

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Veronika Tejkalová

3. ročník – PS

Obor : Speciálně pedagogická andragogika

**OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI
V ÚSTAVNÍ LÉČBĚ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce : PhDr. Petra Černá – Ryněšová

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a pouze z uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci 14. 4. 2010

.....

Děkuji paní PhDr. Petře Černé – Rynešové za odborné vedení při psaní bakalářské práce, za poskytování cenných rad a připomínek.

Za dohled nad formální stránkou bakalářské práce bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. .

Obsah

ÚVOD.....	1
Teoretická část	3
1 Psychiatrické léčebny	3
1.1 Charakteristika psychiatrických léčeben	3
1.2 Psychiatrická intervence	5
2 Etika, práva, povinnosti, kompetence a zásady	9
2.1 Etický kodex lékařů české lékařské komory (Příloha č. 1)	9
2.2 Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o duševní zdraví (Příloha č. 2)	9
2.3 Práva, povinnosti a kompetence	9
3 Diagnostika duševního onemocnění	13
3.1 Etiologie duševního onemocnění	13
3.2 Psychiatrické vyšetření (Příloha č. 3)	14
4 Klientela psychiatrické léčebny	16
4.1 Duševní onemocnění s nejčastější prevalencí, jejich základní charakteristika a způsoby léčby	17
5 Kvalita života osob s duševním onemocněním	30
5.1 Kvalita života v obecném měřítku	30
5.2 Kvalita života pacienta s duševním onemocněním v průběhu léčby ...	30
Praktická část	34
6 Charakteristika výzkumu	34
7 Výzkumné téma	34
7.1 Psychosomatické onemocnění	34
8 Výzkumné metody.....	37
8.1 Kazuistika – případová studie	37
8.2 Pozorování.....	37
8.3 Rozhovor.....	38
9 Cíle mapující studie.....	38
10 Vzorek mapující studie.....	38
11 Případová studie č. 1 – Pan K.....	40
11.1 Dosavadní vývoj problémů	40
11.2 Hospitalizace.....	42
11.3 Současný stav.....	42
11.4 Rodinná anamnéza	43

11.5 Osobní anamnéza.....	44
11.6 Sociální anamnéza	46
11.7 Postoje pacienta	47
11.8 Diskuze	47
12 Případová studie č. 2 – paní V.	49
12.1 Dosavadní vývoj problémů.....	49
12.2 Hospitalizace.....	51
12.3 Současný stav.....	51
12.4 Rodinná anamnéza	52
12.5 Osobní anamnéza.....	53
12.6 Sociální anamnéza	54
12.7 Postoje pacientky.....	55
12.8 Diskuze	56
13 Závěr – zhodnocení výsledků mapující studie.....	58
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH	66
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Téma „Osoby s duševními poruchami v ústavní léčbě“ jsem si zvolila z toho důvodu, že bych se ráda ve své budoucí etopedické praxi zaměřila právě na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Dalším podnětem pro zvolení toho tématu, jakožto mojí absolventské práce, je ten fakt, že duševní onemocnění a lidé touto chorobou trpící jsou laickou společností označováni za „blázny“, psychiatrické léčebny se rázem stávají „blázinci“ a pro takové lidi, kteří se „zbláznili“ a nezvládli určité etapy svého života, tak, jak by si oni sami přáli a jak to od nich společnost očekává, v naší společnosti není místo. Co se odborné veřejnosti týče, ráda bych v práci poukázala na to, jakým způsobem by měl být nastavený vztah pacient – lékař (zdravotnický personál), neboť i v dnešní vyspělé a pokrokové době se setkáváme s despektem ze strany zdravotníků vůči psychiatrickým pacientům, a často dochází k neadekvátnímu zacházení s pacienty.

Účelem teoretické části bakalářské práce je srozumitelně popsat strukturu fungování psychiatrických léčeben, nastínit téma psychiatrické intervence, zásady vztahu pacient – lékař a v neposlední řadě poukázat na duševní onemocnění, která jsou v rámci psychiatrické intervence v posledních letech léčeny nejčastěji, popsat příčiny jejich vzniku, specifika osob s konkrétní duševní poruchou, možnosti léčby a prognózu jednotlivých duševních onemocnění. Teoretická část se snaží o to, aby podala jasný a srozumitelný pohled na systém léčby osob s duševním onemocněním, uvedla širokou neinformovanou veřejnost v problematiku péče o osoby s duševním onemocněním, ujasnila, že se nejedná o účelové zavírání a odstraňování osob s duševním onemocněním do budov psychiatrických léčeben za tím účelem, aby byli tyto osoby vyčleněny z většinové společnosti, ale za účelem toho, aby prostřednictvím farmakologických a terapeutických prostředků docílili stabilizace zdravotního a psychického stavu pacienta, pomohli mu najít motivaci k léčbě a práci na sobě samém, zaktivizovali ho natolik, že po ukončení léčby je potřeba najít vhodnou následnou léčbu a zaměřit se na budování nové kvality života.

Praktická část bakalářské práce je koncipována tak, aby na dvou mapujících studiích jasně ukázala plíživost symptomů vybraného duševního onemocnění, jehož ataka

zaskočí člověka nepřipraveného na to, že jeho dlouhodobě trvající problémy získají na takové intenzitě, která ustupuje velice pomalu a vzniklé duševní onemocnění se stane determinantou jeho dalšího budoucího vývoje, ovlivní jeho interakci v mezilidských vztazích, především však jeho vlastní sebehodnocení, sebezpřijetí, náhled na život, čímž dojde k postižení celkového vnímání vlastní existence a kvality života jako takové.

Cílem celkového dojmu předkládané bakalářské práce je ujasnit systém léčby v psychiatrických léčebnách se zaměřením na postavení pacienta – osoby s duševním onemocněním v léčbě a přiblížit tak problematiku duševních poruch širšímu okolí, jak na základě teoretických podkladů, tak i pomocí mapujících studií zaměřujících se na konkrétní duševní onemocnění sledované u dvou respondentů. Bakalářská práce se snaží ukázat, že není potřeba osoby s duševními poruchami hanlivě nálepkovat a odsuzovat, neboť tím okolí přispívá k jejich sociálnímu vyloučení, mnohdy k oddálení včasné intervence a léčby. Zároveň bych ráda dosáhla objektivního názoru na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, které by pomohlo laické i odborné veřejnosti pochopit, že prostředí, které těmto osobám vytváříme, je pro ně stěžejní, a to obzvláště v době léčby a resocializace.

Teoretická část

1 Psychiatrické léčebny

V úvodních dvou kapitolách uvedeme informace o struktuře a organizaci fungování psychiatrických léčeben a o psychiatrické intervenci, tedy způsobech hospitalizace v PL.

1.1 Charakteristika psychiatrických léčeben

Úkolem psychiatrických léčeben je dlouhodobá léčba a rehabilitace osob s duševními poruchami, deviantním chováním, závislých na alkoholu a jiných návykových látkách všech věkových kategorií. Zároveň plní úlohy psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde doposud nebyla zřízena psychiatrická oddělení, nebo kde není dostatečná lůžková kapacita. Psychiatrické léčebny tedy stále plní akutní psychiatrickou péči, kterou by v budoucnu měla zastoupit právě nemocniční psychiatrická oddělení.

Psychiatrické léčebny vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných pracovišť, která lze rozlišit na oddělení příjmová, doléčovací, rehabilitační, psychoterapeutická, psychogeriatrická, pro léčbu závislostí, dětská a adolescentní, pro ochrannou léčbu, sexuologická, somatická a jiná. Psychiatrické léčebny jsou povinny přijmout k hospitalizaci osobu s duševním onemocněním ze své spádové oblasti a na základě nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely rovněž z příslušné spádové oblasti.

Kromě psychiatrických léčeben se všeobecným zaměřením lze rozlišit také léčebny specializované na psychické poruchy dětí a mladistvých, na osoby se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách.

V 60. letech se počet psychiatrických lůžek v léčebnách pohyboval kolem 150 lůžek na 100 000 obyvatel, stav lůžek se podařilo snížit k roku 1990, kdy byl jejich počet snížen na 100 lůžek na 100 000 obyvatel. Opačnou tendenci měl stav lůžek na psychiatrických odděleních v nemocnicích, kde v 60. letech byl stav lůžek 8 na 100 000 obyvatel a v roce 1995 se zvýšil na 11 lůžek na 100 000 obyvatel. Průměrné využití lůžek od roku 1985 klesá, jak na nemocničních psychiatrických odděleních, tak v psychiatrických léčebnách, a průměrná ošetrovací doba se v prvním případě zkrátila na 30 dní, ve druhém na 80 dní.

Psychiatrické léčebny jsou ve značné míře stavebně, technicky i hygienicky zanedbané a jejich celkový stav neodpovídá současným standardům. Věci nepřidává ani fakt, že chybí středně zdravotnický personál, sociální pracovníci, ale bohužel i odborníci v konkrétních oblastech.

V roce 2000 bylo v ČR celkem 21 psychiatrických léčeben s 10 075 lůžky, z toho 3 zařízení výhradně pro děti a mládež s 358 lůžky, ve zbývajících zařízeních (9 717 lůžek) bylo pro děti a mládež vyčleněno 238 lůžek, 1700 lůžek určeno pro léčbu psychogeriatrických pacientů, 1317 pro léčbu alkoholiků a toxikomanů a 140 pro léčbu poruch sexuologických.

Stav lůžek k roku 2001 v psychiatrické péči se pohyboval okolo 11 400 lůžek, z čehož 88% tvoří lůžka v psychiatrických léčebnách a 12% lůžka na psychiatrických odděleních nemocnic. Výhledově se současná psychiatrická péče snaží směřovat k tomu, aby se počet lůžek jak na psychiatrických odděleních v nemocnicích tak v psychiatrických léčebnách snižoval a to tak, že by připadalo 100 lůžek na 100 000 obyvatel, kdy by 45 % představovala lůžka pro akutní psychiatrickou péči a 55% lůžka pro následnou péči. Tento proces je však otázkou kompletní restrukturalizace psychiatrické péče v ČR, s čímž souvisí rozvíjení ambulantních, intermediárních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním. (Česká asociace pro psychické zdraví, 2009)

„V roce 2008 zajišťovalo psychiatrickou péči 32 psychiatrických oddělení nemocnic s 1 396 lůžky. Péči na těchto odděleních zajišťovalo 687,32 odborných pracovníků (počty pracovníků přepočtené podle délky úvazku), z toho 163,06 lékařů.

Dále psychiatrickou péči zajišťovalo 16 psychiatrických léčeben pro dospělé s 9 240 lůžky a 3 psychiatrické léčebny pro děti s 300 lůžky. Z celkového počtu lůžek v psychiatrických léčebnách připadlo 19 % na pracoviště gerontopsychiatrická, 13 % na pracoviště pro léčbu alkoholismu a ostatních závislostí, téměř 6 % na pracoviště dětské a dorostové psychiatrie a 1,5 % na pracoviště sexuologická. Péči v těchto léčebnách zajišťovalo celkem 514,53 lékařů a 2 973,91 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí.

Průměrná ošetrovací doba na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách dosáhla 65,1 dne a proti předchozímu roku se zvýšila o 3,5 dne.

V psychiatrických odděleních nemocnic byla průměrná ošetrovací doba 19,7 dne a v psychiatrických léčebnách 86,2 dne. Mezi léčebnami a odděleními nemocnic jsou velké rozdíly a rozdíly jsou také v rámci léčení, a to podle určení, zda poskytují dlouhodobou nebo akutní péči.“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – Psychiatrická péče, 2008, s. 17)

1.2 Psychiatrická intervence

Hospitalizace v psychiatrické léčebně znamená co nejintenzivněji působit na člověka, který se rozhodl k dobrovolné léčbě, či mu byla léčba soudně nařízena, nebo je osobě uložena léčba ochranná. Základem je pravidelný režim, respektování a přijetí vnitřního řádu oddělení a stejně tak přijetí a akceptování ostatních pacientů. Celý pobyt je naplňován skupinovými i individuálními konzultacemi s odborníky, komunitami, terapiemi. Součástí pobytu je také společná péče o chod oddělení – úklid, příprava jídel, drobné práce a úpravy.

Po ukončení léčby může být využívána pomoc v podobě ambulantní psychiatrické / psychologické péče, docházení do denního stacionáře pro osoby s duševním onemocněním, pravidelné navštěvování terapeutických skupin,...

a) Dobrovolná hospitalizace

K dobrovolné hospitalizaci pacient většinou přistupuje na doporučení svého ošetřujícího lékaře, pokud dojde ke zhoršení pacientova zdravotního nebo psychického stavu, popř. obojího.

Pacient má dle zákona nárok nastoupit léčbu v psychiatrické léčebně či psychiatrickém oddělení ve své spádové oblasti, tedy v blízkosti svého trvalého bydliště. Při příjmu na lůžkové oddělení by měl být pacientovi předložen dokument, jehož podpisem ztvrzuje dobrovolný nástup do léčby a jenž ho opravňuje kdykoli dobrovolně ukončit léčbu (tzv. revers). Pokud ovšem lékař shledá, že by pacient mohl být vzhledem ke svému zdravotnímu nebo psychickému stavu nebezpečný sám sobě nebo svému okolí, může svým působením na pacienta docílit toho, že pacient léčbu dokončí, nebo se léčba změní na nedobrovolnou hospitalizaci.

S podpisem dokumentu o souhlasu k podstoupení dobrovolné léčby souvisí také písemný souhlas či nesouhlas o metodách diagnostiky a způsobech léčby, či o změně

průběhu léčby. Tento dokument bývá často pacientovi dáván k podpisu zároveň s dokumentem o dobrovolné hospitalizaci na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické léčebně, což je ovšem postup nekorektní, neboť je potřeba pacienta seznámit s průběhem chodu zařízení, jeho diagnostiky a následně mu nastínit možné způsoby jeho léčby, popřípadě použití psychofarmak v souladu s jeho léčbou. Pokud pacient odmítne nabízený postup při léčbě, měl by jeho ošetřující lékař jeho rozhodnutí respektovat a snažit se pacientovi poskytnout alternativy léčby, které by mu vyhovovaly. Ošetřující lékař nemusí respektovat pacientovo svobodné rozhodnutí o léčbě, pokud u pacienta došlo ke změně dobrovolné hospitalizace na nedobrovolnou, pacientovi byla omezena způsobilost k právním úkonům či byla plně omezena, pacient je v ochranné léčbě, nebo svým stavem ohrožuje sám sebe či své okolí. (Česká asociace pro psychické zdraví, 2009)

b) Nedobrovolná hospitalizace

Dle Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a Občanského soudního řádu č. 99/1963 Sb. může lékař nařídit nedobrovolnou léčbu, jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace, ohrožující sebe nebo své okolí. Potenciální pacient bývá na místo určení převezen záchrannou službu, pokud je agresivní, převoz zajišťuje Policie ČR. Pokud se pacient do 24hodin nerozhodne podepsat dokument potvrzující dobrovolnou léčbu, je psychiatrická léčebna / psychiatrické oddělení povinno ohlásit přijetí pacienta do 24hodin od jeho příjmu soudu v příslušné oblasti a soud pak musí do 7 dnů rozhodnout, zdali bylo nedobrovolné přijetí do léčby v souladu se zákonem a zdali by se mělo v léčbě pokračovat. Stejně tak musí postupovat ošetřující lékař, pokud se rozhodne pro určitá omezení v pacientově léčbě (zákaz vycházek, zákaz návštěv pacienta, odmítnutí propuštění pacienta na revers).

Zahájí se tedy soudní řízení, jehož součástí je také výpověď pacienta. Pacient má rovněž právo zvolit si svého právního zástupce (opatrovníka pro řízení), jemuž uděluje plnou moc ve věcech řízení, a jehož zájmy nejsou v rozporu se zájmy pacienta (nejedná se tedy pouze o advokáta). Pokud tak pacient neučiní, právního zástupce určuje stát, stejně tak hradí služby jím poskytnuté, pokud pacient nemá prostředky na úhradu těchto služeb.

Dalším právem pacienta nebo jeho právního zástupce je náhled do všech informací, které byly shromážděny a poskytnuty soudu a mohou být rozhodující ve věci soudního řízení.

Jestliže soud shledá, že bylo počínání při nástupu do nedobrovolné léčby v souladu se zákonem, musí být rozhodnutí soudu doručeno přímo pacientovi nebo jeho opatrovníkovi pro řízení, proti němuž se mohou do 15 dnů odvolat. Ve věci odvolání pak vystupuje senát příslušného krajského soudu.

Soud tedy shledal jednání příslušného ústavu za zákonné a pokračuje v řízení týkající se přípustnosti dalšího držení pacienta v ústavu. Součástí tohoto řízení by mělo být vypracování odborného posudku znalcem. Soud by měl výsledek řízení o dalším zadržování na lůžkovém oddělení vyhlásit do 3 měsíců od výroku o přípustnosti převzetí do léčby a dále musí soud stanovit délku nedobrovolné hospitalizace (max. 1 rok) s tím, že je v pravomoci daného zařízení ukončit pacientovu léčbu na základě celkového posouzení ošetřujícího lékaře dříve, než bylo stanoveno soudem. Proti rozsudku soudu je možné se opět do 15 dnů odvolat.

