivors“), které odmítá psychiatrickou léčbu jako takovou.

Příkladem svépomocné skupiny nemocných je mezinárodní síť Hearing voices, která na svých internetových stránkách zveřejňuje videa, rady a umožňuje sdílení zkušeností. V Čechách existují stránky <http://www.slysenihlasu.cz>, kde lze nalézt jak informace z původních českých zdrojů, tak překlady zdrojů z angličtiny.

#### 2.4 Prevalence a pravděpodobnost uzdravení u schizofrenie

Četné zdroje, např. Mohr (2012), Mayerová (n.d.), The Internet Mental Health Initiative (n.d.), The British Psychological Society (2014) uvádějí, že schizofrenií trpí asi 1 – 1,5% populace. Nemoc se nejčastěji objevuje v období adolescence a mladší dospělosti (Mohr, 2012; Malá, 2008).

U některých lidí dojde pouze k jedné atace, u některých dochází k atakám opakovaně, přičemž u některých nedochází ke zhoršení, u některých při opakování dochází ke zhoršení a u některých při opakovaných atakách dochází k nevratným změnám. (The Internet Mental Health Initiative, n.d.):

Podle statistiky (The Internet Mental Health Initiative, n.d.), která odkazuje na Torrey (2006), se v Americe po 10 (resp. 30) letech zcela uzdraví 25 % lidí, u 50 % se stav zlepší, u ostatních přejde nemoc do chronického stavu nebo zemřou (viz tabulka níže):

Po 10 letech diagnostikované schizofrenie

- se 25 % lidí zcela uzdraví
- u 25 % lidí se stav výrazně zlepšil, jsou relativně nezávislí
- u 25 % lidí se stav zlepšil, ale stále vyžadují extenzivní podporu zvenčí
- je 15 % lidí stále hospitalizováno bez známek zlepšení
- 10 % zemřelo (převážnou příčinou je sebevražda)

Po 30 letech diagnostikované schizofrenie

- se 25 % lidí zcela uzdraví
- u 35 % lidí se stav výrazně zlepší, jsou relativně nezávislí
- u 15 % lidí se stav zlepší, ale stále vyžadují extenzivní podporu zvenčí
- je 10 % lidí stále hospitalizováno bez známek zlepšení
- 15 % zemřelo (převážnou příčinou je sebevražda)” (vlastní překlad autorky)

Údaje o vyšší mortalitě z důvodu sebevraždy u nemocných se schizofrenií ve srovnání s běžnou populací se objevuje u mnoha autorů. Hadjipapanicolaou et al. (2014) uvádějí, že sebevražda je nejčastější příčinou úmrtí u lidí se schizofrenií, přičemž nejvyšší riziko je v počátečních fázích onemocnění. Autoři uvádějí, že 20-40 % nemocných se o sebevraždu pokusí a 10-15 % nemocných sebevraždu dokoná. Podobně Libiger v učebnici Psychiatrie (Höschl, Libiger a Švestka, 2004) uvádí, že v prvních 10 letech nemoci se riziko sebevraždy pohybuje mezi 20 - 40 %.

Schizofrenie zkracuje délku života asi o 15 % (Mayerová, n.d.), Češková, Novotný, Floriánová a Pálenský (2005) uvádějí, že předpokládaná délka života u nemocných se schizofrenií je 57 roků u mužů a 65 roků u žen, tedy o 20 % méně než u běžné populace. Crump, Winkleby, Sundquist, K. a Sundquist. J. (2013) uvádějí výsledky švédského výzkumu, z něhož vyplývá, že předpokládaná délka života se u mužů se schizofrenií zkracuje o 15 a u žen o 12 let v porovnání s ostatní populací.

## 2.5 Příčiny vzniku schizofrenie

Existuje několik hypotéz o příčinách schizofrenie, které si navzájem protirečí. Biologické hypotézy popírají hypotézy psychologické a naopak (Vacek, 1996).

Mohr (2012) uvádí, že schizofrenie je z 80 % zapříčiněna genetickými a epigenetickými faktory. Vacek (1996) ve své knize zmiňuje několik možných příčin. Píše, že schizofrenní příznaky jsou zaznamenány u řady organických nemocí. Jednou z příčin tedy jsou poruchy mozku. Stejně příznaky se ale mohou objevit v souvislosti s užíváním návykových látek, Vacek (1996) uvádí jmenovitě LSD a jiné halucinogeny.

Biologické aspekty – zejména genetika a fungování mozku-byly často považovány za hlavní příčiny psychických poruch. Postupem času však začal převažovat názor, že vedle biologických faktorů je třeba hledat i další příčiny. Read, Fink, Rudegeair, Felliti a Whitfield (2008) odkazují k původnímu Bio – Psycho - Sociálnímu modelu „StressVulnerability“ Zubina a Springa (Zubin a Spring, 1977). Model Zubina a Springa vychází z toho, že každý člověk má jedinečné biologické, psychologické a sociální

předpoklady. Díky těmto předpokladům jsou někteří lidé – jsou-li vystaveni stresu-odolnější a někteří zranitelnější. Tak se může stát, že lidé, kteří jsou zranitelnější a současně prožili v dětství trauma, mohou mít psychotické příznaky.

Read et al. (2008) uvádějí, že ještě na přelomu tisíciletí se většina výzkumů v oblasti psychózy soustřeďovala na biologické faktory a téměř ignorovala psychosociální faktory. Autoři to přičítají-vedle vyhýbání se citlivému tématu jako je týrání / zneužívání v dětství-zejména tlaku ze strany farmaceutických firem. Autoři s odvoláním na četné zdroje tvrdí, že trauma v dětství (fyzické a sexuální zneužívání a fyzické a emoční zanedbávání) je významně spojeno s diagnózou schizofrenie v pozdějším věku, včetně vyšší pravděpodobnosti pokusů o sebevraždu. Jako další „spouštěče“ schizofrenie uvádějí autoři další psychosociální traumata jako např. chudoba, ztráta matky v dětství, nechtěné těhotenství. Autoři dále konstatují, že halucinace a mylné představy takto postižených lidí se silně vážou k traumatům v dětství, objevují se jako flashback nebo jako symbolické vyjádření traumatizující zkušenosti. Citovaná studie Reada et al. (2008) polemizuje s těmi odborníky na mozek, „kteří se zabývají schizofrenií, a kteří se často chovají tak, jako by mozek existoval v sociálním vakuu, a ignorují přitom fakt, že primární funkcí mozku je reagovat na okolí.“ Autoři nezpochybňují roli mozku při vzniku psychózy, ale zdůrazňují, že psychosociální vlivy hrají významnou roli.

Podobný názor o vlivu psychického traumatu v dětství na vznik schizofrenie najdeme u Janouškové et al. (2016).

Skopová (2016) a Malá (2008) uvádějí, že přesnou příčinu vzniku schizofrenie stále neznáme. Obě vyjadřují názor, že faktorů, které mají vliv na vznik onemocnění, je více, obě zmiňují dědičnost a psychosociální vlivy. Malá (2008) v článku, který se zabývá schizofrenií u dětí a mladistvých, uvádí, že u 40 % dětí s diagnózou schizofrenie je významný vliv sociální anamnézy (např. konfliktní rodinné prostředí, úmrtí v rodině, špatná sociabilita dítěte atd.), současně ale hrají roli biologické faktory. Malá doslova říká že „z výzkumu schizofrenních dětí vyplývá, že dvě charakteristiky jsou validní, a to **perinatální poškození a zvýšená dráždivost nervového systému.**“ (s. 282).

Češková a Příkryl (2013) píší, že schizofrenie vzniká jako výsledek interakce geneticky podmíněné zranitelnosti, stresu a dalších rizikových faktorů (např. komplikace při porodu, přítomnost protilátek proti toxoplazmóze, atd.).

Dostupná svědectví některých lidí s diagnózou schizofrenie, potvrzují hypotézu o častém spojení traumatu z dětství s pozdějšími příznaky schizofrenie (Slyšení hlasů. Jackie Longdenová, 2016; TEDx Talks, 2017).

Psychotickou ataku může u některých lidí způsobit i tak jednoduchá příčina jako je nedostatek spánku. Český rozhlas, rádio Wave (2016) uvedl rozhovor, ve kterém americký představitel hnutí Psychiatric survivors movement Will Hall říká, že spánková deprivace je častým spouštěčem psychózy.

## 2.6 Schizofrenní myšlení a vnímání

To, jak člověk myslí, můžeme částečně poznat z toho, co říká. Pochopit to, co říká člověk se schizofrenií, je složité, někdy to nejde pochopit vůbec. Eugen Bleuler mluvil o tzv. podvojném účetnictví. Člověk se schizofrenií mluví jednak normálně, jednak scestně, a zároveň v jeho výročích se to nachází vedle sebe. Laik si může chvíli myslet, že nemocný je úplně šílený, vzápětí se diví, jak to nemocnému skvěle myslí. Občas se u lidí trpících schizofrenií objeví tzv. slovní salát = slova jsou vedle sebe, ale není mezi nimi žádná souvislost (Vacek, 1996).

Největší formální poruchou myšlení je tzv. inkoherentní (=nesouvislé) myšlení. Vacek (1996) cituje Rorschacha, který mluvil o kontaminacích. Na nejasném obrázku s hnědou skvrnou většina lidí viděla játra. Člověka se schizofrenií napadlo to samé, pak doplnil, že se jedná „o játra solidně žijícího státníka v Ženevě“. Barva jater mu připomněla játra člověka, který si dobře žije, dle jeho názoru si dobře žije státník a nejvíc státníků je v Ženevě. Většinou není možné myšlení tak snadno dešifrovat. Snažit se vcítit do lidí se schizofrenií je většinou dost složité.

Dalším ze znaků je „absolutizace“ myšlení: Bleuler to ukázal na příkladu jednoho pacienta. Pán seděl doma, vedle domu hučel kompresor. Když šli v poledne dlaždiči na oběd, kompresor vypnuli. Pán na to zareagoval: „*Mašina přestala běžet. Už nehučí. Všechno přestalo. Už nic není. To je konec světa.*“ Zdravého člověka by něco takového nenapadlo (Vacek, 1996).

U některých lidí trpících schizofrenií, se objevuje konkretismus – doslovné chápání významu, který je ale použit přeneseně. Autor uvádí hezký příklad konkretismu, kdy schizofrenní muž přijde domů, kde panuje „chladná atmosféra“. Muž – přestože je léto – si oblékne teplý svetr.

Někteří lidé, trpící schizofrenií, myslí magicky, odmítají náhodu, vidí důležité souvislosti i tam, kde určitě nejsou. Po vzoru psychoanalýzy se mluví o regresi. Nemálo psychiatrů si toto myšlení vykládá u svých pacientů jako návrat z logického myšlení do předlogického. K tomuto stádiu patří i to, že duševno se nachází i tam, kde není (např.: v kameni, bouřce, ohni...). Když se něco nepříjemného stane příslušníkovi přírodního národa (např.: spadne mu na hlavu kámen), tak v tom vidí zlý úmysl vyšší moci. Vacek předestírá hypotézu, že u schizofrenika se to děje obdobně. Nemocný nepřemýšlí kauzálně, ale předlogicky. Říká se tomu finalita, věci se nedějí, protože to má svůj důvod (kauzalita), ale dějí se z vůle vyšší moci. Tato hypotéza o změně kauzálního myšlení v myšlení předlogické ovšem nevysvětlí všechny zvláštnosti. V schizofrenním myšlení je spousta originality a věcí, které nelze vysvětlit jako předlogické a zjednodušené. (Vacek, 1996)

Někteří nemocní mluví v symbolech, které představují jejich imaginární svět. Tento způsob myšlení – je-li podporován – může stát zdrojem kreativity. Vytvořená díla pak mohou sloužit jako diagnostický klíč k myšlení svých tvůrců, ale také k vhodně zvolené psychoterapii. Výtvarnou tvorbu jako diagnostický nástroj používal již Kraepelin, na kterého navázal Hans Prinzhorn. Ten v r. 1922 vydal knihu „Bildneri der Geisteskranken“ (česky vyšlo jako Výtvarná tvorba duševně nemocných; Prinzhorn, 2009), která vypovídá o bohatém vnitřním světě nemocných a dokládá, že tvorba duševně nemocných v sobě může mít neuvěřitelnou sílu.

U mnoha nemocných se také objevuje bludné vnímání. Smysly vnímají správně, ale pacient tomu přisoudí falešný význam. Např. červený šátek na krku je nejen šátek, ale zároveň varování před krveprolitím. Karl Jaspers tomu říká „*abnormální vědomí významu*“ (Vacek, 1996). Takto narušené vnímání může mít velmi pragmatické dopady. Protagonistka videa TEDx Talks (2017) Cecilia McGough např. uvádí, že ji dlouhodobě pronásleduje červenobílý klaun. Při natáčení videa pro TEDx kvůli tomu museli vyměnit koberec na pódiu, z kterého probíhá prezentace, poněvadž barvy TEDx jsou červenobílá.

Dnešní technologie dokážou vyrobit simulaci toho, jak může vypadat porucha vnímání schizofrenního člověka. Video Thatrick904 (2017) umožňuje „zažít“ zrakové a sluchové halucinace. Při sledování videa si zdravý člověk najednou uvědomí, jaké utrpení onemocnění způsobuje, což může následně pozitivně ovlivnit jeho postoj k nemocným.



## 2.7 Antipsychotika a jejich využití

Názory na antipsychotika se v průběhu času vyvíjely. V 50. letech bylo s jejich objevením spojeno velké očekávání. Objev prvního z nich – chlorpromazinu-umožnil zkrácení hospitalizace a pacienti se vraceli zpět do běžného života (Polách, 2015).

Chlorpromazin a další antipsychotika – dnes označovaná jako standardní, klasická nebo antipsychotika I. generace – dokážou v akutní fázi dobře tlumit pozitivní příznaky jako bludy, halucinace, poruchy myšlení, ale při léčbě negativních symptomů nejsou tak účinná. Při trvalém používání mohou snižovat riziko recidivy, což umožňuje vyhnout se opakovaným hospitalizacím (Centrum pro rozvoj duševního zdraví, n.d.).

S postupem času se ovšem začalo ukazovat, že při dlouhodobém používání mají antipsychotika I. generace vedlejší negativní účinky, např. extrapyramidové příznaky jako jsou dystonie, tremor, dyskineze, akatizie (Baláž a Kašpárek, 2017).

Koncem 80. let byla vyvinuta antipsychotika II. generace, která mají lepší výsledky při léčbě negativních symptomů, jako např. apatie nebo abulie (Mohr, 2012).

Po celou dobu užívání antipsychotik II. generace se uvádělo, že působení antipsychotik II. generace je efektivnější, přičemž vedlejší účinky jsou mírnější. Přesto stále existují pacienti, kteří medikaci kvůli vedlejším účinkům odmítají, odhady, v jaké míře pacienti léky neužívají, se liší. Mohr (2012) uvádí odhad non-adherence 40–60 %. Podle Příkryla a Kučerové (2009) se nedostatečná adherence objevuje u 70 až 80 % pacientů se schizofrenií.

Kameníková, Pomykac a Farghali (2015) uvádějí, že každá skupina antipsychotik má v klinické praxi výhody a nevýhody. Dlouhodobé užívání antipsychotik s sebou nese riziko vedlejších účinků, které zdaleka nejsou zanedbatelné. Jedná se o již zmíněné extrapyramidové symptomy, zvýšené riziko mozkových mrtvic, srdeční arytmie, obezity, diabetu, sexuální dysfunkce. Výběr konkrétního přípravku proto vždy závisí na individuální zdravotní anamnéze jednotlivce.

Hledala jsem zdroj pro výskyt „tvrdých dat“ o vedlejších příznacích, našla jsem je na stránkách farmaceutické společnosti Lundbeck/ resp. Státního Státním ústavu pro kontrolu léčiv (súkl). Pro ilustraci tedy uvádím v příloze 1 a 2 výtah z dokumentů o registraci antipsychotika I. generace Fluanxol – výrobce Lundbeck (Příloha č. 1) a antipsychotika II. generace Clozapin Desitin – výrobce Desitin (Příloha č. 2).

Češková et al. (2005) píší, že zhodnocení vedlejších účinků antipsychotik (např. přírůstek hmotnosti nebo diabetes) se stává tématem zájmu odborníků jak z hlediska ekonomického, tak z hlediska optimálního způsobu léčby. Autoři v této souvislosti zdůrazňují při stanovení medikace nutnost pečlivé rodinné anamnézy a pravidelného monitoringu. Současně uvádějí nutnost zvážit názor pacienta, co je pro něj akceptovatelné.

Názor o nutnosti respektovat přání pacienta má zásadní význam. Posunuje totiž vztah mezi lékařem a pacientem z paternalistické na partnerskou úroveň.

V této souvislosti je potřeba zmínit snahy o změnu systému psychiatrie celosvětově.

V rozhovoru pro Fokus-praha (2017) americký terapeut Will Hall konstatuje, že *„psychiatrie je chápána především jako záležitost medicíny, nikoliv jako něco, co se týká života daného člověka.“* V článku popisuje své vlastní zkušenosti s diagnózou schizofrenie, byl opakovaně hospitalizován, 3 roky užíval předepsanou medikaci a pak ji vysadil. Nyní je již více než 15 let bez medikace, přesto nepatří k radikálním odpůrcům medikace. Jako terapeut spolupracuje Hall ve své praxi s psychiatry. Přirovnává jejich roli k roli právníka, kterého si *„najmete, aby vám poradil a ukázal různé možnosti a strategie léčby“*. Konečné rozhodnutí o formě léčby ale musí udělat každý člověk sám.

V Čechách podobné myšlenky našly nejdříve odezvu u neziskových organizací. Fokus Liberec o.p.s. - organizace, jejímž posláním je *„podpora duševně nemocných lidí v samostatném rozhodování, jednání, řešení své sociální, pracovní a zdravotní situace“*, doporučuje na svých webových stránkách svým klientům užívání antipsychotik v období ataky, kdy antipsychotika pomáhají potlačit akutní pozitivní symptomy. Jako prevence relapsu by měla léčba antipsychotiky pokračovat jeden až dva roky po první atace, v případě recidivy až pět let. (Fokus Liberec, n.d.)



### **3. Od psychiatrické rehabilitace k zotavení/recovery**

#### **3.1 Model psychiatrické rehabilitace**

Frese et al. (2009) píše, že ve 2. polovině 20. století – tedy po objevu antipsychotik - se mnozí nemocní vraceli z léčeben zpět do komunity. V této souvislosti se objevily potíže, jak je reintegrovat, aby byli schopni opět samostatně fungovat. V kontrastu s čistě medicínskými postupy, které si kladou za cíl zmírnění symptomů, vznikl model psychosociální rehabilitace, který zdůrazňoval, že cílem je umožnit klientovi žít a fungovat samostatně v komunitě. Velmi brzy bylo zřejmé, že medicínské aspekty nelze opomíjet, a objevil se požadavek holistického přístupu k rehabilitaci klientů, který by skloubil medicínské a sociální faktory. Tento posun se odrazil i ve změně terminologie, mluvíme o psychiatrické rehabilitaci.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. a Cagne, C. (2002, cituji podle Probstová a Pěč, 2014) uvádějí, že psychiatrická rehabilitace je primárně zaměřená na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením. Základními formami jsou jednak rozvoj dovedností klienta a jednak rozvoj zdrojů podpory v klientově okolí, přitom je třeba se soustředit na zlepšení klientových dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce. Pro úspěch celého procesu rehabilitace je nezbytná aktivní účast zainteresovaných osob.

V českých podmínkách se v prvních letech 21. století tématu psychiatrické / sociální rehabilitace věnovalo několik autorů. Hejzlar (2009) cituje Kopelowicze a Libermana (2003), kteří píše, že integrovaná zdravotně sociální péče je pro vážně duševně nemocné z dlouhodobého hlediska nejvýhodnější. Hejzlar (2009) uvádí, že důvodem je fakt, že „fungování“ klientů přímo souvisí se symptomy onemocnění, po jejich odeznění se funkce zlepšuje nebo je normální. Proto se programy sociální rehabilitace zaměřují zejména na ty klienty, u kterých nemoc způsobila trvalé poškození a zhoršení dovedností, což má negativní dopad na možnost jejich běžného fungování v komunitě.

Hejzlar (2009) zdůrazňuje, že pro takovou péči je nezbytná existence husté a dostupné sítě ambulancí a lůžkových zařízení a současně sociálních služeb, které jsou klientům k dispozici v jeho přirozeném prostředí. Takovýto komplex, který zahrnuje lůžková zařízení, denní stacionáře, ambulance, rezidenční zařízení, chráněná pracoviště a terénní služby, nazývá Hejzlar „komunitní psychiatrií“.

Komunitní služby, tak jak je známe v Čechách, vycházejí zejména ze tří amerických škol (Probstová a Pěč, 2014; Hejzlar, 2009).

Bostonský směr, jehož představitelem je Anthony, se zaměřuje na učení a rozvoj dovedností klienta pro jeho uplatnění v komunitě. Los Angeleský směr zastoupený Libermanem klade důraz na rozvoj sociálních dovedností a řešení problémů. Britský model, reprezentovaný Shepherdem a Bennetem, vychází z britských tradic systému péče, které více respektují funkční omezení způsobená nemocí. Tomu je třeba přizpůsobit prostředí, ve kterém klient žije. Praktickým příkladem této péče jsou chráněné dílny a chráněné bydlení.

Hejzlar (2009) dále zmiňuje nizozemský směr CARE (Comprehensive Approach of Rehabilitation), který také ovlivnil směr vývoje komunitní péče u nás. ...

### 3.2 Model zotavení/recovery

Od 70. let minulého století začínalo nabývat na síle hnutí psychiatrických pacientů / uživatelů. Tito lidé s vlastní zkušeností nemocí měli výrazně jiné názory na léčebné postupy a možnost uzdravení než měli profesionálové. Zároveň se odvolávali na svá lidská práva a požadovali, aby měli možnost stát se rovnoprávními aktéry při definování budoucího vývoje péče o psychicky nemocné. Od doby, kdy se do transformace psychiatrické péče zapojili sami uživatelé, se začíná prosazovat model „recovery“. Deegan (n.d.) rozlišuje mezi termíny rehabilitace a recovery, přičemž recovery předpokládá aktivní účast člověka na vlastní rehabilitaci.

V r. 2002 informoval prezident Bush o vzniku „New Freedom Commission on Mental Health“ (NFC - Nová svobodná komise zabývající se duševním zdravím) a v r. 2003 byla zveřejněna výsledná zpráva NFC, která konstatovala nezbytnost transformovat systém péče o duševní zdraví.

Ve zprávě se konstatuje, že proces změny od existujícího fragmentovaného systému péče o duševní zdraví bude dlouhodobý, musí probíhat jak „shora – dolů“, tak „zdola – nahoru“. Na federální úrovni byla pověřena koordinací a implementací instituce Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA (Administrace služeb spojených s užíváním návykových látek a duševním zdravím).

Podle SAMSHA je recovery definována takto: „*Recovery duševního zdraví je cesta uzdravování a transformace, která umožňuje lidem s duševními zdravotními problémy žít smysluplný život v komunitě podle své volby a usilovat o realizaci svého potenciálu*“ (Hogan, 2003). Cílem tedy není naprosto se uzdravit – to ani nelze, recovery je cesta k maximálnímu možnému zlepšení při akceptaci limitů, které duševní porucha umožňuje, a k nalezení smyslu. Principy recovery se týkají jak individuální, tak společenské stránky, zdůrazňují nutnost individualizovaného a současně holistického přístupu. Zahrnují právo rozhodovat sám o sobě (způsob léčby, stanovení cílů, ale také zodpovědnost za vlastní rozhodnutí), staví na silných stránkách osobnosti a na respektu k individualitě, současně zdůrazňují důležitost podpory ze strany společnosti a mezi uživateli navzájem. Konstatují, že recovery není lineární proces, je to cesta, jejíž součástí může být opakované zhoršení stavu. Osobní zkušenosti těch, kteří jsou na cestě k recovery úspěšní, potvrzují, že nejdůležitějším faktorem je naděje, že lze dosáhnout zlepšení. Tuto naději musí posilovat všichni zúčastnění – sami uživatelé, jejich rodiny, přátelé, poskytovatelé služeb. Do popularizace recovery se aktivně zapojila řada profesionálů – psychiatrů, psychologů, sociologů, kteří sami mají zkušenost s psychickým onemocněním – vedle autorů citovaného článku je to např. psycholožka Patricia Deegan a další. Tito lidé se postupně naučili rozpoznávat u sebe varovné prodromální symptomy, ale mají velmi odlišné strategie, jak svůj handicap zvládat – někteří berou medikaci, některým pomáhá meditace a dechová cvičení. Tyto své zkušenosti pak předávají dále.

V závěru článku se objevuje závažná otázka, zda lze princip rozhodování sám o sobě aplikovat za všech okolností. Autoři se shodují, že existují jednotlivci, kteří nejsou způsobilí sami za sebe rozhodovat. V takovém případě je nutné rozhodnout za ně o tom, jaký postup je pro ně nejlepší.

Částečnou odpověď na to, jak koncept recovery uvést do praxe najdeme jednak u Jacobsona a Greenleyho (2001), jednak u Deegan (n.d.) a na videu InformedChoice TDI (2012).

Jacobson a Greenley (2001) vymezují interní a externí podmínky recovery. K interním podmínkám patří existence naděje, že zlepšení je možné. Naděje neznamena, že problém popíráme. Problém je nutno akceptovat a usilovat o zlepšení, přičemž je nutno klást důraz na silné stránky namísto uvažování o možnostech neúspěchu. Ke změně nemůže dojít rychle, každý malý krůček je potřeba ocenit a uchovávat si optimismus, aktivní přístup a sebeúctu. Je nesmírně důležité mít dostatek informací o nemoci. Pomáhá

to rozpoznat symptomy a vědět, jakým způsobem je člověk může zmírnit. To je velmi individuální, někomu pomáhá medikace, někdo preferuje jako prevenci zdravý životní styl. V této souvislosti je často zmiňován termín „empowerment“ (v českém prostředí se překládá jako „zmocnění“ nebo „zplnomocnění“). Je tím myšlena autonomie rozhodovat sám za sebe, ale také vůle vzít na sebe riziko a nést za rozhodnutí odpovědnost. Model recovery s těmito faktory počítá, předpokládá, že jsou to sami uživatelé, kteří definují svoje životní plány a s podporou širší komunity usilují o realizaci těchto plánů. Vytváření vztahů je pro úspěch recovery nesmírně důležité. Tím jsme se dostali k externím podmínkám. Jednou z nich je respektování lidských práv uživatelů – rovné příležitosti, usilování o destigmatizaci, inkluze, tolerance, minimum případů nedobrovolné hospitalizace. Různé modely recovery integrují profesionální služby (medikace, psychiatrická rehabilitace, terapie a case management), služby poskytované samotnými uživateli (podpora peerů, mentoring, horké linky atd.) a služby poskytované společně profesionály a uživateli (vzdělávání, školení reintegrace do komunity).

Deegan (n.d.) vychází z vlastní zkušenosti a zdůrazňuje, že kvalitní služby jsou sice důležité, ale mnohem důležitější je vlastní aktivita uživatelů v každodenním životě. Už jenom vstát ráno z postele, obléct se, překonat strach a vyjít na ulici mezi lidi, nastoupit do autobusu a dostavit se na rehabilitační program vyžaduje sílu a kuráž. Popisuje, že proces jejího vlastního procesu zotavení začal vzpourou proti názorům doktorů a sociálních pracovníků. Vztek pro ni byl hnacím motorem. Po období vzdoru ovšem následovalo období zoufalství, kdy snahu vzdala. Bez naděje na zlepšení byla její vůle být aktivní zcela paralyzována. Tehdy pro ni bylo zásadní, že kolem sebe měla lidi, kteří ji měli rádi a kteří ji v tomto období neopustili. Deegan hovoří o „milosti“, která se díky podpoře jejích blízkých najednou objevila a která jí dala naději a sílu hledat znovu smysl svého života. Její znovunalezenou kuráž symbolizovaly malé krůčky – zkusila znovu řídit auto, dokázala jít nakoupit. Postupně převzala zodpovědnost za svou medikaci, získala zaměstnání na částečný úvazek, začala studovat psychologii, aby mohla pomáhat stejně postiženým. Sama říká, že k tomu, aby se mohla znovu zapojit do běžného života, potřebovala tři „úhelné kameny“ – naději, vůli a smysluplnou činnost. Recovery znamená naučit se žít s vlastními omezeními a zjistit, kým se navzdory těmto omezením člověk může stát a co může dělat.

Wilken (2010) analyzoval 42 dlouhodobých studií, které se zabývaly praktickými výsledky modelu recovery u klientů se schizofrenií, a zkoumal, které faktory mají pozitivní vliv na zlepšení duševního zdraví klientů. Zmiňuje roli peera, kterého označuje za „experta díky zkušenosti“ (expert by experience), jehož empirická zkušenost je novým a oceňovaným zdrojem poznání pro vědeckou práci. Wilken (2010) uvádí, že období dvou let od objevení psychotických symptomů je nejdůležitějším ukazatelem toho, jak se budou tyto symptomy vyvíjet dále. Čím kratší dobu symptomy v tomto období trvají, tím lepší je celková prognóza vývoje nemoci. Zdá se, že v tom hraje roli to, zda se podaří zabránit hospitalizaci nebo její zkrácení na minimum. To ovšem vyžaduje odpovídající podporu sociální sítě společně s kvalitní medikací, vzděláváním a dalšími službami. Duševní onemocnění způsobuje zásadní změny v životě člověka. Nejen že nemoc ovlivňuje vnímání reality, mění způsob myšlení a cítění, ale má negativní vliv na jeho vztahy s partnerem, rodinou a přáteli, často negativně ovlivňuje jeho kariéru nebo potenciální kariéru. Velkým problémem je také stigma s nemocí spojené.

Mnoho studií ukazuje, že recovery probíhá podle určitého vzorce. Začátek onemocnění je často doprovázen vážnou krizí a dezintegrací self, které se klient umí zvládat. Nejdříve se člověk musí vyrovnat sám se sebou a teprve poté se znovu propojit s okolím. Proces recovery zahrnuje fázi stabilizace, kdy člověk získává nad svým onemocněním určitou kontrolu, následuje fáze reorientace, kdy člověk pochopí, co vše s onemocněním souvisí a znovu definuje své hodnoty, své silné a slabé stránky. Tato fáze může zahrnovat získávání dalších informací o nemoci, o dostupných službách, klient se dostává do kontaktu se skupinami se stejnou nemocí nebo s peerem. V této fázi je důležité, aby převzal za své onemocnění odpovědnost. Třetí fáze je reintegrační, kdy se obnovuje smysluplná role člověka v rámci společnosti.