Soudní praxe v rozhodování o nedobrovolné psychiatrické intervenci na lůžkovém oddělení se má tak, že 99 % případů je odsouhlaseno ve prospěch psychiatrického zařízení a pacient nastupuje nedobrovolnou hospitalizaci v daném zařízení, přičemž pacient dostává možnost „legalizovat“ svou hospitalizaci, to znamená, že pacient dodatečně podepíše dokument o souhlasu s hospitalizací. Pacient se tak zpravidla rozhoduje na základě toho, že se vyhne léčbě na uzavřeném oddělení, které má striktní pravidla a také četná omezení (zákaz vycházek, zákaz návštěv pacienta, pacient nesmí mít u sebe mobilní telefon atp.). (Česká asociace pro psychické zdraví, 2009)

c) Ochranná léčba

Ochranné léčení ukládá soud dle Trestního zákona č. 140/1960 Sb., pokud se osoba dopustí trestného činu, je v době spáchání trestného činu nepřičetná, nebo se v době páchaní trestného činu nacházela ve stavu vyvolaném duševní poruchou, či byla pod vlivem návykových látek. Ochranná léčba může probíhat ve věznicích, ale i v léčebných zařízeních. Proti rozhodnutí soudu se lze do 8 dnů ode dne doručení rozsudku odvolat,

může se odvolat sám pacient, či jeho příbuzní v přímém pokolení, sourozenci, osvojitelé, osvojenci, manžel, druh. V případě omezení způsobilosti k právním úkonům či zbavení způsobilosti k právním úkonům se ve věci rozhodnutí soudu odvolává zákonný zástupce a jeho obhájce, ať už ve prospěch či proti prospěchu pacienta. O ukončení léčby nebo o změně způsobu léčby (ambulantní ↔ hospitalizační) rozhoduje soud. (Česká asociace pro psychické zdraví, 2009)

2 Etika, práva, povinnosti, kompetence a zásady

Následující oddíly kapitoly vycházejí z Etického kodexu ČLK, Deklarace práv duševně postižených lidí a snaží se vymezit výchozí určující pravidla, zásady, práva a povinnosti lékařů, zdravotnického personálu a jejich vzájemného vztahu s pacienty a naopak.

2.1 Etický kodex lékařů české lékařské komory (Příloha č. 1)

Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnost dne 1. 1. 1996 a vymezuje obecné zásady závazné pro každého praktikujícího lékaře v oblasti výkonu jeho profese, vztahu mezi pacienty a ostatními kolegy či jinými odborníky.

2.2 Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o duševní zdraví (Příloha č. 2)

Tento dokument lze nazvat jako jakési pokračování Deklarace práv duševně postižených osob, který blíže rozpracovává, jak některé pojmy v psychiatrii chápat, konkretizuje obecně definovaná práva svobod a kompetencí, upravuje péči a léčbu o pacienty s psychiatrickou diagnózou.

2.3 Práva, povinnosti a kompetence

Ucelený pohled na osoby s duševním onemocněním, jejich práva a povinnosti, jak této cílové skupině obyvatel přistupovat, upravuje v České republice několik dokumentů, které by měly být směrodatné jak pro osoby s duševním onemocněním, které nastoupili do jakékoli formy terapie, tak pro odborníky, kteří s touto cílovou skupinou pracují.

V praxi by se tedy mělo vycházet z dokumentů, které jsou jednak mezinárodně platnými úmluvami, tak i vnitřními pravidly českého státu, čímž se rozumí právní předpisy, vnitřní pravidla, postupy a metodika konkrétních zařízení provozujících podporu, péči a služby pro osoby s duševním onemocněním, či obecně platné postupy zveřejněné na odborných konferencích. Mezi takové konkrétní dokumenty, ze kterých druhá kapitola bakalářské práce vychází například patří: Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Listina základních práv a svobod, Mezinárodní pakt o politických a občanských právech, Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

a příslušné vyhlášky k tomuto zákonu, Kodex práv pacientů, Etický kodex české lékařské komory, Deklarace lidských práv duševně nemocných.

2.3.1 Práva, povinnosti a kompetence na straně pacienta

Každý pacient psychiatrické léčebny má právo na řádné, srozumitelné poučení o povaze svého onemocnění, o způsobu jeho léčby, o jejích pozitivních a rizicích, na základě tohoto poučení dává souhlas s hospitalizací v psychiatrické léčebně a také by měl dát informovaný souhlas s léčbou, kterou v rámci hospitalizace podstoupí (způsob léčby, farmakoterapie, vedlejší účinky podávaných léků, jakákoli změna v postupu léčby a léčebného přístupu), zároveň má právo nabízené léčebné přístupy odmítnout, odmítnout hospitalizaci či požádat zdravotnický personál o to, aby ho průběžně o jeho zdravotním stavu a postupech s ním souvisejících neinformoval z důvodu vlastního strachu, stresu z postupu nemoci. Zdravotnické zařízení má ze zákona povinnost informovat objektivně o zdravotním stavu jak pacienta, tak i jeho rodinu, informace pro rodinu nejsou poskytovány na žádost pacienta.

Během hospitalizace má pacient nárok na důstojné zacházení a zachování integrity, zájmy pacienta jsou nadřazené zájmům zdravotnického personálu. Mělo by být zachováno pacientovo soukromí, rozbor, konzultace a pacientova léčba jsou interní a důvěrnou záležitostí, k níž mohou být přizvány jiné osoby pouze se souhlasem pacienta. Zároveň má sám pacient právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, která je o něm vedena.

Co se týče osobních věcí, pacient na otevřeném oddělení má právo mít u sebe své doklady, disponovat a manipulovat s penězi dle svého uvážení, rovněž může mít u sebe cenné věci jako například mobilní telefon. Obdobná pravidla platí i pro návštěvy a volný pohyb pacientů jak po areálu zdravotnického zařízení, tak i mimo něj, pokud tím však neporušuje vnitřní pravidla oddělení, na kterém je umístěn, a nenarušuje systém léčby, která mu je poskytována.

U osob na uzavřených odděleních, u osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo u osob zbavených způsobilostí k právním úkonům se situace ohledně disponování osobními věcmi, volným pohybem a návštěv posuzuje individuálně

v závislosti na zdravotním stavu pacienta, na vnitřních pravidlech oddělení a na formě léčby.

Co se týče pacientových povinností, tak se mezi ně řadí obdobné podmínky, které by měli být dodržovány i ve vztahu k jeho osobě, znamená to, že pacient dobrovolně absolvující léčbu, by se měl k personálu a k pacientům psychiatrické léčebny chovat s respektem, měl by respektovat jejich individualitu, právo na soukromí, právo na vlastní názor; měl by spolupracovat s odborníky při jeho individuální léčbě, tak i při skupinových komunitách a terapiích, očekává se, že bude respektovat vnitřní řád a chod oddělení, na kterém je hospitalizován, a bude se na jeho chodu vlastními silami podílet. Pokud tak neučiní, bude si vědom toho, že za jeho nežádoucí chování či jednání mohou následovat mírné, ale i velmi zásadní postihy (od finanční pokuty za dívání se na televizi mimo povolenou dobu až po omezující prostředky v případě, že pacient ohrozí zdraví personálu či pacientů).

2.3.2 Práva, povinnosti a kompetence na straně lékařů

Zdravotnický personál je vázán ve svém chování několika dokumenty, mezi ty nejdůležitější bychom mohli zařadit Etický kodex lékařské komory, Zákon o mlčenlivosti, Zákon o péči o zdraví lidu, které by měly být pro personál zavazující v tom, že bude zachovávat důstojnost, integritu a zájmy pacientů. Lékař je povinen pacienta informovat o jeho diagnóze, o tom, co jeho duševní onemocnění obnáší, měl by mu sdělit vhodný způsob léčby, které by se pacient měl podrobit, pokud s danou formou léčby souhlasí. Pokud lékař shledá, že je třeba léčbu, medikaci apod. změnit, je rovněž povinen o těchto změnách pacienta informovat a neměl by změnit provádět bez jeho souhlasu.

Povinná mlčenlivost zavazuje zdravotníky k ochraně osobních údajů a dat, k nevynešení informací, které se dozví v průběhu léčby (např.: při různých typech skupinových terapií, při individuální práci s pacientem). Pokud by do dokumentace o zdravotním stavu pacienta chtěla nahlédnout neoprávněná osoba, je potřeba písemného souhlasu pacienta. Zdravotnický personál může povinnost mlčenlivosti překročit v případě, že ví o tom, že by pacient spáchal trestný čin, nebo by spáchání trestného činu plánoval.

Při přijímání nového pacienta na lůžkové oddělení je třeba, aby lékař dal pacientovi k podpisu dokument o souhlasu s hospitalizací, pokud tak pacient neučiní do 24 hodin od přijetí, je lékař povinen tuto skutečnost nahlásit soudu, který vydá vyjádření o nedobrovolné hospitalizaci. Pacient může být přijat nedobrovolně na lůžkové oddělení v případě, že o jeho hospitalizaci rozhodl soud, v případě, že se jedná o osobu, která svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí, nebo tato osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podat souhlas s hospitalizací, a je nutné provést zákroky, které zachovají její život a zdraví.

Lékař je oprávněn použít tzv. omezující prostředky (restriktivní opatření), a to v případě, že pacient svým chováním ohrožuje své zdraví nebo zdraví ostatních pacientů a personálu. Pokud se takto rozhodne, je povinen celý postup zaznamenat do pacientovy dokumentace. Jedná-li se o pacienta v dobrovolné léčbě, musí toto opatření být nahlášeno příslušnému soudu. Jako omezující prostředky jsou využívány: pobyt na izolaci, umístění pacienta v ochranném lůžku, omezení pohybu (kurty, pásy), připoutání, podání psychofarmak. Celý postup musí být proveden tak, aby byl adekvátní nastalé situaci a pacienta nijak nepoškodil.

Psychiatrická léčebna je oprávněna podat návrh soudu na zahájení řízení o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům.

3 Diagnostika duševního onemocnění

Kapitola věnovaná diagnostice zmiňuje jednak příčiny možného vzniku duševní poruchy, tak i průběh psychiatrického vyšetření a určení správné diagnózy.

3.1 Etiologie duševního onemocnění

Lékařská mezinárodní klasifikace nemocí uvádí definici zdraví takto: *„stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady.“* Z definice vyplývá, že zdraví, potažmo nemoc, nemá pouze jednu příčinu, ale celkový stav člověka je ovlivněn několika faktory, které jsou determinovány složkami fyzické a psychické homeostázy v kontextu se sociálním prostředím, ve kterém osoba žije.

Vznik duševního onemocnění je důsledkem několika zároveň působících faktorů, které jsou natolik provázány, že i u již diagnostikovaného pacienta je těžké určit, co bylo hlavní příčinou projevu duševního onemocnění. Mezi příčiny můžeme zařadit faktory biologické, psychologické, sociální.

Biologické faktory představuje dědičnost, kterou však nelze brát jako fatálního činitele při vzniku duševního onemocnění, neboť geny vytváří pouze jakýsi předpoklad, který v kombinaci s jinými genetickými predispozicemi, osobnostní výbavou člověka, tolerancí vůči stresu apod. dají příčinu vzniku duševní nemoci. Existují duševní poruchy, jež jsou klasifikovány jako organické duševní poruchy, které mohou být způsobeny atrofií, zánětem, nádorem, zraněním nebo poruchami výživy mozku. Na biologickém podkladu vznikají i duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinky psychoaktivních látek.

Psychologické faktory představují širokou paletu možných rizikových faktorů, které se podílí na vzniku duševní nemoci. Patří sem osobnost a charakterové vlastnosti, míra syčení základních psychických potřeb, tolerance vůči zátěži a stresovým situacím. Projevem v disharmonii těchto složek může být např. porucha osobnosti, poruchy chování.

„Sociální faktory se významně podílejí na rozvoji, udržování a léčbě psychických poruch: při vzniku zranitelnosti k psychické poruše, v okolnostech předcházejících rozvoj psychické poruchy, jako bezprostřední spouštěče psychické poruchy, jako faktory modifikující nebo udržující průběh psychické poruchy, jako faktory významně se podílející na léčbě.“ (Höschl, 1997)

3.2 Psychiatrické vyšetření (Příloha č. 3)

Psychiatrické vyšetření se sestává z několika procesů, které mohou pro člověka s duševním onemocněním velmi nepříjemná, neboť on sám se může nacházet ve stavu zmatení z nastalé situace. Je tedy důležité, aby vyšetřující lékař a zdravotní sestra poskytli pacientovi dostatek času na to, aby popsal své potíže, čímž by se měla vytvořit atmosféra důvěry a jistoty, která je i pro samotného lékaře velmi výhodná při určování diagnózy.

Nejtěžším vyšetřením je klinický rozhovor, jehož účelem je získat podrobnou anamnézu, navázat kontakt a terapeutický vztah založený na atmosféře důvěry, spolehlivosti a vzájemné spolupráci, porozumět současnému stavu pacienta, dobrat se k diagnóze a stanovit léčebný plán. Lékař nechává mluvit hlavně pacienta, sleduje jeho prožívání, chování a neverbální komunikaci, případně klade doplňující otázky. Lékař by měl být obezřetný, co se týče některých pacientů, kteří se ho snaží zmanipulovat na svou stranu, neměl by odpovídat na otázky, které jsou směřovány na jeho soukromí, neboť to může později pacient použít proti němu. U paranoidních pacientů, psychotiků by se měl lékař s náznakem důvěry v pravdivost pacientových tvrzení zaměřovat na situace, kdy pacient slyší hlasy, má pocit, že ho někdo pronásleduje apod. Pomocí konkrétních otázek na konkrétní situace by měl lékař rozlišit, zdali se jedná o poruchy orientace, poruchy myšlení, poruchy prožívání...

Anamnéza podává celkový obraz o pacientovi, o jeho charakteru a vlastnostech, o průběhu jeho života a dosavadních životních zkušenostech. Celková anamnéza se skládá z anamnézy rodinné, osobní a sociální. Rodinná anamnéza zjišťuje vztahy v rodině, dosažení vzdělání, kulturní a náboženské pozadí v rodině, ale také zátěžové situace, kterými si rodina případně prošla. Lékař se zajímá o to, zdali se v rodině vyskytují jisté předpoklady k duševnímu onemocnění, zdali se v rodině objevily případy sebevražd, zda byl nebo je někdo z rodiny v péči psychologa či psychiatra.

Osobní anamnéza se soustředí na několik etap a důležitých zlomových období v životě pacienta. Zaměřuje se na samotný proces těhotenství a porodu, tedy na pre-, peri- a postnatální vývoj (zdali bylo těhotenství plánované, jak těhotenství prožívala matka a její okolí, do jaké míry byla stresována, zda matka prodělala nějaké závažné

onemocnění během těhotenství, zdali požívala psychoaktivní látky během těhotenství, jaké bylo předchozí těhotenství a porod, jaký byl průběh porodu, jak se dítě vyvíjelo během kojeneckého období), dále se zaměřuje na průběh dětství, a to ve smyslu sledování psychomotorického a psychosociálního vývoje dítěte, na rodinnou atmosféru, ve které dítě vyrůstá, na zátěžové situace či velké ztráty během dětství, vztahy s vrstevníky. Osobní anamnéza podává informace o nástupu do školy, jak dítě zvládlo změnu v režimu a struktuře dne, jaká byla jeho školní úspěšnost, jak zvládl respektování autorit, kterými už nejsou pouze rodiče, jak se zadaptoval na školní prostředí a jaké měl vztahy se spolužáky, jakého vzdělání pacient dosáhl, v návaznosti na to se anamnéza zmiňuje o profesním životě a také o partnerských vztazích. Lékař se zajímá, jaký vztah mezi partnery panuje, zdali mají děti a společné bydlení, je-li vztah spokojený, jak se partner vyrovnává s nástupem nemoci u pacienta.

Sociální anamnéza nám podává obraz o tom, v jakém sociálním prostředí pacient žije, jaká je v něm struktura sociálních vztahů, nakolik je ekonomicky nezávislý.

Lékařský chorobopis obsahuje vyšetření přítomného stavu, popisuje tedy aktuální projevy a stav nemoci, jaká byla dosavadní léčba a její účinky, dále abusus psychoaktivních látek, psychopatologický rozbor, diferenciální diagnózu, diagnózu nosologickou, terapeutický plán, návrh dalších opatření (farmakoterapie, alternativní terapie), prognostický odhad.

Součástí psychiatrického vyšetření může být psychologické vyšetření zaměřené na testování intelektových schopností, paměti, osobnosti, ale i testy specializované na zjišťování poruch organických, úzkost, agresi, depresi apod., rovněž je často potřeba provést vyšetření mapující fyziognomii pacienta.

4 Klientela psychiatrické léčebny

Kapitola uvádí možné pohledy na dělení duševních poruch, dále prevalenci nejčastěji se vyskytujících léčených duševních poruch v psychiatrických léčebnách a jejich charakteristiku.

Na obecné rovině lze pacienty psychiatrických léčeben rozdělit do těchto skupin:

- osoby s duševními poruchami
- osoby s psychosomatickým onemocněním
- osoby s deviantním chováním
- osoby se sexuální poruchou / dysfunkcí
- osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách
- gambleři
- psychogeriatrickí pacienti
- pedopsychiatrickí pacienti (děti a mládež)
- osoby s poruchami příjmu potravy
- pachatelé trestné činnosti s duševní poruchou

Lékařská mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize klasifikuje duševní onemocnění následovně: (Příloha č. 4)

F00 - F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatologických

F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F99 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

4.1 Duševní onemocnění s nejčastější prevalencí, jejich základní charakteristika a způsoby léčby

Statistické údaje z roku 2008 uvádějí jako nejčastěji hospitalizované pacienty s duševním onemocněním s těmito diagnózami: 20,3 % duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním alkoholu (F10); 20 % schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29); 13,1 % organické duševní poruchy (F00 – F09); 11,6 % neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F48); 9,1 % duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F11 – F19); 6,4% afektivní poruchy (F30 – F39); 6,1 % poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69). (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008)

4.1.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Závislost na alkoholu je chronické, recidivující onemocnění postihující celou osobnost jedince po stránce psychické, fyzické i sociální. Dlouhodobé nadměrné požívání alkoholu vede k vážnému poškození psychického nebo fyzického zdraví.