Wilken (2010) uvádí, že recovery záleží na těchto faktorech:

- Osobní motivaci začít s procesem recovery a pokračovat v něm; je to snaha nalézt smysl a učinit nezbytné změny v životě, uchovávat si naději a víru, že recovery je reálná
- Faktory, které přispívají k „rekonstrukci identity“; k tomu je potřeba oddělit se od nemoci, obnovit své síly a učit se s nemocí žít

- Faktory, které napomáhají zvládat onemocnění; to obsahuje naučit se starat se o sebe a obnovit sociální dovednosti
- Faktory, které ovlivňují zapojení do společnosti; předpokládá to zapojení do smysluplných aktivit, budování pozitivní vztahů
- Zdroje z okolí; recovery vyžaduje existenci podporujících vztahů, materiální zdroje (bydlení, příjem) a služby poskytující péči o duševní zdraví (medikace, psychoterapie, poradenství)

Wilken (2010) zdůrazňuje význam „empowermentu“ – možnosti sám učinit smysluplná a realistická rozhodnutí ohledně vlastního života (bydlení, financí, zaměstnání, denního režimu, léčby). K tomu je potřeba, aby klient měl dostatek informací o reálných možnostech a aby se mu případně dostalo tréninku v oblastech, kde je to potřeba.

Wilken (2010) zmiňuje, jak je pro klienta důležité mít k dispozici osobní prostor – „osobní niku“, kam nemá nikdo jiný přístup a kde se může cítit v bezpečí. Součástí „osobní techniky“ může být domácí zvíře, jehož společnost může mít pozitivní vliv na klientovu psychiku. Na videu pembrokeregional hospital (2017) Patricia Deegan popisuje, jak důležité na její cestě k recovery bylo, že musela každý den vstát z postele a vyvenčit psa.

Zásadní pro pozitivní vývoj je dostatek odpočinku a spánku, absence stresu a podpora okolí. Okolí je zdrojem podpory v případě krize a zvládání rizik. Wilken (2010) rozlišuje dočasnou podporu se silným dopadem, příkladem je case management, kdy klient ví, že svého case managera může v případě urgentní potřeby okamžitě kontaktovat. Vedle toho je důležité udržovat kontinuitu dlouhodobých vztahů. Tyto vztahy jsou zdrojem uznání klientovy osobnosti a v dlouhodobém horizontu naděje na zlepšení.

#### **4. Reforma psychiatrické péče v české republice**

Nový trend v poskytování péče o duševně nemocné – přesun části péče z psychiatrických nemocnic do komunity, důraz na lidská práva uživatelů a partnerský vztah mezi profesionály a uživateli – se v Čechách po vzoru západních zemí objevil již na začátku 90. let minulého století. Prvním poskytovatelem komunitních služeb pro duševně nemocné v České republice byl Fokus Praha, nezisková organizace, která vznikla již v r. 1990, a byl rychle následován několika desítkami dalších poskytovatelů s regionální

působností. Tyto organizace se ale po celou dobu své působnosti potýkaly a potýkají s problémy v oblasti legislativy, financování, vymezení kompetencí, ale také s odmítáním nového trendu u části stávajících psychiatrických nemocnic. Část problémů je podrobně popsána v příspěvku „Transformace psychiatrické péče“ (Jarolímek, 2010), který uvádí jako problematické nedostatečné finanční zajištění psychiatrické péče a s tím související nedostatečnou kapacitu psychiatrických ambulancí, soustředění lůžkové péče do velkých psychiatrických léčeben, nedostatečnou ochranu práv duševně nemocných lidí, chybějící systém prevence, nedostatečnou síť zařízení komunitní péče, nedostatky v systému sociální péče, který opomíjí potřeby duševně nemocných (invalidní důchody, sociální a pracovní rehabilitace, bydlení, zaměstnání).

Vedle uvedených problémů je dále nutno zdůraznit problematiku kompetencí a s nimi souvisejících financí. Počátkem nového tisíciletí bylo stále více zřejmé, že změny nelze dosáhnout bez mezioborového přístupu na úrovni zainteresovaných ministerstev. Přesunout velkou část uživatelů z psychiatrických léčeben do komunit vyžaduje také přesun části kompetencí a relevantních finančních toků z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví na sociální služby, které jsou v kompetenci MPSV a jsou financované ze státního rozpočtu, resp. z rozpočtů měst a obcí (kompetence Ministerstva vnitra a Ministerstva pro místní rozvoj).

Dalším problémem je věková hranice uživatelů. Většina organizací, které poskytují komunitní služby lidem s duševními problémy, přijímá do péče lidi starší 18 let (Farkač et al., n.d.), přitom první symptomy schizofrenie se často objevují dříve.

Pokud se tedy má dařit včasná detekce a intervence u takto mladých uživatelů, je nutno změnit legislativu a tudíž zainteresovat Ministerstvo spravedlnosti a také Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Stále více bylo zřejmé, že změny v systému psychiatrické péče, mají-li být dostatečně radikální, nelze zavádět „zdola“ z úrovně jednotlivých neziskových organizací. Současně bylo evidentní, že procesu vlastní změny musí předcházet pečlivá analýza stávajícího stavu u nás a zkušeností s implementací podobných změn ve světě. *„Jednotlivé reformní kroky je nutné aplikovat v lokálním kontextu, s ohledem na specifické potřeby, existující struktury, lidské zdroje a míru flexibility systému a jeho aktérů. Například v Itálii, Finsku, Švédsku a Spojeném království byly zrušeny všechny psychiatrické léčebny, v Německu, Belgii, Francii a Nizozemsku je velká část lůžek stále umístěna v psychiatrických léčebnách“* (Winkler, Španiel, Csémy, Janoušková a Krejníková, 2013).

Winkler et al. (2013) odkazuje na výzkum Becker a Vazquez-Barquero (2001), kteří se zaměřili na průběh psychiatrických reforem v Evropě. Autoři potvrzují, že reformy byly založeny na:

- deinstitucionalizaci a zavření velkých psychiatrických léčeben,
- rozvoji alternativních komunitních služeb,
- integraci s ostatními zdravotnickými službami,
- integraci se sociálními a komunitními službami.

Autoři současně konstatují, že rozdíly mezi podmínkami v jednotlivých zemích jsou natolik význačné, že nelze identifikovat ideální model reformy systému péče o duševní zdraví.

#### 4.1 **Strategie reformy psychiatrické péče**

Výsledkem snah o změnu strategie vychází z následujících principů:

- Deinstitucionalizace – omezení počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích a jejich přesun do psychiatrických oddělení běžných nemocnic, ambulantní péče a Center duševního zdraví (CDZ).
- Multidisciplinární přístup
- Regionální působnost jednotlivých poskytovatelů

Výsledkem snah o změnu bylo, že v říjnu 2013 – tedy 23 let po vzniku Fokusu Praha - schválilo Ministerstvo zdravotnictví dokument Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZ ČR], 2013).

Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Vzhledem ke komplexnosti procesu navrhovaných změn byl časový rámec Strategie stanoven na období 2013–2023.

Strategie vychází z následujících principů:

- Deinstitucionalizace – omezení počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích a jejich přesun do psychiatrických oddělení běžných nemocnic, ambulantní péče a Center duševního zdraví (CDZ).
- Multidisciplinární přístup
- Regionální působnost jednotlivých poskytovatelů



Nově se tedy v systému péče objevují Centra duševního zdraví (CDZ). Hlavní cílovou skupinou jsou:

- Klienti s vážnou psychiatrickou diagnózou. Tito lidé jsou nejvíce ohroženi institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti (MZ ČR, 2013). Služby pro tyto klienty jsou zaměřeny na prevenci hospitalizací či jejich zkracování, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění, nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity
- Klienti, u kterých je nutná včasná intervence
- Klienti v krizové situaci, kteří trpí akutními psychickými problémy, které ovšem nevyžadují psychiatrickou hospitalizaci (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017)

Proces transformace psychiatrické péče vyžaduje zásadní změny financování služeb. V původním modelu byla akutní péče pro poskytovatele ztrátová, zatímco lůžková péče byla motivována k dlouhodobým hospitalizacím a plné obsazenosti lůžek, v době schválení dokumentu „Strategie“ nebyly nastaveny mechanismy pro úhradu komunitní a terénní péče. První etapa transformace byla financována s podporou z Evropských strukturálních a investičních fondů, konkrétně z programu IROP (Integrovaný regionální operační program) na zřízení nebo rekonstrukci akutních oddělení všeobecných nemocni, center duševního zdraví, stacionářů, vybavení mobilních týmů a z programu OPZ (Operační program zaměstnanosti) na tzv. měkké projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace služeb v oblasti psychiatrické péče.

Vedle organizačního a finančního zajištění má zásadní roli pro úspěch strategie to, jak se podaří vytvořit ve společnosti destigmatizační prostředí, což velmi úzce souvisí s edukací uživatelů a jejich rodin, veřejnosti, a v neposlední řadě také poskytovatelů služeb včetně lékařských profesí. Pozitivní bude, že do poskytování služeb v komunitě mají být zapojeni peer pracovníci – lidé, kteří mají vlastní zkušenost s duševní poruchou a současně jsou schopni tyto zkušenosti využít a poskytovat uživatelům poradenství, jak se s poruchou lze vyrovnávat.

#### 4.2. Národní akční plán pro duševní zdraví

Analýza dosavadního postupu transformace duševního zdraví ukázala, že při realizaci projektu Strategie reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013) „*existují zjevné implementační deficity*.“ V lednu 2020 byl vydán nový dokument „Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030“ (Úřad vlády ČR, 2020), který upřesňuje a doplňuje cíle stanovené ve Strategii, upřesňuje podmínky financování projektu, nově vymezuje kompetence a stanoví kritéria pro měření úspěšnosti plnění cílů. Vzhledem k tomu, že požadované změny vyžadují zapojení několika sektorů, je na rozdíl od Strategie z r. 2013, podle které je za realizaci projektu zodpovědné Ministerstvo zdravotnictví ČR – tentokrát vlastníkem projektu premiér České republiky, aby byla „zajištěna potřebná součinnost ostatních rezortů“ (Úřad vlády ČR, 2020).

Úřad vlády ČR (2020) vychází z modelu recovery, přičemž zdůrazňuje nutnost dostupné komunitní péče jak pro stávající uživatele, tak pro další cílové skupiny (děti, dospívající, osoby se závislostí, klienti s nařízenou ochrannou léčbou). Oproti Strategii je Úřad vlády ČR (2020) konkrétnější a navíc obsahuje některé nové cíle, např. zařadit do projektu primární prevenci a včasnou intervenci a zahrnout téma péče o duševní zdraví do vzdělávacího systému.

Jednotlivé cíle jsou dopodrobna rozpracovány podle standardů pro projektové řízení – u každé konkrétní části je jednoznačně definována zodpovědnost, termín plnění, rozpočet, indikátor splnění cíle.

Podle Úřad vlády ČR (2020) bude možno do r. 2027 na projekty Strategie reformy při dodržení stanovených podmínek čerpat peníze z Evropských strukturálních a investičních fondů.

## 4.2 Komunitní sociální práce

### 4.2.1 Sociální práce obecně

Sociální práce poskytuje sociální služby jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Cílem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s obtížnou životní situací, omezit či ideálně odstranit problémy, které je možné vyřešit, případně zlepšit situaci tam, kde je možná úprava sociálních poměrů. Zároveň se sociální práce snaží najít v rámci daných společenských norem smysluplné řešení problému konkrétního klienta, přičemž ke každému klientovi se snaží přistupovat individuálně. Je přitom důležité mít na paměti, že k řešení klientových problémů je potřeba přistupovat komplexně z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického. Cílem je maximálně podpořit klienta, aby ve své sociální situaci zvládl fungovat (Mahrová et al., 2008).

### 4.3.2 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální pracovníci plní vůči klientovi několik úkolů. V počáteční fázi je zásadní poskytování relevantních informací v oblasti fungování systému sociální péče, sociální pracovník informuje klienta o dostupných formách finanční pomoci, zaměstnání, bydlení, rehabilitaci a dalších formách pomoci (např. právní). Zároveň je sociální pracovník zprostředkovatelem mezi klientem a institucemi, které potřebnou péči a pomoc poskytují. Pokud je to možné, je sociální pracovník v kontaktu i s rodinou klienta (Mahrová et al., 2008).

Pokud je již vztah navázán, podílí se sociální pracovník na socioterapii klienta. V rámci socioterapie podporuje sociální pracovník klienta při pravidelných, běžných, všedních činnostech – může to být pomoc při návštěvě banky, pošty, hledání zaměstnání, přičemž cílem je postupně zvykat klienta bez obav fungovat v běžném životě. V případě, že klientovy představy o vlastním fungování jsou v rozporu s přijatými společenskými normami, je nutno nastavit jasná a ohraničená pravidla, která je potřeba dodržovat. Je důležité s klientem o problémech, se kterými se potýká, hovořit a poskytovat mu adekvátní a srozumitelnou zpětnou vazbu. Klient by tak měl postupně získávat kompetenci fungovat ve společnosti.

Součástí terapie je zavedení strukturovaného režimu v prostředí, které umožňuje dělat chyby, napravovat je a postupně přebírat odpovědnost za své jednání. Pravidelný režim napomůže vybudování zdravých návyků a dává klientovi pocit řádu. Zároveň pomáhá narušit negativní vzorce chování. Program je vypracován písemně, aby bylo možno se k němu vracet. To, že klient pravidla a program přijme a řídí se jimi, může být jedním z prvních pozitivních známek zlepšení a je proto vhodné takový úspěch ocenit.

Vztah sociálního pracovníka s klientem je třeba budovat na základě respektu, důvěry, flexibility, partnerství a profesionality. Vzhledem k charakteru klientova onemocnění může být navazování vztahu nelehké – klienti mohou být nedůvěřiví, jindy je složité se v proudu jejich řeči orientovat.

(Mahrová et al., 2008) doslova hovoří o „sloní trpělivosti“, kterou se někdy musí sociální pracovník vyzbrojit. Na začátku vztahu je důležité, aby sociální pracovník jasně vymezil hranice osobního prostoru a času. Čas a místo kontaktu je jasně stanoveno, zacházení s časem je jednou z organizačních záležitostí, které se klient musí naučit zvládat. Pokud má klient problém např. s hygienou, je úkolem sociálního pracovníka ho na to upozornit a vysvětlit klientovi, že kontakt s ním je kvůli tomu obtížný. Nastavení profesionálního vztahu chrání všechny zúčastněné. Úkolem sociálního pracovníka je pomoci klientovi definovat jeho potřeby a nabídnout možnosti, jak tyto potřeby naplnit. Vlastní rozhodnutí je potřeba nechat na klientovi a s rozhodnutím mu neradit. Jinak se může stát, že pokud se rada neosvědčila, klient má tendenci obvinít toho, kdo mu radu dal (Probstová a Pěč, 2014). Společně pak domluví a sepíší, jakým způsobem bude stanoveného cíle dosaženo. Pomoc sociálního pracovníka přitom spočívá např. v poskytování informací, doprovázení v obtížných situacích, poradenství, vzdělávání. V průběhu celého procesu musí sociální pracovník sledovat, zda proces směřuje k nastavenému cíli. Jeho role je tedy jak pomáhat, tak kontrolovat průběh a dosažené výsledky (Mahrová et al. 2008)

Sociální pracovníci, jejichž klienti trpí psychotickým onemocněním, musí být pro práci s takovými klienty vybaveni znalostmi o onemocnění a jeho projevech a brát je při jednání s klientem v úvahu. Podle Mahrová et al. (2008) ale není třeba se spolupráce s těmi klienty obávat, osvědčilo se chovat se k nim *"přirozeně, s respektem a se zájmem"*. Vzhledem k tomu, že klient může být přehnaně vztahovačný, je důležité v kontaktu s ním pečlivě volit slova. Také je třeba mít na paměti, že komunikaci mohou zhoršit sluchové halucinace. Osvědčenou metodou, jak se přesvědčit, že klient informaci pochopil správně,

bývá nechat klienta zopakovat, jak rozumí našemu sdělení.

### 4.3.3 Komunitní sociální péče v českých podmínkách

#### 4.3.3.1 Centra duševního zdraví - koncepce

Centra duševního zdraví jsou symbolem nového typu péče o duševně nemocné v rámci komunity. Vznik CDZ je zakotven ve Strategii reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013).

Strategie a Úřad vlády ČR (2020) předpokládají, že současně s procesem deinstitutionalizace budou vznikat Centra duševního zdraví (CDZ), která budou poskytovat duševně nemocným komplexní zdravotní a sociální služby formou ambulantní nebo terénní péče. Zdravotní standardy jsou upraveny ve Věstníku 5/2016 Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR, 2016).

Část, která se týká sociální péče, vydalo MPSV jako Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví (Ministerstvo práce a sociálních věcí [MPSV], 2017). (Centra duševního zdraví fungují na základě "multifunkční spolupráce" napříč rezorty, ale přesto musely být vydány dva dokumenty - jeden v gesci MZ a druhý v gesci MPSV; svědčí to o tom, že v oblasti "multidisciplinární spolupráce" je stále co zlepšovat.)

MZ ČR (2016) definuje dvě formy Center:

- Centrum duševního zdraví (CDZ)
- Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou (CDZ – K)

Za referenční hodnotu pro vznik CDZ se považuje spádový region, který má 100 tisíc obyvatel, pro CDZ – K je to region s počtem 200–500 tisíc obyvatel.

Cílovou skupinou CDZ jsou:

- Klienti se závažným duševním onemocněním (viz Hejzlar, 2009)
- Osoby s potřebou včasné intervence, tedy osoby, jimž hrozí vznik závažného duševního onemocnění
- Lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi, které ale nevyžadují hospitalizaci, cílem je poskytnout krátkodobou intervenci a poté předání do další péče (týká se pouze CDZ – K).

Personální obsazení CDZ zahrnuje:

- zdravotní personál - dokument definuje 11,5 úvazku. V tomto čísle jsou zahrnuty tyto profese: psychiatr, klinický psycholog, všeobecná zdravotní sestra - 9 úvazků, z toho minimálně 6 se specializací psychiatrická sestra.
- Personál zajišťující sociální služby - 9 úvazků, z toho je 0,5 úvazku vyčleněno na peer konzultanta.

Podle MPSV (2017) "*za sociální službu poskytovanou v rámci CDZ je považována sociální rehabilitace (dle § 70 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách)*".

MPSV (2017) uvádí, že sociální pracovníci a psychiatrické sestry musejí mít kompatibilní kompetence v klíčových dovednostech, konkrétně se to týká psychosociální / psychiatrické rehabilitace, schopnosti zastávat roli case managera v rámci týmu a kompetence při zvládnání naléhavých situací včetně zhoršení zdravotního stavu.

Fungování CDZ je založeno na práci multidisciplinárního týmu (psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra, sociální pracovníci). Úkolem CDZ ve vymezeném regionu je poskytovat terénní služby, case management, krizovou intervenci, v případě potřeby zprostředkování hospitalizace, asertivní práci v terénu, práci s rodinou, psychiatrickou rehabilitaci včetně podporovaného bydlení, vzdělávání a zaměstnávání, psychoterapie při dostupnosti služeb 24 hodin 7 dní v týdnu.

Úkolem CDZ je koordinace práce a spolupráce složek poskytujících sociální a zdravotní služby v uvnitř i vně CDZ (např. spolupráce a lepší komunikace mezi CDZ a praktickými lékaři).

#### 4.3.3.2 Centra duševního zdraví – realita v r. 2020

Dokument „Strategie“ v r. 2013 vytyčil směr, kam má směřovat reforma psychiatrické péče a stanovil plánovaný počet CDZ do konce roku 2020 na 30, přičemž Úřad vlády ČR, (2020) posunul tento termín na r. 2023. Situaci na jaře 2020 dokumentuje pořad Sama doma (Česká televize, 2020), ve kterém poskytl rozhovor ředitel CDZ pro Prahu 8, Jan Drobný. Zřizovatelem tohoto Centra je Fokus Praha a Psychiatrická nemocnice Bohnice (což je doklad multidisciplinární spolupráce zdravotnického zařízení s neziskovou organizací).

V současnosti jsou cílovou skupinou tohoto CDZ dlouhodobě duševně nemocní, perspektivně by se Centrum chtělo zaměřit také na prevenci. Stávající tým tvoří sociální pracovníci, psychiatrické sestry, psychiatr, psycholog, peer, pracovní konzultant, v Bohnicích také externí výživový poradce.

Na dotaz o celkovém počtu CDZ v České republice Drobný uvádí, že v současnosti – tedy v březnu 2020 - existuje 20 CDZ v celé ČR, z toho 5 v Praze. Služby CDZ pro Prahu 8 v současnosti využívá 170 – 220 lidí. Tito lidé se do Centra dostávají na doporučení psychiatrické ambulance, obvodního lékaře, odborů sociální péče, případně na základě PR samotného Centra (v Praze 9 jsou to např. Dny duševního zdraví). CDZ se také snaží o asertivní kontaktování potenciálních klientů.

V pilotní fázi jsou centra financována z Evropských fondů, následně bude zdravotní část hrazena zdravotními pojišťovnami a sociální část ze zdrojů MPSV, resp. Magistrátu hl. m. Prahy.

Dostupné informace o činnosti CDZ Mladá Boleslav jsou obdobné (Psychiatrická léčebna Kosmonosy, n.d.) – zřizovatelé jsou zdravotní zařízení - Psychiatrická nemocnice Kosmonosy a nezisková organizace Fokus Mladá Boleslav. Dalšími rysy jsou stejná cílová skupina, multidisciplinární tým, financování, individuální péče o klienta, otevřená komunikace, cíl - návrat klientů do komunity.

Význačným rysem práce CDZ by se mělo stát také asertivní vyhledávání a oslovování lidí, kteří mají psychické problémy. Tým CDZ má za úkol podporovat nejen klienty, kteří projeví o službu sami zájem, ale oslovuje i klienty, kteří službu sami nevyhledali, případně ji v určité fázi odmítají. Bez podpory by se situace těchto klientů zhoršovala a oni by se stali sociálně vyloučenými. Tento přístup pomáhá i klientům, kteří z různých důvodů vypadávají z „běžných sociálních služeb“, jsou ohroženi dekompenzací i zhoršením životní situace. Tento způsob práce umožňuje aktivně vyhledávat klienty, kteří mají vážné duševní onemocnění, a není jim poskytována adekvátní pomoc. Vyhledávání takových klientů předpokládá dostatek informací a úzkou spolupráci se všemi subjekty, které mohou o takových klientech vědět. Může se jednat, o rodinné příslušníky, sociální služby, sociální kurátory, policii, lůžková oddělení atd.

Při vyhledávání potenciálních klientů je nutná spolupráce s dalšími zdravotními a sociálními službami. Klíčová je spolupráce s ambulantními psychiatry a spolupráce se spádovými psychiatrickými nemocnicemi.



#### 4.3.3.3 Case management

Oba dokumenty MZ ČR (2016) i MPSV (2017) označují case management za vhodný nástroj pro alokaci kompetencí a odpovědností v rámci týmu i navenek. Výhodou této metody je dostupnost, kontinuita, koordinace, flexibilita a efektivita (MPSV, 2017).

Case management je časově omezená intervence s cílem pomoci klientům a jejich rodinám v komplexních problémových situacích. Vzhledem ke své komplexnosti vyžaduje case management spolupráci více zdrojů. Metoda case managementu představuje „*odklon od terapeuticky zaměřeného poradenství*“. Celý proces začíná navázáním vztahu s klientem, následuje vyhodnocení výchozí situace a sestavení plánu intervence, zprostředkování služby podle potřeb klienta a evaluace (Mahrová et al., 2008)

Wilken (2010) zmiňuje důležitost sdílení perspektivy. To předpokládá, že profesionál (case manager) dokáže porozumět klientovi a jeho potřebám, v případě potřeby umí změnit svůj vlastní postoj a vzít za své stanovisko klienta. Sdílená perspektiva je výsledkem objevování a učení na obou stranách. Ve vztahu k okolí funguje case manager jako „*most*“.

Wilken (2010) hovoří o „*léčivé péči*“, jejímž smyslem je zajistit bezpečí, povzbuzení, naději a podporu zdravých aspektů klientovy osobnosti. „*Léčivá péče*“ se musí zaměřovat na to, co je pro klienta prospěšné, přičemž konečným cílem je sociální inkluze klienta. MPSV (2017) vychází z toho, že metoda case managementu se zaměřuje na zdravé stránky klientovy osobnosti. Model vychází z předpokladu, že i lidé s duševním onemocněním se mohou učit a zlepšovat své dovednosti, úkolem case managera je klienta v procesu učení podporovat. Case manager buduje vztah s klientem jako partnerství. Další charakteristikou tohoto vztahu je důvěra. Case manager aktivně / asertivně nabízí klientovi služby, ale rozhodnutí, zda nabídku přijme, je na klientovi. Case management vyžaduje multidisciplinární spolupráci. Při poskytování služeb jsou v maximální možné míře využívány komunitní zdroje, při tom hraje důležitou roli podpora rodiny.

Celý proces předpokládá spolupráci a vzájemnou dohodu, od samého počátku je důležité budování kvality vztahu mezi case managerem a klientem. V první fázi společně mapují klientovy schopnosti, dovednosti, očekávání, potřeby. Na tomto základě společně sestaví reálný plán dalšího postupu. Plán musí obsahovat rozdělení kompetencí a odpovědností klienta a pracovníka (na uskutečnění plánu se mohou kromě case managera podílet i další členové týmu). Plán jasně definuje harmonogram jednotlivých kroků a konečný cíl. Fáze realizace plánu zahrnuje intervence směrem ke klientovi (např. trénink



dovedností, individuální terapie, farmakoterapie), intervence směrem k prostředí klienta (např. práce s rodinou, vytváření vazeb), intervence směrem k prostředí a klientovi (např. krizová intervence, rodinná terapie, monitorování, případně zákazy). Fázi realizace následuje proces vyhodnocení, jak byl plán splněn (MPSV, 2017).

V případě potřeby je možno stanovit nový plán a celý cyklus opakovat. Case manager je člověkem, který klienta celým cyklem provází. Jejich vztah má dočasný charakter, ale v případě opakovaného cyklu může být dlouhodobější. Case manager by měl stavět na klientových silných stránkách a tím ho motivovat ke snaze o změnu. Ve vztahu k dalším službám má case manager roli mediátora, který klientovi umožňuje využívat všechny služby, které jsou pro klienta přínosné.

Podobně v brožuře „Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševní nemocné“ Pěč (n.d.) popisuje proces rehabilitace jako cyklus, který má fázi diagnostickou, ve které se zjišťuje připravenost klienta k rehabilitaci. Připravenost může záležet i na motivaci klienta převzít svou část odpovědnosti při plnění stanoveného úkolu. Následně rehabilitační pracovník naváže s klientem „*pracovní alianci*“, společně formulují obecný rehabilitační cíl v kontextu tzv. životní domény (bydlení, práce, učení, volný čas) nebo osobní domény (osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy) a identifikují dovednosti, které jsou kritické pro dosažení tohoto cíle (příkladem takového cíle může být samostatné bydlení). Pokud klient potřebné dovednosti postrádá, je třeba je nejdříve rozvíjet. Současně je potřeba zainteresovat klientovo okolí, aby klienta na jeho cestě podporovalo. Poté klient a rehabilitační pracovník vypracují plán rozvoje dovedností včetně potřebných intervencí. V závislosti na stupni klientovy samostatnosti může rozvoj dovedností probíhat v chráněném prostředí nebo přímo v klientově přirozeném prostředí. V uvedeném případě samostatnějšího bydlení připadá v úvahu několik forem – chráněné bydlení, domy na půli cesty, komunitní (skupinové) bydlení, podporované bydlení. Součástí rehabilitačního procesu je vyhodnocování dosaženého pokroku. Pěč (n.d.) v této souvislosti uvádí případové vedení (case management) jako „*přístup, který má napomoci lepší koordinaci v systému fragmentované péče*“.

#### 4.3.3.4 Včasná detekce a včasná intervence

MZ ČR (2016) definuje jako jednu z cílových skupin „*osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI*“ (SMI - Serious/severe Mental Illness, česky závažné duševní onemocnění). Úřad vlády ČR (2020) stanoví primární prevenci a včasnou intervenci jako jeden z cílů.

Důvodem je to, že „*lidé v rané fázi duševního onemocnění se nejčastěji dostanou do péče až ve chvíli, kdy hospitalizace je jedinou možností.*“ Přitom „*Doba neléčené nemoci je zásadní pro celkovou prognózu onemocnění, neboť má významný vliv na závažnost symptomů, dobu nutnou pro dosažení remise, riziko relapsu, celkové fungování a celkovou reakci na léčbu*“ (Farkač et al., n.d., citují Kašpárek, 2009; Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva, a Lieberman, 2005).

Příčina pozdní detekce je částečně spojena s nízkou úrovní edukace širší veřejnosti. Většina lidí nemá informace, jaké jsou počáteční projevy onemocnění, takže ani sám „budoucí nemocný“, tak jeho rodina nepřičítají změnám chování a dalším symptomům váhu. Mohou je zaregistrovat, ale nespojí si je s možností duševního onemocnění. Nedostatek informací o duševních onemocněních a dostupných službách pro lidi s duševním onemocněním se projevuje nejen u rodinných příslušníků nemocného, ale i u pracovníků ve školství a dokonce u praktických lékařů.

Často se také stává, že „budoucí nemocný“ nebo členové jeho rodiny tuší, o jaké onemocnění může jít, ale obávají se stigma, a potřebnou pomoc včas nehledají.

#### Programy včasné detekce a včasné intervence se zaměřují na lidi:

- s vysokým rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění
- v první epizodě závažného duševního onemocnění
- v remisi po první atace duševního onemocnění.

První skupina klientů, u nichž se se vyskytly prodromální nebo rizikové příznaky, nesplňují diagnostická kritéria pro závažné duševní onemocnění a jejich další průběh může, ale nemusí vyústit v závažné duševní onemocnění. Druhou skupinou jsou lidé v první atace závažného duševního onemocnění. V takovém případě se služba zaměřuje na poskytnutí intervencí, které zvyšují šanci na rychlejší stabilizaci stavu klienta. Intervence je poskytována klientovi i jeho blízkým. Třetí typ intervence je cílen na osoby v remisi po první atace onemocnění a zahrnuje následnou několikaletou péči (Farkač et al., n.d.).