Na vzniku závislosti na alkoholu se podílí komplexní působení řady faktorů, a to jsou dědičnost, určité fyziologické reakce na látku, psychické a sociální faktory. Genetické výzkumy předpokládají, že dědičné dispozice závislosti fungují na bázi změny genetických informací, které mohou mít za následek vznik poruchy osobnosti, na jejímž základu vznikne i závislost, nebo může jít o změnu v receptorech či enzymech určitého shluku mediátorů, které regulují metabolismus při zpracovávání alkoholických látek (alkoholová dehydrogenáza). Mezi psychické faktory podílející se na vzniku závislosti na alkoholu patří emoční prožívání, kdy si pacient pomocí návykové látky řeší svou psychickou nepohodu, napětí, úzkost, depresi. Dalším faktorem z této řady je užívání psychoaktivní látky jakožto pomocné berličky při zvládnání zátěžových situací, nebo naopak spojení prožitku po užití alkoholu s příjemnými pocity, které člověk prožívá intenzivněji. Sociální faktory podněcují vznik závislosti tím, v jakém prostředí se pacient ocitá ještě před vznikem závislosti. Tedy míra jeho socializace, jeho životní a ekonomická úroveň, potřeba konformity se sociální skupinou, ve které se nachází, a rodinná atmosféra, dostupnost psychoaktivních látek na trhu atd. (Höschl, 1997)

Přechod od občasné konzumace, škodlivého užívání k závislosti probíhá nenápadně, kdy se postupně projevují „postupné změny“ typické pro závislost na alkoholu, pacient ztrácí kontrolu nad množstvím alkoholu, který užívá, což postupně zastíňuje jeho jiné zájmy a potěšení. Nadměrné užívání alkoholu způsobuje postupné změny v myšlení a chování, které se však časem mohou zafixovat natolik, že dojde k osobnostním změnám pacienta. Jedná se v podstatě o adaptační mechanismy, kdy se pacient závislý na alkoholu díky svému pití dostává do konfliktu s realitou a jeho okolím.

S rozvíjející se závislostí se mění tolerance vůči alkoholu, kdy pacient potřebuje větší množství alkoholu, aby dosáhl požadovaného stavu, objevují se odvykací příznaky, a to po ránu, kdy člověk pociťuje úbytek alkoholu, a abstinenční příznaky později vedou k tomu, že začne pít už ráno. Současně se přidružují poruchy paměti, kdy si pacient nepamatuje dobu během intoxikace alkoholem. Škodlivé užívání alkoholu vyvolává poškození prakticky všech systémů lidského organismu od somatických potíží počínaje a psychosociálními problémy konče. Chronický abusus alkoholu může způsobit potíže gastrointestinálního traktu, cyrhózu jater, zvýšení rizika karcinomu jater, žaludku, tenkého střeva, jícnu, poruchy endokrinního systému. Při chronickém abusu alkoholu dochází k funkčnímu a posléze i orgánovému poškození oběhového systému a nervového systému. Časté jsou také avitaminóza, poruchy krvevotvorby, anémie. U mužů může dojít také ke snížené tvorbě testosteronu, k poruchám sexuální funkce a impotenci. Co se žen týče, je škodlivé užívání alkoholu velmi rizikové, pokud užívají alkohol i v době těhotenství, může dojít k poškození plodu.

Patologická intoxikace alkoholem způsobuje poruchy vědomí, jednání, chování a emočního prožívání. Pacient závislý na alkoholu se projevuje jinak, než jak by se choval ve střízlivém stavu. Jeho chování je často ovlivněné emoční ambivalencí, podléhá depresi a vůči svému okolí se chová agresivně. Na vzniklé situace pacient nemá náhled, i přesto, že si uvědomuje, že jeho závislost na alkoholu je problém, který zasahuje do všech sfér jeho života. Dopady závislosti na psychiku a osobnost jedince ovlivňují jeho interpersonální vztahy v rodině a blízkém okolí, jeho výkonnost a soustředěnost v práci atd. (Kolektiv autorů, 2003)

Proces postupu závislosti na alkoholu podle výše uvedených příznaků je rozdělován odborníky do čtyř fází: fáze občasné konzumace, fáze prodromální, fáze kritická, fáze terminální – období úpadku. Stejně tak jsou popsány psychické a somatické poruchy vznikající následkem dlouholetého a nepříznivého užívání alkoholu: alkoholový abstinenční syndrom, alkoholový abstinenční syndrom s deliriem, alkoholová psychóza a halucinóza, amnestické alkoholové poruchy a demence.

Co se týká terapie pacienta závislého na alkoholu, je důležité určit, jestli závislosti na alkoholu nepředcházela jiná závažná porucha (např.: neurotická poruchy, deprese, maniodepresivní stavy atd.), podle toho se pak určí vhodný postup léčby, kdy se buď léčí jeden z výraznějších problémů, nebo jiná porucha a závislost na alkoholu současně. Farmakologická léčba by měla mít pouze doplňkovou a podpůrnou funkci. V úvodu léčby by měl pacient podstoupit nutnou detoxifikaci, která by měla v odvykacím stavu zbavit pacienta všech škodlivých látek, kdy se pomocí medikace dostane pacient do fyziologického klidu. Podstatná je pro pacienta závislého na alkoholu psychoterapie, která se i v psychiatrických léčebnách zaměřuje na systém fungující v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí, a je založena na skupinové dynamicky zaměřené terapii. Jedním z hlavních psychoterapeutických cílů je docílit u pacienta náhledu, a to nejdříve v tom smyslu, že je o svém problému schopen mluvit a později i realizovat konkrétní kroky k tomu, aby docílil žádoucí změny ve svém dosavadním životním stylu, kterými podpoří sám sebe v abstinenci po ukončení léčby, navrácení se k rodině a znovuschopnění v pracovním procesu.

Prognóza onemocnění závislosti na alkoholu je nadějná, a to i přesto, že první léčba závislosti bývá pro pacienta spíše zkušenostní a dochází k relapsu. Podmínkou úspěšné léčby je abstinence, a to pokud možno úplná, neboť pacient dříve závislý na alkoholu ztrácí kontrolu nad množstvím konzumace alkoholu, pokud by tedy začal znovu požívat alkohol v domnění, že odhadne „svou míru“, jeho abstinence na alkoholu je velmi ohrožena. Pokud pacient na základě léčebných strategií dosáhne abstinence, dalším krokem pro udržení tohoto stavu je změnit životní návyky a vybudovat nový životní styl, případně návrat k takovému životnímu stylu, který vedl pacient ještě

před vznikem závislosti na alkoholu. Skutečnost ukazuje, že 50 – 70 % pacientů po dokončení léčby abstinuje po dobu jednoho roku, 30 – 40 % pacientů abstinuje po dobu tří let po léčbě. V celkovém výsledku úspěšnosti léčby závislosti na alkoholu se uvádí, že úplné abstinence a změny návyků v dosavadním životě je schopno dosáhnout 40 – 50 % léčených pacientů. (Kolektiv autorů, 2003)

4.1.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie je duševní onemocnění spojené s narušením myšlení, vnímání, poruchami v emotivitě a osobnostní integritě. Dochází k rozštěpu, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí. Příčinami tohoto onemocnění jsou multisystémové poškození mozku, na němž se podílí dědičnost, změny ve struktuře a fungování mozku (abnormality ve struktuře mozku, narušení informačního přenosu, změny ve funkci či počtu neurotransmiterů), vnější vlivy, které jsou spouštěčem projevů schizofrenie. (Vágnerová, 2008)

Klinické projevy schizofrenie můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní symptomy jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, které se většinou projevují v akutní epizodě nemoci, a mezi konkrétní příznaky patří bludy, halucinace, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování a ovládání vlastního těla. Negativní symptomy jsou příznakem útlumu, zpomalení či ztráty některých mozkových funkcí, k čemuž dochází po odeznění akutní fáze nemoci a střídá jí chronická fáze, jejíž konkrétní příznaky se projevují snížením celkové aktivity až apatie, emoční oploštělostí, zpomaleným myšlením a řečovým projevem, ztrátou motivace a vůle, tendencí k sociální izolaci.

První projevy onemocnění mohou být plíživé nebo náhlé. Pokud se nemoc hlásí prodromálními příznaky před vypuknutím chronické fáze, nachází se pacient ve stavu akutní psychózy, kdy se zpočátku spíše zhoršuje jeho výkon v různých oblastech jeho života (v práci, ve škole, v sociálních kontaktech,...), projevuje se u něj náladovost, která postupně přerůstá v citovou otupělost, na jejímž základě se pacient postupně izoluje od svého okolí, přestává se zajímat o věci, které dříve poutaly jeho pozornost, dostává se do stavu apatie, útlumu a přestává o sebe dbát. Čím déle a čím intenzivněji

se příznaky nastupující psychózy projevují, tím více se tyto jevy začnou podepisovat na kvalitě života pacienta. V pacientovi narůstají pocity neklidu, nervozity, strachu, úzkosti, chápe, že je něco v nepořádku, nemoc se však natolik hlásí o slovo, že již není schopen racionálně porozumět světu kolem sebe, je zmatený a nechápe, co se to v něm a kolem něj odehrává. Důsledkem toho neklidu je lidský organismus natolik vyčerpán, že se dostávají halucinace, bludy, které jsou jediným pojitkem pacienta s realitou. Pacient jim tedy věří, neboť jsou to pro něj jediné srozumitelné informace, ve kterých se orientuje, vnímá je, nachází v nich logiku. Postupem času vytvářejí bludy a halucinace vakuum, které pacienta odřízne od reality, nebo přisuzuje realitě nelogické a smyšlené významy. Pacient bere představy a hlasy jako předem dané věci, ve kterých neexistuje náhoda, jsou pro něj novým světem, neboť tomuto světu on rozumí, orientuje se v něm a ví, co ho v něm čeká – jeho život nebude ovlivněn náhodou, změnou, není žádná akce a reakce. (PŘÍHODA a kol., 2009)

Schizofrenie má několik možných průběhů startu nemoci až po její průběh během života pacienta. Podle toho můžeme také rozdělit schizofrenii na tyto typy: paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, postschizofrenní deprese, reziduální, Schizophrenia simplex, jiná schizofrenie, schizofrenie nervové soustavy.

Terapie schizofrenie začíná velmi často o pár let později, než se projeví první příznaky onemocnění, neboť se dají přisoudit i jiným příčinám. Většinou je pacient hospitalizován na psychiatrickém oddělení nemocnice nebo v psychiatrické léčebně, kdy je po pobytu na příjmovém oddělení, který je nutný k diagnostice duševního onemocnění, přeřazen na specializované oddělení, a je mu určen plán léčby, což v případě schizofrenie bývá kombinace psychofarmakoterapie, psychoterapie a socioterapie.

Farmakoterapie slouží k nastolení fyziologického klidu organismu, ke zvýšení odolnosti a k regulaci psychických projevů onemocnění. V konkrétní podobě je schizofrenie u pacienta léčena neuroleptiky (např.: haloperidol, chlorpromazin, meclopin, fluaxol), jejichž účinky mohou být podpořeny dalšími látkami, jako je lithium, benzodiazepiny, betablokátory. Z biologické léčby může být u pacienta doporučena

elektrokonvulzivní terapie, jenž se provádí pod celkovou krátkou anestézií a pod odborným dohledem, a jejíž princip spočívá na výměně elektrické energie mezi tkáněmi spánkových laloků. (PŘÍHODA a kol., 2009)

Psychoterapie a socioterapie jsou podpůrnou léčbou pacienta, která mu pomáhá vyrovnat se se zásadní změnou v jeho životě, snaží se mu pomoci najít určitý přístup k jeho nemoci, naučit ho s jejími příznaky pracovat v rámci jeho možností, zaměřují se na adaptaci pacienta do běžného života, ať už ve smyslu návratu k původnímu životnímu stylu nebo nalezení nového a stabilního života intaktní společnosti. Tyto formy terapie jsou založené na určitém psychologickém směru a využívají k aktivizaci a podpoře pacienta se schizofrenií individuální terapii, skupinovou terapii, rodinou terapii a sociální rehabilitaci.

Prognóza schizofrenie je odvislá od souhry bio-psycho-sociálně spirituálních faktorů. Obecně mají lepší prognózu ti pacienti, u nichž onemocnění vypuklo náhle a rychle, očekává se, že i příznaky rychleji odezní. Naopak u vleklých prodromálních příznaků je léčba zdlouhavá a někdy i celoživotní. Rizikové je také období, tzn. věk, kdy onemocnění vypukne. Čím dříve dojde k projevům schizofrenie, tím více je ohrožena osobnost a charakter pacienta, a hrozí patologické narušení osobnosti. Velký podíl na resocializaci má také vyrovnání se s onemocněním ze strany pacienta, rovněž ze strany jeho rodiny a blízkého okolí. (Höschl, 1997)

4.1.3 Organické duševní poruchy

Duševní poruchy příznačné narušením kognitivních funkcí tedy přechodnou nebo trvalou dysfunkcí mozku, která může být způsobena atrofií mozku (nedostatečná výživa mozku na základě poruch cévních, metabolických či toxických nebo jako důsledek jiných onemocnění), zánětem mozku (encefalitida, neurolyse, lymfická borelióza), nádory, zranění mozku. (Höschl, 1997)

Jednotlivé organické duševní poruchy můžeme rozdělit na demenci, delirium, jenž není vyvolané užíváním alkoholu či psychoaktivních látek, organický amnestický syndrom, jenž nebyl vyvolán užíváním alkoholu či psychoaktivních látek, duševní poruchy, poruchy osobnosti a chování způsobené poškozením, dysfunkcí mozku nebo somatickou nemocí, neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha.

Demence je syndrom vznikající na základě chronického nebo progresivního onemocnění mozku způsobujícího poškození vyšších kortikálních funkcí jakou jsou paměť, myšlení, orientace, chápání a porozumění novým informacím, orientace, řeč, schopnost učení. Průběh nemoci začíná v pozdějším věku, a to velmi nenápadně a pozvolně. Dochází k výraznému zhoršení paměti a inteligence, příznaky demence jsou tedy velmi podobné mentální retardaci.

Postupující demence narušuje všechny fáze paměti, tedy proces přijímání nových informací, porozumění těmto informacím, jejich uchování a následné vybavení. Důsledkem toho je, že osoba s demencí není schopná soustředit svou pozornost na více věcí, orientovat se v prostředí s více lidmi, čímž upadá schopnost sociálního chování, pacient s demencí se postupně dostává do situací, kdy není schopen adekvátně reagovat na vzniklé situace, ztrácí kontrolu nad svými emocemi, chováním. Se snižováním intelektu důsledkem demence se pojí narušení aktivit běžného denního života, jako je samostatnost v pohybu, péče o sebe sama, zařizování běžných záležitostí, mohou se dostavovat i problémy s vylučováním, přijímáním a zpracováním potravy. V souvislosti se projevujícími symptomy dochází u pacienta k degradaci jeho osobnosti ze strany společnosti, což často vede k pocitům úzkosti, nepotřebnosti, zoufalství, přebytečnosti. Pacient ztrácí motivaci a chuť do života, je dezorientovaný ze zhoršení svého zdravotního stavu a z reakcí okolí, kdy se od něj mnohdy odvrátí i rodina, a on zůstane sám ve svém přirozeném prostředí nebo v péči zdravotnických a sociálních služeb. (Konrád, 2009)

Demenci je možné podle vzniku a jejích projevů klasifikovat na několik typů: demence u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demence, demence u nemocí zařazených jinde, neurčená demence.

Léčba pacienta s demencí je rovněž kombinací farmakoterapie s nebiologickou léčbou, tzn. psychoterapií, a v tomto případě behaviorální terapií. Medikamentózní léčba se snaží o dlouhodobé a systematické působení na zachování kognitivních funkcí, stabilizaci projevů nemoci, udržení pacienta v klidu a funkčního v jeho přirozeném prostředí dle jeho možností. Léky zajišťují přísun acetylcholinu do CNS,

což zabraňuje rychlému postupu nemoci a projevu syndromů demence. Mezi takové léky patří například: inhibitory v kombinaci s memantinem, gingo biloba, estrogeny, vitamin E. Behaviorální psychoterapie je založena na dříve naučených vzorcích chování, jednání, orientování se ve světě na základě předešlých zkušeností, můžeme tedy říci, že se snaží o tzv. reminiscenci v případě léčby pacientů s demencí, která se zaměřuje na dříve osvojené dovednosti, zvyky, tradice, způsoby chování, jednání a uvažování. Reminiscence využívá velmi pestré techniky jako je například navození atmosféry dřívějších let (např. v USA existuje domov pro seniory zařízený ve stylu 40. let), různé typy relaxací zaměřené jak na udržení tělesné kondice, tak na stimulaci smyslů.

Cíli terapie pacienta s demencí je umožnit mu setrvat v jeho přirozeném prostředí, uchovat mu takové funkce, které umožní co nejvyšší míru soběstačnosti, zároveň mu bude poskytovat takové stimulační prostředky, které ho zaktivizují a umožní mu jistou míru kvality života. (KROMBHOLZ, 2010)

Prognóza onemocnění je bohužel střízlivá a připravuje pacienta na to, že demence je onemocnění s postupnou progresí, kdy dochází k tomu, že se demence dostane do takového stádia, kdy je nutné, aby pacient opustil své přirozené prostředí a byl hospitalizován na specializovaném oddělení. Pacient je tedy srozuměn s tím, že terapie, kterou podstupuje, je pouze prostředkem k tomu, jak progresi demence pozastavit.

4.1.4 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Neurotická porucha je onemocnění charakterizované chronickou nepřiměřenou úzkostí a iracionálním strachem, které vznikají působením psychosociálních vlivů v součinnosti s resiliencí osobnosti pacienta. Neuróza je onemocnění, které nemá psychotické projevy, tudíž se jedná o jakousi duševní nerovnováhu, jež způsobuje emoční tíseň, která má dopady jak na psychickou, tak i fyzickou stránku pacienta (úzkost, strach, fobie, stres, nervozita, tiky, regrese vegetativních funkcí organismu, zažívací potíže, problémy s přijímáním potravy atd.). Neurotickou poruchu lze definovat také jako poruchu adaptace sebe sama a prostředí.

Příčiny neurotické poruchy jsou stejné jako u ostatních duševních onemocnění multifaktoriální, jedná se tedy o vzájemné ovlivnění biologických a psychosociálních faktorů. Mezi biologické faktory patří genetická dispozice reagovat úzkostnými projevy, což souvisí s dědičnými předpoklady vůči frustrační toleranci, vyšší psychické citlivosti a dráždivosti, labilitě, vegetativním potížím. Dalšími biologickými faktory jsou změny v mozkových funkcích způsobené narušením koordinace mozkových drah, organickým poškozením CNS, poruchou regulace neurotransmiterů. Psychosociální faktory řeší projevy neurózy z hlediska zátěžové situace, která vyvolala projevy tohoto onemocnění, v kontextu se získanými zkušenostmi a sociokulturním prostředím. Psychosociální faktory v případě pacienta s neurózou kladou důraz na učení, tedy na to, jak se člověk během svého života naučil orientovat v problémových situacích, jak k nim přistupuje, jak si s nimi umí poradit a jak je prožívá. Zároveň nás reakcím na určité situace učí naše nejbližší okolí, tedy hlavně rodina. Rodina však může ovlivnit nepřiměřené reakce na určité podněty díky své dysfunkčnosti, či až patologickému prostředí, které rodina může vytvářet, jako je např. vytváření nepodnětného prostředí v dětství nebo naopak přehnané nároky ze strany rodičů, zanedbávání, týraní či zneužívání.

Projevy neurotické poruchy lze chápat jako malaadaptivní způsob reagování, které neodpovídá realitě a vychází ze subjektivních pocitů pacienta. Pacient pocituje silnou úzkost neúměrnou situaci a na tomto základě není schopen adekvátně reagovat na nastalou situaci, vytváří si obranný systém, který však celý jeho stav zhoršuje, neboť se pacient tzv. zacyklí a reaguje se zvýšenou citlivostí již i na banální situace, což v něm kromě úzkosti a strachu vyvolává neklid, podrážděnost, nesoustředěnost, nespavost, únavu, deprese, fobie, hysterii a z fyzických symptomů bolesti hlavy, bušení srdce, zažívací potíže, pocení, závratě.

Neurotické poruchy jsou dále klasifikovány dle MKN-10 takto: fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, disociativní poruchy, jiné neurotické poruchy.

Farmakologická terapie využívá k léčbě neurotické poruchy u pacientů anxiolytika (diazepam, medazepam, oxazepam, alprazolam), antidepressiva (SSRI, SNRI), hypnotika (prothazin) a sedativa (bromid, rostlinné výtažky). Všechny typy psychofarmak jsou vysoce návykové, jedná se pouze o podpůrnou léčbu, zásadní roli pro pacienta s neurózou hraje psychoterapie. Psychoterapie je u neurotických poruch většinou kombinací vícero přístupů, metod a technik. Kognitivně-behaviorální psychoterapie pomáhá spojit pocity úzkosti s určitými způsoby interpretace a napomáhá mu zvládat tyto pocity úzkosti. Mezi podpůrné terapie lze zařadit relaxační techniky, animoterapii, arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, socioterapii atd. (Kašpárek, 2010)

Prognóza onemocnění u pacientů s neurotickou poruchou není objektivně vázaná na každého pacienta. Léčba jako taková je dlouhodobý proces, jehož úspěšnost závisí na tom, jak rychle se budou projevovat její účinky na pacientovi, jak silná je motivace pacienta k léčbě.

4.1.5 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání a somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání. Poruchy nálady, tj. narušení emočního prožívání, se objevuje jakou součást většiny duševních i somatických potíží. Lze je chápat jako schopnost organismu signalizovat tímto způsobem narušení vlastní rovnováhy, event. její ohrožení“. (Vágnerová, 2008, str. 369)

Příčiny vzniku afektivních poruch jsou velmi těžko definovatelné, neboť se jedná o skupinu symptomů, které se vzájemně podobají. Jde o soubor dědičných predispozic, vývojově podmíněných změn a různých zátěžových faktorů, jenž mohou být psychického či somatického základu. Nesporný je význam genetických dispozic pro vznik afektivních poruch. Není však jednoznačné, co je skutečnou příčinou vzniku poruch, což potvrzuje i heterogenost afektivních poruch. Bylo identifikováno několik genů lokalizovaných na konkrétních chromozomech a chromozomu X, které svým charakterem zvyšují riziko vzniku afektivních poruch. Z biologických příčin to mohou být také změny ve funkci a struktuře mozku, a to v konkrétním případě zmenšená oblast

prefrontální mozkové kůry, jejíž zmenšení způsobuje, že tato oblast obsahuje méně gliových buněk, je méně prokrvena a málo metabolicky aktivní, anebo poruchy funkce noradrenalinového systému, kdy jsou u depresivních fází zjištěny nízké hodnoty a u manických fází naopak vyšší hodnoty noradrenalinu. (Höschl, 1997)

Mezi psychosociální vlivy podílející se na vzniku afektivních poruch se řadí rodina a její vlivy. Pro pacienta s afektivní poruchou jsou za rizikové situace považovány ty okamžiky, kdy se musel vyrovnávat s přechodem z dospívání do rané dospělosti, kdy přebíral odpovědnost za svůj vlastní život a své jednání, začal si hledat místo ve svém životě, budovat si svůj vlastní život a určovat svou roli ve společnosti, hledání a upevňování vlastní identity. Aktuálně působící zátěžové faktory jsou spíše vyvolávajícími podněty pro vznik nebo udržení afektivní poruchy, což opět souvisí s tím, že se pacient s afektivní poruchou nedokáže se vzniklou situací adekvátně vypořádat. Mezi další vyvolávající faktory patří také klimatické změny, cyklické změny ročních období a cyklus střídání dne a noci.

Poruchy nálady, tedy afektivní poruchy, jsou označovány také jako poruchy maniodepresivního spektra, kdy se střídají mánie a deprese. Manická fáze se projevuje patologicky povznesenou až křečovitou náladou spojenou s hyperaktivitou, expanzivitou a rozjařeností. Přidružují se také příznaky jako nadměrná činorodost, myšlenkový trysk, rychlá řeč, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, snížená potřeba spánku, zvýšená pozornost, roztržitost, pacient ztrácí náhled na situace a neuvědomuje si následky svého chování. Tato fáze mánie staví pacienta s poruchou nálady do situací, které za normálních okolností nejsou pacientovi přirozené, jako například výstřední oblékání a chování, rozdávání peněz cizím lidem na ulici, přehnané nadšení do jakékoli činnosti, do níž se pacient bezhlavě vrhá atd. Stav ve fázi mánie jsou pro pacienta nebezpečné, neboť mu hrozí vyčerpání z nedostatku spánku, kdy necítí žádnou únavu, a tudíž spí minimálně, nemá potřebu hladu a žízně. V důsledku fyzického vyčerpání a manické nálady se mohou také objevovat bludy, jež pacientovi dávají pocit, že všechno dokáže a že může díky své síle a energii spasit svět. Manické fáze můžeme rozdělit na hypománii, mánii bez psychotických příznaků, mánii s psychotickými příznaky, jiné mánie a manické fáze nervové soustavy. (Vágnerová, 2008)

Protipólem manické fáze je depresivní syndrom, který je příznačný patickou náladou, smutkem, útlumem, ztrátou zájmu a potěšení z činností, které pacientovi původně přinášely pocity uspokojení a radosti. Tato apatie vůči čemukoli vyvolává příznaky, jako jsou nechuť k jídlu, poruchy spánku, ztráta energie, psychomotorický neklid, pocity bezcennosti a zbytečnosti, obtížné soustředění, myšlenky na smrt a sebevraždu. Depresivní fáze se dělí na: lehkou, středně těžkou nebo těžkou depresivní fázi, těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky, jiné depresivní fáze, depresivní fáze nervové soustavy.

Kombinací střídání manických a depresivních projevů je typická bipolární afektivní porucha, kdy se období střídání těchto dvou syndromů mění přibližně po třech až šesti měsících. Manické fáze začínají náhle a trvají od 2 týdnů až po šest měsíců, průběh této fáze je pro pacienta velice náročný a vyčerpávající daleko více, než když u něj nastoupí depresivní fáze, která se spouští pomalu a má prodromální příznaky. Stejně jako obě fáze afektivní poruchy i bipolární poruchu lze rozdělit podle intenzity na lehkou, střední, těžkou bipolární poruchu, lze také odlišit, zdali je stav doprovázen psychotickými příznaky, či se jedná o jinou bipolární poruchu či bipolární poruchu nervové soustavy.

Afektivní poruchy jsou léčitelné, mnohdy však dochází k obnovení chorobného procesu, proto je důležité, aby byl pacient s afektivní poruchou léčen komplexně jak psychofarmaky, tak psychoterapií. Psychofarmakologická léčba slouží k uklidnění a regulaci negativních psychických projevů onemocnění, tedy slouží k tomu, aby pomohla pacientovi překonat a zvládnout akutní potíže související s jeho onemocněním (snížit depresi, navodit uvolnění, zmírnit psychomotorický neklid). Depresivní epizody jsou zaléčovány antidepresivy, specifickými blokátory re-uptake serotoninu, elektrokonvulzivní terapií, léčbou světlem či spánkovou deprivací. Manické epizody jsou léčeny thymoprofilaktiky, která by měla u pacienta stabilizovat jeho náladu, antikonvulziva 3. generace, antipsychotika v kombinaci s benzodiazepaminy, lithium. U léčby bipolárních poruch převládá biologická léčba nad psychoterapií, a to konkrétně v této podobě: jako stabilizátor nálady se podává lithium, dále SSRI, antipsychotika. (Raboch, 2010)

Psychoterapie slouží k podpoře léčby farmaky, ke zklidnění pacienta a stabilizaci jeho stavu. Postupně se zaměřuje na to, aby pacient dokázal pochopit svůj zdravotní stav, kdy pomocí individuální psychoterapie se u pacienta cíleně směřuje k úpravě jeho životního stylu, často je součástí terapie taky rodinná či párová terapie, která se snaží podpořit vzájemnou komunikaci.

Průběh onemocnění je velice nestálý, pacient si může projít pouze jedním náhlým atakem nemoci nebo se mu periodicky vrací manická fáze, či se střídají manická a depresivní fáze v určitých časových intervalech. Vzhledem k různorodosti afektivních poruch nelze určit jednoznačnou prognózu. Onemocnění nijak vážně nenarušuje integritu osobnosti a pacient stále zažívá období, kdy je vše v normě. Velkou měrou se na prognóze onemocnění podílí sám pacient, a to v závislosti na tom, jak je schopen zvládat svůj nestabilní zdravotní stav, jak je odolný vůči zátěžovým situacím a také v závislosti na tom, jak vysoká je míra podpory ze strany jeho nejbližšího okolí.

5 Kvalita života osob s duševním onemocněním

Kapitola o kvalitě života se věnuje vymezení tohoto pojmu, definuje kvalitu života z hlediska člověka s duševní poruchou.

5.1 Kvalita života v obecném měřítku

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu, komplexnost a proměnnost v závislosti na změnách ve společnosti. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka.

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života od roku 1994 takto: *„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.* (Dragomerická, 2005, str. 7)

Zájem o kvalitu života lidí s onemocněním se začal více rozvíjet a specifikovat v 50. letech minulého století, kdy se odborníci zaměřovali hlavně na rozdíl stavu pacienta ve fázi nemoci a zdraví, postupně se během let vyvíjely pohledy na kvalitu života a začalo se k ní přistupovat jako multifaktorovému ukazateli, který zahrnuje nejen zdravotní stav člověka, ale vliv jeho zdravotního stavu na jeho celkové fungování v životě jako takovém. Dlouhodobé nebo chronické onemocnění postihuje pacienta ve všech sférách jeho života, narušuje jeho osobnostní integritu, ovlivňuje jeho emoční prožívání, chování a jednání vůči jeho okolí, významnou měrou zasahuje do jeho běžného fungování v každodenním životě, a to například tak, že dochází ke snížení výkonnosti, schopnosti soustředit se, snížení soběstačnosti, kdy pacient v důsledku těchto změn může ztratit zaměstnání, jeho stav se může natolik zhoršit, že se naruší vazby s jeho blízkým okolím a rodinou, pacient se dostane do sociální izolace, vytvoří si vlastní svět a postupně dojde k sociální exkluzi.

5.2 Kvalita života pacienta s duševním onemocněním v průběhu léčby

Nástup duševního onemocnění může být náhlý nebo pozvolný, kdy na sobě většinou sám pacient pociťuje změny, které jsou označovány jako prodromální příznaky.

V obou případech dochází k narušení psychické pohody pacienta, což ovlivňuje i jeho fungování v praktickém životě. Změny popsané výše signalizují problém vážnějšího charakteru, jenž by se měl řešit co nejdříve, než onemocnění postoupí do chronické fáze nebo vypukne silná ataka. Ke včasné léčbě však nedochází ve většině případů z několika důvodů: pacient sám má pocit, že se jedná o přechodné období; příznaky, které jsou skutečné, nebere jeho okolí vážně a často ani jeho ošetřující lékař; pacient sám se obává stigmatizace ze strany okolí, že se bojí přiznat jeho duševní nepohodu a podrobit se nějaké intervenci. Pacient se tak dostává do kolotoče neustálého boje o pozornost, o důvěru, která když v rámci psychiatrické pomoci nepřijde včas, může mít fatální důsledek na pacienta, který může léčbu onemocnění později odmítnout. Pacient se snaží zachovat si zbytky své důstojnosti a zmobilizovat všechny své poslední síly, aby situaci zvládl bez podpory sám.

Pokud se pacient dostane do ambulantní péče, je tento způsob velkým plusem z hlediska kvality života, neboť pacient zůstává ve svém přirozeném prostředí, určitou měrou se podílí na své léčbě, zároveň se snaží pracovat na změnách ve svém životě, které by mu usnadnily jeho momentální situaci, pokud je pacient dostatečně aktivizován, hledá si sám, nebo za podpory odborníka, určité směry a podněty, kterými by mohl svůj zdravotní stav pozitivně ovlivnit. Zároveň je v bezprostředním kontaktu se svou rodinou a nejbližším okolím, které se podílí také na účinnosti jeho léčby, v průběhu ambulantní péče se může to léčby zařadit i rodinná či párová terapie, kdy se vzájemně všichni snaží pochopit nastalou situaci, hledají k sobě novou cestu a nové přístupy k životu, vylepšují vzájemnou komunikaci.

Pacientovi v ambulantní péči může být doporučena hospitalizace v psychiatrické léčebně, což je pro pacienta zpočátku velký šok, získává pocit, že je opravdu skutečnou přítěží pro společnost, neboť stále existují určité zažité předsudky vůči osobám s duševním onemocněním, kterým musí pacient čelit. Setkává se s hanlivým označením, diskriminací, porušováním lidských práv, není respektován, je brán jako méněcenný. Nástupem do psychiatrické léčebny je pacientovi udělen pomyslný „cejch“ člověka, který se zbláznil. Zároveň se musí vyrovnat s tím, že opouští na určitou dobu

své přirozené prostředí – opustit rodinu, o které neví, jak se s nastalou situací vyrovná, jak k němu bude přistupovat, až se vrátí z léčby, často musí dát výpověď v zaměstnání, hrozí mu ztráta bydlení, pokud nemá nikoho, kdo by převzal na čas určité povinnosti za něj. Hospitalizace může být pro pacienta traumatická, ztrácí do jisté míry svou svobodu, kdy se od něj očekává, že bude v rámci efektivity léčby spolupracovat a respektovat určitá pravidla a řád, zároveň ztrácí soukromí, kdy sdílí pokoj s více lidmi, účastní se skupinových terapií a najednou není místo, kam se mohl „schovat“, často nedisponuje osobními věcmi a s nástupem do léčby se může také soudně řešit jeho způsobilost k právním úkonům. V průběhu léčby se objevuje několik náročných a zátěžových faktorů, se kterými se pacient musí vyrovnat, a to, jak dobře dokáže některé situace zvládat, má velký efekt na jeho terapii. V rámci hospitalizace dochází do jisté míry k izolaci od okolního světa, což je problematické z hlediska budoucího propuštění z léčby. Pacient se rázem ocitá ve svém skutečném původním životě, kde není nikam směřován, nemá pevně daný řád, znovu čelí reakcím společnosti a zároveň hledá svůj nový smysl života.

Po propuštění z léčby by měl být pacient schopen určitého náhledu na své onemocnění, měl by být připraven znovu se začlenit do svého původního života nebo vybudovat nový životní styl, který by ho podporoval v běžném fungování, samostatnosti a začlenění se do společnosti. Skutečnost je jiná. Pacient si potřebuje najít pevný řád ve svém životě, bez něhož by byl jeho život chaotický, potřebuje se zorientovat ve svém prostředí, znovu navázat vztah se svou rodinou, od které očekává oporu a porozumění, někdy je však pro rodinu těžší vyrovnat se s duševním onemocněním člena rodiny než pro pacienta samotného. Pacient s duševním onemocněním hledá své nové uplatnění, snaží se najít si práci nebo se vrátit do svého původního zaměstnání. I zde se pacient může setkat s odmítnutím nebo zjištěním, že dříve vykonávanou práci už nezvládá, a tak hledá jiný druh práce nebo si popřípadě dodělává rekvalifikaci.