#### 4.3.4. Edukace

Nedostatek informací o duševním onemocnění a konkrétně o schizofrenii se projevuje různě podle toho, jak se onemocnění konkrétního člověka dotýká. U nemocných a jejich blízkých má nedostatečná informovanost zásadní vliv na počátek a průběh léčby. Stejně je tomu u praktických lékařů, kteří někdy závažnost onemocnění nesprávně interpretují. Vzhledem k ranému věku, kdy se první symptomy schizofrenie objevují, by měli mít potřebné informace i pracovníci ve školách a pedagogicko-psychologických poradnách. Proto je jedním z cílů Úřadu vlády ČR (2020) zařadit téma péče o duševní zdraví do vzdělávacího systému.

Stávající edukační programy pro klienty s duševním onemocněním většinou zahrnují:

- informace o nemoci a možnostech léčby včetně informací o medikaci a nežádoucích účincích jednotlivých přípravků
- informace o nebezpečí kombinace léků a návykových látek
- prognózu a různé strategie, jak se s onemocněním vyrovnat
- naději, že zlepšení je možné
- informace o zdravém životním stylu
- psychoterapii klienta i rodiny
- praktické záležitosti – zaměstnání / studium, finance, bydlení (Foitová et al., n.d.)

Zajímavý je příklad komunitního projektu péče o duševní zdraví z praxe ve Velké Británii, kde edukace rodinných lékařů byla vedlejším produktem projektu (Faloon, Kydd, Coverdale, a Ladlaw, 1996). Při nedostatku odborných psychiatrických zařízení v jedné z venkovských oblastí vznikla v dané komunitě naprosto přirozeně spolupráce mezi praktickými lékaři a odborníky na duševní onemocnění, kteří se – kvůli nedostatku vhodných prostor – dělili o ordinace, ale také o lékařské záznamy. Brzy se ukázalo, že problémem praktických lékařů bylo rozlišit, kdy se jedná o reakci na stres nebo trauma a kdy o rané známky závažného duševního onemocnění. Faloon et al. (1996) uvádějí, že ve Velké Británii dvě třetiny duševních onemocnění odhalí rodinní lékaři, aniž by se jim dostalo školení na potřebný screening. Výhodou rodinných lékařů je samozřejmě to, že pacienta i jeho rodinu znají dlouhodobě. Proto se Faloon a jeho tým rozhodli těchto

zkušeností využít, proškolit tyto lékaře a poskytnout jim nástroj pro včasnou detekci prvních příznaků duševního onemocnění. Vytvořili pro ně dotazník (10-QS) – viz příloha č. 3.

Na základě školení a s využitím dotazníku se lékaři naučili rozpoznat osm varovných příznaků schizofrenie:

- Zřetelně zvláštní chování
- Neodpovídající vyjadřování citů nebo ztráta citů
- Řeč, které je těžko porozumět
- Zřetelný nedostatek řeči nebo myšlení
- Zřetelné zaobírání se podivnými myšlenkami
- Bludy – věci mají výjimečný význam
- Přetrvávající pocit nereálnosti
- Změny smyslových vjemů (zrakových, sluchových, čichových)

Pokud praktičtí lékaři vyhodnotili, že jde o možné prodromální příznaky schizofrenie, kontaktovali odborníka, který byl praktickým lékařům okamžitě k dispozici při minimálních formálních požadavcích. Pokud bylo podezření na rané stádium schizofrenie, okamžitě byl spuštěn krizový program individuálně navržený pro konkrétního klienta a zahrnoval edukaci klienta i jeho rodiny, stres management a medikaci.

Dalším již existujícím edukačním zdrojem mohou být videa Studio 27 „zaostřeno na duši“, která jsou k dispozici na youtube. Většinou jsou to záznamy z prezentací nebo přednášek na téma schizofrenie, kdy o svých zkušenostech hovoří sami klienti nebo odborníci z oblasti psychiatrie.

Inspirací, jak může vypadat edukační program o procesu recovery, je např. video InformedChoice TDI (2012). Na videu představuje Patricia Deegan webovou aplikaci Common ground, kterou navrhli lidé s duševní poruchou pro lidi s duševní poruchou. Aplikace těmto lidem ve spolupráci s psychiatry má pomoci monitorovat proces zotavení. V úvodu videa Deegan vzpomíná, že jí bylo 17, kdy jí diagnostikovali schizofrenii. Doktor jí řekl, že neexistuje naděje na uzdravení, že bude muset po zbytek života užívat antipsychotika a žít ze sociálních dávek. Předepsaná medikace ji tak utlumila, že většinu dne prospala a zbytek času strávila s cigaretou zíráním na obrazovku televize. Označuje svůj tehdejší stav za „chemickou hibernaci“, zatímco její lékař hovořil o „úspěšné léčbě“. Za takových okolností nemohli najít společnou řeč. Toto naprosté nepochopení mezi lékařem a jeho klientem bylo později impulsem k tomu, že se rozhodla studovat psychologii

a pomáhat lidem se stejnou diagnózou, jako má sama.

Deegan a jejím spolupracovníkům se podařilo implementovat napříč Spojenými státy programy Asertivní komunitní léčebné týmy (ACT), Centra duševního zdraví, Subakutní hospitalizační jednotky, Centra pro léčbu drogově závislých, Peer centra, jejichž služby využívá více než 11 tisíc uživatelů.

Ambulantní péče v těchto zařízeních díky promyšlené organizaci práce a zapojení uživatelů probíhá mnohem efektivněji než ve standardním zařízení. Místo čekárny funguje podpůrné centrum, kde uživatelé ve stádiu recovery pracují jako peerové a během 30 minut zpracují s klienty prostřednictvím zmíněné webové aplikace zdravotní zprávu (1 strana) pro ošetřujícího psychiatra, který poté během následujících 15 minut tuto zprávu s klientem konzultuje. Aplikaci mohou využívat i mobilní týmy při práci v terénu.

Při první návštěvě je prvním krokem identifikovat „individuální medicínu“, tj. konkrétní aktivity, které mohou uživateli pomoci v léčbě – co mu pomáhá cítit se spokojený. Je to velmi individuální - může to být vaření, procházka se psem, cvičení, meditace. Deegan uvádí konkrétní příklad, že někomu může pomáhat zvládat hlasy, když si dá studenou sprchu – soustředí se tedy na něco úplně jiného.

Druhým krokem je vytvoření Power statement („Pozitivní prohlášení“). Toto prohlášení obsahuje informaci pro doktora, co považují za natolik zásadní, že mě o to léčba nesmí připravit. Např. *„potřebuji lépe spát a naučit se ignorovat své hlasy, abych mohl řídit auto a starat se o psa.“* (Pokud nebudu schopen řídit a starat se o psa, léčba nebyla úspěšná.) Pozitivní prohlášení má 3 úkoly: představit uživatele jako člověka, ne jako pacienta, definovat, jak si představuji, že mi léčba pomůže, a přizvat doktora ke spolupráci se mnou na splnění mého pozitivního prohlášení.

Třetím krokem je „Podpora rozhodnutí“. Aplikace obsahuje knihovnu videí z reálného života, na kterých uživatelé sdílejí své zkušenosti, jak se vyrovnat s konkrétními problémy. Nový uživatel může např. řešit problém, jak správně načasovat svému okolí sdělení o diagnóze schizofrenie; jiným příkladem může být, jak strukturovat rozhovor s lékařem o tom, že chci snížit medikaci.

V posledním kroku definují uživatel společně s psychiatrem rozhodnutí o společném dalším postupu. Při další návštěvě bude právě toto východiskem dalšího dialogu.

## 5. Stigmatizace osob trpících schizofrenií

Lidé s duševním onemocněním bojují nejen se svou nemocí, ale také se stigmatem, které je s jejich nemocí spojeno (Corrigan a Watson, 2002). A schizofrenie podle NUDZ (n.d.) patří „*k nejvíce stigmatizovaným diagnózám v oblasti duševního onemocnění*“. Důvodem této skutečnosti může být, že samotný název „schizofrenie“ – tedy „rozštěpení mysli“, je pro laickou veřejnost zavádějící. Tento názor se objevuje v článku Van Ose (2009), který se domnívá, že termín „schizofrenie“ může být částečně důvodem, proč jsou lidé s touto diagnózou stigmatizováni. Veřejnost si totiž pod pojmem „rozštěpení mysli“ nedokáže nic představit, neodpovídá to jejich zkušenosti, nechápou, jak může být mysl rozštěpená. V porovnání s tím si pod pojmem „deprese“ každý představí nějakou formu negativního emotivního stavu, což většina lidí – i když v mírnější podobě – někdy zažila. Schizofrenie – rozštěpení mysli - je neuchopitelné, a proto může tento pojem vyvolávat strach a exkluzi.

Vztah veřejnosti podle Corrigan a Watsona (2002) vyjadřuje:

- Strach a exkluze: lidé se závažnou duševní nemocí bychom se měli obávat, a proto by měli tito lidé být drženi mimo komunitu
- Autoritářský přístup: lidé se závažným mentálním onemocněním jsou nezodpovědní, proto je nutno dělat životní rozhodnutí za ně
- Benevolence: lidé se závažným duševním onemocněním jsou jako děti a je potřeba se o ně starat

Podle autorů Thornicroft, Rose, Kassam a Sartorius (2007) je stigma způsobeno třemi faktory: neznalostí, předsudky a diskriminací. Lidé nemají dostatek nezávislých informací o duševních onemocněních, často jsou ovlivněni negativním obrazem, který vytvářejí média. Na základě těchto informací si vytvářejí negativní názory a předsudky, které se promítají do jejich chování, které je často diskriminační. „*Odmítavé chování jiných může škodit více než samo primární poškození*“ (Thornicroft et al. 2007).

Paradoxem je, že stigmatizující postoje jsou časté i mezi zdravotními profesemi (Ocisková et al., 2014). Nebezpečnost stigmatizace u profesionálních zdravotníků je zásadní jednak proto, že jako odborníci na danou oblast mají vliv na názor veřejnosti, a jednak proto, že jsou to oni, kdo svými intervencemi významně ovlivňují zdravotní a sociální stav lidí s duševním onemocněním. Stigmatizace u zdravotníků často vede

k diskriminaci ve smyslu neposkytnutí adekvátní léčby (Janoušková et al. 2016 citují Corrigan, Mittal, Reaves, Haynes, Han, Morris a Sullivan, 2014).

Studie ukazují, že obavy ze stigmatizace často vedou k tomu, že se lidé, kteří se potýkají s psychickými problémy, obávají navštívit se svými potížemi lékaře, aby se vyhnuli stigmatizaci (Ocisková et al. 2014). Takový postup může být nebezpečný, čím dříve se začne nemocný léčit, tím větší je šance na to, že se nemoc bude stabilizovat a stav nemocného se zlepší. Svoji zkušenost s tím, jak rodina dokáže bránit nemocnému ve vyhledání lékařské péče, hovoří Cecilia McGough (TEDx Talks (2017), která doslova říká: „*Nenechejte nikoho, aby vás přesvědčil, že nemáte vyhledat lékařskou pomoc. Je to (lékařská pomoc) vaše volba, a je to vaše právo.*“ („*Don't let anyone convince you not to get medicine help. It is Your choice and it is Your right.*“)

Důsledky stigmatizace pro nemocného se projeví i ve společenském životě nemocného – hospitalizace může mít za následek ztrátu zaměstnání a příjmu, ztrátu přátel, odmítání a ze strany rodiny paternalistický přístup, který ovšem znesnadňuje nemocnému znovu získat autonomii. Ten se tak dostává do bludného kruhu a často končí jako člověk pobírající invalidní důchod. Dlouhodobá studie klientů komunitních sociálních služeb péče o duševní zdraví, kterou zajišťuje NUDZ, ukazuje (Janoušková et al. 2016), že kvalita života lidí s psychotickým onemocněním obecně je horší než kvalita života lidí ve zdravé populaci. Převažující část nemocných žije bez partnera (61 % lidí je svobodných bez stálého partnera, 18 % je rozvedených), 57 % lidí je nezaměstnaných. 60,2 % lidí s psychózou vnímá, že jim duševní onemocnění zkazilo život.

Důsledky stigmatu postihují i blízké nemocného, kteří často cítí povinnost se o své příbuzné starat. Dlouhodobě to pro ně znamená finanční, bytovou, ale i společenskou a emocionální zátěž. Některé rodiny onemocnění svého člena z obavy ze stigmatu před komunitou tají.

Důležitou skupinou, která je v častém kontaktu s nemocnými, jsou policisté, neboť jsou to právě oni, kdo jsou přivoláni v případě psychotické ataky nebo pokusu o sebevraždu. Přesto často postrádají dostatečné znalosti o duševních onemocněních a jejich chování vůči nemocným bývá ovlivněno stigmatem (Janoušková et al. 2016).

Veřejná stigmatizace může vést k internalizaci společenských předsudků a k sebestigmatizaci (self-stigmatization). Člověk si uvědomuje svou odlišnost od většinové společnosti a setkává se s tím, že ho společnost nebere jako rovnocenného. Postupně začne přejímat názory společnosti, souhlasit s nimi a nakonec vezme tyto názory za své



(Holubová, 2015). To má samozřejmě negativní dopad na jeho sebepojetí, sebedůvěru, vznikají pochybnosti o smyslu léčby, úvahy, zda vůbec usilovat o zařazení zpět do společnosti, dochází ke zhoršení sociálního a pracovního statusu a s tím souvisejícího příjmu. Následuje pasivita, vyhýbání se přátelům, rezignace na navazování vztahů, ukončení studia nebo zaměstnání (Holubová et al., 2016). Sebestigmatizace u lidí se schizofrenií často vede k depresím a může narušit proces rehabilitace. Janoušková et al. (2016) citují výzkumy mezi vysokoškoláky (Vogel, Wade, a Hackler, 2007; Eisenberg, Downs, Golberstein, a Zivin, 2009), kteří byli dotazováni, jak by se chovali, pokud by se u nich objevily problémy s duševním zdravím. I u nich – včetně studentů medicíny - by „*vnímané stigma vedlo k neochotě vyhledávat odbornou pomoc*“.

Existují různé způsoby, jak se lidé vyrovnávají jak s vlastním onemocněním, tak se stigmatem s ním spojeným. Holubová (2015) zmiňuje pozitivní a negativní strategie. Příklady negativních strategií jsou vyhýbání se situaci a jejímu řešení, rezignace, agrese, sebeobviňování, perseverance (zabývání se konkrétní situací stále dokola). Pozitivní strategie hledají řešení, příkladem může to být vyhledávání podpory, změna negativních postojů, priorit a hodnot. Je třeba ovšem říci, že dělení strategií na pozitivní a negativní není jednoznačné. Vztek a agrese např. může zafungovat tak, že člověk najde sílu vzepřít se a začít usilovat o změnu (viz již zmiňovaný příběh Patricie Deegan). Na tomto místě je tedy potřeba připomenout koncept recovery, který ukazuje, že změna k lepšímu je možná. Podmínkou pro zlepšení je naděje, přístup k odpovídajícím zdravotním a sociálním službám, podpora okolí i širšího společenského prostředí a zjednodušeně řečeno „síla bojovat“. Ocisková et al. (2014) zdůrazňují, že důležitou roli zde hraje reintegrace do komunity a návrat do práce.

Janoušková et al. (2016) detailně analyzují výzkumy v oblasti stigmatizace a sebestigmatizace z hlediska metodologického, tak z hlediska praktického použití výsledků výzkumů v podmínkách České republiky. Podle jejich výzkumné zprávy v Čechách v r. 2016 probíhalo 35 destigmatizačních aktivit, z nichž mnohé mají dlouhodobý charakter. Organizátory byli poskytovatelé sociálních služeb a nestátní neziskové organizace, které se na práci s duševně nemocnými zaměřují.



Převažovaly aktivity, jejichž cílovou skupinou byla široká veřejnost. Tyto aktivity měly často podobu kulturních akcí (koncerty, festivaly), doplněných besedami, promítáním filmů, distribucí odborné literatury a informačních materiálů. Velmi aktivní v této činnosti jsou jednotlivé „Fokusy“ napříč Českou republikou – např. Dny sociálních služeb Fokusu Opava, z.s., besedy s odborníky a záznamy těchto besed na Youtube Studia 27 (Fokus Praha, z.ú.), Týdny duševního zdraví (Fokus Vysočina, Fokus Liberec ...).

Probíhaly i cílenější aktivity pro lidi s duševním postižením a jejich rodiny, pro žáky a studenty středních a vysokých škol, pro pracovníky veřejné správy a integrovaného záchranného systému, zaměstnavatele a novináře.

Je možno sledovat narůstající aktivitu na internetu – ať již sdílení zkušeností s nemocí prostřednictvím Youtube (např. STUDIO 27 "zaostřeno na duši", 2016), tak např. samostatné internetové stránky poskytující bezplatné poradenství (internetové stránky Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s.). Zapojení hlavních aktérů a lidí s duševním onemocněním do intervence je hodnoceno jako přínosné.

Dalo by se očekávat, že do edukace a snahy o zvýšení informovanosti se v maximální možné míře zapojí lékaři. Existují ale svědectví, že lékaři klienty o různých možnostech léčby / medikace někdy vůbec neinformují – viz svědectví ze Studia 27 (STUDIO 27 "zaostřeno na duši", 2016).

Celá řada psychiatrických odborníků se do reformy psychiatrické péče zapojila, ale přesto se zdá, že část lékařské obce není reformě nakloněna, o důvodech jejich nechuti nechci spekulovat. Je to ovšem škoda, poněvadž jsou to především lékaři, kdo by měli hájit zájmy svých klientů a mít radost z každého, komu mohou v jeho boji s nemocí pomoci.

Janoušková et al. (2016) konstatují, že přestože počet intervencí v oblasti stigmatizace narůstá, jejich efektivnost je velmi těžké hodnotit, neboť neexistují standardizované indikátory.

Závažnost stigmatizace duševních onemocnění se v posledních dvou desetiletích odráží v mezinárodních strategických dokumentech (např. Zelená kniha Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva Evropské unie, 2005).

Oba již zmiňované strategické dokumenty o reformě psychiatrické péče v Čechách – MZ ČR (2013) i Úřad vlády ČR (2020) – také zdůrazňují důležitost destigmatizace duševních onemocnění, Úřad vlády ČR (2020) plánuje zařadit edukaci o duševním zdraví do vzdělávacího systému. Oba dokumenty mluví o recovery jako o modelu, který vede k pozitivním změnám jak na individuální, tak na společenské úrovni.

V současné době mohou edukační programy proti stigmatu využívat moderní technologie. Silva (2017) představuje přístroj, který ve virtuální realitě dokáže simulovat změny senzorního vnímání typické pro schizofrenii s cílem zprostředkovat vjemy, které prožívá člověk se schizofrenií. Audiozáznam přehrává obsah, jaký obvykle slyší pacienti se sluchovými halucinacemi: šepot, výhrůžky a rozkazy, smích a urážlivé / zraňující věty. Účastníky zmíněné simulace byli většinou studenti medicíny. 20 % z nich po simulaci pociťovalo malátnost, 71 % účastníků mělo problémy s udržením pozornosti a koncentrací, 9,5 % hlásilo problémy s pocením a nevolností. Sami na sobě tedy mohli alespoň krátce vyzkoušet, jaké to je zažít psychotickou ataku. Shodli se na tom, že takováto reálná zkušenost by mohla být vhodně využívána ve vzdělávacích programech jak pro profesionální zdravotníky a studenty medicíny, tak pro širší veřejnost s cílem snížit stigma a zlepšit empatii vůči lidem se schizofrenií.

Informací o duševních onemocněních pro laickou veřejnost i pro další cílové skupiny (manuály, besedy, filmy, videa) i v českých podmínkách přibývá, ale reálně změnit stigmatizující názory na schizofrenii je dlouhodobý proces.

V dokumentu Úřadu vlády ČR (2020) je jedním z definovaných cílů „*Zaměřit více pozornosti na destigmatizaci jako jednoho z nejdůležitějších faktorů pro úspěšné začlenění lidí s duševním onemocněním zpět do komunity*“. Stigma je totiž stále – navzdory dosavadním snahám o jeho odstranění - zřejmě jedním z velkých problémů, se kterým se musejí lidé se schizofrenií potýkat. O tom ostatně svědčí i závěry z praktické části mé diplomové práce.

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 6. Metodologie výzkumného šetření

V předchozích kapitolách jsem popsala vývoj názorů na schizofrenii včetně dostupných statistik týkajících se nemoci. Podrobněji jsem se zabývala klasifikací, u které dochází k významným změnám právě v této době, dále medikací, která má na průběh onemocnění velký vliv – ať již z hlediska léčebného, tak z hlediska vedlejších účinků. Podrobnější jsou také části, ve kterých se zabývám „hnutím uživatelů“ a modelem „recovery“, neboť to jsou koncepty, které ovlivňují současný postoj k léčbě schizofrenie ve světě i u nás. Považovala jsem za důležité uvést autentické názory lidí, kteří mají se schizofrenií vlastní zkušenost, neboť oni jsou dokladem toho, že je možné žít plnohodnotný život i s tímto onemocněním. V závěru teoretické části jsem se věnovala reformě psychiatrické péče u nás a nezanedbatelnou rolí sociální práce v rámci této reformy.

Sociální práce s duševně nemocnými vyžaduje vedle znalosti standardní metodiky sociální práce také orientaci ve zdravotní problematice onemocnění, v přístupu k léčbě a v neposlední řadě ve způsobech začleňování sociálně izolovaných lidí. I proto jsem se ve své diplomové práci zabývala i stigmatizací lidí se schizofrenií.

V praktické části se nejdříve věnuji výzkumnému šetření, které jsem prováděla v rámci této diplomové práce. Především se orientuji na vymezení hlavního a dílčích cílů, popisu výzkumné metody, výzkumného vzorku a celkovému průběhu empirického šetření. Následující kapitola zároveň doplňuje problematiku popsanou v teoretické části o informace, které jsem získala z výzkumného šetření.

### **7. Cíle výzkumného šetření**

Cílem mého šetření bylo zmapovat pocity klientů po sdělení psychiatrické diagnózy. Zajímala jsem se, kdy klienti začali mít pocit, že něco není v pořádku, co je dovedlo k první návštěvě psychiatra, jak jim byla sdělena konečná diagnóza, jak reagovalo jejich okolí na psychiatrickou diagnózu a jak klientům psychiatrická diagnóza změnila život. Především jsem chtěla zjistit, jaké pocity doprovázely zjištění, že má klient schizofrenii. A jestli existuje něco, co by při sdělování diagnózy potřebovali jinak, pokud ano, tak co by se podle nich mělo změnit.

### **8. Rizika a etické otázky související s výzkumem**

Interview jako výzkumná metoda souvisí při získávání dat s určitým rizikem. Při vedení rozhovoru je možné se setkat s několika rizikovými faktory. Za prvé s nervozitou, která je způsobena nahráváním rozhovoru. Zadruhé je zde riziko získání nekvalitních, nebo nedostatečných informací. Třetím rizikem je malý počet respondentů, kteří by byli ochotni se na výzkumu podílet, nebo respondenti, kteří neodpovídají parametrům výzkumu.

Co se týče etiky výzkumu, je nezbytně nutné brát v úvahu informovaný souhlas respondentů s účelem rozhovoru. Také je potřeba zajistit emoční bezpečí a vytvořit příjemnou atmosféru, udržet anonymitu dotazovaných osob. Nutné je také se získanými informacemi zacházet tak, aby nemohlo dojít ke zneužití informací, případně k rozpoznání respondenta.

## 9. Průběh vlastního empirického šetření

Před samotným výzkumným rozhovorem jsem respondenty seznámila s problematikou, které se v diplomové práci zabývám, a dala jsem jim podepsat informovaný souhlas o tom, že rozhovor budu nahrávat. Zároveň jsem všem dala přečíst výzkumné otázky a ujistila jsem respondenty o tom, že pokud nebudou chtít na jakoukoliv otázku odpovídat, tak nemusí.

Před začátkem nahrávání jsem všechny respondenty ujistila, že rozhovor bude použit jen pro účely diplomové práce.

Doba trvání jednotlivých rozhovorů se lišila podle výřečnosti respondentů. V průměru trvaly rozhovory 25 minut. Po skončení každého rozhoru a získání záznamu jsem všechny rozhovory přesně přepsala – viz příloha.... **Číslo přílohy**

### 9.1 Metodika a průběh výzkumu

V době koronaviru bylo složité najít dostatek respondentů, kteří by splňovali stanovená kritéria. Podařilo se mi oslovit dva bývalé klienty z Baobabu a dva klienty ze současné práce, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Všichni byli velmi vstřícní a otevření, se žádnou z položených otázek neměli problém, snažili se odpovídat co nejpřesněji.

Tři ze čtyř klientů měli ke schizofrenii přidruženou závislost na omamných látkách.

Pátý respondent má jinou diagnózu a rozhovor s ním jsem vedla z důvodu zmapování psychiatrické péče v psychiatrické nemocnici.

Jsem si vědoma toho, že výzkumný vzorek je poměrně malý, bohužel najít v době koronaviru dalšího klienta se schizofrenií, který by byl ochotný si se mnou povídat o svých pocitech, který má dostatečný nadhled a který je natolik stabilizovaný, aby mu položené otázky nenavodily nepříjemné stavy, se mi nepodařilo.

Plné znění pokládaných otázek

1. otázka: Kdy jste začal mít pocit, že něco není v pořádku?
2. otázka: Co si myslíte, že bylo příčinou vašich psychických potíží?
3. otázka: Jaké potíže vás dovedly k návštěvě ambulantního psychiatra?
4. otázka: Co pak následovalo?
5. otázka: Jakým způsobem vám byla sdělena konečná diagnóza? 6. otázka: Jak reagovalo vaše okolí?
6. otázka: Jak reagovalo vaše okolí?
7. otázka: Jak vám psychiatrická diagnóza změnila život?
8. otázka: Co myslíte, že by se mohlo změnit při sdělování psychiatrické diagnózy?
9. otázka: Je něco, o čem jsem se nebavili a je to pro vás důležité?

Pokud jsem to považovala za důležité, tak jsem se klientů dále doptávala, např.: Jaké to pro tebe bylo? Jaké jsi při tom měl pocity? Co bys potřeboval jinak? Jak by to pro tebe bylo ideální?

Co jsem chtěla zjistit jednotlivými otázkami

1. otázka: Kdy jste začal mít pocit, že něco není v pořádku?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, kdy klient zjistil, že se něco divného děje a jestli klient dokáže formulovat, jaká změna nastala po vypuknutí nemoci. Jestli dokáže odlišit, jak to vypadalo před začátkem nemoci.

2. otázka: Co myslíte, že bylo příčinou vašich psychických potíží?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda klient dokáže odhadnout spouštěč nemoci. Jestli si uvědomuje, zda byl spouštěč vnitřní nebo zevní. Jak intenzivní spouštěč byl.

3. otázka: Jaké obtíže vás dovedly k návštěvě ambulantního psychiatra?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jaké konkrétní obtíže klient měl a jak výrazné byly jejich projevy. Jestli obtíží bylo více nebo jen jedna. Jaké pro klienta bylo rozhodnout se, že navštíví psychiatra.

4. otázka: Co pak následovalo?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, co se dělo v průběhu návštěvy a po návštěvě psychiatra. Jestli klient dostal medikaci. Zda byl klient hospitalizovaný. Jak to prožíval.

5. otázka: Jakým způsobem byla sdělena konečná diagnóza?

U této otázky jsem používala doplňující podotázky: Jaké to pro vás bylo? Jaké jste měl pocity? Co všechno se vám honilo hlavou? Jaká byla vaše první reakce na sdělenou diagnózu? Co byste případně potřeboval jinak? Co vám chybělo? Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jak probíhá sdělování diagnózy. Jak lékař komunikuje s pacientem, zda mu vysvětlí, co bude následovat, jaké bude muset pacient užívat léky. Také jsem se snažila zjistit, jestli v průběhu hospitalizace probíhá edukace. Dále jsem chtěla zjistit, jaká byla první reakce po sdělení diagnózy. Jaké to pro klienta bylo dozvědět se, že má takové onemocnění.

6. otázka: Jak reagovalo vaše okolí?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jak přijmuli psychiatrickou diagnózu klientovi příbuzní a známí. Jak klient vnímal jejich reakce. Jaké při tom sám měl pocity.

7. otázka: Jak vám psychiatrická diagnóza změnila život?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jaké je pro klienta žít s psychiatrickou diagnózou. Jaké komplikace psychiatrická diagnóza obnáší. Jaké to je vyrovnat se s komplikacemi. Zda, psychiatrická diagnóza má i nějaké výhody, případně jaké.

8. otázka: Co myslíte, že by se mohlo změnit při sdělování psychiatrické diagnózy?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, co by se podle klienta mělo zlepšit při sdělování psychiatrické diagnózy. Co by klient potřeboval jinak. Co mu při sdělení psychiatrické diagnózy chybělo.

9. otázka: Je něco, o čem jsem se nebavili a je to pro vás důležité?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda klient považuje za důležité dodat ještě něco k tomu, co již bylo řečeno.

Popis respondentů

I. Respondent (Ivan): muž 28 let, studuje dálkově gymnázium, dělá si kurz peera a pracuje v bezpečnostní agentuře. Bydlí v nájmu v Praze. S rodiči nemá příliš dobrý vztah. Spolupracuje s organizací Baobab z.s. Zde jsem se seznámili. Mezi 17. a 18. rokem mu byla diagnostikovaná paranoidní schizofrenie s přidruženou závislostí na návykových látkách.

II. Respondent (Roman): muž 30 let, nedokončil střední školu, pracuje ve skladu. Pár měsíců žil na ulici. Aktuálně bydlí v humanitárním hotelu, zde jsme se seznámili. Má podanou žádost o magistrátní byt. S rodiči má špatný vztah. Spolupracuje s organizací Fokus Praha z.ú. Paranoidní schizofrenii má dle svých slov „od narození“.

III. Respondent (Aleš): muž 34 let, nedokončil střední školu. Pracuje jako prodavač. Spolupracuje s organizací Baobab z.s., zde jsem se seznámili. Bydlí ve spolubydlení. S rodiči má velmi špatný vztah, dle jeho slov se o něj vůbec nezajímají. Nejdříve měl diagnostikovanou toxickou psychózu, až poté mu byla diagnostikovaná paranoidní schizofrenie. Jiný příklad toho, že diagnóza schizofrenie nemusí být vždy jednoznačná, uvádím v části Jedenáctá revize MKN teoretické části své diplomové práce.