Z hlediska předejití relapsu onemocnění nebo jeho včasnému rozpoznání se v České republice rozvíjí síť komunitní péče, která pomáhá osobám s duševním onemocněním navrátit se k běžnému způsobu života po propuštění z léčby.

Její cílem je poskytnout ucelenou rehabilitaci navazující na péči v psychiatrické léčebně či terapeutické komunitě. Jednotlivými složkami rehabilitace je rehabilitace sociální, pedagogická, pracovní a léčebná. Snaží se u osoby s duševním onemocněním dosáhnout motivace vedoucí k aktivizaci, umožnit mu prostřednictvím metod a forem rehabilitace vytvořit si takové návyky, které by mu umožnily lépe se orientovat v každodenním životě, umožnily mu jednat samostatně a sebevědomě a navázat vztahy s okolím. Mezi konkrétní sociální služby následné péče o osoby s duševním onemocněním řadíme centra denních služeb, denní stacionáře, podporované zaměstnání, tréninková pracoviště, azylové domy, podporované bydlení, sociálně aktivizační služby atd. Výběr vhodné následné služby závisí na dostupnosti služby v oblasti, kde se osoba nachází, a na aktuální celkové životní situaci osoby s duševním onemocněním.

Praktická část

6 Charakteristika výzkumu

Empirická část bakalářské práce bude navazovat na výše uvedený teoretický výklad, bude zaměřena na konkrétní duševní poruchy, na popis vzniku, průběhu a stavu po léčbě u konkrétních osob, u kterých se projevila duševní porucha. Výzkum je zaměřen na somatoformní poruchy, nazývané rovněž jako psychosomatické onemocnění, jejichž vznik, průběh, léčbu a současný stav bude popsán u dvou osob odlišného pohlaví ve věku 35 – 42 let. Rovněž bude zmíněno období života v tzv. předchorobí, reakce rodiny a blízkého okolí na vznik duševní poruchy a proces vyrovnávání se s nastalou situací jak na jejich straně, tak na straně osoby s duševním onemocněním. Cílem výzkumu je získání co nejvíce informací pro speciálního pedagoga z již proběhlé intervence o dané osobě, aby získal určitý náhled, případně navázal spolupráci s jinými odborníky, a to za účelem doporučení osoby s duševním onemocněním do služeb následné péče v sektoru sociálních služeb bezprostředně poté, co pacient opustí hospitalizační léčbu ve zdravotnickém zařízení.

7 Výzkumné téma

Ústředním tématem našeho výzkumu je psychosomatické onemocnění, jeho základní charakteristika a projevy, možnosti léčby a prognóza onemocnění. Tato kapitola je tedy zaměřena na teoretickou přípravu, aby bylo pochopitelné, jaká specifika v sobě psychosomatické onemocnění skýtá, a co to znamená pro člověka, který se s touto duševní poruchou setká.

7.1 Psychosomatické onemocnění

Provázanost psychických procesů s fyziologickou stránkou člověka je prokázána a člověk si vzájemnou podmíněnost těchto dvou nejdůležitějších složek lidské bytosti jako takové uvědomuje ve svém každodenním prožívání a fungování.

V medicíně se mluví o psychosomatické problematice a v psychologii či filozofii o tématu psychofyzických vztahů. Tak jako tak, vzájemné ovlivňování a prostupování těchto dvou oblastí vede k častým myšlenkovým, emočním a kognitivním chybám či záměnám, nebo dokonce k převádění jedné roviny na druhou.

Spojení mezi tělem, afektivním prožíváním a sociálními faktory nejsou u žádné jiné skupiny onemocnění natolik zřejmé a prokazatelné jako právě u poruch somatoformního typu. Souvislost mezi afektivními stavy a specifickými tělesnými pocity má výrazné dopady obzvláště při spojení negativních afektů a tělesných symptomů. Můžeme říci, že psychosomatické nemoci mají zprvopočátku projevy fyzického rázu, tudíž se příčina potíží hledá v organické chybě či organickém narušení fyziologického organismu – duševní onemocnění se tedy projevuje tělesnými symptomy, které jsou druhotně doprovázeny specifickým, chorobným chováním. Z toho je zřejmé, že léčba pacienta začíná v první řadě v ordinaci obvodního lékaře a později jiného medicínského specialisty, na němž stojí tíha rozhodnutí, jak a kdy zavčas určit správnou diagnózu a pacienta přeměřovat na terapeutickou léčbu či jeho léčbu o terapii doplnit. Může ovšem nastat i opačný případ, kdy je pacient léčen hlavně v psychologicko – terapeutickém prostředí, s těmito případy se ovšem setkáváme zřídka.

Somatoformní poruchy vznikají zpravidla v kontextu zatěžující životní situace, jejíž doba trvání může pocházet z dětství, či to může být aktuální klíčová otázka v životě člověka. Problémem pro takové člověka, je chybná provázanost s emočním a tělesným prožíváním. Negativní prožívání afektů je zároveň akcentovaně vnímáno a vázáno na prožívání tělesných symptomů. Jedinec většinou není schopen exprese pocitů v rámci dané zatěžující situace jak vůči sobě samému či danému okolí. Psychosomatické prožívání je chudší, méně diferencované a pro jedince tím pádem hůře orientované. Emoční frustrace tak získává své tělesné projevy a jedinec začíná hledat pomoc u lékaře.

Jakýmsi vodítkem při diagnostice může být pro lékaře velmi dobře známý pojem alexithymie, kterou rozumíme menší schopnost člověka vnímat své pocity, vnímat je správně, popisovat a vyjadřovat je a v neposlední řadě své emoční prožitky „poslouchat a následovat“. Zvláštností je, že s tímto typem prožívání, resp. potlačování emocí se člověk setkává v momentě, kdy se ho určité emoční vypětí skutečně dotýká, on jej hluboce prožívá a toto emoční prožívání se pro něj stává natolik velkou zátěží, že mu člověk buď podlehne, nebo naopak v našem případě potlačí, schová do ústraní. U pacientů pak pozorujeme silnější sebekontrolu, potlačování a odmítání vlastních

emočních impulsů, což vede k chronické tenzi, jíž se somatizuje a projevuje se právě tělesnými symptomy.

Můžeme od sebe odlišit primární alexithymii, jež má svůj původ v samotné konstituční vložce, tedy je součástí jeho celkového charakteru, a alexithymii sekundární, je reakcí na vážnější onemocnění. Poukazuje se tak na to, že tělo následně slouží jakožto kompenzační prostředek, který „dohání“ to, co člověk nedokáže emočně vyjádřit, formulovat či zpracovat. Je tedy potom nutné, aby se člověk sám, nebo za pomoci terapeuta ujistil, jak vnímá své duševno a „fyzično“.

Somatizací rozumíme poruchy, u nichž převládají tělesné obtíže bez blíže nespécifikovaných organických poruch a prokazatelných nálezů. V MKN – 10 jsou tyto poruchy shrnuty v nově vzniklé kategorii obsahující jak typické neurotické poruchy, tak autonomní funkční poruchy spojené se stresem. Nepřímo se k této kategorii řadí i dissociativní poruchy, panické poruchy a tělesné symptomy u depresivních syndromů.

Somatoformní poruchy F 45 dle MKN – 10 :

- Somatizační porucha (F 45.0)
- Nediferencovaná somatizační porucha (F 45.1)
- Hypochondrická porucha (F 45.2)
- Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)
- Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F 45.4)
- Jiné somatoformní poruchy (F 45.8)
- Blíže neurčené somatoformní poruchy (F 45.9)

U průběhu a dosažení cíle terapie je důležitý první kontakt, navázání důvěry, pomalé kroky a žádné převratné a unáhlené zvraty či vznášené úsudky během terapie. Pacient potřebuje získat jistotu, že je v dobrých rukách, že ho jeho terapeut nijak neškatulkuje a nedosuzuje, že ho nebude nijak stigmatizovat a ihned určovat diagnózu a nutnou léčbu. Doporučuje se tedy opatrný a pomalý postup v terapii.

Úkolem terapie je zprvu zpřístupnit důležité a nápomocné informace, vysvětlení a rady o charakteru a důsledcích somatoformních poruch.

Cílem je znovuzískání důvěry v integritu vlastního těla a duše, zaměření na vlastní potenciál, přístup k emočním prožitkům a pocitům v zátěžových situacích v životě člověka. Nedílnou součástí terapie je i zbavení se přenášení emočního vypětí na tělesnou stránku jedince, pokud je pacient i v péči lékařů, tak se zaměřit i na zmírnění tělesných symptomů, na léčbu a léčiva jako takové. (RAHN, MAHNKOPF, 2000)

Pokud není terapie zahájena včas, psychosomatické onemocnění přechází v jiné chronické podoby psychických poruch (deprese, emoční nestabilita, neuróza, atd.).

8 Výzkumné metody

8.1 Kazuistika – případová studie

Kazuistika je popis a výklad konkrétních případů. Je to metoda hojně využívána v medicíně, právu, etice, klinické psychologii, psychologii, sociologii a sociální sféře vůbec.

Kazuistikou rozumíme popis zajímavého nebo klinického případu, náročné diferenciální diagnózy, nového léčebného postupu, chyby v diagnóze s jejími příčinami a důsledky aj. Mihál (2004) uvádí, že kazuistika je vlastně popis jednoho nebo dvou pacientů se stejnými nebo podobnými problémy, účelem kterého je buď uvést novou představu, nebo potvrdit předchozí nález.

V našem případě je případová studie zaměřena na zmapování života osob před vznikem duševního onemocnění, vzniku a projevů psychosomatického onemocnění, léčby a rehabilitace a znovuzapojení se do běžného života po ukončení hospitalizace.

8.2 Pozorování

Pozorování je záměrné, cílevědomé a plánovité sledování. Nároky na využívání této metody se liší v závislosti na osobnosti pozorovaného a osobnosti pozorovatele, na cíli pozorování. Pozorování je základní diagnostickou metodou, která bývá často doplňována rozhovorem. Pozorování může být volné nebo systematické, přímé a nepřímé.

V našem případě se jedná o pozorování několikaleté, kdy byl pozorovatel u jednoho z respondentů bezprostředním účastníkem vzniku a průběhu psychosomatického onemocnění a druhého respondenta sledoval v průběhu jednoho roku, kdy neočekávaně a poměrně rychle vypukla ataka psychosomatického onemocnění.

8.3 Rozhovor

Rozhovor je základní metodou diagnostiky a intervence, jeho vedení, forma a taktika závisí na stanoveném cíli. U námi zvolených respondentů byla zvolena forma neřízeného rozhovoru, kdy se v různých intervalech během setkávání vraceli ke svému problému.

Byly jim kladeny doplňující otázky, na které většinou neměli problém odpovědět, nebo jim musela být otázka položena znovu a musela být blíže specifikována.

9 Cíle mapující studie

Cílem mapující studie ve zvolené formě případové studie je zmapovat projevy psychosomatického onemocnění u dvou respondentů odlišného pohlaví a různého věku, kteří neměli v dřívějším období života jiná závažnější onemocnění, jejichž životní styl, zátěžové situace v průběhu života měly vliv na dlouhodobé nervové vypětí, v jehož důsledku došlo ke vzniku psychosomatického onemocnění, které mělo v počátcích své typické průvodní znaky a dlouhodobě se projevvalo svými charakteristickými symptomy před vypuknutím akutní fáze onemocnění.

Dále bychom v práci chtěli poukázat na to, jak závažné je somatoformní onemocnění, poukázat na to, že pokud se nezačíná včasná léčba, psychosomatické onemocnění přechází do chronické formy, jejímž důsledkem je vznik jiných psychických poruch, nakolik dokáže toto duševní onemocnění změnit kvalitu života člověka a jak je důležité, aby lékař dokázal včasné rozpoznat příčiny potíží a navrhl pacientovi včasnou intervenci, popřípadě hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

V diskuzi u jednotlivých mapujících studií bychom rádi uvedli polemiku nad tím, jaký vliv měla léčba na oba respondenty, jak probíhala jejich resocializace a nakolik se jim povedlo vrátit se do původního života, či začít budovat nový a stabilní životní styl.

V závěru bychom rádi shrnuli výsledky našeho pozorování, nakolik se nám povedlo zmapovat zdravotní a psychický stav respondentů se somatoformním onemocněním.

10 Vzorek mapující studie

Případové studie jsme popsali na dvou respondentech. Prvním respondentem je muž ve věku 35-ti let, u něhož se projevovaly v průběhu dospívání i dospělého života neurotické symptomy, zvýšená úzkostlivost a strach ústící v hypochondrické příznaky.

Ke zhoršení jeho stavu došlo v loňském roce, kdy jeho strachy vystupňovaly v paranoické představy a došlo k totálnímu selhání vegetativního organismu. Byl hospitalizován na Psychiatrické klinice na Karlově v Praze po dobu jednoho měsíce.

Druhou respondentkou je žena ve věku 41 let, u níž se psychosomatické onemocnění začalo projevovat zhruba před 7 lety, po dvou letech prvních symptomů byla převzata do péče psychiatra, který jí navrhl hospitalizaci v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích, kam dobrovolně nastoupila na půlroční léčbu. Pozdní psychiatrická intervence však způsobila vznik chronických duševních onemocnění.

11 Případová studie č. 1 – Pan K.

K. je 35-letý muž, je rozvedený a bezdětný. Vystudoval gymnázium a nástavbu managementu. Posledních pět let žil v Londýně, odkud se v srpnu 2009 vrátil z důvodu psychického vyčerpání. Dnes žije v Praze se svým otcem a je nezaměstnan.

11.1 Dosavadní vývoj problémů

Pan K. byl již od dětství slabší povahy, co se resilience osobnosti týče, byl velice zafixovaný na oba rodiče, i na své prarodiče. Většinu času trávil aktivně s rodinou, a to i v době dospívání a dospělosti. Sám říká, že byl rád opečováván, hýčkán, vyžadoval, aby se kolem něj točil celý svět. Když se necítil dobře nebo byl nemocný, dával to silně najevo, aby si vynutil pozornost a péči svého okolí. Již zde se tedy dají zmapovat sklony k přehnané úzkostlivosti až zveličování nepatrných fyzických symptomů nemoci, přehnaný strach o svou osobu, což se později ukázalo jako hypochondrický syndrom.

K. nikdy nebyl rád sám, očekával, že ho někdo z jeho blízkých zabaví a bude se mu věnovat. Nikdy neměl tendence k samostatné hře, k celkovému osamostatnění, což přetrvalo i do jeho dospělého věku. Zvykl si a vyžadoval, aby mu vždy někdo při řešení různých situací pomáhal, dával mu až přebytnou oporu a péči. Byl rád, když ho někdo litoval a podporoval v jeho úzkostlivých náladách. I v důležitých životních situacích, týkajících se jen jeho osobního života, hledal u svého otce a později i kamarádky rady, co by měl dělat, a podle těchto rad se řídil „do slova a do písmene“. Ve vzniklých i méně zátěžových situacích se nebyl schopen zorientovat, vědomí toho, že je postaven před řešení situace, pro něj bylo velice stresující a pohlcoválo ho silný strach.

Z výše uvedených údajů lze tedy pochopit, že pacientova osobnost nemá téměř žádnou frustrační toleranci vůči nestandardním situacím, natož vůči situacím zátěžovým. Tento základ byl později podpořen postupným rozvratem manželství rodičů pana K.. Hádky, matčina emoční labilita a vznikající závislost na alkoholu na něm zanechaly hluboké následky v tom smyslu, že K. nemá rád intonační kolísání a zvyšování hlasu, jakékoli nepříjemné situace, hádky a konflikty vůbec. Vždy to v něm evokuje vzpomínky na rozpory rodičů a získává pocit, že nastalá situace může fatálně změnit jeho život.

Největším traumatem pro něj byla smrt matky, která zemřela, když bylo panu K. 15let. Obě témata – jak rozvod rodičů, tak smrt matky, má K. hluboko uložené v sobě, jsou to pro něj neuzavřené životní kapitoly a to i díky tomu, že jeho otec se odmítal k těmto tématům vracet a hovořit o nich s panem K.

Zdravotní a psychický stav pana K. se začal zhoršovat v době, kdy se rozhodl, že se po pěti letech života v Londýně vrátí zpět do České republiky, a to v létě 2009. Jedním z důvodů byl roční vztah s jeho o 13 let mladší přítelkyní. Čím více se blížila doba, kdy měl strávit posledních pár měsíců s přítelkyní v Londýně a poté se přestěhovat, tím více se dostával K. pod tlak vlastního strachu, nejistoty, měl obavy z toho, že musí zařídit pár formalit, než se odstěhuje z cizí země, a rovněž se bál momentu, kdy bude muset ve své rodné zemi začínat znovu. Tento strach byl pro K. natolik nátlakový, že se uzavřel do sebe, přestal komunikovat s okolím a pouze mechanicky fungoval – chodil do práce a z práce, na nákup, uvařil... Spouštěčem psychické ataky a následného selhání organismu byl pád na kolečkových bruslích, kdy si nejspíše K. zablokoval nerv v klíční kosti. Den po tomto pádu ho zachvátil panický strach o jeho zdraví, neustále se prohlížel v zrcadle, četl na internetu informace, které by mu pomohly zjistit, co mu je, obcházel ordinace britských lékařů, navštěvoval pravidelně čínskou lékařku, která mu doporučila několik druhů homeopatik zaměřujících se na několik symptomů, které však neměly somatický původ, jak K. věřil. Jeho stav se nijak nelepšil. K. trpěl zažívacími potížemi, přestal se stravovat, neustále vyměšoval, měl pocity na zvracení, náhlé panické a úzkostné záchvaty. Jednu dobu se obával, že onemocněl prasečí chřipkou, která v té době v Anglii vypukla, vsugeroval si její příznaky a opakovaně chodil na krevní testy. Později získal pocit, že nejspíše začíná mít problémy se srdcem a umře na srdeční zástavu. Dostavily se i poruchy spánku, neustále přemýšlel o tom, jak umře, představoval si, jak ho odváží sanitka a umírá při převozu do nemocnice. Po dvou měsících začal na základě rozhovoru se svou kamarádkou podezřívat z příčin jeho potíží svou přítelkyni. Představy o tom, že se někde nakazil prasečí chřipkou, nebo že mu selhává srdce, vystřídalý nutkavé představy o tom, že se musí zbavit svojí přítelkyně nebo sebe.