Pan Aleš, je byl jediný respondent, u kterého jsem kromě nahrávání použila i psaní poznámek. Bylo to z toho důvodu, že pan Aleš spoustu věcí nechtěl říkat do diktafonu, ale dovolil mi psát si poznámky, které jsem mohla použít do diplomové práce. Přání pana Aleše jsem respektovala.

IV. Respondent (Miloš): muž 37 let, dokončil střední školu, pracuje jako noční hlídač. Měl velmi těžké dětství, nejvíc ho zasáhlo úmrtí babičky. Bydlí v nájmu, spolupracuje s organizací Fokus Praha z.ú. Paranoidní schizofrenie mu byla diagnostikována asi v 19 letech.

V. Respondent (Jan): muž 50 let, byl klientem centra sociální rehabilitace Fatima, zde jsme se poznali. Je to bývalý voják, který se účastnil zahraniční vojenské mise. Rozhovor byl veden za účelem zmapování psychiatrické péče v psychiatrické nemocnici.

## 9.2. Popis výzkumného vzorku

Výzkumné téma a výzkumný vzorky byly stanoveny na začátku příprav diplomové práce. Pracovala jsem tehdy v organizaci Baobab z.s., jejíž cílovou skupinou jsou klienti se schizofrenií, proto jsem se rozhodla, že se na ně ve své diplomové práci zaměřím.

Výzkumný rozhovor jsem vedla se čtyřmi klienty. Jediným kritériem pro výběr respondentů byla diagnóza. Výzkumný rozhovor jsem vedla jen s muži, byť pohlaví nebylo určující kritérium. Všem respondentům jsem v rámci maximální ochrany soukromí změnila jména. Pátý rozhovor byl, jak uvádím výše, veden s cílem popsat, jak vnímá klient péči v psychiatrické nemocnici.

Z výzkumného vzorku ( $N = 4$ ) vyplývá, že čtyři klienti měli špatný vztah s rodiči. Všichni čtyři mají zkušenost s hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Čtyři klienti spolupracují se sociální službou. Čtyři klienti si dokázali po stanovení diagnózy najít práci. Čtyři klienti si dokázali najít bydlení. V rámci majoritní společnosti dokáží všichni bez větších komplikací fungovat.

Pátý rozhovor jsem nevedla podle výzkumných otázek. Slouží jako doložení toho, jak v době koronavirové krize probíhala hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Tomuto rozhovoru budu věnovat samostatnou kapitolu.

## 9.3 Analýza témat, která se ve výzkumných rozhovorech opakovala

### 9.3.1 Chybějící včasná intervence

Jak se v průběhů rozhovorů ukázalo, ani u jednoho z respondentů neproběhla včasná intervence. Může to být z toho důvodu, že spouštěčem schizofrenie mohou být např.: drogy, velký stres, problémy v primární rodině. U některých nemocných může být spouštěč nejasný. Mohlo se proto stát, že respondenti, nebo jejich blízcí nepoznali, že se jedná o začátek duševní nemoci. Odhadnout začátek nemoci velmi úzce souvisí s edukací. Při vedení výzkumných rozhovorů jsem zjistila, že edukace je na velmi nízké úrovni. Edukaci budu věnovat samostatnou kapitolu, proto se jí nebudu více věnovat.

Čím dříve se lékařům podaří zachytit začátek nemoci, tím větší je šance na vyléčení, případně bývají následky nemoci méně fatální. Je velmi důležité, aby člověk přiznal, že má duševní problém. Při vedení výzkumných rozhovorů jsem zjistila, že pan Ivan a pan Roman měli problém diagnózu přijmout. Je zřejmé, že problém s přiznáním si duševní nemoci velmi úzce souvisí se stigmatizací. Se stigmatizací se setkali všichni čtyři respondenti, proto jí budu věnovat samostatnou kapitolu a v této kapitole se jí již nebudu věnovat.

### 9.3.2 Problémy v primární rodině

Všichni respondenti hovořili v úvodních medajloncích před začátkem rozhovoru o velkých problémech v primární rodině. Všichni také hovořili o problémech v komunikaci, pan Roman hovořil o tom, že rodiče nevěděli, jak s ním komunikovat. Komunikace v primární rodině, je klíčová pro zdravý vývoj dítěte. Dle mého názoru se komunikace v primární rodině zhoršila poté, co respondentům byla diagnostikovaná schizofrenie.

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) mluvil v úvodním medajlonku o tom, že kvůli problémům v rodině začal užívat drogy. Jak sám říkal, snažil se před problémy v rodině utéct. Mimo záznam pan Ivan hovořil o tom, že se rodiče často hádali, když už hádky rodičů nemohl déle snášet, začal nejdříve kouřit cigarety, později začal kouřit marihuanu, postupně se dostal až k intravenóznímu užívání pervitinu.

Případ pana Ivana se ukazuje, že problémy v primární rodině mohou mít závažné dopady. Troufnu si říct, že je obecně platné, že problémy v primární rodině mají vážné následky, nemusí jít jen o užívání drog, ale například o výchovné problémy, problémy ve škole, problém navázat intimní vztah s partnerem, nebo i různé poruchy osobnosti. Úniková cesta k drogám je jedním z častých vyústění problémů v primární rodině

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) mluvil v úvodním medajlonku o tom, že rodiče nikdy příliš nevěděli, jak s ním v dětství mají mluvit. Mimo záznam pan Roman mluvil o tom, že neví, o čem si má s rodiči povídat. Často prý seděl s rodiči u stolu, koukali na sebe a mlčeli. Pan Roman působí hodně nejistě a nechce, aby moc lidí vědělo, že má psychiatrickou diagnózu. Domnívám se, že je to částečně způsobeno i problémy s komunikací v rodině. Kvůli problémům v komunikaci se neměl pan Roman kde naučit, jak se s lidmi navázat kontakt a jak s lidmi komunikovat.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že rodiče spolu nežili, otec ho vzal od matky a chlapec pak bydlel u babičky. V dospívání babička jeho výchovu nezvládala a on byl umístěn do výchovného ústavu. Poprvé byl daleko od rodiny a odkázán jen sám na sebe. Pobyt ve výchovném ústavu byl pro něj natolik deprimující, že o tomto tématu dále nechtěl mluvit.

Neptala jsem se pana Aleše, z jakého důvodu byl umístěn do výchovného ústavu, z jeho chování bylo patrné, že to pro něj bylo náročné období a že se k němu nechce vracet.

V tomto rozhovoru se potvrdilo, že hlasy mohou představovat nezpracovaná traumata z dětství. Pan Aleš mluvil o tom, že ho pobyt ve výchovném ústavu negativně poznamenal do budoucna. Mimo záznam mluvil pan Aleš o tom, že mu hlasy často říkají, že zůstane úplně sám a nikdo ho nebude mít rád. Myslím si, že umístění ve výchovném ústavu bylo pro pana Aleše velmi frustrující, dovedu si představit, že se cítil opuštěný a nemilovaný. Prostředí výchovného ústavu bylo pro pana Aleše značně traumatizující a pan Aleš nemá toto trauma podle mého názoru zpracované doteď. Je dost možné, že se mu vrací v podobě hlasů.



Pana Aleše znám již delší dobu. Pan Aleš působí velmi uzavřeně, vůči cizím lidem je nedůvěřivý a odměřený. Když jsme se poznali a on mi začal důvěřovat, často mluvil o tom, že ho mrzí, jak špatný má vztah s otcem. Mimo záznam pan Aleš říkal, že se cítí velmi opuštěně, rád by měl vztah a založil rodinu. V současné době žádný vztah nemá a bojí se nějaký navázat, jedním z důvodů je, že kvůli depotním injekcím má problémy s erekcí.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) mluvil o velmi špatném vztahu s otcem. Rodiče spolu nežili, pan Miloš žil s matkou. V té době mu umřela babička, kterou měl velmi rád. Když pan Miloš řekl svému otci o své psychiatrické diagnóze, otec informaci okomentoval tak, že se s tím pan Miloš do dneška těžko vyrovnává. *„Táta na to zareagoval dost hrozně, v podstatě mně řek něco v tom smyslu, že dycky věděl, že sem debil, jen teď je to aspoň oficiální.“*

Případ pana Miloše je příkladem toho, jak je pro zdravý vývoj dítěte důležitá fungující rodina, která dítě přijímá a podporuje. V případě, kdy takto rodina nefunguje, člověk si nese do dospělosti trauma a handicap. Dospělý člověk, který jako malý nežil v milující rodině, má problém věřit ostatním, těžko navazuje vztahy. Pokud má takový člověk děti, vychovává je podobným způsobem, protože je to jediný model, který zná. Vzniká tak cyklus, který je těžké přerušit. V této souvislosti považuji za důležité zmínit životní situaci dětí, které vyrůstaly v kojeneckých ústavech a v dětských domovech a pro které je po odchodu z dětského domova těžké začlenit se do společnosti. To ale není tématem mé práce, proto se tím nebudu více zabývat.

### 9.3.3 Stigmatizace

Tři respondenti se setkali se stigmatizací od rodiny i blízkých přátel.

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) na první pohled působí jako sympatický, vyrovnaný mladý člověk, psychiatrická diagnóza na něm vůbec není poznat. Přesto i on vyprávěl, že i jeho nejlepší kamarád ho odsoudil a nazval ho bláznem. *„...i kámoš můj nejlepší říkal, ty seš schizofrenik vole, ty seš blázen a takový věci.“* Kamarádova reakce panu Ivanu hodně ublížila, mimo záznam hovořil o tom, že se potom s kamarádem dlouho nebavil. Také mluvil o tom, že jeho okolí kromě rodičů reagovalo negativně.

V rozhovoru pan Ivan říkal, že ve škole zatím nikdo neví, že má diagnostikovanou schizofrenii. Je připraven své učitelce o své diagnóze říct, předpokládá, že bude překvapená. V současné době si pan Ivan dělá kurz peera, podle svých slov se chce pokusit se stigmatizací bojovat.

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) hovořil o obavách z reakce okolí, jak sám říká, jeho reakce na sdělenou diagnózu byla, že je to „psycho“. Také mluvil o tom, že mu nezměnila život psychiatrická diagnóza, ale hospitalizace v psychiatrické nemocnici Bohnice. *„Ne úplně přímo diagnóza mi změnila život, ale změnilo mi to Bohnice. Protože od té doby sem se cítil prostě jako blázen, ten co je jako blázen a tady to. Hmm A prostě jakoby to nálepka těch lidí, co jakoby byli v Bohnicích. Samozřejmě jsou lidi chápavý, nebo tady to, ale i tak. I ta chápavost, jo jakoby prostě, takovej ten pocit, když sedíš v autobuse, a teď jakoby taková ta empatie nějakých lidí, prostě tam nějak jakoby provalilo.“*

U pana Romana se ukázala další forma stigmatizace. Lidé, kteří prošli hospitalizací v psychiatrické nemocnici, mají do konce života „cejch, že jsou blázni“.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) má velký strach mluvit s lidmi o tom, že má diagnostikovanou schizofrenii. V průběhu výzkumného rozhovoru nemluvil přímo o stigmatizaci. Mluvil ale o tom, že nechce, aby někdo věděl, že má „papíry na hlavu“

Strach ze stigmatizace a odsouzení je tak velký, že pan Aleš v práci nikomu o své diagnóze neřekl, aby si o něm nemysleli, že je blázen. Přitom i pan Aleš působí jako sympatický mladý člověk. Chodí do práce, našel si spolubydlení a v majoritní společnosti dokáže bez problémů fungovat.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) mluvil o zcela neadekvátní reakci svého otce. Otec panu Milošovi řekl, že vždycky věděl, že je debil, teď je to oficiální.

Situace pana Miloše se od ostatních liší v tom, že zažil stigmatizaci od nejbližšího příbuzného. Jak sám říkal, reakce od otce ho velice naštvála. V současné době je otec pro Miloše v podstatě úplně cizí člověk. Po reakci otce se pan Miloš z pochopitelných důvodů uzavřel sám do sebe. Jak sám říká, těžko se mu navazují vztahy s lidmi. Bojí se, že když někomu řekne o své diagnóze, tak bude opět velmi hrubě odsouzen. Aby se takovému ponížení vyhnul, raději o své diagnóze nemluví.

#### 9.3.4 Život s nemocí

Pan Ivan (I. Výzkumný rozhovor) dlouhodobě užívá medikaci, má dlouhodobě stabilizovaný zdravotní stav. Pan Ivan sportuje (jezdí na kolečkových bruslích a hraje fotbal). Dokáže zapadnout do společnosti, ve třídě nikdo neví, že má psychiatrickou diagnózu. Pan Ivan o své diagnóze nikomu neříká. Ví to jen jeden spolužák, ten informaci přijal bez jakýchkoli problémů, nebo předsudků.

Od doby, kdy se stav pana Ivana stabilizoval, má za sebou spoustu práce. Zvládá abstinovat a snaží se žít zdravě. Jak sám říká, díky schizofrenii si uvědomil, jak křehké je duševní zdraví a jak snadno se duševní zdraví ztrácí. Velmi dobře si díky své zkušenosti s onemocněním uvědomuje, že o duševní zdraví je potřeba se starat.

Vlastní zkušenost s duševním onemocněním a fakt, že se s onemocněním pan Ivan dokázal vyrovnat, umožňuje předpokládat, že se pan Ivan stane dobrým peerem a bude pomáhat ostatním na cestě k jejich zotavení.

Pan Roman (II. Výzkumný rozhovor) o životě s psychiatrickou diagnózou nemluvil.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) teoreticky uvažoval o tom, že by mu bylo pomohlo, kdyby měl o schizofrenii dostatek informací před tím, než onemocněl, resp. kdy mu byla sdělena diagnóza. Nakonec svoji úvahu uzavřel tím, že předem se na to připravit nedá. Myslím, že s tímto závěrem se dá souhlasit jen do určité míry. Pokud by měla veřejnost lepší povědomí o tom, jak se duševní nemoci obecně projevují, určitě by to pomohlo detekovat alespoň část případů v prodromální fázi a ne až v době akutní psychózy.

Dále pan Aleš popisoval své pocity, když byl poprvé hospitalizován. Uvažoval o tom, jestli do nemocnice patří nebo nepatří, proč se tam dostal a jak se dostane ven.

Pan Aleš považoval za důležité mluvit o tom, jak výraznou roli hraje nemoc v životě člověka, že onemocnění dokáže zásadně změnit způsob, jak člověk žije. Dle pana Aleše se nemoc neustále vyvíjí a posouvá, proto je složité, ne-li nemožné, se připravit na vše, co s sebou nemoc přinese. „*Že se to nezastaví a není to to samý, jako mít zlomenou ruku, zlomená ruka sroste, jenže diagnóza psychiatrická se vyvíjí. Nějakým způsobem se s ní člověk naučí žít, ale nikdy neví, co mu hodí zpátky pod ty nohy.*“

V rozhovoru s panem Alešem bylo zřejmé, že si uvědomuje, jak nevyzpytatelné onemocnění je schizofrenie. Pan Aleš také vyjádřil názor, že zkušenost s onemocněním je jedinečná a ten, kdo sám nemocí neprošel, si těžko dokáže představit, jaké to je s nemocí žít.

Pan Miloš (IV. Výzkumný rozhovor) o životě s psychiatrickou diagnózou nemluvil.

### 9.3.5 Nepochopení od blízkých

Rodiče pana Ivana (I. výzkumný rozhovor) přisuzovali začátek nemoci drogám, netušili, že se za jeho chováním skrývá duševní onemocnění.

Příběh pana Ivana je ukázkou toho, jak málo informací o schizofrenii má většinová společnost, která často nerozpozná duševní onemocnění, a symptomy schizofrenie považuje za výchovné problémy nebo za problémy s drogami. Je pravda, že pan Ivan měl dříve problémy s užíváním pervitinu a marihuany, takže se dá pochopit, že rodiče pana Ivana, kteří neměli dostatek informací o projevech duševních onemocnění, počáteční příznaky schizofrenie považovali přičítali drogám.

Matka pana Romana (II. výzkumný rozhovor) zaujímala paternalistický přístup, panu Romanovi to „*přišlo nesmyslné*“. „*Máma z toho byla jakoby nešťastná, ale bojovala jakoby za mě, což mi přišlo úplně nesmyslný, protože v momentě, kdy fakt všichni, jo bereme to na vědomí, musíš brát prášky, ber prášky, pak budeš v pohodě, tak to bylo nejlepší.*“

Pan Roman hovořil o tom, že by byl raději, kdyby se k němu okolí chovalo, jakoby psychiatrickou diagnózu neměl. Mimo záznam hovořil o tom, že nepotřebuje speciální zacházení. V běžném životě si pan Roman zvládne většinu věcí zařídit sám, jen při jednání na úradech potřebuje podporu sociálního pracovníka.

Pan Roman vyjádřil názor, že velká část majoritní společnosti se domnívá, že o lidi se schizofrenií je potřeba se neustále starat.

Když pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) sdělil svoji diagnózu své tehdejší přítelkyni, přítelkyně reagovala negativně, později se spolu rozešli. „*Přítelkyně reagovala spíš negativně. To bylo takovýto nepochopení, protože vlastně v té době, kdy se to stalo, tak sem nebydlel doma, to mě tatínek odstěhoval od maminky.*“

Přítelkyně pana Aleše neměla o schizofrenii dostatek informací. Domnívám se, že nedostatek informací, byl důvod jejich rozchodu. Přítelkyně pana Aleše si, dle mého názoru, nedovedla představit, jaké to je žít s někým, kdo má diagnostikovanou schizofrenii. Je dost možné, že se soužití s panem Alešem bála.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že si na střední škole přestal rozumět s kamarády, podle jeho slov, mu přišli hrozně divní. Bavili se o věcech, které pana Aleše vůbec nezajímaly. Byl myšlenkami úplně jinde, přisuzoval to tomu, že mu umřela babička. Když se se svými problémy svěřil mámě, odpověděla mu, že to přejde. Pan Aleš cítil ze strany matky velké nepochopení, říkal, že na ni byl i dost naštvaný. Podle pana Aleše, jeho matka nechápala, co se děje.

### 9.3.6 Traumatický zážitek

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) prožíval hodně stresu, měl problémy ve škole a rozešel se s dívkou. Výsledkem bylo, že se pan Ivan uzavíral do sebe, začal kouřit marihuanu. V roce 2009 odešel z domova, rodiče se v tu dobu rozváděli, což jeho odchod urychlilo, ale jeho problémy to nevyřešilo.

Pan Ivan prožíval velmi náročné období. Jak rozchod rodičů, tak rozchod s přítelkyní jsou velmi traumatizující situace. Pan Ivan se snažil ze situace uniknout a odešel z domova. Bohužel únik od problému, problém neřeší. Naopak se může stát, že neřešený problém je ještě horší.

Pro pana Ivana se v jednu chvíli nakumulovalo tolik problémů, že to nedokázal unést: stres, potíže ve škole, rozchod s dívkou, rozvod rodičů. To – zřejmě společně s kouřením marihuany – se stalo spouštěčem schizofrenie. „*Hmm, prožíval jsem hodně stresu, hmm, měl jsem nějaký průšvihy ve škole a rozešel jsem se s dívkou. Začal jsem se zavírat sám do sebe. Prožíval jsem nějaký pocit, kouřil jsem trávu.*“

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) v úvodním medajlonku mluvil o problémech v primární rodině.

Pan Roman zmiňoval, že rodiče nevěděli, jak s ním mluvit. Dovedu si představit, že problémy v komunikaci v primární rodině mohou být hodně stresující a frustrující. Pan Roman sice přímo neříkal, že by ho problémy s komunikací poznamenaly do budoucna, nicméně si myslím, že jeho problémy s drogami mohou souviset právě s problémy v komunikaci s rodiči. A na problémy s drogami se nabalují další problémy. Traumata plynoucí z problémů v primární rodině se panu Romanovi mohla promítnout do hlasů, případně bludů.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že ve výchovném ústavu nebyl blízko rodině a poprvé byl odkázán sám na sebe. Také říkal, že prostředí výchovného ústavu bylo na jednu stranu živé a na druhou staru svým způsobem umělé.

Frustrující prostředí výchovných ústavů by bylo na samostatnou diplomovou práci. Pan Aleš hovořil o tom, že pobyt ve výchovném ústavu ho negativně ovlivnil do budoucna. Z toho, jak o

výchovném ústavu pan Aleš hovořil, bylo poznat, že ještě v dnešní době je to pro něj velice citlivé téma. Z tohoto důvodu jsem se příliš nedoptávala. Myslím, že je více než jasné, že pobyt ve výchovném ústavu způsobil panu Alešovi hluboké a dlouhotrvající trauma. To, že pan Aleš mimo záznam hovořil o tom, že má problém s navazováním vztahů a s tím začít někomu věřit, myslím úzce souvisí s jeho pobytem ve výchovném ústavu. *„To bylo už dřív, když sem přijel do výchovného ústavu. Tam to vlastně poprvé pro mě bylo deprimující, že sem nebyl blízko rodině a taky vlastně v tom, že sem byl poprvé odkazanej sám na sebe.“*

Dá se obecně říct, že pobyt ve výchovném ústavu, dětském domově atd. je vždy frustrující a dítě takový pobyt v mnoho případech poznamená na celý život.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) mluvil o hodně těžkém období, nerozuměl si s kamarády, zemřela mu babička. Doma, dle pana Miloše, nikdo nerozuměl tomu, jak těžkým obdobím procházel. Také pan Miloš mluvil o tom, že to pro něj bylo velmi těžké, protože ve stejné době ztratil blízkého člověka i kamarády.

*„Asi na střední, přestal jsem si postupně rozumět s kamarádama, najednou mně přišli hrozně divní. Bavili se o věcech, který mě absolutně nezajímaly. Mylim, že to dost souviselo se smrtí babičky. Když jsem o tom mluvil s mámou, tak mně akorát řekla, že to přejde. Cejtil sem z její strany hrozný neochopení a myslim, že sem na ni byl i dost naštvanej, že nechápe, co se děje.*

*Bylo to hodně těžký, s kamarádama sem si nerozuměl, doma to taky nikdo nechápal. Máma nechápala, co se semnou děje. Táta s náma nežil, a hlavně sme nikdy neměli úplně dobrý vztahy. Cejtil sem se hodně opuštěnej a měl sem pocit, že se nikomu nemůžu svěřit.*

Úmrtí blízkého člověka je samo o sobě traumatizující. Pro pana Miloše to bylo o to těžší, že se s ním o jeho zármutku nikdo nebavil. Mít možnost si ztrátu blízkého člověka odžít a mít možnost sdílet bolest s někým blízkým je pro vyrovnání se se ztrátou velmi důležité. Pro pana Miloše bylo odžití ztráty obtížné, matka jeho pocitům nevěnovala pozornost, s otcem má velmi špatný vztah a s kamarády si příliš nerozuměl. Zvládnout takto náročné období pro pana Miloše bylo ještě obtížnější z důvodu začínající schizofrenie. Prožitá trauma mohlo nástup nemoci urychlit.

### 9.3.7 Negativní pocity

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že prožíval hodně stresu, připadal si divně a zmateně.

*„Začal jsem se chovat divně, ale v tu chvíli jsem si neuvědomoval, že se se mnou něco děje. Já jsem to přijímal, že hmm jsem prostě prožíval nějakou psychotickou ataku, ale v tu chvíli jsem si to neuvědomoval. A uvědomil jsem si, že něco není v pořádku, když jsem byl poprvé hospitalizovanéj. Když mi bylo 17, 18 let.*

*Hmm, prožíval jsem hodně stresu, hmm, měl jsem nějaký průšvihy ve škole a rozešel jsem se s dívkou.*

Je otázka, do jaké míry velké množství stresu urychlilo u pana Ivana nástup nemoci. Dlouhodobý stres má negativní vliv na fyzické i psychické zdraví člověka. Na fyzické úrovni se projevuje poruchami spánku, žaludečními vředy. Problémy se řetězí, nedostatek spánku způsobuje únavu, podrážděnost. V teoretické části své diplomové práce v kapitole „Příčiny vzniku schizofrenie“ cituji Willa Halla, který tvrdí, že nedostatek spánku může spustit schizofrenii. Na psychické úrovni může být stres a s ním spojený nedostatek spánku spouštěčem nemoci.

Nástup nemoci u pana Ivana provázela zmatenost, podle svých slov si „připadal divně“. Pan Ivan vyprávěl, že jeho myšlenky nebyly reálné. Komentoval to tak, že „to bylo trochu zábavný“. Pan Ivan nevěděl, co se s ním děje, opět můžeme říct, že se projevil nedostatek informovanosti o nemoci.

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) o nepříjemných pocitech nemluvil.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) mluvil o nepříjemných pocitech v souvislosti s pobytem ve výchovném ústavě. Pobyt pro něj byl velmi deprimující a poznamenala život pana Aleše do budoucna.

*„Bylo to takový nepříjemný, protože to prostředí bylo svým způsobem umělý a na druhou stranu to bylo tak živý to prostředí, že prostě mě to nějakým způsobem poznamenalo asi do budoucna.“*

Pro pana Aleše bylo deprimující, že se bez jakékoli přípravy octl poprvé ve zcela neznámém prostředí, kde byl poprvé odkázaný sám na sebe. Prostředí výchovných ústavů a dětských domovů zanechává na psychice dětí a dospívajících nesmazatelný vliv. Nemají blízkou osobu, se kterou by se mohly pomazlit nebo se svěřit s problémem. Některé děti v těchto zařízeních jsou deprimované až apatické, jiné jsou nadměrně agresivní. Z vlastní zkušenosti s klienty vím, že pobyt v dětském domově děti vůbec nepřipravuje na to, že jednou z dětského domova odejdou a budou se muset o sebe samy starat. Pan Aleš mluvil o tom, že ho pobyt ve výchovném ústavě poznamenal do

budoucná. V době, kdy jsem pana Aleše poznala jako svého klienta, byl hodně nedůvěřivý, bylo složité s ním navázat kontakt. Myslím si, že to může být následek jeho pobytu ve výchovném ústavu.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že v době, kdy prožíval těžké období, cítil ze strany matky velké nepochopení a byl na ni proto „dost naštvaný“. Cítil se opuštěný a měl pocit, že se nemá komu svěřit. By „naštvaný na kamarády“, a hlavně na mámu, která mu nerozuměla a nechápala, co se s ním děje.

*„Byl sem hodně naštvanej, na kamarády, a hlavně na mámu, že to nechápe. Myslim, že sem byl naštvanej na celej svět. Asi sem cejtíl i bezmoc, vůbec sem nevěděl, co se se mnou děje a co s tím mám dělat. Bylo to celý dost na houby.“*

Pan Miloš mluvil o spoustě nepříjemných pocitů. Slovo „naštvaný“ se objevovalo opakovaně. „Naštvanost“ byla zřejmě způsobena tím, že se pan Miloš cítil nepochopený, osamělý, ponížený. O „velkém naštvání“ mluvil, když vyprávěl, jak jeho otec reagoval, když se dozvěděl, že syn má psychiatrickou diagnózu. Otec evidentně syna v průběhu celého dětství podceňoval a pravděpodobně i ponižoval. Taková výchova – nepochopení u matky, podceňování a ponižování od otce – zřejmě alespoň částečně ovlivnila vznik nemoci pana Miloše.

V souvislosti s pobytem v nemocnici mluvil o nejistotě a zmatenosti. Podle vyjádření pana Miloše s ním s ním lékaři o jeho onemocnění nekomunikovali. Přestože měl otázky, které s jeho nemocí souvisely, neměl se koho zeptat.

V dané situaci byl pocit bezmoci pro pana Miloše frustrující. Je zarážející, že zařízení, které má v náplni své práce snahu o zlepšení psychického stavu nemocných, panuje taková atmosféra, která vyvolává v pacientech bezmoc a frustraci.

### 9.3.8 Špatná edukace

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že o schizofrenii nic nevěděl a ani o nemoci nic moc neví.

*„...já jsem o tý schizofrenii nic nevěděl, nic jsem o tom nečetl, ani doted' toho moc nevím. Vím jen, že je to psychická porucha, nebo psychický onemocnění...“*

Pan Ivan říkal, že ani teď, kdy mu byla stanovena diagnóza schizofrenie, se o onemocnění příliš nezajímá. V nemocnici o nemoci příliš informací nedostal a sám nemá potřebu si informace zjišťovat. Nepovažovala jsem za vhodné v průběhu výzkumného rozhovoru s ním o potřebě edukace hovořit. Edukace by měla být součástí jak pobytu v psychiatrické nemocnici, tak péče v psychiatrické ambulanci. Bez ní klient těžko rozumí tomu, co se s ním děje, a jeho neznalost a s ní spojené nesprávné chování může zhoršit průběh onemocnění.



Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, jakým způsobem mu byla sdělena psychiatrická diagnóza.

*„Probíhalo to, hodně vyděšeně, ale neděs se, takhle nějak mě na to připravovala psychiatrická. .... že i při tadyhlenstý tom onemocnění jakoby, že by bylo lepší, kdyby se ke mně chovali normálně. A spíš tu stíhu házela, jako ona na sebe, že jakoby vystíhovala sama sebe, abych já byl víc v klidu.“*

Pan Roman popsál, jak se svou diagnózu dověděl, ale o tom, co je s nemocí spojeno, se moc nedověděl. Pokud by obecné povědomí o nemoci ve společnosti bylo na vyšší úrovni, zjednodušilo by to psychiatrům roli při sdělování diagnózy. Takto je pochopitelné, že i pro lékaře může být těžké sdělit diagnózu těžkého psychického onemocnění klientovi, který o nemoci buď nemá žádné informace, nebo jsou jeho informace zkreslené a ovlivněné stigmatem. Informovaný klient, který by diagnóze lépe rozuměl, by byl na život s diagnózou lépe připraven.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že o psychiatrické diagnóze se dozvěděl z lékařské zprávy, lékaři se s ním prý o nemoci příliš nebavili.

*„Tam já sem se to vlastně dozvěděl z lékařské zprávy, protože doktoři se mnou moc nemluvili.“*

Myslím, že tohle je odstrašující příklad. Nedovedu si představit horší způsob, jak se dozvědět diagnózu, než přečíst si ji sám z lékařské zprávy, zejména pokud se jedná o tak závažnou diagnózu jako je schizofrenie. V případě pana Aleše vůbec nefungovala komunikace mezi lékařem a pacientem, lékaři v jeho případě porušili všechna pravidla, jak klientovi diagnózu sdělit. Ať už se jedná o jakoukoliv diagnózu, pacient má plné právo ji slyšet od lékaře a v případě nejasností se doptávat. Když o tom pan Aleš vyprávěl, znělo to hodně rozzlobeně. Ptala jsem se ho, co by mu tehdy pomohlo. Odpověděl: „Kdyby mně řekli, že jsem opravdu nemocnej.“

Nemožnost se lékaře zeptat, vede k tomu, že si pacient vytváří vlastní teorie, které mohou být horší, než jaká je skutečnost. Jsou tím porušena pacientova práva na to, dostat informace o svém zdravotním stavu.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) mluvil o tom, že lékařka kolem sdělení diagnózy „chodila jako kolem horký kaše“. Po sdělení diagnózy panu Milošovi nevysvětlila, co to znamená, ani co bude následovat. Pouze řekla, že bude pan Aleš užívat léky, i po propuštění by měl chodit k psychiatrovi a měl by si najít psychologa. Poté odešla a nechala pana Aleše s řadou otázek, na které mu nikdo neodpověděl.

*„Doktorka kolem toho chodila, jak kolem horký kaše. Pak z ní vypadlo, že mám schizofrenii, ale vlastně mně neřekla, co to znamená, co se bude dít dál. Akorát mně řekla, že budu užívat léky, i po propuštění budu chodit k psychiatrovi a měl bych si najít psychologa. Pak odešla, měl sem spoustu otázek, na který mně nikdo neodpověděl. Pamatuju si, že sem z toho byl hrozně naštvanej. Nikdo mně neřekl, co se bude dít a proč, nikdo mně nic nevysvětlil.*

I v případě pana Miloše naprosto selhala komunikace mezi lékařem a pacientem. Je pravda, že se pan Miloš nedozvěděl diagnózu jen z lékařské zprávy, lékařka mu ji sdělila osobně. U toho ale poskytování informací skončilo, neměl možnost se na cokoliv zeptat. Nechala pana Miloše v nejistotě, co to vlastně znamená mít schizofrenii, jaká je prognóza života se schizofrenií, jestli se bude moci vrátit do práce atd. Úroveň komunikace mezi lékaři a pacienty je pro další život pacientů důležitá, dává jim představu, co je čeká, a také potřebnou naději, že zlepšení je možné. I v Čechách již existuje mnoho publikací o „recovery“, ale jak je zřejmé z příkladu nejen pana Miloše, lékaři v praxi se stále otevřené komunikaci spíše vyhýbají.

### 9.3.9 Nepřijetí diagnózy

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) si neuvědomoval, že to, co se s ním děje, je ataka nemoci, podle svých slov se začal chovat divně, ale podcenil nebo nepřipustil si závažnost problému.

*„Začal jsem se chovat divně, ale v tu chvíli jsem si neuvědomoval, že se se mnou něco děje. Já jsem to přijímal, že hmm jsem prostě prožíval nějakou psychotickou ataku, ale v tu chvíli jsem si to neuvědomoval. A uvědomil jsem si, že něco není v pořádku, když jsem byl poprvé hospitalizovanej.“*

Hodně lidí si nepřipouští, že mají problém, netýká se to jen psychiatrické diagnózy. Spousta lidí například přes jasné známky závislosti na alkoholu popírá, že by měli s alkoholem problém. Prvním krokem k řešení nebo alespoň k částečné nápravě problému je připustit si, že problém existuje.

U pana Ivana možná neuvědomování si problému souviselo také s nedostatečnou informovaností

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor), psychiatrickou diagnózu měl podle svých slov „od narození“. V době, kdy onemocněl, si nechtěl připustit, že se jedná o psychiatrickou diagnózu.

*„Tak respektive pocit jsem neměl nikdy, nějak hmm, když jsem byl malej, tak jsem to nějak nevnímal. A když jsem byl starší, tak jsem si to nechtěl připustit.“*

Pan Roman říkal, že si myslí, že má schizofrenii od dětství, když byl malý, nepřišlo mu, že něco není v pořádku. V pozdějším věku si nemoc nechtěl připustit. Je možné, že za jeho postojem bylo odmítnutí problému nebo strach ze stigmatizace. V kapitole „Stigmatizace“ cituji Holubovou

(2015), která říká, že vyhýbání se problému je častým příkladem negativní strategie.

Techniku odmítnout vidět problém, volí poměrně dost klientů. Bohužel si neuvědomují, že pokud budou problém ignorovat, nic se tím samo nevyřeší. Naopak, čím déle budou problém ignorovat, tím je problém a jeho důsledky horší. Pokud je to alespoň trochu možné, měl by někdo, kdo má klientovu důvěru, s klientem o tématu hovořit a upozornit ho na možné důsledky.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor), o neuvědomění si psychiatrické diagnózy nehovořil.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor), o neuvědomění si psychiatrické diagnózy nehovořil.

#### 9.3.10 Spolupráce s návaznými službami

Pana Ivana (I. Výzkumný rozhovor) jsem poznala, když se stal klientem tréninkového bydlení Baobabu z.s. Pan Ivan udělal díky podpoře, kterou dostával, velký kus práce. V současné době si dodělává kurz na peer konzultanta a bydlí v podnájmu, také pracuje a dálkově si dodělává gymnázium. Také se snaží žít zdravě a hodně sportovat, např. hraje fotbal. Také si uvědomuje, že je nesmírně důležité abstinovat.

*„Asi dlouhodobě abstinuju a beru léky, jak mám brát. A dlouhodobě jsem stabilizovanej. Taky sportuju a už teď dokážu zapadnout do nějaký společnosti, třeba ve třídě nikdo neví, že jsem psychicky nemocnej.“*

U pana Ivana měl podpora následné služby velký význam. Za rok a půl se dokázal postavit na nohy. Uvědomuje si, že je velice důležité užívat léky. Ví, že o duševní zdraví je důležité pečovat a bez léků by to bylo mnohem náročnější.

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) již delší dobu spolupracuje s Fokusem Podskalí. Poprvé se s návaznými službami setkal po tom, co prožíval několik dní bludy. I panu Romanovi následná péče hodně pomohla, má zažádáno o magistrátní byt a snaží se vyhýbat drogám.

Pana Aleše (III. výzkumný rozhovor) jsem poznala, když se stal klientem tréninkového bydlení Baobabu z.s. Do služby tréninkového bydlení se pan Aleš dostal po ukončení hospitalizace v psychiatrické nemocnici Bohnice. Pan Aleš využíval tréninkové bydlení cca dva roky. Velmi rychle si našel práci a začal abstinovat. V současné době bydlí ve spolubydlení, chodí do práce a dělá všechno proto, aby se již nemusel podstoupit další hospitalizaci.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) spolupracuje s Fokusem Praha (konkrétní službu nevedl. I on si uvědomuje, že je velmi důležité se starat o duševní zdraví a užívat medikaci. Uvědomuje se, že bez toho by nemohl chodit do práce, a nakonec by možná přišel i o bydlení. Je velmi důležité, aby byly služby, které pomáhají duševně nemocným. Duševně nemocný člověk potřebuje po propuštění velkou míru podpory a pomoci, kolikrát nemá ani sociální dávky, nebo invalidní důchod. Bez návazných služeb by docházelo mnohem častěji k opakovaným hospitalizacím a lidé s dušením onemocněním by měli velký problém fungovat v rámci komunity.

### 9.3.11 Vliv návykových látek na psychiatrickou diagnózu

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) prožíval hodně stresu, také se rozešel s dívkou. Pan Ivan se začal uzavírat sám do sebe, v tomto období začal kouřit marihuanu. Rodiče pana Ivana považovali začátek psychické nemoci za problémy s drogami.

*„Hmm, prožíval jsem hodně stresu, hmm, měl jsem nějaký průšvihy ve škole a rozešel jsem se s dívkou. Začal jsem se zavírat sám do sebe. Prožíval jsem nějaký pocity, kouřil jsem trávu.“*

Panu Ivanovi byla nejprve stanovena toxická psychóza, až později mu byla diagnostikována schizofrenie. Na případu pana Ivana se ukazuje, jak obtížné je stanovit schizofrenii.

*„Konečná diagnóza, to trvalo nějakou dobu, myslím, nejdřív to byla, psychická, jakoby způsobená drogama, psychická porucha, nebo ovlivněná drogama prostě.“*

Pan Ivan také mluvil o tom, že když se dostal k užívání tvrdých drog, konkrétně pervitin, tak neměl halucinace. Dle mého názoru je to tím, že mozek pana Ivana byl natolik zaměstnán drogami, že nemoc se nemohla tolik projevovat.

*„Pak to bylo ještě tak komplikovaný, že jsem se dostal do tvrdých drog, ale tam, na tvrdý droze jsem neměl vůbec žádný myšlenky třeba. Nebylo mi zle, já už si nedokážu vzpomenout.“*

Pan Ivan si je dobře vědom toho, že je nutné abstinovat. Mimo záznam pan Ivan mluvil o tom, že chodí na skupinu anonymních uživatelů. Abstinovat mu už nedělá skoro žádné problémy.

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor): začal v sedmnácti letech užívat pervitin, to ho k návštěvě ambulantního psychiatra. I v dnešní době mívá občas recidivu. Recidivu mívá tak jednou za půl roku. Jak sám říká, hodně záleží na tom, mezi jakými lidmi se pohybuje. Když se pohybuje mezi lidmi, se kterými se cítí dobře, tak chuť na drogy nemá. Naopak, když se pohybuje mezi lidmi, se kterými mu dobře není, tak u něj dochází k recidivě.

*„T: Tak jo, jaký potíže tě dovedly k psychiatrovi? R: Tak to byl pervitin (10). T: Hmm, a můžu se zeptat, kdys ho začal brát? R: Hmm, v 17. T: A jak dlouho? R: Více méně, jakoby občas mívám jakoby recidivu, ale je to tak jednou do půl roka, nebo takhle, ale jakoby pravidelně, kdy jakoby, takže na tamtu otázku odpovídám asi 2 roky.“*

U pana Romana se ukázalo, jak moc je člověk ovlivňován okolím. Obzvláště to platí u lidí s psychiatrickou diagnózou. Jak už jsem zmiňovala, na vývoj psychiatrické diagnózy má vliv mnoho faktorů, jeden z hlavních je sociální bublina.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) měl stejně jako pan Ivan nejdříve diagnostikovanou toxickou psychózu. Mimo záznam hovořil pan Aleš o tom, že pod vlivem marihuany lez v noci přes zed' hřbitova, chytila ho policie a odvezla do psychiatrické nemocnice Bohnice. Tam mu diagnostikovali toxickou psychózu, až později měl pan Aleš diagnostikovanou schizofrenii.

*„První diagnóza byla toxická psychóza vyvolaná následkem užívání konopnejch látek. Já sem tam měl menší kolaps potom, co sem si dal jointa, no.“*

U tří respondentů se ukázalo, že drogy mají na duševní zdraví velký vliv. Stejně jako schizofrenie dokáží drogy ovlivnit vnímání reality. Stane se, že člověk pod vlivem drog dělá věci, které by běžně nedělal. Dá se říct, že některé drogy dokáží ovlivnit úsudek člověka.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) o užívání drog nehovořil.

### 9.3.12 Medikace

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) hovořil o možnosti odmítnout brát medikaci, případně léčbu. Také mluvil o tom, že kdyby neužíval medikaci, tak by nezvládnul chodit do práce a do školy. *„Ale já kdybysem nebral léky ted'kon, tak to bude hard core, bych to nezvládnul bez léků.“* Pan Ivan uváděl příklad, že si nebyl jistý, jestli si vzal léky, pro jistotu si léky nevzal. Následek byl, že si pamatoval všechny noční můry, které se mu zdály. Pan Ivan je velice rád, že má léky. *„Takže jsem strašně rád, že mám léky.“*

Pan Ivan si velmi dobře uvědomuje, že musí užívat medikaci, také si je dobře vědom následků, vysazení medikace. Pan Ivan nemluvil o negativních vedlejších účincích medikace, proto je pro něj jednodušší medikaci užívat. Pan Ivan naopak mluvil o negativních následcích vysazení medikaci, v noci se mu zdají noční můry, které si pamatuje.

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) hovořil o tom, že občas medikaci vysazoval. Zajímavé je jeho zdůvodnění. Zdá se, že to nebylo proto, že by se obával účinků léků na své zdraví, ale to, že nechtěl svému okolí přiznat, že musí prášky brát. *„Jenže já jsem občas ty prášky vysazoval, sem si říkal ne, prostě nechci, ne nechci prostě bejt ten, kdo musí odpovědět na otázku, bereš prášky, ano beru, nebo to tajit, nebo něco.“* Poté, co medikaci vysadil úplně, jeho zdravotní stav se zhoršil a nemoc se opět *„rozjela“*.

Je zřejmé, že užívání medikace bylo pro pana Romana spojeno se stigmatem, poněvadž užívání antipsychotik dává člověku „jistý cejch“. Stigma spojené s užíváním psychiatrických léků platí zřejmě obecně a lidé se kvůli tomu mohou dostat do začarovaného kruhu. Vysazení medikace má ve většině případů za následek zhoršení zdravotního stavu, užívání medikace vede k tomu, že člověk má doživotní cejch blázna.

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) hovořil přímo o vedlejších účincích užívání medikace. Vedlejší účinek depotní injekce, na kterou každý měsíc chodí, je velmi špatná erekce. Pan Aleš díky tomu není schopný sexu. *„Tak v současné době mi ho změnila natolik, že ve své podstatě nejsem schopný sexu“*

Psychiatrická medikace má řadu vedlejších účinků. Důležité je, aby lékař poskytl nemocnému o vedlejších účincích dostatek informací, různé přípravky mají různé vedlejší účinky. U někoho může být např. z důvodu rodinné anamnézy vyšší riziko srdečních onemocnění, u někoho hrozí obezita, člověk, který žije ve stabilním vztahu pochopitelně chce vztah uchovat se vším všudy. Tohle vše hraje roli při rozhodování, které léky připadají v konkrétním případě v úvahu. Rozhodnutí, které vedlejší účinky jsou pro nemocného přijatelné a které ne, a podle toho rozhodnout o medikaci, by měli udělat lékař a nemocný společně. Takto by mělo teoreticky vypadat rozhodování o nasazení léků, praxe je alespoň zatím jiná.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor) o medikaci nehovořil.

### 9.3.13 Bilance života s nemocí

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) o finanční pomoci od státu nehovořil. Hovořil o tom, že si díky psychiatrické diagnóze uvědomil, jak křehké je duševní zdraví.

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) \_

Pan Roman byl rád, že nebude muset tolik pracovat, protože bude mít přiznaný invalidní důchod. Jeho radost byla spojená s obavami z reakce okolí a strachem ze stigmatizace.

*„Smíšený protože, protože jo jako radost, že mně přiznají důchod, budu moct dělat jen 6 hodin denně, nebudu muset dělat dvanáctky, ale pak zase, co si o tom řeknou lidi, jak to tajit a tak. .... Takže tady ty pocity jsem měl, takovýhle hodně smíšený jako, kladný jakoby prostě ta kópenzace té nemoci, která je našťastí udělaná tím státem, tím systémem, kterej tady je, takže tak no.“*

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) hovořil o tom, že pozitivní na psychiatrické diagnóze je, že má priznaný invalidní důchod. Zároveň ale hovořil o tom, že mu nemoc způsobila řadu problémů, z nichž nejhorší jsou pro pana Aleše problémy s erekcí. Také mluvil o tom, že byl v psychiatrické nemocnici Bohnice, hospitalizovaný jedenáctkrát. Pan Aleš si uvědomuje, že jedenáct hospitalizací je hodně.

*„Tak v současné době mi ho (život) změnila (nemoc) natolik, že ve své podstatě nejsem schopý sexu (smích). Protože chodím na injekce každý měsíc a ty nějakým způsobem to znemožňují. Hmm, chápu, ještě nějak? Pozitivní je, že mám invalidní důchod. A negativně v tom, že sem se do té léčebny vracel no. Mám za sebou jedenáctý pobyt a už to není dobrý no.“*

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor), tak jako předchozí respondenti, hovořil o tom, že díky psychiatrické diagnóze má invalidní důchod. Také ale přišel o kamarády a s otcem si rozumí ještě méně, než před stanovením psychiatrické diagnózy.

*„V podstatě sem přišel o kamarády, protože těm sem to nikdy neřekl. Ale zas je pravda, že mam invalidní důchod, ale v práci neříkám proč. Nechci, aby věděli, že mám papíry na hlavu. A taky si vůbec nerozumím s tátou.“*

#### 9.3.14 Ukázka bludů

Pan Ivan (I. výzkumný rozhovor) popisoval svou první ataku, kdy měl pocit, že ho někdo pronásleduje:

*„A já jsem v tom místě jako byl a prožíval jsem akutní psychickou ataku v tu chvíli, takže jsem si vůbec neuvědomoval, co se děje. Jsem myslel, tam byla třeba kamera, já jsem myslel, že mě někdo sleduje, že jsem na nějakém výslechu a tak.“*

Měl pocit výjimečnosti, ale zároveň se cítil sám:

*„Že jsem myslel, že jsem největší autorita, hmm, myslel jsem, že jsem hvězda, superstar a tak. Takže to byly příjemné pocity, a navíc jsem se cítil trochu jako v matrixu, cítil jsem se jako nějaký vyvolený. Takže v tomhle to bylo příjemné. Ale když jsem byl mezi normálníma lidma, jako mezi spolužákama, tak tam jsem byl úplně sám. Jako uzavřenej s těma myšlenkama. Takže v tom to bylo nepříjemné. Taky jsem nestíhal že jo dělat školu, dělat věci, jsem byl jenom s těma myšlenkama, no.“*

Projevily změny ve vnímání reality a myšlení:

*„Prostě ty myšlenky, co mě napadaly, tak jsem se snažil jako, prostě je přijmout, a i přesto žít. Ale je, třeba teď kon, když se na to dívám, tak jsem měl daleko větší problémy tehdy než teď. Takže teď už takový myšlenky, nebo pocity nemám. Dřív to byly prostě samý náhody, denně bylo deset náhod, sem myslel, jo náhoda, co to znamená. Teď ty náhody úplně zmizely.“*

Pan Roman (II. výzkumný rozhovor) popisoval v rozhovoru své halucinogenní stavy, kdy se jakoby octl v "paralelním vesmíru". První "návštěva", kterou zažil bez vlivu drog, byla příjemná:

*„No tak přijde mi důležitý, že teďka mně budeš mít za blázna. Stalo se mně to dvakrát, že jsem navštívil paralelní vesmír. Stalo se mně to jednou za střízliva a jednou pod vlivem. Hmm A za střízliva, to sem dva tejdny byl na ulici, neměl sem co dělat, tak sem tak furt poskakoval. A jako kdyby máš hvězdnou bráno a proskočí hvězdnou bránou a seš v jinym světě. Tak já sem nastoupil do tramvaje, vystoupil sem a místo úplně jiný, prostě Praha, kterou sem neznal. A to byl hezkej svět, bylo to tam příjemný tady to.*

Druhý zážitek, kdy byl pan Roman pod vlivem drog, byl hrozivý až fyzicky bolestivý, vyprávění působí skoro jako scénář hororu.

*„Pak se mi stal haluz, to bylo po druhý, a to bylo dost nepříjemný. To sem normálně viděl před sebou démona, kterej ua (hrozně řval), takhle dělal, kde mám svý děti, kde mám svý děti, teďka říkám jako to jo a házel jako kdyby mě jenom do jediná nohy do kolena a představ si hmotu, která de od sebe, ale přitom tě to stahuje do sebe. Jako kdyby nějaká špona, ale ještě to máš do sebe a je to takový jako propletený a jakoby na ruby, ale ne u nás na ruby, ale eště jinak. A byla to šílená bolest a házel to na mě ten démon. A byl sem prostě ve světě, kde Braník ....byl prostě daleko větší, fotbalový hřiště, který tam neexistuje, který tam možná někde je, ale nebylo to tam takový, já Braník docela znám. Takže to bylo fakt zajímavý a znáš takovýto, když se jakoby někam podíváš a najednou jako bys měla trn v oku ... nebo se na někoho podíváš, kdo jakoby fakt jde a teď tlačíš ho na tebe tu energii ... No tak, sem se podíval na rostliny a z těch rostlin prostě najednou úplně jak kdybych měl trn v očích ... A trvalo dva dny než sem se dostal zpátky do tady tý reality. Dva dny sem chodil v kuse, abych se odtamtud dostal..... Myslel sem, si že si tam zůstanu na věky, byl to fakt pocit, jakoby, já tady zůstanu, jakoby prostě, jak kdyby tě někdo zavřel do trezoru a ten člověk záhy zmizel a nikdo tě nemohl najít, něco takovýho. Takže to bylo fakt těžký a jak sem se s tím srovnal? Jakoby prostě dělal sem si z toho srandu. Jó chci, ale bylo to fakt děsivý.“*

Po vystřízlivění fyzická bolest i bludy pokračovaly. To, co vnímal, bylo zřejmě natolik komplikované, že to pan Roman nedokázal vlastními slovy popsat a použil pro názornost analogii se scénou z Harryho Potera. Pan Roman opakovaně zdůrazňoval, že pokud někdo podobný stav nezažil, nedokáže si ho představit.



*„Protože když už sem tady byl a vystřízlivěl sem, tak furt sem měl tu bolest v tom koleni. A představ si takovej ten pocit, kdy kolem tebe projdou děti a ty máš v hlavě házím na děti a nemocnice rakovinu. A takovýhle věci a to ti sděloval ten démon, ta nestvůra. Takže jakoby viděl sem skutečný zlo, zažil sem paralelní vesmír, nebo pocit nějakej, něco co je uzamčenýho. Něco jako je třeba v Harry Potterovi, myslim, že je to Fénixův rád... v tý truhle, která se hejbe, je najednou pokoj obrovskej, tak něco takovýho. Takovej jakoby podsvět, no tak to bylo hodně děsivý.. Pak sem se tady objevil na "Ípáku" (pozn. tazatele: náměstí I. P. Pavlova), neměl sem u sebe ani korunu a najednou si říkám, já umřu žízni, já sem dva dny nepil. A najednou se podívám do kapsy a měl sem tam 40 korun. Prostě z ničeho nic, takže to bylo zajímavý, zastávky tramvají a autobusů, který neexistujou ... Těžko uvěřitelný, nebo jakoby těžko na chápání ... Nebo já si myslim, že je to něco jakože, jako kdybych ti popisoval stav na Rivotrilu a teď to pochop. Věř, že ten pocit je, deš a najednou je ti takhle. Tak ty se do toho můžeš dostat, ale není to nikdy ono, dokud to nezažiješ.“*

Pan Aleš (III. výzkumný rozhovor) o bludech nehovořil.

Pan Miloš (IV. výzkumný rozhovor)

*„Pamatuju si na jedno fakt náročný ráno. Měl sem jít na pohovor a vzbudily mě hlasy, který říkaly, tohle nezvládneš, bude lepší, když zůstaneš doma a už nikdy nikam nepůjdeš. Kdo tohle nezažil, tak si nedovede představit, jaký to je“.*

Vedle zvukových halucinací popisoval pan Miloš také svoje vizuální halucinace a pocit, že je neustále sledován.

*„Bylo hrozně těžký ty hlasy neposlechnout. Na ten pohovor sem nakonec šel, ale práci jsem nedostal, protože sem celou dobu slyšel, to nezvládneš, na to nemáš. Když sem přišel domů, tak sem oblečeněj zalezl do postele a rozbřečel sem se. Kdo tohle nezažil, tak neuvěří, jaký to je. Nebo jaký je, jít si ráno koupit snídani a mít pocit, že se vlní chodník a všichni lidi tě pozorujou a ty máš pocit, že tě sledujou a ví kam deš a proč.“*

Pan Miloš popsal učebnicové příklady pozitivních příznaků - bludy a halucinace. Z jeho slov je zřejmé, jaké utrpení při tom psychicky nemocný prožívá. Není divu, že se lidé s halucinacemi nedokáží soustředit, že jsou lidé s bludy podezíraví a stahují se do sebe.

Vedle medikace, která dokáže pozitivní příznaky potlačit, je pro nemocného zásadní vědět, že nezůstal sám, že existují lidé a instituce, které ho podporují a pomohou mu v návratu zpět do společnosti. Díky komunitní péči se tohle všem respondentům z mého výzkumu podařilo.

#### 9.4 Praktická ukázka hospitalizace na psychiatrii

V roce 2013 vzešla v platnost reforma psychiatrické péče. Pomocí rozhovoru s panem Janem, jsem chtěla zmapovat, jak 7 let po reformě vypadá péče o nemocné v největší české psychiatrické nemocnici – v psychiatrické nemocnici Bohnice a na psychiatrickém oddělení Vojenské nemocnice.

Pan Jan je bývalý voják, který během zahraniční vojenské mise zažil strašné věci, ale zřejmě i pro něj byly podmínky v bohnické nemocnici frustrující. Možná to bylo ovlivněno tím, že v té době vrcholila coronavirová krize, přesto je popisovaný stav péče v nemocnici zarážející.

Jedné z pacientek ukrajinského původu nikdo nebyl ochoten naslouchat, přestože ji týral spolupacient:

*„Ne, to byla tragédie, prostě, díky koronaviru. Tak to byla tragédie v celých Bohnicích....Přelet nad kukaččím hnízdem byl proti tomu hadr.... Ukrajinka třeba, tu tam zdemolovali tak, že pomalu chtěla dávat sebevraždu, páchat....Ignorovali ji. Prostě absolutně nikdo nebral ohled na to, co říká. A pak se ukázalo, že v podstatě je týraná jedním spolupacientem na pokoji.“*

Jiná pacientka byla přijata do nemocnice s anorexií a podle slov pana Jana ji jedna ze sester týrala psychicky tak, že se dívka pokusila o sebevraždu. Poté, co se dívka vrátila z JIP, sestra dívku nadále pronásledovala a bránila tomu, aby dívka dostávala jako součást léčby anorexie proteinové nápoje.

*„.....Jedna sestra, která se jmenuje X. si tam zasedla na sedmadvacetiletou holčinu, kterou zruinovala tak, že málem v parku snědla tis. No, ona ho snědla, tak. Ne, málem snědla, ona ho snědla. A potom jí teda odvezli na nějakou tu detoxikační, jak se tomu říká metabolickej JIP. Vrátila se, prostě, v sedmadvaceti totálně vyřízená, neschopná vlastního života. Z 24 hodin, probřečela 18, zbytek byla v bezvědomí. Protože jí umrtvili práškama. Když X. v noci měla službu, tak jsem o půlnoci slyšel, jak tam na Lenku řve, tak sem tam přijel (pozn. tazatele: pan Jan je na vozíku) a v tu ránu byl klid. ... Prostě jí ničili, ona vlastně kvůli X.odešla z prvního patra, kde bylo to volný oddělení, ji vrátili na uzavřený oddělení, no a X. tam začla chodit na noční. Tak to byla druhá. X. ji ničila psychicky... Lenka na tom byla psychicky blbě i normálně. .... Lenku tam přivezli, když při vejšce asi 172 centimetrů měla 41 kilo. Měla tam přibrat aspoň na 55... X. jí prostě dělala ze života peklo obzvlášť potom, když Lenka dostala speciální stravu, jo, aby se vyživila. Dávali jí nějaký ty protejňáky, ty nápoje. Když potřebovala, tak si měla zavolat tu sestru, jak dělá jídlo. Jo, X. jí to nikdy nepředala, tý sestře.“*

V době pobytu v nemocnici dívka dostávala pouze medikaci na uklidnění, ale sestra X. jí i nadále šikanovala. Nakonec dívku poté, co přibrala na 55 kg, propustili do domácí péče, ale její psychický stav se nezlepšil ani v nemocnici ani později doma nezlepšil.

„No a Lenka, tu v podstatě museli propustit odtamtud, protože X. by jí psychicky zničila. No, tak s tím bojuje teďka nějak doma, ... X. jí dycky dala prášky na spaní, takže Lenka s sebou švihla a spala a druhý den ráno, zase slzavý údolí. A teď žije v tom, že když má 55 kilo, tak je tlustá. Takže jí nepomohli. Myslim, vysoká je asi jako ty (poznámka tazatele, měřím cca 168 cm). Jenom kvůli corona viru, se tam v podstatě nedělá žádná terapie. ... Teď už možná jo, ale když sem tam byl já, tak tam prostě terapie neexistovala.“

Pan Jan líčil i vlastní zážitek z Bohnic, kdy mu jako invalidovi na vozíku, odmítli nainstalovat rampu, aby se dostal ven na vzduch: „*Já sem se třeba nedostal ven jenom proto, že staniční bratr odmítl vydat nájezdový rampy. Tak sem nemoh ven.*“

Pokud se týká terapie, podle pana Jana není v Bohnicích (s výjimkou akutního oddělení) přizpůsobeno prostředí pro vozíčkáře, takže se tam kvůli vozíku na terapii nemohl dostat. Psychiatrická nemocnice v Bohnicích jako jedna z nejstarších nemocnic není na péči o invalidní pacienty vybavena. V době, kdy má dojít k deinstitucionalizaci péče, se neinvestuje do modernizace psychiatrických nemocnic, takže pro vozíčkáře je v Bohnicích terapie fyzicky nedostupná.

„*Třeba v těch Bohnicích by to bylo skvělý, ale jedinej funkční pavilon, kterej tam je, tak 26 a to je akutní péče, tam se v podstatě nedá bejt furt ... na ty centrální terapie tam se nedostanu, nedostanu se prostě já nevím na arteterapii, eště tak možná bych se dostal na koně, ale to je tak všechno, jo. .... možná prej by byla šance, převést na Karlák, tam prej na jednom otevřenym oddělení nějaká terapie je.*“

*Z Bohnic pana Jana přeložili na psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice. Zde podle pana Jan fungovala o něco lépe komunikace s lékaři, ale bylo zřejmé, že následná péče - natož pro člověka na vozíku - chybí.*

„No a tady, tady je to něco podobnýho v bledě modrým. Je to trošku lepší, tím, že to je malý. Tak prostě tady, jo ptaj se na mý problémy, už asi diagnostikovali, v čem mamproblém, ale prostě, zvládnete to doma, nezvládnou, budu mít ty blbý nápady zase. ... prostě není tady nic návaznýho, kam by člověk moh nějakym způsobem, jako a už vůbec ne, na vozejkou vyrazit.“

V ÚVN pan Jan oceňoval psychoterapii. Byla tam "úžasná psycholožka", která se snažila pomáhat panu Janovi se zvládnutím jeho traumat. Podle pana Jana je to ale spíše výjimka, v Čechách podle něj psychologové s traumaty nedokáží pracovat.