Následně proběhl sled událostí, K. vyhodil přítelkyni z bytu, přestal vnímat své fyziologické potřeby – nevěděl, jestli pil, jedl, nepocítoval potřebu vyměšování. Došlo k totálnímu kolapsu vegetativního organismu, za pomoci svých kolegů byl hospitalizován v psychiatrickém ústavu v Londýně, kam byl převezen o víkendu, kdy v ústavu neordinoval žádný lékař. K. dostával od sester tlumící léky, stále nespál a stíhaly ho nutkavé představy, že je ve výcvikovém středisku, kde do něj aplikují virus prasečí chřipky a on bude mít za úkol nakazit lidskou populaci. Z umístění do tohoto ústavu podezřívá svého jediného přítele v Anglii – 80-ti letého muže, který v něm viděl svou rodinu. Po víkendu v ústavu si pro něj přiletěl otec, sbalil mu nejnnutnější věci a odvezl ho zpět do České republiky, kde mu zařídil hospitalizaci na Psychiatrické klinice Ke Karlovu v Praze.

11.2 Hospitalizace

Pan K. byl přijat na Psychiatrickou kliniku Ke Karlovu přednostně díky známosti otce s jedním předním pracovníkem kliniky na konci srpna 2009, kde byl hospitalizován na měsíc za účelem dosažení fyziologického zklidnění organismu. Prvních 14 dní byl K. léčen pouze medikací (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika), která sloužila k uklidnění organismu, k utlumení a podpoření spavé nálady, aby pacientův organismus během spánku regeneroval. Poslední dva týdny hospitalizace byla již farmakoterapie doplněna prací psychoterapeuta s pacientem. Po měsíci léčby bylo shledáno, že je pacient pomocí vhodného terapeutického přístupu a medikace schopen doléčení ambulantní formou. U pana K. se zřejmě jedná o úzkostně depresivní syndrom s psychosomatickými rysy (pan K. mi nebyl ochoten poskytnout detailní informace o léčbě, ani o své diagnóze, uvedené diagnostické kritérium je pouze hypotetické, a to na základě konzultace tohoto případu s odborníkem).

11.3 Současný stav

Pan K. užívá půl roku po ukončení hospitalizace antidepresiva, žádné jiné formy psychiatrické, psychologické či psychoterapeutické pomoci nevyužívá. Stále má strach vycházet ven, trpí úzkostmi a strachem.

Bydlí se svým otcem i přesto, že má vlastní byt, kde by mohl bydlet sám. Jeho denní režim je v podstatě nijaký, většinu času tráví doma čekáním na někoho, kdo se mu bude věnovat. Není nikde zaměstnán.

11.4 Rodinná anamnéza

Matka: zemřela, když panu K. bylo 15 let. Ona tehdy byla ve stejném věku jako je dnes K.. Matčiny rodiče si ji osvojili z dětského domova, kam byla odložena biologickými rodiči. K. se nikdy nezmínil, jaké bylo její vzdělání a jaké profesní povolání vykonávala. Byla dlouhodobě závislá na alkoholu a cigaretách. Ve svém projevu byla často labilní, hysterická a lítostivá. I přesto byla panu K. velice blízká a její smrt je pro něj dodnes neuzavřenou kapitolou.

Otec: je mu 55let, vystudoval práva na Karlově univerzitě, po ukončení studií se ihned věnoval své praxi, většinu času strávil jako podnikový právník jednoho bankovního institutu, kde pracuje dodnes. Když bylo panu K. 9 let, tak se se svou ženou rozvedl a K. zůstal v jeho péči. Necelý rok po rozvodu začal udržovat vztah se sousedkou v domě, kam se s K. přestěhovali. Dodnes žijí v oddělných domácnostech, nikdy neuzavřeli manželství. Po smrti jeho bývalé ženy a matky pana K. se snažil o to více suplovat obě role rodičů, snažil se K. poskytnout co nejvíce podnětných zážitků v průběhu dětství až jeho péče byla přehnaná. Otec je velmi silným kuřákem. Je nesmírně citlivý, má však problém komunikovat o věcech, které mu jsou nepříjemné, a resolutně odmítá jakoukoli debatu. K. si zvykl, že otec za něj spoustu věcí vyřeší, a vždy mu poskytne podporu a útočiště, a tak pro něj jsou důležité a zátěžové životní okamžiky velice náročné a stresující, často se v nich neumí zorientovat.

Otcova přítelkyně Zdena: 55let, pracuje jako právnička ve státní správě, je rozvedená a má syna Dana ve věku 35-ti let. S otcem pana K. udržují vztah přes 20 let, nikdy se k sobě nenastěhovali a neuzavřeli manželství. Zdena není pro K. nevlastní matkou, respektuje ji jako partnerku svého otce a svým způsobem jí má rád. Nikdy mezi ním, Zdenou a jejím synem Danem nevzniklo pevné pouto. Zdena je distingovaná žena, konzervativní až upjatá, pragmatická a chladná, tedy pravý opak k tomu, jaký je otec pana K. a on sám.

11.5 Osobní anamnéza

Pan K. se narodil jako zdravé dítě, rodinná situace byla velmi příznivá, rodiče se mu plně věnovali a velmi kladný vztah vznikl i s jeho prarodiči, nejsilnější pouto vzniklo s jeho dědečkem – otcem matky, který mu později odkázal veškerý majetek. Dnes K. žije v bytě po svém dědečkovi. Celé dětství strávil v jedné pražské čtvrti, kde žila celá jeho rodina, a on tam žije i dnes.

V době před školní docházkou se mu rodiče věnovali, podnikali společné výlety, navštěvovali kulturní akce, jezdili na rodinné dovolené, zároveň byli ve velmi úzkém kontaktu se širší rodinou.

První vážnější problémy v manželství pacientových rodičů se objevily po jeho nástupu na základní školu. Rozpory mezi rodiči se stupňovaly, narůstala matčina duševní nepohoda, která byla podpořena začínající závislostí na alkoholu. Otec se snažil konfliktním situacím předcházet, a pokud k nim došlo, odcházel z domova pryč, již tehdy se vyhýbal jemu nepříjemným situacím. K rozvodu manželství došlo v době, kdy panu K. bylo 9 let. K. byl svěřen do péče otci, což bylo i pacientovým přáním, neboť si už v tak raném věku uvědomoval, že se o něj matka nedokáže postarat. Odstěhovali se do nově postaveného panelového domu, zůstali ve stejné ulici, kde bydleli ještě před rozvodem manželství. Po přestěhování se pacientův otec v novém domě seznámil se svou současnou družkou.

K. si odnáší nejvíce vjemů z manželství jeho rodičů právě z období, kdy manželství procházelo krizí a skončilo rozvodem. Hádky a hysterie v něm zanechaly velmi silné pocity, které se znovu probouzejí při jakémkoli sebemenším nedorozumění či konfliktu a pacient v těchto situacích spatřuje závažné důsledky. K. však nevnímá chování své matky nebo otce jako špatné a ani jednoho z nich nikdy neobviňoval za jejich chování. Po rozvodu se oba rodiče snažili udržovat vzájemně dobré vztahy, bydleli v jedné ulici, K. matku pravidelně navštěvoval. Její závislost na alkoholu se však prohlubovala a matka přestávala postupně plnit svou roli matky ve všech jejích složkách.

Co se týče chování pan K. během docházky na základní školu, byl bezproblémovým dítětem a stejně tak i žákem, většinu volného času trávil s otcem, dědečkem a pár kamarády, kteří bydleli ve stejné čtvrti jako on.

V patnácti letech zažil K. velké trauma v podobě ztráty matky, která zemřela. O její smrti se dozvěděl od otce, se kterým v té době trávil pár dní na jeho oblíbeném místě – chatě za Prahou. Matka pana K. byla nalezena utopena v rybníce. Dodnes není známo, jestli šlo o sebevraždu nebo nešťastné utonutí. K. mluví o tom, že jeho matka milovala letní období, ráda se chodila opalovat k rybníku, a tak si vytvořil vlastní teorii, že nejspíše i v den svojí smrti si šla užít letního dne, a když se šla vykoupat do rybníka, situaci pod vlivem alkoholu nezvládla. Den smrti matky byl posledním dnem, kdy K. se svým otcem mluvili o smrti jeho matky. Přibylo tedy další téma, které bylo ve vztahu s otcem zakázaným tématem, tabu, o kterém se nikdy nehovoří.

Pan K. popisuje den, kdy mu otec oznámil, co se stalo, jako velký šok a překvapení. Poznal na otci, že se něco stalo, otec ho pobídl k tomu, aby se společně šli projít do lesa, kde se mu chystal sdělit, co se dozvěděl. K. vytušil, že se stalo něco vážného a v duchu se obával, že se stalo něco jeho dědečkovi. Smrt svojí matky vidí jako důležitý zlom v jeho vývoji, dnes říká, že tuší, že se tím změnil jeho celkový přístup k ženám, jeho matka ho opustila v době, kdy on sám potřeboval kontakt s opačným pohlavím, aby mohl navázat se svou matkou ještě pevnější pouto. Měl spoustu otázek, na které hledal odpovědi. Sám mluví o tom, že byl spíše opatrnější, zakřiknutý, a co se zájmu o děvčata týče, nijak neprojevoval pozornost vůči nim i přesto, že si uvědomoval, že on sám na sebe pozornost děvčat strhává. Zmiňuje se také o tom, že mu otec po smrti K. matky poskytoval velkou oporu, péči a celkově měl k němu citlivý přístup. Zpětně si je vědom, že už od raného dětství nebyl průbojný, neměl tendence se stavět proti otcovým názorům, i když s nimi nesouhlasil, otec mu vždy se vším pomáhal a vždy za něj řešil jeho osobní věci. Tento postoj se nezměnil ani v době dospívání, kdy se většina jeho vrstevníků osamostatňovala. Obecně mají mladiství zájem být samostatní a postupně si vytvářet vlastní hodnoty, rozhled a najít svůj směr. Jakousi suplovanou roli opory a případně nevlastní matky nikdy neplnila ani otcova přítelkyně, která nedávala najevo jakoukoli náklonnost ani panu K., ani otci pan K., ani vlastnímu synovi. Mezera mezi těmito dvěma rodinami, které žijí pouze vedle sebe, byla nejspíše o to hlubší tím, že se otec se svou přítelkyní k sobě nikdy nenastěhovali, a tak nevznikla žádná silná vazba mezi panem K., otcovou přítelkyní a jejím synem Danem, který je stejně starý jako pan K.

Po ukončení studia na gymnáziu si K. doplnil vzdělání nástavbou a ve svých 19 letech začal pracovat v bankovním institutu. V průběhu dalších let vystřídal několik zaměstnání – práce ve fotolabu, distributor zboží.

Pacient v průběhu svého dětství a dospívání cestoval po celém světě, později cestoval společně se svým otcem. Věnoval se rekreačně sportům, jako je fotbal a florbal. Velkým koníčkem pro něj dodnes zůstalo focení.

Posledních pět let strávil v Londýně, kde spíše pracoval, než si budoval nový život. Rozhodnutí, proč se odstěhoval do zahraničí, popisuje jako nutnost, kdy cítil, že už nemůže dál, že se potřebuje osamostatnit od otce a začít žít nový život. Přihlásil se tedy do agentury zprostředkující práci v zahraničí a na tomto základě odjel do Velké Británie. Zde první rok pracoval pod britskou agenturou, která mu zprostředkovávala pracovní příležitosti na různých pracovních pozicích, poté si našel práci pro britskou náboženskou organizaci The Quakers, kde pracoval v cateringu.

11.6 Sociální anamnéza

Pan K. poznal svou první lásku v 21 letech, do té doby neměl potřebu navazovat partnerské vztahy. Po dvou letech vztahu se k sobě partneri nastěhovali a rok na to uzavřeli manželství. Krátce po svatbě pacientova manželka Hana změnila zaměstnání, kde poznala muže, se kterým byla pacientovi nevěrná. K. popisuje toto období jako dobu velkého zoufalství, kdy se údajně snažil dělat cokoli, aby vztah s manželkou napravil. Později však pacient přiznává, že mu jeho dnes již bývalá manželka řekla, že pokud by se on nechtěl rozvést, tak by s ním v manželství setrvala. Otázkou tedy je, do jaké míry se K. snažil manželství zachránit, a na kolik dal na rady svého otce, který mu radil, aby manželství ukončil. Zároveň mu pak pomáhal s rozvodem, s přestěhováním do jeho bytu, kde s ním pan K. žil do svých 29 let. Tehdy se rozhodl odjet do Londýna, aby se odpoutal od závislosti na otci. Po rozvodu K. navázal pár dlouhodobějších vztahů, které většinou udržoval na dálku, vztahy však ztroskotaly na partnerčiných nevěrách, i přesto, že pacient uvádí, že on byl ten, který do vztahů dával maximum, snažil se na nich pracovat, budovat komunikaci a společné zájmy.

Ostatní sociální kontakty pacienta bývaly a jsou poměrně chudé, neumí navazovat a udržovat hlubší a intenzivní přátelské vztahy, očekává, že ti druzí mu budou vysílat

podněty. I přesto má dva dlouholeté kamarády – muže v jeho věku, kteří jsou poměrně úspěšní ve svém profesním životě, v tom osobním už oba založili rodinu. Pacient má také kamarádku, která má rovněž děti a přítele, se kterým žije ve společné domácnosti. K této ženě má pacient hluboký vztah, je na ní obdobně zafixován, jako na svého otce, a ona v podstatě v životě pana K. plní obdobnou funkci jako jeho otec. Pravděpodobně její role v životě K. supluje roli jeho zemřelé matky.

11.7 Postoje pacienta

Postoje pana K. k léčbě se nám nepodařilo zjistit, pacient není schopen náhledu, upíná se na postavu svého otce, který v podstatě žije život za oba.

Obecně se v rodině pana K. o problému nijak zvlášť nemluví, nepřicházejí žádné snahy o to, aby pacient pokračoval v ambulantní formě léčby, aby se našla skutečná příčina jeho onemocnění.

11.8 Diskuze

U pana K. je patrná již od raného dětství velmi nízká tolerance vůči jakýmkoli nezvyklým situacím, se kterými se ve svém životě dosud nesetkal, natož vůči zátěžovým situacím, ke kterým je nutné se postavit čelem, naučit se v nich zorientovat a momentálně zvoleným přístupem je řešit. Velmi dobře se cítí obklopen lidmi, kteří mu věnují přehnanou péči, jednají s ním „rukavičkách“. Jakékoli jiné chování, upřímnost, schopnost řešit konflikty přímo v něm vyvolávají pocity ublíženosti, žaludeční neurózu, pocity na zvracení. Obviňuje druhého z neadekvátního chování vůči němu. Je možné, že smrt matky v něm jakýmsi způsobem zastavila vývoj a dozrávání mladistvého člověka v dospělého muže schopného postavit se k životu. Dle mého speciálně pedagogického hlediska bylo v době smrti matky více než nutné, aby s ním otec hovořil, nejen o rozvodu manželství a smrti matky, ale i o věcech, které dopívající člověk potřebuje diskutovat a objasnit. Přinejmenším bylo z mého hlediska adekvátní, aby byl pan K. preventivně svěřen do odborné péče psychologa ihned poté, co prožil takové trauma v tak brzkém věku. Otec měl pana K. více podporovat v samostatnosti, uvědomit si, že pro K. je důležité, aby se uměl k věcem postavit čelem, pokud se nedokázal sám K. ubírat tímto směrem. Neboť dlouhodobé vyhýbání se zodpovědnosti za své jednání a rozhodnutí způsobilo,

že pro K. byly zátěžové i běžné věci, které musí člověk v průběhu svého života řešit (neúspěchy v partnerských vztazích, stěhování, posunutí se ve svém životě vpřed). K. se očividně vyhýbal jakékoli možnosti cokoli změnit.

Po vypuknutí ataky somatoformního onemocnění byla podle mého názoru hospitalizace příliš krátká na to, aby K. pochopil, jak je nutné si projít procesem, ve kterém se člověk ocitá, pokud stojí před důležitou životní situací nebo se ocitá v náročné životní etapě a že je tedy důležité v léčbě pokračovat v rámci dobrovolné hospitalizace. Jeho vyčerpání a selhání psychické i fyzické pohody a následná hospitalizace za velmi dramatických okolností mu měly být dostatečně varovným znamením, že by měl svůj přístup k životu začít postupně přehodnocovat a měnit, přestat klamat sebe sama tím, že je schopným, sebevědomým a výjimečným člověkem, který má bohužel nelehkou situaci, neboť tyto jeho schopnosti nikdo nevidí. Vzhledem k tomu, že hospitalizace prodloužena nebylo, bylo a stále je více než namístě najít ambulantní služby v oblasti psychoterapeutické a psychologické péče. Prospěšným by klientovi mohli být i svépomocné skupiny, kde by poznal, jak se ke změně v kvalitě života v důsledku životní disharmonie staví lidé, kteří si prošli něčím obdobným jako sám K.