*„Ale jinak prostě tady, tady je užasná psycholožka. Ale psychologů, který prej umí zvládnout tadydlety traumata, tak těch je strašně málo i v Praze. Natož v celé republice, jo, max 15% všech psychologů, prý umí pracovat s traumatama.“*

Na dotaz, jak dlouho je pan Jan v ÚVN, odpověděl, že 11 dní a že podle informací, které dostal na místě, tam může strávit 22 dní. Vzhledem k tomu, že pan Jan si potřebné informace zjistil předem, ví, „v tom zákonu o zdravotní péči je jasně daný, že pokud léčba plní účel, tak se jede dál, že jo.“ Je opravdu smutné, že si pacient musí svá práva na léčbu zjišťovat sám.

Odpověď na dotaz, zda léčba plní účel, byla poměrně dlouhá. Pan Jan líčil, že se mu traumatické myšlenky stále vracejí, že v noci nemůže spát, nevidí před sebou žádnou budoucnost. Přepadají ho myšlenky na sebevraždu, jejíž provedení má promyšlené.

*„Tak jako, ne. Ne (smích), nemám pocit, že plní účel, protože stačí chvilka a prostě lítám v takových těch náladách, co tady dál. Poslední vůle sepsaná, proč tady zabírat plac.“ ..... „Jo, prostě ležiš v noci, probudíš se ve 4 ráno, jo to je ta básnička, jak sem psal - neschopen spánku, obracím stránku, leze mi krkem hodina mezi psem a vlkem. Jo to je ta třetí, čtvrtá. ... Probudíš se, čumíš do stropu, nemůžeš si pustit nic, protože ti seberou sluchátka. ... Nesmíš mít nabíječku .... Nechápu, co jim vadí na sluchátkách .... Jo, tady ti seberou kaničky, ale nechaj mi vozejk, kde je 100 ampér. ... Jednoduše, jeden kabel vytáhnu z toho, dám si ho na hlavu, postavím to do vody a zmáčknou čudl.“*

S černým humorem o svých myšlenkách na sebevraždu mluví s psycholožkou i se svou obvodní lékařkou.

*„Doktoři zezelenaj a přidaj mi prášky (smích). ... ted'kon sem dorazil tu, jak se menuje, psycholožku. Protože se mě jako zeptala, co ty máš nápady, tak sem jí řek, že ta závěť už funguje. Pak mně řekla, no ještě byste si měl vyřídit, ono se to nějak menuje, ale je to prostě takovýto, kdy neožít. Tak já říkám, tak já to řeknu doktorce, ale tu asi odvezou, co? A ona říká, no tahle doktorka s tím nemá co dělat. To vám musí udělat obvodáčka. No tak sem to obvodáčke zavola. ... Měl sem telefon daleko od ucha, puštěnej potichu a slyšel sem. Od paní doktorky sem v životě neslyšel slovo kretén, tak ted' tam bylo asi 5x. Ale, že prej to napíše. A psycholožka na mě kouká a říká, neberete to, jako návod k sebevraždě. A já říkám, ne, já mám svých nápadů dost.“*

Mimo záznam mluvil Jan o tom, že mu nejvíc vadí, že psychiatři jen předepisují léky. Ale nijak zvlášť se o pacienty nezajímají. Nezajímají je ani vedlejší účinky léků, které předepisují, což ostatně potvrzuje i případ pana Aleše, který má kvůli depotním injekcím problém s erekcí, ale lékaři to neřeší.

#### 10. Shrnutí zjištěných dat

Tři ze čtyř respondentů měli problémy s drogami, dva respondenti měli původně diagnostikovanou toxickou psychózu. Ani jeden z respondentů nemá diagnostikovanou duální diagnózu.

Všichni čtyři respondenti hovořili o problémech v primární rodině.

Všichni čtyři respondenti se setkali se stigmatizací, nebo mají ze stigmatizace velké obavy.

Všichni čtyři respondenti mluvili o nepochopení od blízkých. Tohle téma úzce souvisí s nedostatečnou edukací.

Všichni čtyři respondenti zažili někdy před propuknutím nemoci traumatický zážitek (úmrtí v rodině, rozchod s dívkou, umístění ve výchovném ústavu).

Všichni čtyři respondenti se setkali se špatnou edukací.

Dva respondenti měli problém rozeznat, že se jedná o ataku.

Všichni čtyři respondenti spolupracují s návaznými službami. Jsem přesvědčená, že je to právě spolupráce s návaznými službami co jim pomáhá zvládat bez větších problémů fungování v komunitě.

Tři ze čtyř respondentů pobírají invalidní důchod.

Ani u jednoho z respondentů neproběhla včasná detekce nemoci, první kontakt s psychiatry u všech proběhl teprve v průběhu první ataky.

Tři ze čtyř respondentů měli nebo ještě stále mají problémy s drogami. Užívání návykových látek bývá spouštěčem schizofrenie.

Tři ze čtyř respondentů hovořili o užívání medikace a o možnosti medikaci vysadit.

## 11. Diskuse a srovnání s jinou diplomovou prací

V teoretické části o příčinách schizofrenie píše o tom, že traumata z dětství se při diagnóze schizofrenie mohou objevovat jako flashbacky (Read et al., 2008, Janoušková et al., 2016). Podle mého zjištění je možné říci, že hlasy a halucinace mohou poukazovat na nezpracovaná traumata z dětství, toto zjištění se potvrdilo u všech respondentů.

Zdá se, že v dnešní době mezigenerační komunikace mezi dětmi a rodiči nefunguje dobře, obě strany těžko hledají společná témata, o kterých si mohou povídat. Může to být způsobeno stresem v zaměstnání, nedostatkem času tráveného společně nebo prostě pohodlností rodičů. Výsledkem je, že rodiče nechají neomezeně dítě hrát hry na telefonu nebo počítači, případně posadí dítě k televizi. U starších dětí rodiče často nevědí, kde a s kým tráví jejich děti volný čas. Samozřejmě že je to pro rodiče pohodlnější, ale může to vést k vytvoření závislosti na hraní nebo i drogové závislosti.

Dítě, kterému se rodiče nevěnují, může být citově oploštělé, neumí projevovat emoce. Takové dítě má problém navazovat vztahy s vrstevníky, v pozdějším věku může mít problém najít si první lásku. V dospělosti se může stát, že má člověk problém navázat vztahy s cizími lidmi obecně.

Výzkumné rozhovory ukázaly, že stigmatizace je pro člověka s diagnostikovanou schizofrenií častý problém (Corrigan a Watson, 2002; Thornicroft et al., 2007). Myslím, že je to způsobeno hlavně nedostatkem informací, což mnohdy může vést k neadekvátnímu strachu. Setkala jsem se i s názorem, že lidé trpící schizofrenií by měli být doživotně zavřeni v psychiatrických nemocnicích, protože jsou pro společnost nebezpeční (Hollý, 2018; Pompili et Fiorillo, 2015).

Názor o nebezpečnosti lidí se schizofrenií byl ještě posílen tragickou událostí ze dne 21. července 2016 v Praze. Žena trpící schizofrenií, která byla čerstvě propuštěna z psychiatrické nemocnice Bohnice, ubodala jinou ženu. Nemocná žena žádala tehdy v nemocnici o prodloužení hospitalizace, protože se necítila dostatečně stabilizovaná, její žádosti nebylo vyhověno a byla z nemocnice propuštěna. Ostatní jsme se dočetli v novinách.

Většina lidí, kteří byli hospitalizováni v psychiatrické nemocnici, dostanou „cejch“, jsou více méně automaticky považováni za „blázny“. Pan Roman to vnímá naprosto přesně. V teoretické části práci odkazují na článek Van Ose (2009), který zastává názor, že stigmatizaci částečně způsobuje již samotný název nemoci – schizofrenie / rozštěpení mysli. Málokdo si pod „rozštěpením mysli“ dokáže něco představit. A když si něco neumíme představit, tak máme tendenci se toho bát.

I když se zdá, že to trvá dlouho, i v Čechách se postupně mění přístup k péči o duševně nemocné (MZ ČR, 2013; Úřad vlády, 2020). Dokladem toho může být fakt, že všichni respondenti z mého výzkumu jsou schopni běžně fungovat ve společnosti, mají kde bydlet, chodí do práce. Z velké části je to díky tomu, že v určité fázi onemocnění měli přístup ke komunitním službám, poskytovaným neziskovými organizacemi - zdá se, že komunitní péče o duševně nemocné začíná mít výsledky.

V mém výzkumu se opakuje téma nedostatečné informovanosti o psychických onemocněních v převážné části společnosti. S tím souvisí, že velká část majoritní společnosti neví, jak reagovat jak na samotné sdělení diagnózy, tak při kontaktu s nemocným. Je zřejmé, že edukace se primárně musí zaměřit na samotné nemocné a jejich blízké, neboť pro ně je to otázka kvality života (InformedChoice TDI, 2012; STUDIO 27 "zaostřeno na duši", 2016). Tady existuje obrovský prostor jak pro psychiatry a zdravotní pracovníky obecně, tak pro Centra duševního zdraví, která s lidmi s duševním onemocněním pracují. Problém je, jak dostat informace o duševním zdraví, resp. psychickém onemocnění k širší veřejnosti. Odpovědí může být - tak jak to vyplývá z Národního akčního plánu duševního zdraví - zařadit edukační programy do vzdělávání na školách (Úřad vlády, 2020).

To, jak se s onemocněním lidé vyrovnávají, záleží na mnoha okolnostech. Nejdůležitější roli asi hraje sama osobnost nemocného. Pokud se člověku podaří s pomocí lékařů překonat nejhorší příznaky, nastává fáze hledání, jak žít s onemocněním dál. Nemocný člověk se ocitá na křižovatce, buď rezignuje, smíří se s tím, že je nevléčitelně nemocný a že se s tím nedá nic dělat, v mnoha případech se nechá opatrovat od rodiny a pobírá invalidní důchod, nebo se pokusí najít naději a a zmobilizovat síly a postupně se - s podporou druhých - zkusí vrátit zpět do běžného života (Deegan, n.d., Wilken, 2010). Zde se dostáváme k roli okolí - příbuzných, přátel, komunity. Pokud je toto okolí vstřícné a nápomocné, nemocný člověk má reálnou šanci postupně se do komunity vrátit a - i při omezení způsobeném nemocí - žít smysluplný život.

## 12. Přílohy

### 12.1. I. příloha – Vedlejší účinky antipsychotika I. generace

Vedlejší účinky antipsychotika I. generace Fluanxol, sp.zn. sukls197377/2016 „Četnosti výskytu vycházejí z údajů v literatuře a ze spontánních hlášení a jsou definovány takto: *Velmi časté* ( $\geq 1/10$ ); *ast/* ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ); *méně časté* ( $\geq 1/1\ 000$ ,  $< 1/100$ ); *vzácné* ( $\geq 1/10\ 000$ )“. Z této škály jsem vybrala pouze četnost „Velmi časté“ a „Časté“ (Lundbeck, 2016).

<b>Fluanxol – API I. generace</b>		
Srdeční poruchy	časté	Tachykardie, palpitace
Poruchy nervového systému	velmi časté	Somnolence, akatizie, hyperkineze, hypokineze
	časté	Tremor, dystonie, závratě, bolesti hlavy
Poruchy oka	časté	Poruchy akomodace, zrakové poruchy
Respirační, hrudní a mediastinální poruchy	časté	Dyspnoe (dušnost)
Gastrointestinální poruchy	velmi časté	Sucho v ústech
	časté	Zvýšená tvorba slin, obstipace, zvracení, dyspepsie, diarhoe
Poruchy ledvin a močových cest	časté	Poruchy močení, retence moči
Poruchy kůže a podkožní tkáň	časté	Hyperhidróza, pruritus
Poruchy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáň	časté	Myalgie
Poruchy metabolismu a výživy	časté	Zvýšená chuť k jídlu, zvýšení tělesné hmotnosti
Celkové poruchy a reakce v místě aplikace	časté	Astenie, únava
Psychiatrické poruchy	časté	Insomnie, deprese, nervozita, agitovanost, pokles libida



## 12.2 II. příloha - vedlejší účinky antipsychotika II. generace

Vedlejší příznaky antipsychotika II. generace - Clozapin Desitin, (Příloha č. 2 k rozhodnutí o změně registrace sp.zn. sukls247720/2009 a sukls247739/2009; Súkl, 2009).

Velmi časté a časté vedlejší příznaky:

<b>Clozapin Desitin – AP II. generace</b>		
Poruchy krve a lymfatického systému	časté	Leukopenie/pokles počtu leukocytů/neutropenie, Eosinofilie, leukocytosa
Poruchy metabolismu a výživy	časté	Zvýšení tělesné hmotnosti
Poruchy nervového systému	velmi časté	Ospalost/útlum, závratě
	časté	Neostré vidění, bolesti hlavy, třes, ztuhlost, chorobná neposednost, extrapyramidové symptomy, křeče/epileptické záchvaty, myoklonické záškuby
Srdeční poruchy	velmi časté	Tachykardie
	časté	Změny na EKG
Cévní poruchy	časté	Hypertenze, posturální hypotenze, synkopa
Gastrointestinální poruchy	velmi časté	Zácpa, nadměrné slinění
	časté	Nauzea, zvracení, nechutenství, sucho v ústech
Poruchy jater a žlučových cest	časté	Zvýšení hladiny jaterních enzymů
Poruchy ledvin a močových cest	časté	Inkontinence moče, retence moče
Celkové a jinde nezařazené poruchy	časté	Únava, horečka, benigní hypertemie, poruchy pocení/tepelné regulace

### 12.3 III. Příloha - Dotazník 10-QS:

1. Jak jste v posledním týdnu spal? Měl jste nějaké potíže s usínáním? Budil jste se příliš brzy?
2. Ztratil jste v nedávné době chuť k jídlu? Zhubl jste více než 2 nebo více kilogramů?
3. Zaznamenal jste v nedávné době úbytek energie nebo zájmu?
4. Děláte si starosti kvůli každodenním problémům?
5. Měl jste problémy se soustředit na čtení nebo sledování televize? Jste zapomětlivější než obvykle?
6. Jak vidíte svoji budoucnost? Měl jste někdy pocit, že život za nic nestojí? Měl jste někdy pocit, že byste chtěl skončit se životem?
7. Máte v porovnání s jinými lidmi nějaké zvláštní návyky, jako více všechno kontrolovat nebo pořád uklízet?
8. Pociťujete někdy bušení srdce, potíte se nadměrně, máte třes nebo vidíte rozmazaně ve spojení s pocitem intenzivního strachu?
9. Řekl někdo, že se vaše řeč stává nesrozumitelná nebo podivná?
10. Slyšel jste někdy lidské hlasy, když nablízku nikdo nebyl?

## 12.4. IV. příloha – ukázka kódování (4. výzkumný rozhovor)

### IV. výzkumný rozhovor

V rámci ochrany osobních údajů, je jméno smyšlené. Pan Miloš s poskytnutím rozhovoru souhlasil, také souhlasil s nahráváním.

Panu Milošovi je 37 let. Rodiče pana Miloše se rozvedli, když mu bylo 7 let. Bylo to pro něj velmi těžké období, o kterém nerad mluví. Nejdříve se o něj staral otec, asi po půl roce ho dostala do péče matka, které s výchovou pomáhala babička. Babička zemřela, když bylo panu Miloš 15 let. Mluví o tom, že to pro něj bylo ještě těžší, než když se rodiče rozváděli. Dědečka pan Miloš nepoznal.

V současné době pan Miloš pracuje jako noční hlídač. Paranoidní schizofrenie mu byla diagnostikována v 19 letech. Hodně mluví o tom, že se cítí opouštěný, je pro něj složité najít partnerku. Uvědomuje si, jak je důležité starat se o duševní zdraví a užívat medikaci. Pan Miloš bydlí v nájmu. Spolupracuje s Fokusem Praha z.ú.

*T (tazatel): Fajn, ještě jednou moc děkuju. Kdy jsi začal mít pocit, že něco není v pořádku?*

**M: Asi na střední, přestal jsem si postupně rozumět s kamarádama, najednou mně přišli hrozně divní. Bavili se o věcech, který mě absolutně nezajímaly (1). Mylim, že to dost souviselo se smrtí babičky (2). Když jsem o tom mluvil s mámou, tak mně akorát řekla, že to přejde (3). Cejtil sem z její strany hrozný neochopení a myslim, že sem na ní byl i dost naštvanej (4), že nechápe, co se děje.**

*T: Hmm a dokážeš říct, jaký to pro tebe bylo?*

**M: Bylo to hodně těžký, s kamarádama sem si nerozuměl, doma to taky nikdo nechápal (5). Máma nechápala, co se se mnou děje (3). Táta s náma nežil, a hlavně sme nikdy neměli úplně dobrý vztahy (6). Cejtil sem se hodně opuštěnej a měl sem pocit, že se nikomu nemůžu svěřit (7).**

*T: Dokážeš říct, jaký jsi měl pocity?*

**M: Byl sem hodně naštvanej, na kamarády, a hlavně na mámu, že to nechápe (4). Myslím, že sem byl naštvanej na celej svět (4). Asi sem cejtil i bezmoc (8), vůbec sem nevěděl, co se semnou děje a co s tím mám dělat (9). Bylo to celý dost na houby (5).**

*T: Hmm, děkuju za upřímnost. Co tě dovedlo k první návštěvě psychiatra?*

**M: Máma ze mě byla dost nešťastná, dlouho nevěděla, co mi je, co se mnou má dělat a co by mi pomohlo (10). Nejdřív sme byli u psycholožky, ta to svedla na to, že mám jít za chvíli na střední (11). Ale ono to trvalo i na střední, možná bych řekl, že to bylo i horší (12). Máma v tu dobu už byla dost zoufalá (13), tak sme šli k psychiatrovi (15), ten si se mnou povídal, nejdřív řekl, skoro to samý, co ta psycholožka. A dal mně akorát nějaký prášky na uklidnění (11). Ale ono to k ničemu moc nebylo, začal sem chodit za školu, úplně sem se vykašlal na učení. Všechno mně bylo dost jedno (12). Máma na mě kvůli tomu byla hrozně naštvaná a začala mně zakazovat hraní na počítači, to bylo jediný, co mě bavilo (14). Hmm Když sem její zákaz několikrát porušil, tak mně počítač prodala (14). Mylim, že to byla pomyslná poslední kapka (12). V tu chvíli sem se neměl, jak se odreagovat, napětí ve mně furt rostlo a já sem se ho potřeboval nějak zbavit (16). Zkoušel sem různý věci, třeba sem fakt hlasitě zařval (17), nakonec sem se pořezal (12). V tomhle stavu mě našla máma, ta mě okamžitě naložila do auta a jeli sme rovnou do Bohnic (18).**

*T: Jaké to bylo být v hospitalizované v Bohnické nemocnici?*

**M: Chvilku sem byl na pavilonu 26 Tam to bylo dost šílený, nikdo se tam se mnou moc nebavil, a hlavně mně nikdo nevysvětlil, proč tam vlastně sem (19).** Pak sem byl přeloženej na pavilon 23, tam už to bylo o něco lepší, ale taky to nebyla žádná sláva. Asi nejlepší to bylo těsně před tím, že mně propustili, to sem byl na pavilonu 30. **Jinak, abych ti odpověděl, bylo to dost šílený, nevěděl sem co se se mnou děje, proč tam sem (9), v podstatě mně nikdo nic neřekl (19). Dost často sem tam byl naštvanej (4), ale měl sem pocit, že to nemám komu říct. Hmm Bylo to pro mě dost náročný, máma za mnou moc nechodila (5), nezeměl sem tomu, proč tam vlastně sem (20), takže sem byl nejistej a zmatenej (9).**

*T: Děkuju, jak ti byla sdělená konečná diagnóza?*

**M: Doktorka kolem toho chodila, jak kolem horký kaše (21). Pak z ní vypadlo, že mám schizofrenii, ale vlastně mně neřekla, co to znamená, co se bude dít dál (21). Akorát mně řekla, že budu užívat léky, i po propuštění budu chodit k psychiatrovi a měl bych si najít psychologa. Pak odešla, měl se spoustu otázek, na který mně nikdo neodpověděl (19). Pamatuju si, že sem z toho byl hrozně naštvanej (4). Nikdo mně neřekl, co se bude dít a proč, nikdo mně nic nevysvětlil (20).**

*T: Jak reagovalo okolí?*

**Máma z toho byla dost smutná a vyděšená (22), zároveň si myslím, že se jí i trochu ulevilo, protože konečně věděla, co se se mnou děje (23). Táta na to zareagoval dost hrozně, v podstatě mně řek něco v tom smyslu, že dycky věděl, že sem debil, jen teď je to aspoň oficiální (24).**

*T: Hmm, jaké to pro tebe bylo?*

**M: Byl sem na tátu hrozně naštvanej (4), hrozně mně to ublížilo (25), utekl sem od něj a už sem k němu nechtěl (26). Od té doby s ním mám ještě horší vztah, než před tím (27). V podstatě je to pro mě cizí člověk. Myslím, že jeho reakce mě dost poznamenala do budoucna (28). Mam problém se lidem svěřit, protože jim nevěřím (29). Bojím se, že když se někomu svěřím, tak mně odsoudí jako táta a já budu zažívat podobný pocity, jako tehdy (30).**

*T: Hmm, děkuju. Dokážeš říct, jak ti psychiatrická diagnóza změnila život?*

**M: V podstatě sem přišel o kamarády (31), protože těm sem to nikdy neřekl (33). Ale zas je pravda, že mam invalidní důchod (32), ale v práci neříkám proč. Nechci, aby věděli, že mám papíry na hlavu (33). A taky si vůbec nerozumím s tátou (27).**

*T: Co myslíš, že by se mělo změnit, při sdělování psychiatrické diagnózy?*

**M: Určitě víc lidem vysvětlovat, co to znamená, nejen říct, do konce života budeš brát léky (34). A vůbec víc se s lidma i v Bohnicích bavit (35). Doktoři by se o pacienty měli víc zajímat, jak se cejtěj, jestli rozumí tomu, co jim říkaj, myšleno doktoři a občas i sestry (36).**

*T: A poslední otázka, je něco o čem jsme se nebavili a přijde ti to důležitý?*

**M: Myslím, že lidi si vůbec nedovedou představit, co to je mít schizofrenii (37). Pamatuju si na jedno fakt náročný ráno. Měl sem jít na pohovor a vzbudily mě hlasy, který říkaly, tohle nezvládneš, bude lepší, když zůstaneš doma a už nikdy nikam nepůjdeš (38). Kdo tohle nezažil, tak si nedovede představit, jaký to je (37).**

*T: Jaký to bylo?*

**M: Bylo hrozně těžký ty hlasy neposlechnout. Na ten pohovor sem nakonec šel, ale práci jsem nedostal, protože sem celou dobu slyšel, to nezvládneš, na to nemáš (38). Když sem přišel domů, tak sem oblečenej zalezl do postele a rozbřečel sem se (39). Kdo tohle nezažil, tak neuvěří, jaký to je (37). Nebo jaký je, jít si ráno koupit snídani a mít pocit, že se vlní chodník a všichni lidi tě pozorují a ty máš pocit, že tě sledují a ví kam deš a proč (38).**

*T: Hmm, ještě něco?*

**Asi to, že je to fakt těžký, a pro zdravýho člověka těžko pochopitelný a uvěřitelný (37).**

*T: díky moc za rozhovor*

1. Nepochopení vrstevníků
2. Ztráta blízkého člověka
3. Nepochopení od matky
4. Naštvanost
5. Náročné období
6. Špatný vztah s tátou
7. Opuštěnost
8. Bezmoc
9. Nejistota
10. Nejistota matky
11. Špatné vysvětlení stavu
12. Zhoršení stavu
13. Zoufalství matky
14. Návštěva psychiatra
15. Naštvanost matky – trest
16. Velké napětí
17. Snaha o uvolnění
18. První hospitalizace
19. Špatná komunikace
20. Nepochopení situace
21. Špatná edukace
22. Reakce matky na diagnózu
23. Zjištění, co se děje
24. Neadekvátní reakce otce (stigmatizace)
25. Citové zranění
26. Reakce
27. Zhoršení vztahu s otcem
28. Handicap
29. Nedůvěra
30. Strach z odsouzení
31. Ztráta přátel
32. Pomoc od státu
33. Zatajení diagnózy
34. Zlepšit edukaci
35. Zlepšit komunikaci
36. Větší zájem
37. Těžko pochopitelné
38. Ukázka bludů

39. Náročnost hlasů

40. Reakce na hlasy

## 12.5 V. příloha – přepsané výzkumné rozhovory

### I. Výzkumný rozhovor

V rámci ochrany osobních údajů je jméno smyšlené. Pan Ivan s poskytnutím rozhovoru souhlasil, také souhlasil s nahráváním.

Panu Ivanovi je 28 let. Přibližně od 18 let má diagnostikovanou schizofrenii. Dříve měl problémy s marihuanou, později i s tvrdými drogami. Z tohoto důvodu první diagnóza, kterou dostal, byla toxická psychóza. Až později mu byla diagnostikována schizofrenie.

Jak pan Ivan říká, problémy s rodiči ho dovedly k užívání drog. Dle svých slov, se snažil před problémy s rodiči utéct.

Pan Ivan byl rok a půl ve službě tréninkového bydlení Baobabu z.ú, zde jsme se poznali. Pravidelně užívá léky a dochází na podpůrné skupiny. Díky tomu pan Ivan zvládá dokončit dálkově střední školu a udělal si kurz pro peera. V současné době pracuje jako peer a k tomu pracuje v bezpečnostní agentuře.

Pan Ivan bydlí v podnájmu, má řadu koníčků a přátel. Uvědomuje si, že je velmi důležité se o duševní zdraví starat.

#### Přepis rozhovoru:

Tazatel (T): Důležité je, abyste se v průběhu rozhovoru cítil dobře. Aby vás to nedej bože nedekompenzovalo.

Tak jo, kdy jste začal mít pocit, že něco není úplně v pořádku?

(Ticho) Jestli jsem si uvědomil, že něco není v pořádku?

Kdy jste začal mít pocit, že něco není úplně tak, jak má být?

I: Když mě poprvé hospitalizovali do psychiatrické nemocnice v Bohnice.

T: Dokážete říct, proč jste byl hospitalizovaný, co za tím bylo?

I: Začal jsem se chovat divně, ale v tu chvíli jsem si neuvědomoval, že se se mnou něco děje. Já jsem to přijímal, že hmm jsem prostě prožíval nějakou psychotickou ataku, ale v tu chvíli jsem si to neuvědomoval. A uvědomil jsem si, že něco není v pořádku, když jsem byl poprvé hospitalizovanej. Když mi bylo 17, 18 let.

T: Dokážete říct, co bylo příčinou vaší hospitalizace?

I: Hmm, prožíval jsem hodně stresu, hmm, měl jsem nějaký průšvihy ve škole a rozešel jsem se s dívkou. Začal jsem se zavírat sám do sebe. Prožíval jsem nějaký pocity, kouřil jsem trávu.

T: Byl jste před hospitalizací u ambulantního psychiatra?

I: U ambulantního psychiatra asi ne, ale když na mě rodiče začali pozorovat nějaký ty změny, hmm tak máma, myslím s tátou vyhledávali právě nějakou takovou, hmm psychiatrickou ambulanci, no. Ale ne hned jsem se dostal k doktorům, navštěvoval jsem některý místa, třeba pro fetáky. Rodiče prostě mysleli, že jsem v nějakým zhuleným stavu, prostě že nevěděli, že je to psychický, tak

mysleli, že jsou to jenom drogy, ale nakonec to pochopili. Pak jsme se dozvěděli, že je to psychický.

T: Nejdřív to bylo tak, že jste byl v Drop-inu, nebo Sananimu a pak teprve jste byl hospitalizovaný?

I: No bylo to kousek od Karlova mostu, taková hmm místnost a tam jsme šli s mámou a s tátou a ještě před tím vím, že jsme to místo navštěvovali se základkou a hmm vyměňovali tam třeba stříkačky. A já jsem v tom místě jako byl a prožíval jsem akutní psychickou ataku v tu chvíli, takže jsem si vůbec neuvědomoval, co se děje. Jsem myslel, tam byla třeba kamera, já jsem myslel, že mě někdo sleduje, že jsem na nějakém výslechu a tak.

T: Jaké to tehdy bylo?

I: Byl jsem hodně zmatenej, takže hmm, byl jsem ovlivněnej svýma bludama a těma myšlenkama, který nebyly reálný, takže jsem to prožíval naplno ty pocity, takže si myslím, že to bylo zábavný trochu.

T: V čem to bylo zábavné?

I: Že jsem myslel, že jsem největší autorita, hmm, myslel jsem, že jsem hvězda, superstar a tak. Takže to byly příjemný pocity a navíc jsem se cítil trochu jako v matrixu, cítil jsem se jako nějaký vyvolený. Takže v tomhle to bylo příjemný. Ale když jsem byl mezi normálníma lidma, jako mezi spolužákama, tak tam jsem byl úplně sám. Jako uzavřenej s těma myšlenkama. Takže v tom to bylo nepříjemný. (T. ukazuje pochopení.) Taky jsem nestíhal že jo dělat školu, dělat věci, jsem byl jenom s těma myšlenkama, no. (kouří elektronickou cigaretu)

T: Jakým způsobem vám byla sdělena psychiatrická diagnóza?

I: (povzdechnutí) Konečná diagnóza, to trvalo nějakou dobu, myslím, nejdřív to byla, psychická, jakoby způsobená drogama, psychická porucha, nebo ovlivněná drogama prostě. Ale začal jsem brát zyprexu, to byly první prášky. Byl jsem poprvé hospitalizovanej asi 14 dní a tam ta diagnóza ještě nebyla. Ale pak jsem byl prostě po měsíci zpátky v nemocnici a asi do roku, nebo do dvou byla stanovená diagnóza, ale máma byla vyděšená, že něco takovýho se se mnou stalo, protože v rodině to nemáme, žádný psychický problémy. A já jsem první a... hmm... já jsem o tý schizofrenii nic nevěděl, nic jsem o tom nečetl, ani doteď toho moc nevím. Víím jen, že je to psychická porucha, nebo psychický onemocnění a (ticho) takže, když mě to stanovili tu poruchu, já nevím. Jsem se asi smířil s tím a s těma pocitama co mám a nějak jsem se snažil být normální, ale moc mi to nešlo.

T: Říkal jste, že jste se snažil smířit s pocitama. Co to bylo za pocity?