Dalším bodem následné léčby by mohla být rodinná terapie, kdy by se psychoterapeut měl zaměřit na určitou dysfunkčnost otce ve vztahu s K., bylo by vhodné společně se vrátit ke společným traumatickým prožitkům, popsat své pocity, zrekonstruovat minulé situace. Důležitým bodem by mělo být překonání komunikační bariéry, pochopení, že je nutné o věcech komunikovat, řešit je. Druhým úhlem pohledu na psychoterapii pana K. je ten fakt, že je dospělým člověkem, který by situaci měl zvládnout sám. Při rodinné terapii by opět mohlo dojít k přenášení zodpovědnosti na otce, chování a jednání pana K. podle toho, jak to jeho otec vyžaduje.

Z našeho hlediska je prognóza pana K. velice nejistá vzhledem k tomu, že není schopen zaktivizovat sám sebe ani v činnostech běžného denního života, natož ve vytvoření si náhledu na vzniklou situaci, která není stabilizována, ale je naopak alarmující, tudíž je možné, že v dohledné době může dojít k relapsu onemocnění.

12 Případová studie č. 2 – paní V.

V. je 41letá žena, rozvedená, z manželství má dceru. V. je v invalidním důchodu III. stupně, který jí byl přidělen po ukončení hospitalizace v Psychiatrické léčebně Kosmonosy. V. vystudovala střední odborné polygrafické učiliště, v tomto oboru nikdy nepracovala. Dnes je V. po dlouhé době zaměstnaná jako uklízečka, žije sama se svou dcerou u Mladé Boleslavi.

12.1 Dosavadní vývoj problémů

První nátlaky na V. ze strany jejího manžela začali dva roky po svatbě, tedy ihned poté, co se vrátil z dvouleté vojenské služby. Přestěhovali se společně na vesnici nedaleko Mladé Boleslavi, kde nikoho neznali. V. byla tedy závislá na manželovi, jak po stránce finanční, tak i sociální – z počátku byl jediným člověkem, se kterým mohla komunikovat. V. si všimla, že se manžel po návratu z vojny změnil z citlivého, vnímavého a ustrašeného mladého muže na sebevědomého až arogantního muže. Doufala, že společný život mimo dosah jejich rodičů vše změní a budou se mít lépe. Manžel paní V. začal podnikat v Praze, založil si vlastní firmu a byl velmi úspěšný, čímž si získal na vesnici obdiv obyvatel, kteří ho považovali za vlivného člověka, často se na něj obraceli a on s nimi manipuloval. Vůči V. a jejich dceři byl bezohledný, nevěnoval se ani jedné z nich, V. dělala podle svého manžela všechno špatně – nestarala se o domácnost, tak jak měla, když chtěla něco podniknout, on jí nikdy nevyšel vstříc. Když byla jejich dcera větší, chtěla V. začít znovu pracovat nebo studovat, manžel jí však řekl, že chce, aby byla doma a že ve studiích jí nepodpoří. Udržoval jí záměrně v izolaci, společný čas trávili pouze za zdmi bytu, nikdy si na vesnici ani v jejím okolí nevytvořili dobré a pevné vztahy, díky silné disharmonii mezi manželi je přestali navštěvovat rodiče, příbuzní i známí paní V.

Manželovi se tak povedlo dostat V. do izolace, neustálé ponižování přerostlo ve fyzické násilí a výhrůžky. V. několikrát volala policii, zápisy z těchto hlášení se dnes nedají nalézt, jak se ukázalo později u rozvodu. Paní V. má za to, že vliv peněz jejího manžela zahladil stopy po těchto záznamech. Fyzické útoky na paní V. nebrali konce, manžel se nekrotil ani před jejich dcerou, pouze za dveřmi jejich bytu působil jako milující muž a otec, který nedá na svou rodinu dopustit a naopak V. působila jako náladová,

hysterická a věčně protivná. V. byla mnohokrát ohrožena na životě nebo měla vážná zranění jako pohmožděniny a podlitiny v obličeji a po celém těle, zlomená žebra a klíční kost, několikrát jí manžel zavřel na pár dní do sklepa nebo do garáže, pokoušel se jí shodit z balkónu nebo pobodat nožem, kopání a prudké údery mu také nebyly cizí.

V. dlouhou dobu nikomu nic neřekla, když se o všem dozvěděla její sestra a to tak, že jí manžel V. chtěl napadnout, řekla vše jejich rodičům. Ti několik let nedokázali pochopit, co se V. odehrává v jejím životě, celou situaci nedokázali správně vyhodnotit, a to také díky tomu, že je V. informovala pouze nárazově a stručně. V. požádala rodiče, jestli by jí i s dcerou nevzali bydlet na rok k nim domů, než se osamostatní. Rodiče odmítli V. pomoci, což jim V. nemůže zapomenout i z toho důvodu, že její sestře pomáhají celý její život a i v dobách, kdy se rozváděla.

Psychický a fyzický teror neustával, manžel během několikaletého teroru nárazově pil, což umocňovalo jeho agresivitu. V. se po několika letech rozhodla vyhledat psychologa, který však nebyl dobrým odborníkem, jak se ukázalo později. Její psychický stav se horšil, začali se přidávat i fyzické symptomy jako pocity nachlazení močového měchýře, záněty ve vaginální oblasti, bolesti zad, nohou. V. a její praktická lékařka se snažili s pomocí odborníků hledat příčiny těchto symptomů. Nikdy se však neukázal žádný nález, který by poukazoval na organické nebo funkční onemocnění.

V roce 2004 měla V. asi nejsilnější hysterický a svalový záchvat, za pomoci dcery a jejich společné kamarádky byla odvezena na pohotovost. Služící lékařka byla velmi empatická, provedla základní vyšetření a když zjistila, že příčinou selhání zdravotního stavu V. není žádná nemoc i vzhledem k jejímu momentálnímu stavu, usoudila, že se spíše jedná o nervové vyčerpání. I přesto, že jí nemohla nijak pomoci kromě píchnutí injekce na zklidnění organismu, byla ochotná V. vyslechnout, doporučila jí, aby navštívila konkrétního psychiatra, kterého V. doporučila. Paní V. psychiatra kontaktovala a vzhledem k jejímu kritickému stavu byla přijata do jeho léčby. Psychiatr s V. po pár sezeních společně usoudili, že by hospitalizace v psychiatrické léčebně byla nutná, V. souhlasila a tak v listopadu 2004 nastoupila do PL Kosmonosy.

12.2 Hospitalizace

V. byla přijata na oddělení S9 v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích k dobrovolné hospitalizaci v listopadu 2004 a léčbu ukončila v únoru 2005. U paní V. byla diagnostikována těžká Emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ (F 60.3) a těžká Disociativní porucha (F 44.7). Farmakologicky byla léčena minimálně, užívala na zklidnění Neurol 5 a antidepresivum. Oddělení se zaměřovalo na přímou práci s klienty v rámci skupinových programů a terapií, což bylo doplňováno i detailně strukturovaným časovým harmonogramem, aktivizace pacientů spočívala také v podílení se na chodu oddělení – úklid, praní, příprava jídla. Paní V. během léčby nejezdila na víkendy domů, i když to bylo na otevřeném oddělení povoleno, dcera jí navštěvovala každý týden, s nikým jiným se pacientka setkat nechtěla a požádala personál, aby jiným návštěvám nepovolovali vstup na oddělení. Jednou svolila k návštěvě manžela, rodičů a kamarádky.

V. bylo doporučováno léčbu ještě o měsíc prodloužit, ona se kvůli dceři chtěla vrátit domů, neboť žila v neustálém strachu, co se doma mezi ní a jejím manželem děje. Léčbu tedy ukončila začátkem února 2005.

12.3 Současný stav

Paní V. užívala pouze první rok po hospitalizaci pravidelně Neurol 5 a antidepresivum, postupně si začala sama dávky ubírat a je dodnes bez medikace, stále však pod dohledem psychiatra, který jí byl doporučen. Neurol 5 užívá pouze tehdy, cítili se výrazně psychicky unavena a v důsledku toho u ní dochází k poruchám spánku. Sama říká, že jí léky nijak výrazně nepomáhají ani na zklidnění organismu. Kromě medikace V. nevyhledala žádný způsob následné péče, i přesto, že se jí k tomu snažila její dcera a rodina motivovat, ona sama tvrdí, že už se některé věci nezmění a že lékařům nevěří.

V. se nedokáže odprostit od minulosti, neustále v sobě žíví svoje zážitky z minulosti i současnosti. Tento stav je celou dobu podporován nezaměstnaností V., který byl občas přerušen krátkodobou prací na hlavní či vedlejší pracovní úvazek. Posledních pár měsíců má práci jako uklízečka na zkrácený pracovní úvazek. Dodnes si nedokázala vytvořit strukturovaný řád ve svém životě, najít si aktivity, kterými by vyplnila svůj volný čas a které

by jí pomohly k seberealizaci, získání vlastní stability a umožnily jí náhled na vzniklé situace.

Její stav se v posledním roce zhoršil, V. zapomíná, kdy se co stalo, často se neorientuje v čase a prostoru, je nepřizpůsobivá vůči jiným lidem, není schopná se zadaptovat ani na své příbuzné, neadekvátně reaguje na naprosto jasné situace. K jejímu psychickému onemocnění se přidružují fobie (strach z uzavřeného prostoru, strach z výšek) a má tendenci k závislosti na alkoholu.

Její celkový zdravotní stav není stabilní a prognóza není příliš pozitivní. V. prodělala již třikrát trombózu, doživotně musí užívat Warfarin. V květnu 2009 prodělala náročnou gynekologickou operaci, která se nepodařila tak jak by měla, V. má dodnes bolesti jen při změně počasí, intimní život u ní je díky operaci velmi omezený. Celkový zdravotní stav tedy nijak nepřispívá k navození klidu, pohody a částečné harmonie.

12.4 Rodinná anamnéza

Matka: ve věku 62 let, vystudovala střední grafickou školu v době, kdy už byla vdaná a měla obě dcery. Celý život pracovala v tiskárenském průmyslu, nedávno změnila povolání a pracuje jako finanční poradkyně. Od svých 9let vyrůstala pouze s matkou a starším bratrem, otec zemřel. Dříve byla několik let závislá na nikotinových cigaretách, před 8 lety kouřit přestala. Její zdravotní stav je stabilní, léčí se na vysoký krevní tlak a cholesterol, nedávno u ní byla zjištěna extrémně zvětšená štítná žláza, kterou léčí hormonálně. Matka paní V. je velmi distingovaná žena, která si potrpí na dobré mravy, má ve svém životě ráda pořádek, přehled a jistotu. V kolektivu je velice oblíbená, lidé jí důvěřují a hledají u ní útěchu a podporu. Co se týče vztahu se svou dcerou, je zde velká mezera, obě jsou diametrálně odlišné charakterem, pohledem na svět a život jako takový, komunikace mezi nimi vážne, prakticky vždy dojde ke skrytému konfliktu způsobenému právě odlišným přístupem a vnímáním každé z nich.

Otec: je mu téměř 70 let, vystudoval střední průmyslovou školu, jeho posledním dlouhodobým zaměstnáním než odešel do penze, bylo zavádění počítačů do státní administrativní sféry po celé ČR. Jako malý žil se svou matkou i otcem v Dejvicích, otec rodinu brzy opustil a otec paní V. zůstal až do dospělého života žít se svou matkou v Praze. Otec paní V. je rovněž po zdravotní stránce stabilní, stejně jako jeho manželka

se léčí na vysoký cholesterol, poslední dva roky má problémy s pohybovým ústrojím v oblasti kyčlí, bérce a pravé dolní končetiny – dříve léčeno rehabilitací. Povahově je otec spíše submisivní a pomalejší. Pokud to jeho okolí vyloženě nevyžaduje, tak komunikuje minimálně nebo pokud je to od něj očekáváno (např. při setkání s přáteli). Často bývá emočně rozladěný, výbušný a cholerický. Má rád svůj klid a prostor. Se všemi členy rodiny vychází dobře, takže ani V. nemá ve vztahu s ním větší problémy, mrzí jí však jeho uzavřenost a výbuchy vzteku.

Sestra: 38 let, dvakrát rozvedená, z každého manželství má syna (20 let, 6 let). Po druhém rozvodu se odstěhovala zpět do Prahy, kde žije ve svém vlastním bytě s přítelem a mladším synem, starší syn zůstal u svého nevlastního otce. Pracuje jako finanční poradkyně. Osobnostně je podobná své matce, se kterou velmi dobře vychází, jsou v každodenním telefonickém nebo osobním kontaktu. Povahově je tedy rozdílná od své sestry V., ale i přesto se poslední rok obě snaží svůj vzájemný vztah zlepšit a upevnit. Jsou pravidelném telefonickém kontaktu, občas se navštíví. V. cítí u své sestry pochopení, má pocit, že nemusí nic předstírat a zatajovat určité informace, o kterých si myslí, že by její rodiče nepochopili.

Manželství rodičů paní V. je spokojené po dobu 44 let, když byla V. malá, věnovali jim s její sestrou spoustu pozornosti, podnikali výlety, dovolené, měli kolem sebe známé s dětmi ve stejném věku jako byla V. a její sestra. Dětství V. bylo harmonické a bohaté na zážitky. V. se však cítí ukřivděná, její sestra se narodila nemocná (vykloubená dolní končetina, epilepsie), a tak byla zahrnována větší péčí. V. od raného dětství dávala najevo svou svébytnost, měla sklony k rebelii a odporu. Neshody a nepochopení ze strany rodičů v ní vyvolávaly hysterii.

12.5 Osobní anamnéza

V. se narodila jako prvorozená dcera, když byly V. necelé 3 roky, narodila se její sestra. Sestra potřebovala po narození zvýšenou péči, neboť měla po porodu vykloubenou dolní končetinu a později se projevila epilepsie, byla tedy zahrnována větší pozorností než V., což v paní V. zanechalo pocit, že je nechtěná a nezajímavá pro své rodiče. Tyto pocity byly umocňovány povahou V., která byla už jako malé dítě svébytnou

osobností se svými názory, se kterými však nesouhlasila její matka, která jí dávala najevo, že ve svém věku by měla být poslušná a nemá nárok na svůj názor.

Již v mateřské škole prožívala intenzivně období vzdoru a rebelie, které trvalo po dobu celé její povinné školní docházky i později na středním odborném učilišti. V. říká, že ji škola nebavila, neměla ráda autoritativní přístup učitelů, kteří podle ní jednali z pozice moci a nadřazenosti. I přesto, že je V. velice inteligentní, její prospěch tomu nikdy neodpovídal. V. však sklízela úspěchy ve sportu, závodně hrála házenou, plavání a věnovala se akrobatickému skákání na trampolíně. Její častá nepřítomnost ve škole a skutečnost, že otec nebyl ve straně, se také podepsaly na školním prospěchu, což pro ní bylo zásadní, když měla přejít na střední školu. Přála se vyučit kadeřnicí, kam neměla nárok si podat přihlášku a tak jí bylo jedno, kam půjde dále studovat. Dokončila tedy střední odborné polygrafické učiliště, praxi se však nikdy nevěnovala.

Ve svých 16-ti letech se V. odstěhovala od svých rodičů, dostala možnost bydlet v bytě po své tetě, kterou využila, aby se osamostatnila a mohla žít život podle sebe a ne podle svých rodičů, kvůli čemuž vznikaly v rodině neustálé hádky. V. nebyla na rodičích nijak finančně závislá, peníze získávala za povinnou školní praxi, které jí stačily na to, aby se užívala.

Ve svých 18-ti letech otěhotněla, nastoupila na mateřskou dovolenou a poté se živila většinou jako prodavačka oblečení, což jí bavilo a naplňovalo. Po ukončení hospitalizace přešla do invalidního důchodu III.stupně, střídavě se snažila najít zaměstnání, většinu času byla neúspěšná.

V. nemá žádné zájmy, kterým by se aktivně věnovala. Mluví o tom, co by ráda dělala a co by jí zajímalo a bavilo, ale nic nedělá proto, aby se začala věnovat alespoň jedné činnosti intenzivně. Pokud přijde někdo z jejího okolí s nějakým podnětem, většinou tyto snahy „bojkotuje“ a uvádí hned několik důvodů, proč nabízené podněty nelze zrealizovat.

12.6 Sociální anamnéza

V. se již jako mladistvá pohybovala v širokém okruhu přátel, byla temperamentní, zábavná a v kolektivu oblíbená. Ráda trávila čas aktivně.

Ve svých 15-ti letech potkala svého budoucího manžela, který byl stejně starý jako V.

V 18-ti letech otěhotněla a pod tlakem rodičů z obou stran uzavřeli manželství. Těhotenství V. bylo z její strany chtěné a chtěla zůstat se svým přítelem žít v bytě po své tetě bez toho, aniž by se vzali. Manželovi to tehdy bylo jedno, spíše se v situaci vzhledem ke své nevyzrálosti nedokázal zorientovat. Po svatbě manžel V. odešel na dva roky do vojenské služby, V. v době do porodu bydlela u svých rodičů, poté se přestěhovali k rodičům manžela, kde žili všichni společně. V. říká, že se snažila najít vlastní bydlení, což se jí povedlo v době, kdy se měl její manžel vrátit natrvalo z vojenské služby. Koupili byt u Mladé Boleslavi, kde nikoho neznali. V. uvádí, že se její manžel během vojny změnil k nepoznání, z citlivého až ublíženého mladého muže se stal arogantní sobec, který se naučil jednat z pozice moci a síly. To vše se umocnilo, když se přestěhovali na malou vesnici, kde si její manžel získal velmi dobré postavení, začal podnikat, v čemž byl velice úspěšný, začal vydělávat velké peníze. V. mluví také o tom, že si nepřál, aby ona byla úspěšná, začala studovat, nepřál si, aby pracovala. Svým chováním a jednáním v ní vyvolával pocity méněcennosti, neužitečnosti, nelásky vůči ní samotné. V. věřila, že se vše změní, chtěla, aby se vrátili zpět k jeho rodičům nebo si našli byt někde v Praze, aby nepříjemnou situaci, která se vlekla, zvládli a začali znovu. Manžel veškeré její snahy „bojkotoval“, ze slovních útoků a psychického utlačování se později stalo i fyzické napadání a vyhrožování. To se vleklo několik let, v roce 2005 bylo manželství rozvedeno a dcera byla svěřena do péče V.