I: (mlčení) Noo, chtěl jsem být normální jakoby, zapadnout mezi spolužáky, jenže to nešlo, byl jsem vždycky sám. Nebo jen s jedním kámošem, se kterým jsme seděli v lavici. Prostě ty myšlenky, co mě napadaly, tak jsem se snažil jako, prostě je přijmout, a i přesto žít. Ale je, třeba teď kon, když se na to dívám, tak jsem měl daleko větší problémy tehdy než teď. Takže teď už takový myšlenky, nebo pocity nemám. Dřív to byly prostě samý náhody, denně bylo deset náhod, sem myslel, jo náhoda, co to znamená (smích). Teď ty náhody úplně zmizely.

T: Čím myslíte, že to je, že ty náhody zmizely?

I: Asi dlouhodobě abstinuju a beru léky, jak mám brát. A dlouhodobě jsem stabilizovanej. Taky sportuju a už teď dokážu zapadnout do nějaký společnosti, třeba ve třídě nikdo neví, že jsem psychicky nemocnej. Ani o tom neříkám. Jenom jeden spolužák to ví a ten to vzal jakoby úplně normálně.

T: Je něco, co vám při sdělování diagnózy chybělo? Nebo byste to potřeboval jinak?

I: Jakoby od lékařů?

T: Ano

I: Potřeboval bych peera v tu dobu. Řekl by mně, jak to měl on. Předával mně zkušenosti, který on už měl třeba. Řekl by mě, jak to měl po hospitalizaci, na co si dát pozor. Co nedělat, takže, myslím, že peer by mi pomohl. Ale v tu dobu to ještě nebylo, já myslím, že v České republice se to objevilo 2013 a já jsem onemocněl 2008.

T: Ještě něco, kromě peera?

I: Hmm (ticho), no nevim, asi poslouchat rodiče a doktory a dát si na tom záležet, nejt svou cestou. Jakoby, lékaři mně říkali, že nemám hulit trávu a já jsem je neposlech. A vždycky jsem po nějaký době zase v atace. A rodiče mně říkali, nikomu to neříkej, že jsi psychicky nemocný, nikdo to nemusí vědět. Jenže jsem na to nedal taky a prostě, když jsem to někomu řekl. A jak jsem se v tu dobu choval ee, tak tam lidi hned jakoby, dokonce i kámoš můj nejlepší říkal, ty seš schizofrenik vole, ty seš blázen a takový věci. Kdyby jsem to neřek, a nechoval se divně, tak oni by možná ani nevěděli, co se mnou je.

T: Jaké to pro vás bylo, taková reakce?

I: Byl jsem naštvanej, zklamanej a nějaký čas mně trvalo, ee na ně zapomenout. Teďka už se s nima nebavim a nepotřebuju je k svému životu. Ale oni jakoby, v tu chvíli nevěděli, co je schizofrenie, nebo psychická nemoc. Oni tím netrpěli, takže nevěděli, jak mi je. Ale aspoň se potvrdilo, že to nejsou praví kámoši.

T: Dá se shrnout, jak reagovalo vaše okolí?

I: Hmm, negativně, dost negativně, všichni, kromě rodičů. Nebo nějakých hmm, psychiatrů, nebo třeba Baobab (pozn. T: Baobab, z.s. nabízí služby lidem s vážným duševním onemocněním), tak tam nereagovali vůbec negativně a snažili se mi pomoci. Ale většina ostatních lidí, co se týče kámošů, tak všichni negativně. Já jsem se nemohl dostat do společnosti, že jo prostě. Byl jsem uzavřenej sám do sebe a v tu dobu, jak

jsem měl ty jiný nepříjemný pocity a myšlenky, tak jsem nedokázal ani vymyslet jakoby jednu srozumitelnou větu a když jsem prostě byl s někým a 15 minut mlčel, tak sem si hodně připadal divně.

T: Co rodiče, jak reagovali?

I: Já jsem rád, že 2009 jsem odešel z domova, rodiče se rozešli, dá se říct, když mně bylo 18, 19. A na začátku mě podporovali, ale říkali, budeš dělat školu a my ti budeme platit bydlení a nějak tě podporovat. Jenže v tu dobu jsem i přestal dělat věci do školy, mně bylo tak zle, že sem hulil marihuanu třeba, tak jsem tu podporu rodičů ztratil. A pak to bylo celý na mě, no. Pak to bylo ještě tak komplikovaný, že jsem se dostal do tvrdých drog, ale tam, na tvrdý droze jsem neměl vůbec žádný myšlenky třeba. Nebylo mi zle, já už si nedokážu vzpomenout.

T: Jaké to bylo se postavit na vlastní nohy?

I: Jednoduchý, stačilo přestat kouřit marihuanu a třeba Baobab, tam jakoby, bylo jednoduchý krůčky, kterých se stačilo držet. A to byla zásadní změna v životě. Ale kdybych nezačal abstinovat, tak bysem to nezvládnul. To prostě by nešlo. A když jsem začal abstinovat, od tvrdých drog, tak jsem ještě našel dobrýho psychologa. A ten mi třeba řekl, že proč si nechci dodělat školu, tak jsem se dostal na gymnázium, teďkon dělám školu a vidím to úplně reálně, že ji dodělám. Jednoduchý to bylo se postavit na nohy, ale nejednoduchý bylo přestat s drogama, si myslím.



T: A co myslíte, že vám pomohlo přestat?

I: Doléčovací skupiny, duální skupiny v Bohnicích, tam je duální skupina pro psychické problémy se závislostí. Ale tam jakoby skupina začíná ve středu, všichni byli čisti, po skupině už hledali cesty, jak si sehnat drogu a příští týden zase byli čisti. A já jsem byl jeden z prvních, co to začal brát poctivě. A škoda, že ta skupina teďka není, ale chodím na jinou skupinu do Magdalény (pozn. T: Magdaléna, o.p.s. – nezisková organizace, která působí ve Středočeském kraji a v Praze a poskytuje ucelený systém zdravotních a sociálních služeb v oblasti prevence a léčby různých typů závislostí). Každou středu tam chodím. A ty doléčovací skupiny jsou dost dobrý pro to, aby sis udržel tu abstinenci. Ještě chodím k Nešporovi, ale tam kvůli fotbalu, který mám taky v úterý, tak to nestíhám každý týden. Ale jak říká Nešpor, když máte doléčování, tak máte abstinenci v kapse (smích). Byl jsem 4x u Nešpora, hmm hospitalizovanej, prošel jsme tu léčbu. Poprvý jsem vyšel z léčby a nevím, co se mi v tu dobu honilo hlavou, ale za týden jsem byl zase zpátky v závislosti.

T: Co myslíte, že k tomu vedlo?

I: Já nevím, asi okolnosti, že jsem neměl práci, že jsem neměl školu, že jsem neměl kamarády. A byl jsem sám se sebou, neměl jsem žádnou podporu, třeba Baobabu. Takže jsem na všechno byl sám, každý den jsem se nudil a to je dost špatný nudit se. Takže tam to hrálo roli, že jsem neměl zařízený volný čas.

T: Dokážete říct, jak vám psychiatrická diagnóza změnila život?

I: No, kdybsem neměl psychickou nemoc, tak by jsem byl ve vězení určitě. Takže si myslím, že v tomhleto. Že jsem se mohl dostat do kriminálu, kdybych se nedostal do psychiatrie, to je jeden bod. Si myslím, no.

T: Proč myslíte, že zrovna kriminál?

I: Protože bysem zůstal s těma lidma, který se ke mně otočili zády. Kdybysem s nima zůstal, tak většina z nich byli v kriminále, právě. Těžký ublížení na zdraví, výtržnictví, vandalismus, krádeže. Takže všichni lidi, se kterými jsem se bavil, tak oni byli právě zavření. Takže si myslím, že bysem se tam taky ukázal. A co se týče negativních, nevím, předtím než jsem onemocněl, tak už v tu dobu jsem nezvládal školu. Prostě chodil jsem pozdě do školy, měl sem třeba důtku ředitelskou, špatný známky. Takže si nemyslím, že kdybych ne onemocněl, že bych dodělal školu. Ale prošel sem takovou zajímavou zkouškou, nebylo to jednoduchý. Ale jak si to teďkon uvědomuju, že sem na sebe hrdej. A postavil jsem se na nohy, no.

T: Co si myslíte, že by se mělo změnit při sdělování psychiatrických diagnóz?

I: Hmm, já nevím, vůbec nic mě nenapadá. Asi, teďkon je to, slyšel sem, že to nově funguje, že člověk jako když je psychicky nemocnej a doktor mu řekne, vy ste psychicky nemocen, tak on může odmítnout, brát prášky třeba. Že jakoby může odmítnout tu léčbu. Ale já kdybysem nebral léky teďkon, tak to bude hard core, bych to nezvládnul bez léků. Například, včera večer sem si nebyl jistej, jestli jsem si vzal léky, nebo ne. Tak jsem je radši nebral a normálně dneska v noci sem za tu dobu, co sem spal, sem pamatoval všechny sny a to byly takový ty hororový sny. Takže jsem strašně rád, že mám léky. No a sice znám některý lidi, kteří na ty psychický nemoci trpí mnohem víc. Kterým prostě, buď nesednou léky, nebo to maj prostě ty příznaky nemoci daleko horší, třeba hlasy, který já sem vůbec neměl, nebo skoro jsem je neměl. Někteří lidi, třeba který znám, co chodí se mnou na fotbal, berou třeba 16 léků denně. Já beru jenom dva prášky, nebo jeden prášek, ale dvě tablety. A jakoby, co by se mělo sdělovat při diagnóze, vůbec netuším. Každý má jinou diagnózu. To je taková individuální otázka.

T: Mě teď napadla ještě jedna otázka. Jak si myslíte, že většinová společnost kouká na psychiatricky nemocné?

I: Myslíte aktuálně?

T: Ano.

I: No kdybysem teďkon například ve třídě, teďkon máme psát referát z literatury, ve třetíku sem. Já si myslím, že moje třídní vůbec neví, že jsem nějak psychicky nemocnej. A my zrovna máme na literaturu třídní. A já chci právě napsat referát o tom, co dělám, že dělám peera. A chci tam napsat něco o tom, odkud to vzniklo, jak je to aktuální stav psychiatrie, něco o reformě, o stigmatizaci. Vůbec nevím, co na to řekne třídní, vůbec si to nedokážu představit. Ale myslím si, že bude překvapená, že já sem psychicky nějak nemocnej. A ve třídě myslím, že funguju úplně normálně, takže. Záleží, v jakým psychickým stavu je člověk asi. Jakože, když je hodně rozhozenej a není dlouho stabilizovanej, tak na to může jeho okolí reagovat negativně, ale když je ve

stabilizovaným stavu a žije normálně, jako všichni ostatní, tak okolí bude reagovat pozitivně, si myslím. Takový individuální, bych řek.

T: Je něco, o čem jsme se ještě nebavili a myslíte si, že je to důležité?

I: No kdybysem nebyl stabilizovanej, tak teďkon si myslím, že jsem v Matrixu a mluvím s vědmou (smích). Kdyby sem nebyl stabilizovanej, tak rozhodně tohle setkání беру, jak z nějakýho scifi, nebo fantasy. Ale teďkon to беру úplně jako realitu. A trochu aktuálně, co mě trochu tíží právě, že žiju v té realitě asi 4 roky a připadám si jako že to zvládám, ale že to není vůbec jednoduchý. A když sem měl ty bludy a různý takový ty psychický příznaky, tak jsem se cítil jako tou největší autoritou. Takže rozhodně jakoby není to jednoduchý, ten psychický stav nějak kontrolovat. Ale stojí to za to.

T: Ještě něco vás napadá?

I: Ne.

T: Velké díky, za rozhovor.

## II. výzkumný rozhovor

V rámci ochrany osobních údajů, je jméno smyšlené. Pan Roman s nahráváním souhlasí, podepsal informovaný souhlas.

Panu Romanovi je 30 let, paranoidní schizofrenii má dle svých slov od narození. Pan Roman pracuje. Pár měsíců žil na ulici. Má velmi dobrý vztah se sestrou, s rodiči moc dobrý vztah nemá a příliš se o nich nechce bavit. Vysvětluje to tím, že rodiče neví, jak s ním mluvit.

Pan Roman se snaží začít normální život, má podanou žádost o magistrátní byt. Uvědomuje si, jak důležité je užívat léky. Také se snaží vyhýbat lidem ze své minulosti, aby opět neupadl do drogové závislosti. Pan Roman spolupracuje s Centrem duševního zdraví Fokus Podskalí.

Přepis rozhovoru:

T (tazatel): Tak jo, ještě jednou díky, že jdeš do toho.

R: Hmm, pohoda, tady je kdyžtak jahoda.

T: Skvělý

R: Fakt?

T: No jasně, smích.

T: Tak, kdy jsi začal mít pocit, že je něco špatně?

R: Tak respektive pocit jsem neměl nikdy, nějak hmm, když jsem byl malej, tak jsem to nějak nevnímal. A když jsem byl starší, tak jsem si to nechtěl připustit. A jelikož je to u mě takový pomýjivý, že když jsem jakoby s dobrejma lidma, tak je mi dobře, když se špatnejma lidma, tak du dolů, tak chvilku to trvá, než jdu nahoru (8), nedůvěra, tadyhlensto, takový ty klasický věci, který u mě hrajou velkou roli. Jasně. Takže uvědomovat. Otázka byla, kdy jsem si to začal uvědomovat. No, kdy jsi začal mít pocit, že je něco špatně. Více méně, jelikož jsem se s tím tak nějak více méně narodil, že ty problémy psychický byly jakoby už od malička, tak asi nikdy no. Nebylo jakoby nějaký velkej zlom, a že bych si řekl, ježišmarja, tak teďka tak tady to je, a tady to vytyčit, to asi ne. Chápu, díky

T: Tak jo, jaký potíže tě dovedly k psychiatrovi?

R: Tak to byl pervitin.

T: Hmm, a můžu se zeptat, kdys ho začal brát?

R: Hmm, v 17.

T: A jak dlouho?

R: Více méně, jakoby občas mívám jakoby recidivu, ale je to tak jednou do půl roka, nebo takhle, ale jakoby pravidelně, kdy jakoby, takže na tamtu otázku odpovídám asi 2 roky.

T: OK a co pak následovalo?

R: Následovala, vlastně léčení v Bohnicích u Nešpora, pak jsem šel na jedničku, na oddělení, to je příjmový. Protože jsem měl stíhy, jakoby z ufounů a tadyhlensto, jsem měl psycha, prostě, že mě unesou ufouni a tohle. Prostě jakoby psychóza. No, teď jsem si vzpomněl, že tam pro tebe budu mít jednu perlu, který nebudeš věřit. A pak vlastně z té jedničky jsem šel do komunity TK Karlov, tam jsem byl asi 4 měsíce. Pak jsem tam byl vyhozenej za vulgarismus, takže jsem odtamtud odešel na Magdalénu, tam jsem úspěšně dokončil léčbu, šel jsem pak jednou na opakovačku, mezitím nějaký recicivy byly. Takže takhle no.

T: Dokážeš říct, jakým způsobem ti byla sdělená diagnóza? Jak to probíhalo?

R: Probíhalo to, hodně vyděšeně, ale neděs se, takhle nějak mě na to připravovala psychiatricka. Takže já si myslím, že kdyby jakoby, já mám nejradši, když je prostě člověk v pohodě, ať už je to prostě kdokoliv, ať má jakoukoliv minulost, ať už je to prostě v uvozovkách, teď to naddimenzuju, jakoby do něčeho ne, co už je za čarou, samozřejmě, kdyby to byl vrah, tak je to něco jinýho, ale prostě, ať už je člověk jakékoliv, tak i v těch normálních věcech je dobrý se k němu chovat normálně, takže si myslím, že i při tadyhlenstý tom onemocnění, jakoby, že by bylo lepší, kdyby se ke mně chovali normálně. A ne prostě, tak jako našlapovali a bysme ti něco, já jí chápu, protože ona samozřejmě, ne každěj vidí všem do hlavy, a když tam má těch lidí na starosti padesát, tak je jasný, že ona nemůže jakoby prostě vědět, jak já na tom sem, když mi řekne tady to, tak radši opatrně. A spíš tu stíhu házela, jako ona na sebe, že jakoby vystíhovala sama sebe, abych já byl víc v klidu. Jakoby, abych já byl jako na to. Což si myslím, že taky jakoby, je dobrý, ale podle mě nejlepší je ten normální. Já to tajím, všude tajím, říkám jim já sem zdravej a tady to, protože, pak je mi nejlíp. Janě, chápu. Samozřejmě, ty obtíže furt sou, ale je to daleko lepší, no. A pak jsou prostě chvilky, kdy je to úplně pryč.

T: Jaká byla první reakce na sdělenou diagnózu?

R: Asi co o to řeknou lidi a že je to psycho no. Hmm, Hmm Ale na druhou stranu, že při tady těch obtížích, jakoby budu mít tu finanční pomoc, o který jsem jakoby doufal, takže to byl moment, kdy za prvý ježišmarja sem onemocněnej. Hmm Takže to není jen můj pocit, jakoby že dlouho sem si to asi namlouval, nebo to nebylo, bylo, nebo to rozjel víc ten pervitin. Pak to byla druhá věc, jakoby prostě, že teď jsem ztratil nit', že hmm, co na to řeknou jakoby ti lidi, hmm. Já se omlouvám, jaká byla otázka? Jaký jsi měl pocity po sdělení diagnózy? Jo, no jasně no, takový smíšený, smíšený to jsem chtěl říct. Jo Smíšený protože, protože jo jako radost, že mně přiznaj důchod, budu moct dělat jen 6 hodin denně, nebudu muset dělat dvanáctky, ale pak zase, co si o tom řeknou lidi, jak to tajit a tak. Takže tady ty pocity jsem měl, takovýhle hodně smíšený jako, kladný jakoby prostě ta kopenzace tý nemoci, která je našťěstí udělaná tím státem, tím systémem, kterej tady je, takže tak no.

T: OK, jak reagovalo okolí?

R: Máma z toho byla jakoby nešťastná, ale bojovala jakoby za mě, což mi přišlo úplně nesmyslný, protože v momentě, kdy fakt všichni, jo bereme to na vědomí, musíš brát prášky, ber prášky, pak budeš v pohodě, tak to bylo nejlepší. Jenže já jsem občas ty prášky vysazoval, sem si říkal ne, prostě nechci, ne nechci prostě bejt ten, kdo musí odpovědět na otázku, bereš prášky, ano beru, nebo to tajit, nebo něco. Tak jsem si prostě říkal, jako že hmm, že je nechci brát a když sem je jakoby přestal brát, tak se to samozřejmě zhoršilo a bylo to daleko horší daleko. Čímž se mi to samozřejmě zase rozjelo. Jasně, jasně

T: Dá se říct, jak ti diagnóza změnila život?

R: Mlčení. Ne úplně přímo diagnóza mi změnila život, ale změnilo mi to Bohnice. Protože od té doby sem se cejtil prostě jako blázen, ten co je jako blázen a tady to. Hmm A prostě jakoby to nálepka těch lidí, co jakoby byli v Bohnicích. Samozřejmě jsou lidi chápavý, nebo tady to, ale i tak. I ta chápavost, jo jakoby prostě, takovej ten pocit, když sedíš v autobuse, a teď jakoby taková ta empatie nějakých lidí, prostě tam nějak jakoby provalilo. Nebo jedeš kolem Bohnic, jedeš z Bohnic, tak oni jako, to je no normální, poznáš na nich o čem, na co dělaj gesta. Tak jako by, hmm i to je mi nepříjemný. Protože tam vzniká nějaká reakce ano, jo nebo ne. Já mám prostě rád, to je můj idealismus, nebo to je podle mě, to je můj idealismus, že lidi nic neřešej. Takže tahle. Jasně, super dík

T: Poslední otázka, je něco o čem jsem se nebavili a přijde ti to důležitý?

(ukázka bludů)

R: No tak přijde mi důležitý, že teďka mně budeš mít za blázna. Stalo se mně to dvakrát, že jsem navštívil paralelní vesmír. Stalo se mně to jednou za střízliva a jednou pod vlivem. Hmm A za střízliva, to sem dva tejdny byl na ulici, neměl sem co dělat, tak sem tak furt poskakoval. A jako kdyby máš hvězdnou bránu a proskočíš hvězdnou bránu a seš v jinym světě. Tak já sem nastoupil do tramvaje, vystoupil sem a místo úplně jiný, prostě Praha, kterou sem neznal. A to byl hezkej svět, bylo to tam příjemný tady to. Pak se mi stal haluz, to bylo po druhý a to bylo dost nepříjemný. To sem normálně viděl před sebou démona, kterej ua (hrozně řval), takhle dělal, kde mám svý děti, kde mám svý děti, teďka říkám jako to jo a házel jako kdyby mě jenom do jedný nohy do kolena a představ si hmotu, která de od sebe, ale přitom tě to stahuje do sebe. Jako kdyby nějaká špona, ale ještě to máš do sebe a je to takový jako propletený a jakoby na ruby, ale ne u nás na ruby, ale eště jinak. Hmm A byla to šílená bolest a házel to. A byla to šílená bolest a házel to na mě ten démon. A byl sem prostě ve světě, kde Braník, tady máš sídliště Braník, který je prostě já nevím o velikosti postele, tak tam ten Braník byl o velikosti celýho tohohle pokojíčku. Byl prostě daleko větší, fotbalový hřiště, který tam neexistuje, který tam možná někde je, ale nebylo to tam takový, já Braník docela znám. Takže to bylo fakt zajímavý a znáš takovýto, když se jakoby někam podíváš a najednou jako bys měla trn v oku, takový to nebo si na někoho podíváš, kdo jakoby fakt de a teď

tlačí na tebe tu energii a to. No tak, sem se podíval na rostliny a z těch rostlin prostě najednou úplně jak kdybych měl trn v očích a šel sem. A trvalo dva dny než sem se dostal zpátky do tady té reality. Dva dny sem chodil v kuse, abych se odtamtud dostal, takže si představ, že jdeš z Bráníka a najednou se objevíš někde za Prahou, projdeš a ani se nemusíš zvedat, protože ti to stoprocentně vysvětlím. Představ si, že odsad' jdeš (ukazuje na roh postele), dojdeš támhle na konec (myslí opačný roh postele) a zase se objevíš tady (ukazuje na první roh postele). Tak tohle se mi stalo, bylo to děsivý. Myslel sem, si že si tam zůstanu na věky, byl to fakt pocit, jakoby, já tady zůstanu, jakoby prostě, jak kdyby tě někdo zavřel do trezoru a ten člověk záhy zmizel a nikdo tě nemohl najít, něco takovýho. Takže to bylo fakt těžký a jak sem se s tím srovnal, jakby, prostě dělal sem si z toho srandu. Jó chci, ale bylo to fakt děsivý. Protože když už sem tady byl a vystřízlivěl sem, tak furt sem měl tu bolest v tom kolenu. A představ si takovej ten pocit, kdy kolem tebe projdou děti a ty máš v hlavě házím na děti a nemocnice rakovinu. A takovýhle věci, a to ti sděloval ten démon, ta nestvůra. Takže jakoby, viděl sem skutečný zlo, zažil sem paralelní vesmír, nebo pocit nějaký, něco, co je uzamčenýho. Něco jako je třeba v Harry Potterovi, myslím, že je to Fénixův řád, nebo co, jak oni tam hrajou ty hry, že jo a on to dokončí a najednou v té truhle, která see hejbe, je najednou pokoj obrovskéj, tak něco takovýho. Takovej jakoby podsvět, no tak to bylo hodně děsivý no. Pak sem se tady objevil na Ípáku, neměl sem u sebe ani korunu a najednou si říkám, já umřu žízni, já sem dva dny nepil. A najednou se podívám do kapsy a měl sem tam 40 korun. Prostě z ničeho nic, takže to bylo zajímavý, zastávky tramvají a autobusů, který neexistují, čísla sice nějaký, ale prostě. Těžko uvěřitelný, nebo jakoby těžko na chápání, no. Nebo já si myslím, že je to něco jakože, jako kdybych ti popisoval stav na Rivotrilu a teď to pochop. Věř, že ten pocit je, deš a najednou je ti takhle. Tak ty se do toho můžeš dostat, ale není to nikdy ono, dokud to nezažiješ. No jasně Je to vlastně na závěr, jak sem říkal, že mám tu perlu, tak to je tohle to.

T: Super, hele díky moc

R: V pohodě

### III. výzkumný rozhovor

V rámci ochrany osobních údajů, je jméno smyšlené. Pan Aleš s poskytnutím rozhovoru souhlasil, také souhlasil s nahráváním.

Panu Alešovi je 34let, bydlel asi 2 roky v chráněném bydlení Baobabu z.ú., pracuje jako prodavač. V práci nechce říkat, z jakého důvodu má invalidní důchod. Jak sám říká, nechce, aby moc lidí vědělo, že má „papíry na hlavu“. Pan Aleš bydlí ve spolubydlení, se spolubydlícím vychází dobře. Dobře si uvědomuje důležitost užívání medikace.

Rodiče pana Aleše spolu nežili. Aleš žil s matkou, potom ho otec - dle jeho slov - od matky odstěhoval, od té doby žil u babičky, která ale jeho výchovu nezvládala, takže skončil ve výchovném ústavu.

T (tazatel): Tak jo, ještě jednou díky. Kdy jsi začal mít pocit, že je něco špatně?

A: To bylo už dřív, když sem přijel do výchovnýho ústavu. Hmm Tam to vlastně poprvý pro mě bylo deprimující, že sem nebyl blízko rodině a taky vlastně v tom, že sem byl poprvé odkázanej sám na sebe.

T: A jaký to bylo, bejt odkázanej jenom sám na sebe?

I: Bylo to takový nepříjemný, protože to prostředí bylo svým způsobem umělý a na druhou stranu to bylo tak živý to prostředí, že prostě mě to nějakým způsobem poznamenalo asi do budoucna.

T: Dokážeš říct jak?

A: Asi spíš negativně než pozitivně.

T: Takže si myslíš, že ten výchovnej ústav byl spouštěč, něčeho negativního?

I: Je to možný, poznamenalo mně to hodně psychicky.

T: A co tě dovedlo k první návštěvě psychiatra?

A: Úplně poprvé jsem se dostal do psychiatrický péče, když sem řešil rozchod s bývalou přítelkyní. Tak sem vlastně měl takovej menší kolaps, že mi nebylo dobře. Zkolaboval sem a došel sem tenkrát do nemocnice na Františku na neurologii, že mě bolela hlava a tam odtamtud mě poslali do Bohnic, no. A tam tu první hospitalizaci sem ukončil reverzem asi po prvním tejdnu. Hmm

T: A jak to na Františku zdůvodnili, že musíš do Bohnic?

A: Oni se mě ptali, co se mně stalo. Hmm A já, když sem jim to všechno vyprávěl, tak řekli, že je to na psychiatra a ne na neurologii.

T: A co pak následovalo?

A: Pak následovalo právě to, že mě převezli. Nejdřív na Karlák a potom do Bohnic, podle trvalýho bydliště. Jasně

T: Jak Ti byla sdělená konečná diagnóza?

A: Tak konečnou diagnózu mně řekla moje psychiatrička, která mně jí změnila.

T: A ta první diagnóza byla jaká?

A: První diagnóza byla toxická psychóza vyvolaná následkem užívání konopnejch látek. Já sem tam měl menší kolaps potom, co sem si dal jointa, no. T: Chápu

T: Jak vypadalo sdělení konečny diagnózy?

A: Tam já sem se to vlastně dozvěděl z lékařský zprávy, protože doktoři se mnou moc nemluvili. Hmm A ve svý podstatě sem tam nechtěl bejt, no v léčebně. Chápu

T: Co bys potřeboval v tý léčebně jinak, v té době?

A: Kdyby mně řekli, že sem fakt nemocnej.

T: Chápu to správně, že kdyby s tebou jednali na rovinu, tak to bude lepší?

A: Jo

T: Jak reagovalo okolí?

A: Přítelkyně reagovala spíš negativně. To bylo takovýto nepochopení, protože vlastně v tý době, kdy se to stalo, tak sem nebydlel doma, to mě tatínek odstěhoval od maminky. Hmm tak to dopadlo prostě tak, že oni to snad ani nevěděli v první fázi, jo. Prostě o tom neměli ani pojem.

T: A co na to babička?

A: Babička to přijala tak jak to bylo no, tam ona o tom nějak moc nemluvila. T: Hmm Hmm

T: Jak na to reagovali rodiče, když se to ex post dozvěděli?

A: No přijali to no, tak to období bylo zatěžkaný taky drogama no. Takže to hrálo určitou roli v tom a hrálo to roli i pro ty rodiče no. Takže ve svý podstatě si to spojili s těma drogama no. T: Chápu

T: Dokážeš říct, jak ti psychiatrická diagnóza změnila život?

A: Tak v současný době mi ho změnila natolik, že ve svý podstatě nejsem schopej sexu (smích). Protože chodím na injekce každěj měsíc a ty nějakým způsobem to znemožňujou. Hmm, chápu, ještě nějak? Pozitivní je, že mám invalidní důchod. A negativně v tom, že sem se do tý léčebny vracel no. Mám za sebou jedenáctej pobyt a už to není dobrý no.

(ticho)

T: Co myslíš, že by se mohlo změnit při sdělování psychiatrických diagnóz?

A: Tak ten člověk, kterej o tom neví, že má nějakou diagnózu by se na tom měl nějak připravit, jenže na to se nedá připravit. Hmm To prostě když se člověk ocitne poprvé v Bohnicích, tak přemejšlí, jestli tam patří, nebo nepatří. Přemejšlíš vlastně nad tím, jak ses tam dostala a taky přemejšlíš, jak se dostaneš ven. Jasně Takže sdělit tu diagnózu si myslim má smysl určitě, teď de o to, jak s tím člověk dokáže pracovat.

T: Jak myslíš, že by měla být sdělovaná diagnóza, nebo jak tobě by se to líbilo?

A: Tam de spíš o to, aby člověk pochopil, co to znamená. Než samotný nabytí tý informace. Jasně, takže větší edukace? Větší edukace, no.

T: Poslední otázka, je něco o čem sme si nepovídali a přijde ti to důležitý?

A: Přijde mi důležitý říct, že nemoc v životě člověka hraje velkou roli v tom, že dokáže život kdykoli změnit. Protože, když už ta diagnóza nějaká je, člověk s ní nějakou dobu žije, tak dycky to má nějakěj vývoj a posun Hmm Že se to nezastaví a není to to samý, jako mít zlomenou ruku, zlomená ruka sroste, jenže diagnóza psychiatrická se vyvíjí. Nějakým způsobem se s ní člověk naučí žít, ale nikdy neví, co mu hodí zpátky pod ty nohy.