Poslední 4 roky V. žila s o 6let mladším přítelem. Ten si získal pozitivní vztah i s její dceru a celou rodinu. Byl však velmi problémový, což postihovalo i rodinu paní V. Koncem roku 2009 se s V. rozešli. Po měsíci opět navázali kontakt a příležitostně se navštěvují.

12.7 Postoje pacientky

Paní V. se ke své léčbě v PL Kosmonosy staví pozitivně, bere pobyt na oddělení jako jednu z pozitivních zkušeností, ráda vzpomíná na zdravotnický personál i ostatní pacienty, kteří si byli vzájemně velmi blízcí. Dodnes ze zážitků a práce na oddělení těží.

To, jak se k duševnímu onemocnění V. staví rodina, chápe ona sama jako neporozumění, nechotu získat o její nemoci více informací a snahu brát jí takovou jaká je. Nevidí důvod, proč by se ona měla stále někomu přizpůsobovat, očekává, že se její blízké okolí přizpůsobí jí.

12.8 Diskuze

Případ paní V. je názorným příkladem toho, jak může dlouhodobý stres, nervové vypětí a nevyhledaná včasná pomoc vyvolat psychosomatické potíže, které se však již staly chronickými a vyvolaly jiné psychické poruchy, které nemají svůj původ samozřejmě jen v prvotně zmíněné psychosomatice. Dlouhodobé trvání symptomů zasáhlo hluboce nahlížení V. na život, na tom, jak by ho měla žít a naplnit. Kvalita jejího života byla již značně narušena před léčbou, ani 5let po léčbě se jí však nedaří najít jiný způsob života, není motivovaná ke změně.

Z mého speciálně pedagogického hlediska byl u V. důležitý moment, kdy nenašla žádné řešení, jak z manželství odejít a tím pádem uchránit své zdraví a duševní pohodu. Myslím si, že došlo k určité rezignaci, V. přijala situaci jako neměnnou a bezvýhodnou a snažila se během posledních let zachovat alespoň zbytky sebe sama a pomocí pudu sebezáchovy jakýmkoli způsobem přežít. Tato situace jí pravděpodobně vytvořila takový vzorec chování, že v něm zůstává dodnes a vzhledem k tomu, že se V. nesnažila najít další intervenci, ani nevyzkoušela to, co jí bylo nabízeno ze strany druhých, nelze očekávat, že si vybuduje nějaké stabilní sebevědomí, zaktivizuje se natolik, že bude schopná si postupně vytvářet nové návyky a sociální dovednosti, které povedou ke změně životního stylu a stabilizaci kvality života.

Mým konkrétním doporučením ze speciálně pedagogického hlediska by bylo ihned po léčbě najít službu v oblasti péče o duševně nemocné věnující se sociální rehabilitaci, jež se zaměřuje na znovuuvedení člověka s duševním onemocněním do běžného života, snaží se pomoci mu vybudovat nové návyky v oblasti sebeobsluhy a orientace v běžném životě, motivovat ho a dostatečně ho zaktivizovat k tomu, aby se navrátil do běžného života, obnovil sociální vztahy a zároveň hledal nové, pokud možno se vrátil do pracovního procesu nebo si našel činnost, která by naplnila jeho volný čas.

Důležitým bodem je také smíření rodiny s diagnózou paní V., podle mého pozorování a dostupných informací je jediným člověkem, který plně chápe, co duševní onemocnění znamená a jak V. limituje, je její dcera. Zbylé příbuzenstvo její nemoc akceptuje a snaží se tolerovat její chování způsobené v důsledku nemoci. Očekávají však, že i V. se bude sama snažit o pozitivní změnu, která bude ku prospěchu všem.

Prognóza paní V. je momentálně spíše negativní než pozitivní, je schopná fungovat v běžném životě, ku prospěchu jí je určitě práce, kterou našla, ale to nestačí k tomu, aby si vybuodovala vnitřní sebedůvěru, dokázala uzavřít životní kapitoly, které jí fatálně poznamenaly, stále jí brzdí v posunutí se ve svém vlastním životě, který má konečně možnost změnit. Ukazatelem je i její neschopnost zadaptovat se na své okolí, přizpůsobit se momentálním situacím a adekvátně na ně reagovat. Bylo by vhodné, kdyby V. našla psychologa, možná ještě lépe psychoterapeuta, kterému by důvěřovala a jeho přístup by ji motivoval k tomu, aby docházela na pravidelná sezení a postupnými kroky odstraňovala nedostatky, které jí brání zkvalitnit vlastní život a zároveň by byla sezení prevencí relapsu onemocnění, pokud by V. musela opět čelit zátěžové situaci. Užitečné by mohlo být i sociální učení v rámci svépomocných skupin.

13 Závěr – zhodnocení výsledků mapující studie

Jak již bylo uvedeno v úvodu praktické části, cílem mapujících studií bylo nastínit problematiku somatoformního onemocnění, popřípadě jiných duševních poruch, na dvou respondentech odlišného pohlaví a dopadu duševního onemocnění na celkové fungování respondentů v jejich osobním životě.

Studie nám jasně ukazují, nakolik jsou traumatické a zátěžové situace determinující pro další vývoj v životě člověka obecně, na obou respondentech potom vidíme, jak byl jejich osobnostní vývoj zasažen přetrvávajícími stresovými situacemi či nedořešenými traumaty z minulosti.

Na respondentovi z případové studie č. 1 (Pan K.) se jasně ukázalo, že traumatické zážitky podpořily jeho osobnostní předpoklady k nízké frustrační toleranci, tendenci přenášet zodpovědnost za jeho život na otce i v jeho dospělém věku a projíkat svojí emoční labilitu do svého okolí. Jasně signály, že něco není v pořádku, byly dlouho opomíjeny, což k překvapení respondenta vedlo k jeho psychickému i fyzickému vyčerpání.

U respondentky (Paní V.) se ukázalo, že i přesto, že byla ve svém životě velice schopná, průbojná a šla si za svými cíli, poté v důsledku dlouhodobého psychického ponižování a fyzického týrání, o kterém si zpočátku myslela, že ho nějak přečká a toto období samo vymizí, došlo k totální proměně její osobnosti, dlouholeté utlačování způsobilo, že změnila svůj přístup k životu, ztratila svou vlastní podstatu a dnes se jí nedaří najít životní stabilitu a nechápe místo ve svém vlastním životě.

Vliv zátěžových faktorů na respondenty nám jasně ukazuje, že je důležité dbát na vlastní osobnostní rozvoj, držet si své vlastní hranice, od kterých by se nemělo výrazně ustupovat, a že ne vždy je nutné zůstat v takovém klimatu, v jakém žili naši respondenti. Neboť jejich několikaletá disharmonie ovlivnila kvalitu jejich života natolik, že ani po léčbě nejsou schopni se uplatnit v sociálním prostředí, ve kterém žijí, neumí si vybudovat pevný a jasný systém, sami v sobě nenalézají motivaci k tomu, aby využili druhé šance, a vybudovali si nový a lepší životní styl a zároveň si uvědomili, že jejich léčba by neměla skončit pouze u hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Psychosomatické onemocnění je tedy více než varujícím fenoménem, jehož četnost s nároky dnešní doby narůstá. Vznik tohoto onemocnění je velice plíživý, nedá se rozpoznat, nakolik jsou varovné signály a symptomy onemocnění závažné, abychom vyhledali včasnou intervenci. Z našeho odborného hlediska je více než akutní šířit osvětu o psychohygieně, osvětu o vzniku, průběhu a závažnosti psychických poruch, a zároveň apelovat na lidskou populaci, že nároky klade život na každého z nás, což však apriori neznamená, že tyto nároky vždy zvládneme, uneseme a budeme schopni jít dál, aniž bychom se nad vzniklými situacemi pozastavili, odžili si je a patřičným způsobem je zpracovali a uzavřeli. Široká veřejnost by měla začít chápat, že selhání automaticky neznamená fakt, že je společnost „odepíše“, a oni ztrácí nárok na to žít svůj život kvalitně a v interakci s ostatními lidmi, kteří třeba nemají podobnou zkušenost s duševním onemocněním jako oni. Že vyhledání včasné a správné pomoci není mínus, ale plus pro budoucí život člověka.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce je podat objektivní obraz systému léčby v psychiatrických léčebnách, poskytnout dostatečné informace o způsobu hospitalizace při léčbě duševního onemocnění, zásadními oddíly jsou potom ty kapitoly, které se věnují detailnímu popisu vzniku duševních poruch, jaká vyšetření musí pacient podstoupit, aby mu byla správně určená diagnóza a na základě toho i doporučena vhodná psychiatrická intervence. V návaznosti na to jsou předkládány ke studiu kapitoly o etických zásadách, právech, povinnostech a kompetencích, které by měli dodržovat obě strany léčebného procesu, tedy lékař a pacient. Dalším cílem práce je informovat o prevalenci nejčastěji se vyskytujících duševních poruchách v ústavní léčbě za posledních pár let, informovat o těchto vybraných duševních poruchách v náhledu na jejich příčiny, charakteristické symptomy, specifika a možná rizika konkrétního duševního onemocnění, o způsobech léčby a vyslovení prognózy nad těmito duševními poruchami. V závislosti na tom se v kapitole o kvalitě života osob s duševním onemocněním uvádí, jak je vznik duševního onemocnění zásadní pro život osoby se vzniklým onemocněním, ale i pro jeho blízké okolí.

V celkovém pohledu na uvedenou problematiku jsou osoby s duševním onemocněním izolovány většinou společností díky zažitým předsudkům, stereotypům, které nejsou bohužel nijak uváděny na pravou míru díky nedostatečné osvětě, nedostatku informací poskytovaných odbornou veřejností a státním sektorem, což v důsledku způsobuje neadekvátní přístup k lidem s duševním onemocněním – zdravotnický personál a lékaři často neumí jednat s pacienty obecně, natož s těmi skupinami obyvatel, které vyžadují jistá specifika v přístupu, kam spadá i cílová skupina osob s duševními poruchami. Mezi okolním světem a osobou s duševním onemocněním tak vzniká vakuum v momentě, kdy se duševní porucha projeví v plném rozsahu a osoba dříve velmi dobře přijímaná je odstrčena do pozadí, neboť nikdo v jejím okolí a ani osoba sama kolikrát neví, co její vzniklé onemocnění znamená, jak se k němu postavit, co dělat proto, aby se stav jedince s duševní poruchou zlepšil, jak s ním komunikovat, jak ho podpořit a pomoci mu. Neznalost, strach z neznámého a stigmatizace zaměřená vůči osobám s duševním onemocněním představuje začarovaný kruh pro obě strany – osoba s atakou

duševní poruchy ztrácí orientaci v dění kolem sebe, je emočně i fyzicky rozladěná a vyčerpaná, že sama kolikrát nedokáže vyhledat vhodnou a včasnou pomoc nebo dostupným informacím a možnostem nedokáže ve vzniklém zmatku dostatečně porozumět. Zde by byla na místě pomoc alespoň jednoho člověka tvořící blízké okolí osoby s duševní poruchou. Tato pomoc při vyhledání odborné pomoci však většinou není k dispozici, většina lidí se zachová tak, že člověka s existenciální krizí obviní za to, že vzniklou situací nezvládl, že svůj stav zveličuje a je zbytečně hysterický. Zároveň se okolí za tohoto člověka stydí, jeho psychické vyčerpání bere jako svou vlastní prohru, chce s ním zpřetrhat všechny vazby, neboť se automaticky toto okolí dostává do pozice „těch lidí, co znají toho člověka, co se zbláznil „, obavy z přetrhání dosavadních sociálních vazeb vznikají tedy na obou stranách – na straně pacienta i jeho blízkého okolí. Je tedy více než důležité, aby se pohled na duševní onemocnění změnil, dostal objektivní a skutečný pohled na věc, veřejnost potřebuje získat zkušenosti v interakci s lidmi s duševním onemocněním, aby došlo k pozitivní změně v přístupu k této cílové skupině, která mnohdy jen není tou skupinou, ale velice často se jedná o člověka, který je důležitou součástí našeho života a jeho momentální situace, která může být krátkodobého, dlouhodobého či celoživotního charakteru, by neměla zpřetrhat vazby, neměla by osobě s duševní poruchou celou její situaci ještě ztížit.

Důležité je pochopit ten fakt, že na vzniku a průběhu duševního onemocnění se podílí hned několik faktorů, ať už je to heredita, resilience a celková struktura osobnosti, jiná závažná onemocnění či psychosociální vlivy. Podstatou je zjištění, že právě psychosociální vlivy v kontextu s prostředím, kde osoba s duševním onemocněním žije a atmosférou, kterou mu jeho okolí poskytne, vznikají podněty pro první projevy duševního onemocnění, které v případě dlouhodobého působení vyvolají náhlou nebo plíživou ataku onemocnění. Nepodnětné a neadekvátní sociální klima má největší dopady na kvalitu života osoby s duševní poruchou v momentně, kdy se snaží získat náhled na vzniklou situaci, podrobuje se zvolené léčbě a v momentně, kdy je intenzivní léčba dokončena, je nejdůležitějším faktorem znovunavrácení do plnohodnotného života vlastní motivace a aktivizace člověka s diagnostikovanou duševní poruchou a interakce se jeho prostředím.

To, jak člověk ve svém budoucím životě a po zkušenosti s onemocněním psychického rázu uspěje, závisí na něm samotném, ale i na nás jakožto jeho okolí, které by mělo dát šanci na život každé bytosti na tomto světě, neboť každý z nás je obdařen osobitým projevem, nadáním a talentem pro něco, ale zároveň i slabými místy našich osobností a vlastními limity.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ

Monografie:

1. BECK, AARON ,T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 250 s. ISBN 80-7367-032-1.
2. BERAN, J., TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 191 s. ISBN 80-246-0659-3.
3. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. : *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 170s. ISBN 80-247-0197-9.
4. HÖSCHL, C. A KOL. *Psychiatrie : učebnice pro vyšší zdravotní školy*. 1.vyd. Praha : SCIENTA MEDICA, 1997. 176s. ISBN 80-85526-64-6.
5. KOLEKTIV AUTORŮ. *Drogy a drogové závislosti 1.díl* . 1.vyd. Úřad vlády ČR, 2003. Kapitola 3, Petr Popov: Alkohol, s. 151-156. ISBN 80-86734-05-06.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0.
7. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie : učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 143s. ISBN 80-7178-700-0.
8. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 351s. ISBN 80-7367-022-X.
9. PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie : hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. 1.vyd. Praha : Triton, 1999. 270s. ISBN 80-7254-050-5.
10. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie : minimum pro praxi*. 4.rozšíř.vyd. Praha : Triton, 2006. 191s. ISBN 80-7254-746-1.
11. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie : učebnice pro minimum a praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 466s. ISBN 80-7169-964-0.
12. STYX, P. *O psychiatrii : jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2003. 178s. ISBN 80-7226-828-7.

13. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. : *Psychopatologie a psychiatrie : pro psychology a speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha : Portál, 2006. 317s. ISBN 80-7367-154-9.
14. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha : Portál, 2008. 872s. ISBN 978-80-414-4.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 528s. ISBN 80-7178-308-0.
16. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz.vyd. Praha : Portál, 2003. Kapitola 12, Psychologická péče o hospitalizované pacienty, s. 197- 206.

Internetové zdroje:

17. Česká asociace pro psychické zdraví. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online]. 2001-2009 [cit. 2009-11-01].
Dostupné z České asociace pro psychické zdraví: <<http://www.capz.cz/dokumenty/>>.
18. Česká asociace pro psychické zdraví. *Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví*. [online]. 2009 [cit. 2009-10-31].
Dostupné z: <<http://www.capz.cz/dokumenty/documents/prava1.pdf>>.
19. Česká asociace pro psychické zdraví. *Právní rádce : příručka pro všechny, kteří se setkávají s duševní nemocí*. [online]. 2009 [cit. 2009-03-28].
Dostupné z: <<http://www.capz.cz/projekty/pravni-oblast/pravni-radce/documents/Pravniradce.pdf>>.
20. Česká asociace pro psychické zdraví. *Skripta poradce*. [online]. 2009 [cit. 2009-03-28].
Dostupné z: <<http://www.capz.cz/projekty/pravni-oblast/prava-pacientu-v-sychiatricke-lecebne/documents/skriptaPoradci.pdf>>.
21. KAŠPÁREK, T. *Neurotické poruchy*. [online]. [2010 cit. 2010-03-15].
Dostupné z: <<http://www.cenrtumprorozvojuduesvnihozdarvi.cz>>.

22. KONRÁD, J. *Behaviorální a psychologické („neuropsychiatrické“) symptomy demence (BPSD) – diagnostika a možnosti léčby.* [online]. 2010 [cit. 2010-03-14].
Dostupné z : <http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202009%20 prezentace %20pdf/ Konrad_BPSD.pdf>.
23. KROMBHOLZ, R. *Současné možnosti léčby demencí.* [online]. 2010 [cit.2010-03-14].
Dostupné z: <pps