. Hmm Hmm

T: Chápu, dík

A: To je celý?

T: Jo

## V. výzkumný rozhovor

V rámci ochrany osobních údajů, je jméno smyšlené. Pan Jan s poskytnutím rozhovoru souhlasil, také souhlasil s nahráváním.

Panu Janovi je 50 let je to bývalý voják, po vážné, úrazu je upoután na invalidní vozík. Jan byl v době koronavirové krize hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici Bohnice. V současné době je hospitalizovaný v ÚVN s diagnózou válečná psychóza.

Rozhovor s Janem nebyl vedený podle výzkumných otázek, jednalo se o zmapování péče v psychiatrické nemocnici Bohnice.

T (tazatel) Co ta poslední hospitalizace?

J: Síla (smích)

T: povídej

J: Ne, to byla tragédie, prostě, díky koronaviru. Ano Tak to byla tragédie v celých Bohnicích.

T: A co se tam dělo?

J: Hmm, jak to slušně nazvat? Tak klidně to nazvi neslušně. Ne, Přelet nad kukaččím hnízdem byl proti tomu hadr. Aha Vidělas? Ne. Četlas? Ne. Tak si to přečti a uvidíš. Ne, to bylo naprosto, naprosto šílený. Protože, hmm, Ukrajinka, třeba, tu tam zdemolovali tak, že pomalu chtěla dávat sebevraždu, páchat. Co jí provedli? Ignorovali jí. Aha Prostě absolutně nikdo nebral ohled na to, co říká. Hmm A pak se ukázalo, že v podstatě je týraná jedním spolu pacientem na pokoji. Aha Sestry, jedna, můžu jmenovat? Klidně Jedna sestra, které se jmenuje X., tak si tam zasedla na sedmadvacetiletou holčinu, kterou zruinovala tak, že málem v parku snědla tis. Ježiš No, ona ho snědla, tak. Ne, málem snědla, ona ho snědla. A potom jí teda odvezli na, hmm nějakou tu detoxikační, jak se tomu říká metabolickej JIP. Hmm Vrátila se, prostě, v sedmadvaceti totálně vyřízená, neschopná vlastního života. Hmm Z 24 hodin, probřečela 18, zbytek byla v bezvědomí. Protože jí umrtvili práškama. Když X. v noci měla službu, tak jsem o půlnoci slyšel, jak tam na Lenku řve, tak sem tam přijel a v tu ránu byl klid. Hmm A Lenka si mohla jít lehnout. Prostě jí ničili, ona vlastně kvůli X. odešla z prvního patra, kde bylo to volný oddělení. Hmm Jí vrátili na uzavřený oddělení, no a X. tam začla chodit na noční, ne. Aha Tak to byla druhá.

T: Co jí prováděla X.?

J: X., jí ničila psychicky. Hmm Jo, hmm, ona Lenka na tom byla psychicky blbě i normálně. Ale ona byla, co byla, anorekcie, hmm anorexie, no tak Lenku tam přivezli, když při vejšce asi 172 centimetrů měla 41 kilo. Měla tam přibrat aspoň na 55, X. jí prostě dělala ze života peklo. Hmm Protože X., ta neměla vejšku, ta měla pouze průměr. Hmm Jo, ta byla koule, chodící. Hmm Tak jí tam dělala ze života peklo a obzvlášť potom, když ještě Lenka dostala, Lenka dostala, eee speciální stravu, jo, aby se vyživila. Dávali jí nějaký typrotejnáky, ty nápoje. Hmm Když potřebovala, tak si měla zavolat tu sestru, jak dělá jídlo. Jo, X. jí to nikdy nepředala, tý sestře. Aha Když někdo něco zapomněl na oddělení svého, někde se to válelo a X. měla noční, tak už se to nikdy nenašlo. Aha No a takovýhle, takovýhle prostě ty situace. Já sem se třeba nedostal ven, jenom proto, že staniční bratr odmítl vydat nájezdový rampy. Tak sem nemoh ven. To je šílený A takovýhle, takovýhle akce, jo. No a Lenka tu v podstatě museli propustit odtamtud, protože X. by jí psychicky zničila. No, tak s tím bojuje teďka nějak doma, no. Jo, prostě, X. jí dycky dala prášky na spaní, takže Lenka s sebou švihla a spala a druhej den ráno, zase slzavý údolí. Hmm A teď žije v tom, že když má 55 kilo, tak je tlustá. Hmm, takže jí nepomohli. Myslím, vysoká je asi jako ty (poznámka tazatele, měřím cca 168 cm). Jenom kvůli corona viru, se tam v podstatě nedělá žádná terapie. Hmm Ta kvůli corona viru v podstatě neexistuje. Teď už možná jo, ale když sem tam byl já, tak tam prostě terapie



neexistovala. No a tady, tady je to něco podobného v bledě modrém (poznámka tazatele, v ÚVN). Je to trošku lepší, tím, že to je malý. Tak prostě tady je to, jo ptaj se na mé problémy, už asi diagnostikovali, v čem mam problém, ale prostě, zvládnete to doma, nezvládnou, budu mít ty blbý nápady zase. Hmm A tak dále, a tak dále a tak dále, jo prostě není tady, není tady nic návazného, kam by člověk moh nějakým způsobem, jako a už vůbec ne, na vozejku vyrazit. Kam by moh jít, nebo někde něco, nějak prostě absolvovat. Třeba v těch Bohnicích by to bylo skvělý, ale jedinej funkční pavilon, kterej tam je, tak 26 a to je akutní péče. Hmm Tam se v podstatě nedá bejt furt, protože na ty centrální terapie tam se nedostanu, nedostanu se prostě já nevím na arteterapii, eště tak možná bych se dostal na koně, ale to je tak všechno, jo. Hmm Jinak prostě není šance se tam dostat. Eee, možná prej by byla šance, převést na Karlák, tam prej na jednom otevřenym oddělení, nějaká terapie je. Ale jinak prostě tady, tady je užasná psycholožka. Ano Ale psychologů, který prej umí zvládnout tadydlety traumata, tak těch je strašně málo i v Praze. Natož v celý republice, jo, max 15 % všech psychologů, prý umí pracovat s traumatama. To je šílený.

T: Jak dlouho si byl v Bohnicích?

J: 3 tejdny

T: A tady seš tak tejdny? Žluté přidat do rozhovoru.

Ve středu to byl tejdny, takže 11 dní. A tady je to nějak teoreticky limitovný, takhle tady takový ty blbý kec, že tady můžeš bejt 22 dnů. Jo, ale samozřejmě jako, to můžou říkat někomu jinýmu, ne mně. Protože v tom zákonu o zdravotní péči je jasně daný, že pokud léčba plní účel, tak se jede dál, že jo. A máš pocit, že plní účel? Tak jako, ne. Ne (smích), nemám pocit, že plní účel, protože stačí chvilka a prostě lítám v takových těch náladách, co tady dál. Jo Poslední vůle sepsaná, proč tady zabírat plac. Jo, to je dost šílený no. Jo, prostě ležíš v noci, probudíš se ve 4 ráno, jo to je ta básnička, jak sem psal, že ee, neschopen spánku, obracím stránku, leze mi krkem hodina mezi psem a vlkem. Jo to je ta 3, 4, prostě, jo. Probudíš se, čumíš do stropu, nemůžeš si pustit nic, protože ti seberou sluchátka, nesmíš mít sluchátka u sebe. Nesmíš mít nabíječku, jo. Já, nechápu to. Nechápu, co jim vadí na sluchátkách. Jako asi by jim nevadily sluchátka, který sou jako eee, bluetoočkový. Jo, nesmí tam bejt kaloun na tom. Jo, tady ti seberou kaničky, ale nechaj mi vozejk, kde je 100 ampér. Naštěstí mam sandály, takže kaničky mi vzít nemůžou.

T: A jak bys to udělal?

J: Jednoduše, jeden kabel vytáhnu z toho, dám si ho na hlavu, postavim to do vody a zmáčknu čudl. Co na to doktoři? A je to i po kremaci.

J: Co na to páni doktoři?

T: Doktoři zezelenaj a přidaj mi prášky (smích). Ne jako, tohle jsem ještě nepoužil, tuhle tu hard variantu, ale dycky když se mně zeptá, teďkon sem dorazil tu, jak se menuje, psycholožku. Protože se mě jako zeptala, co ty mé nápady, tak sem jí řek, že ta závěť už funguje. Pak mně řekla, no ještě byste si měl vyřídit, ono se to nějak menuje, ale je to prostě takovýto, kdy neoživot. Aha, jo. Tak já říkám, tak já to řeknu doktorce, ale tu asi odvezou co. A ona říká, no tahle doktorka s tím nemá co dělat. To vám musí udělat obvodáčka. No tak sem to obvodáče zavola, ne. No a co na to obvodáčka? Myslim, že skončila v práci ten den. Měl sem telefon daleko od ucha, puštěnej potichu a slyšel sem. Od paní doktorky sem v životě neslyšel slovo kretén, tak teď tam bylo asi 5x. Aha, jo. Ale, že prej to napíše. A psycholožka na mě kouká a říká, neberete to, jako návod k sebevraždě. A já říkám, ne, já mám svých nápadů dost.

Mimo záznam mluvil Jan o tom, že mu nejvíc vadí, že psychiatři jen předepisují léky. Ale nijak zvlášť se o pacienty nezajímají. Nezajímají je ani vedlejší účinky léků, které předepisují.

### 13. Seznam použité literatury

- Češková, E. & Příkryl, R. (2013). *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf.
- Mahrová, G., Venglářová, M., Čadková-Svejkovská, M., Hronová, M., Chytil, O., Laštovica, M. . . . & Knapp, P. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Pěč, O. & Probstová, V. (2009) *Psychózy*. Praha: Triton.
- Prinzhorn, H. (2009). *Výtvarná tvorba duševně nemocných*. (B. Hudcová, překl.) Řevnice: Arbor vitae. (Originál byl publikován v roce 1922 s názvem *Bildneri des Geisteskranken*)
- Probstová, V. & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- Vacek, J. (1996). *O nemocech duše: Kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta.

#### Elektronické zdroje

- Baláž, M. & Kašpárek, T. (2017). Extrapyramidové účinky léčiv – minimum pro farmaceuty. *Praktické lékárenství*. 13(4), 151–155. Dostupné z <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2017/04/02.pdf>
- Bergsholm, P. (2016). Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses.[Essay]. *BMC Psychiatry* 16:387. Dostupné z <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1101-5>
- Centrum pro rozvoj duševního zdraví (n.d.). Antipsychotika. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/schizofrenni-poruchy/antipsychotika/>
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 1(1): 16–20. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K. & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 324–333. Dostupné z <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12050599>
- Česká televize (2020, 17. března). *Sama doma. Rozhovor s Janem Drobným z CDZ Fokus Praha*. Dostupné z <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1148499747-sama-doma/220562220600042/video/756989>
- Český rozhlas (2016, 25. listopadu). Will Hall v Diagnóze F: Život se schizofrenií, ale bez léků. [Rozhovor]. Dostupné z <https://wave.rozhlas.cz/will-hall-v-diagnoze-f-zivot-se-schizofrenii-ale-bez-leku-5188413>
- Češková, E. (2011). Postavení Aripiprazolu v klinické praxi. *Čes a slov Psychiatr* 107(2), 110–114. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=698>
- Češková, E., Novotný T., Floriánová A. & Pálenský V. (2005). Snášenlivost a bezpečnost antipsychotik druhé a třetí generace. *Čes. a slov. Psychiat.*, 101(2), 92–97. Dostupné z [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_2\\_92\\_97.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_2_92_97.pdf)
- Deegan, P. (n.d.). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. Arlington: National alliance on mental illness. Dostupné z <https://www.nami.org/getattachment/Extranet/Education,-Training-and-Outreach-Programs/Signature-Classes/NAMI-Homefront/HF-Additional-Resources/HF15AR6LivedExpRehab.pdf>
- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (European Commission), The London School of Economics and Political Science (2010). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe* [research paper]. Dostupné z <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6722432a-f359-4523-b3b5-d4df5af64eeb>
- Endler, N. S. (1988). The origins of electroconvulsive therapy (ECT). *Convulsive therapy* 4(1), 5-23. New York: Raven Press Ltd. Dostupné z: [https://journals.lww.com/ectjournal/Abstract/1988/04010/The\\_Origins\\_of\\_Electroconvulsive\\_Therapy\\_ECT\\_3.aspx](https://journals.lww.com/ectjournal/Abstract/1988/04010/The_Origins_of_Electroconvulsive_Therapy_ECT_3.aspx)

- Everett, B. (1994). Something is Happening: The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context. *The Journal of Mind and Behaviour*. 15(1-2), 55-70. Dostupné z <http://www.brown.uk.com/brownlibrary/EVERETT.htm>
- Faloon, I. R. H., Kydd, R. R., Coverdale, J. H., & Laldlaw, T., M. (1996). Early Detection and Intervention for Initial Episodes of Schizophrenia. *Schizophreniabulletin* 22 (2), 347-351. Dostupné z: <https://www.mentalhealth.com/mag1/scz/sb-ear2.html>
- Farkač, B., Kondrátová, L., Mladá, K., Müller, M., Říčan, P., Urbášková, G. & Winkler, P. (n.d.). *Včasné intervence u závažných duševních onemocnění: Situační analýza české zkušenosti*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: [http://vizdom.cz/wp-content/uploads/2018/10/ceska\\_situacni\\_analyza.pdf](http://vizdom.cz/wp-content/uploads/2018/10/ceska_situacni_analyza.pdf)
- Foitová, Z., Hejzlar, P., Kondrátová, L., Lorenc, J., Machů, V., Pastucha, M., . . . & Šupa, J. (n.d.). *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech*. Hradec Králové: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017\\_02\\_metodika\\_fin\\_web.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf)
- Fokus Liberec (n.d.). *O problematice duševních poruch*. Dostupné z <http://www.fokusliberec.cz/stranky/77/o-problematice-dusevnych-poruch.htm>
- Fokus-praha (2017). *Neztratit moc, hlas a identitu*. [Rozhovor]. A2 – 8/2017. Dostupné z [https://www.fokus-praha.cz/images/aktuality/A2\\_8\\_2017\\_20-21.pdf](https://www.fokus-praha.cz/images/aktuality/A2_8_2017_20-21.pdf)
- Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed With This Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370–380. Dostupné z <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/35/2/370/1908368>
- Hejzlar, P. (2009). Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiat. Pro Praxi*, 10(5), 226-230. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/psy-2009050007\\_Socialni\\_rehabilitace\\_dusevne\\_nemocnych\\_v\\_soucasnych\\_podminkach.php](https://www.solen.cz/artkey/psy-2009050007_Socialni_rehabilitace_dusevne_nemocnych_v_soucasnych_podminkach.php)
- Hippus H. & Müller N. (2008). The work of Emil Kraepelin and his research group in München. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 258(2), 3-11. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18516510>
- Holubová, M. (2015). *Role copingových strategií a kvality života v kontextu sebe-stigmatizace u pacientů se schizofrenií*. [Magisterská diplomová práce.] Dostupné z: <https://theses.cz/id/4e3895/>
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R. Latalova, K., Kamaradova, D., Marackova, M. . . . & Gubova, T. (2016). Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *PubMed Central*. 10, 1151–1158. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928656/>
- Hollý, M. (2018,16. listopadu). Schizofrenici se bojí pronásledování či spiknutí, říká odborník. *Právo*. Dostupné z <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/schizofrenici-se-boji-pronasledovani-ci-spiknuti-rika-odbornik-40255911>
- Horčíčko, J. (n.d.). Elektrokonvulzivní terapie – ECT. Dostupné z webových stránek Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod: dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/elektrokonvulzivni-terapie-ect>
- InformedChoiceTDI (2012, 27. července). Pat Deegan-Common Ground. [Video]. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=FZnb0nN3-IO>,
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4). Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/b156/e41fe73597f39b5a7ee574994d5de6169625.pdf>
- Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Šouláková, B., Mladá, K., Pasz., . . . & Winkler, P. (2016). Stigmatizace v České republice. [Výzkumná zpráva] Klecany: Národní ústav duševního zdraví.
- Jarolímek, M. (2010). Transformace psychiatrické péče. In Na cestě ke komunitní psychiatrii. *Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. (S. 90–100). Pardubice: Theo.
- Kameníková, L., Pomykac, J. & Farghali, H. (2015). Nežádoucí účinky antipsychotické léčby. *Psychiatrie pro Praxi*, 16(2), 56–59. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/02/05.pdf>

- Komise evropských společenství. (2005). ZELEŇ KNIHA, Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Brusel: V Bruselu dne 14.10.2005 KOM(2005) 484 v konečném znění
- Kyziridis, T. Ch. (2005). Notes on the History of Schizophrenia. *Reprinted from The German Journal of Psychiatry*. Dostupné z [https://pdfs.semanticscholar.org/005b/bfa48c1f2f836b8a8821d52504e4cce26dcb.pdf?g\\_a=2.176072546.1104987188.1590770155-159568702.1590770155](https://pdfs.semanticscholar.org/005b/bfa48c1f2f836b8a8821d52504e4cce26dcb.pdf?g_a=2.176072546.1104987188.1590770155-159568702.1590770155)
- Lundbeck. (2016). sp.zn. sukls197377/2016. Fluanxol 1 mg potahované tablety. Dostupné z: [https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Fluanxol\\_1mg\\_potahovane-tablety\\_SPC.pdf](https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Fluanxol_1mg_potahovane-tablety_SPC.pdf)
- macklertranslations (2014, 10. dubna). O vysazování psychiatrických léků: setkání spřízněných duší (Psych Drugs, Czech). [Film]. Dostupné na [https://www.youtube.com/watch?v=1nld1gN\\_Q8](https://www.youtube.com/watch?v=1nld1gN_Q8) HYPERLINK  
"[https://www.youtube.com/watch?v=1nld1gN\\_Q8&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=1nld1gN_Q8&feature=youtu.be)" HYPERLINK
- Mayerová, M. (n.d.). *Schizofrenie*. [Prezentace]. Dostupné z webových stránek informačního systému Masarykovy univerzity [https://is.muni.cz/el/1411/jaro2016/VLPY9X1c/um/61778531/SCHIZOFRENIE\\_MISA\\_-\\_nova\\_verze.pdf](https://is.muni.cz/el/1411/jaro2016/VLPY9X1c/um/61778531/SCHIZOFRENIE_MISA_-_nova_verze.pdf)
- MPSV. (2017). *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. Ministerstvo práce a sociálních věcí odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_2\\_2017\\_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c)
- MZ ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče, Verze 1.0*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)
- MZ ČR. (2016). Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ) . Věstník 5/2016. Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR, 2016). Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik5/2016\\_11835\\_3442\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik5/2016_11835_3442_11.html)
- Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Med. praxi*, 9(8, 9), 342–346. Dostupné na <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>
- NUDZ Národní ústav duševního zdraví (2019, 3. března). Festival NA HLAVU: Winkler, Novák, Chrtková, Johnová, Beneš - Reforma psych. péče – diskuse. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=jut5wYEZtas> VIDEO
- NUDZ Národní ústav duševního zdraví (n.d.). Destigmatizační manuál. Klecany. Dostupné z: <https://narovinu.net/wp-content/uploads/2018/11/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf>
- Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., . . . & Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Čes a slov Psychiat*. 110 (5). 250 – 258. Dostupné z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf)
- Pěč (n.d.). *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné*. [Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra\\_brozura\\_04.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra_brozura_04.pdf)
- pembrokeregionalhospital (2017, 12. dubna). Living with Mental Illness Dr Pat Deegan, Keynote Speaker. [Video]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=ZPkE6dKPbgc>
- Podhůrská, M. (2018). *Ten, kdo zrušil léčebny. Basaglia před 40 lety prosadil reformu italské psychiatrie*. [Zpravodajství ČT24.] Dostupné z <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2645309-ten-kdo-zrusil-lecebny-basaglia-pred-40-lety-prosadir-reformu-italske-psychiatrie>
- Polách, L. (2015). Antipsychotika obecně. Dostupné z <http://www.upsychiatra.cz/antipsychotika-obecne/>
- Pompili, M., & Fiorillo, A. (2015). Aggression and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatric times*, 32(7). Dostupné z: <https://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/aggression-and-impulsivity-schizophrenia>
- Psychiatrická společnost ČLS JEP (2017). *MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP. Dostupné z:

- [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)
- Příkryl, R. (2010). Antipsychofarmakologické hnutí. *Psychiatrie pro Praxi*, 11(1), 40–41. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/10.pdf>
- Příkryl, R. & Kučerová, H. (2009). Adherence a postoje pacientů k medikaci antipsychotiky. *Psychiatrie pro Praxi*, 10(4), 171–174. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/04/04.pdf>
- Read, J., Fink, P. J., Rudegeair, T., Felliti, V., & Whitfield, C. L. (2008). Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235. Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/229424262\\_Child\\_Maltreatment\\_and\\_Psychosis\\_A\\_Return\\_to\\_a\\_Genuinely\\_Integrated\\_Bio-Psycho-Social\\_Model](https://www.researchgate.net/publication/229424262_Child_Maltreatment_and_Psychosis_A_Return_to_a_Genuinely_Integrated_Bio-Psycho-Social_Model)
- Sabbatini, R. M. E. (n.d.). The History of Shock Therapy in Psychiatry. *Brain and Mind*. Dostupné z [http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock\\_i.htm#sake1](http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock_i.htm#sake1)
- The Internet Mental Health Initiative. (n.d.). Schizophrenia facts and statistics. Dostupné z: <http://schizophrenia.com/szfacts.htm>
- Silva, R. D. de C. (2017). Reducing the Schizophrenia Stigma: A New Approach Based on Augmented Reality. *Hindawi Computational Intelligence and Neuroscience*. 2017/2721846. Dostupné z: ["https://www.hindawi.com/journals/cin/2017/2721846/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=HDW\\_MRKT\\_GBL\\_SUB\\_ADWO\\_PAI\\_DYNA\\_JOUR\\_X&gclid=EAIaIQobChMI9c-D7rDo5wIVieJ3Ch3EjQVFEAMYASAAEgJD4\\_D\\_BwE"&HYPERLINK](https://www.hindawi.com/journals/cin/2017/2721846/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PAI_DYNA_JOUR_X&gclid=EAIaIQobChMI9c-D7rDo5wIVieJ3Ch3EjQVFEAMYASAAEgJD4_D_BwE)
- Skopová, J. (2016). *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění Informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén. Dostupné z webových stránek Lundbeck Česká republika <https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>
- Eleanor Longdenová. (2016, 17. září). Hlasy v mé hlavě. [Video.] Dostupné z <http://www.slysenihlasu.cz/2016/09/17/eleanor-longdenova-hlasy-v-me-hlave/>
- Jackie Dillonová. (2017, 26. května). Hlasy slyším od dětství. [Video.] Dostupné z <http://www.slysenihlasu.cz/category/pribehy-lidi-s-hlasy/>
- STUDIO 27 "zaostřeno na duši" (2016, 18. ledna). Studio 27 - Není schíza jako schíza - přednáška Cyrila Höschla. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=mutHciywaAs>
- Súkl. (2009). Příloha č. 2 k rozhodnutí o změně registrace sp.zn. sukls247720/2009 a sukls247739/2009 Clozapin Desitin. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/download/spc/SPC6706.pdf>
- Tartakovsky, M. (2019). Media's Damaging Depictions of Mental Illness. *Psych Central*. Dostupné z <https://psychcentral.com/lib/medias-damaging-depictions-of-mental-illness/>
- TEDx Talks (2017, 27. března). I Am Not A Monster: Schizophrenia | Cecilia McGough | TEDxPSU [Video]. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=xbagFzcyNiM>
- Thatrick904 (2017, 24. července). Schizophrenia simulation. [Video]. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=Pr8lyNGAqlw>
- The British Psychological Society (2014). *Understanding psychosis and schizophrenia*. Leicester: British Psychological Society. Dostupné z: <https://www.bps.org.uk/what-psychology/understanding-psychosis-and-schizophrenia>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination. *British journal of psychiatry*, 190(3), 192-193. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/stigma-ignorance-prejudice-or-discrimination/E6F23CE48666A53C8E99870F0474E1AA>
- Úřad vlády ČR. (2020). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030*. Úřad vlády ČR a Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi\\_4114\\_3.html](https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html)
- Van Os, J. (2009). 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century?. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2009.01456.x>
- Wilken, J. P. (2010). *Recovering care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP Publishers. Dostupné z: [https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1275835/Proefschrift\\_Jean\\_Pierre\\_Wilken\\_1211\\_10.pdf](https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1275835/Proefschrift_Jean_Pierre_Wilken_1211_10.pdf)



- Winkler, P., Španiel, F., Csémy, L., Janoušková, M. & Krejníková, L. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum. Dostupné z: [https://www.nudz.cz/files/common/reforma\\_systemu\\_psychiat\\_pecce.pdf](https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pecce.pdf)
- World Health Organisation (WHO).(2019). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize*. Aktualizace k 10. 3. 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- World Health Organisation. (2018). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version 04/2019. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Malá, E. (2008). Diagnóza schizofrenie v dětství a v adolescenci. *Pediatr.pro Praxi*; 9(5); 282-284. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/02.pdf>
- Hadjipapanicolaou, D., Kališová, L., Kozelek, P., Žukov, I., Glaser, T. (2014). Schizofrenie a sebevražedné jednání. *Česká a slovenská psychiatrie*;110(3): 158 -164. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=958>
- Malá, E. (2008). Diagnóza schizofrenie v dětství a v adolescenci. *Pediatr.pro Praxi*, 9(5), 282-284. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/02.pdf>
- Hadjipapanicolaou, D., Kališová, L., Kozelek, P., Žukov, I., & Glaser, T. (2014). Schizofrenie a sebevražedné jednání. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(3), 158 -164. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=958>

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Olga Haisová

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

Název práce: Pocity klientů po sdělení psychiatrické diagnózy

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 83

Počet stránek příloh: 19

Počet titulů v seznamu literatury: 84

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

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

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

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co bylo pro Vás při provedení výzkumu nejtěžší?

Měl by se podle Vás nějak změnit systém sdělování diagnóz pacientům se schizofrenií, a pokud ano – jak? Jakou roli by v tom mohli sehrát sociální pracovníci?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice schizofrenie, konceptu zotavení (recovery), reformě psychiatrické péče v ČR a také problému stigmatizace psychiatrických pacientů. Teorie je obsáhlá, je vidět že autorka pracuje v oboru a že o popsanych problémech přemýšlí, používá množství domácí i zahraniční literatury. Délka teoretické části jde mírně na úkor formálního zpracování, zejména co se týče formátu citací.

Praktická část práce si klade za cíl zmapovat prožívání pacientů se schizofrenií po obdržení diagnózy. Oceňuji autorku v tom, že nalézt pacienty, kteří by byli ochotni mluvit o zvoleném tématu nebylo lehké, podobně vedení rozhovorů s touto cílovou skupinou vyžaduje zkušenosti, které autorka díky své dlouholeté praxi zde mohla uplatnit. Tematická analýza pěti rozhovorů je provedena pečlivě a metodicky správně, výsledky jsou prezentovány přehledně a jsou zajímavé. Určité výhrady mám k diskusi, která by mohla být rozsáhlejší a diskutovat více s odbornou literaturou. Zcela chybí závěr práce. Je škoda, že kvůli množství formálních nedostatků musím snížit navrhovanou známku.

Silné stránky:

- obsáhlá teoretická část, velké množství odborných zdrojů
- důležité téma, náročná cílová skupina participantů
- pečlivě provedená analýza, zajímavá zjištění

Nedostatky:

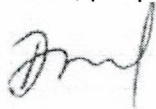
- Chybí bibliografické údaje a evidenční list knihovny
- Seznam literatury je chybně zařazen až za přílohami a nemá správný formát
- Další formální nedostatky (např. chybí čísla stránek v obsahu)
- Kratší diskuse, zcela chybí závěr

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

Navrhovaná klasifikace:

**Velmi dobrý**

Datum, podpis:



\* nehodící se, škrtněte



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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Olga Haisová  
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
 Název práce: Pocity klientů po sdělení psychiatrické diagnózy  
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 78  
 Počet stránek příloh: neuvedeno  
 Počet titulů v seznamu literatury: neuvedeno

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu 

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

Oborová příslušnost 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				
---	--	--	--	--

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

Naplnění cílů práce			X		
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu		X			
Návaznost kapitol a subkapitol		X			
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. Vyjádřete se k uvedeným výtkám.
2. Formulujte závěry svého výzkumu.
3. Má váš výzkum nějaký praktický přínos?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka pro svou diplomovou práci zvolila oborově přílehlavé téma zabývající se problematikou schizofrenie v širším společenském a odborném kontextu.

Teoretická část vymezuje onemocnění schizofrenie, prezentuje model recovery a reformu psychiatrické péče v České republice. Poslední kapitola se zabývá stigmatizací osob s duševním onemocněním a představuje myšlenkový úvod do praktické části. Autorka v úvodu vysvětluje důvody, proč čerpala především z internetových zdrojů, přesto je však nedostatek odborné literatury jedním z nedostatků práce. Na druhou stranu lze ale ocenit autorčinu snahu zorientovat se v problematice za pomoci množství relevantních odborných pramenů z internetu. Teoretická část i přes uvedené nedostatky poskytuje dostatečný vhled do tématu a přináší mnohé zajímavé poznatky. Autorka na problematiku schizofrenie nahlíží z poměrně široké perspektivy, ale přesto se tak neděje na úkor hlubšího porozumění a práce není povrchní.

Praktická část kvalitativního designu v úvodu předkládá metodologii výzkumu, formuluje jeho cíl a výzkumné otázky. Data získaná z rozhovorů s pěti respondenty jsou shrnuta ve 14 tématech, nikde však autorka neuvádí, jaký typ analýzy zvolila a není tedy zřejmé, jakým způsobem postupovala. V podkapitole 9.3.14 (s. 70) dochází k terminologickým chybám (bludy vs halucinace). Diskuse je jakousi úvahou nad tématem, nikoli kritickou reflexí výzkumu, název kapitoly nekoresponduje s názvem v obsahu a uvedené srovnání s jinou DP zcela chybí. Práce neobsahuje závěr, což je závažný formální nedostatek.

Po stylistické a gramatické stránce je práce v pořádku, problematická je formální stránka. Kromě již uvedených výhrad není v pořádku číslování stran, chybí čísla stran v obsahu, chybí bibliografické údaje atd.atd.

Práce i přes uvedené výtky vyhovuje nárokům na diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji  
Navrhovaná klasifikace: 2

Datum, podpis: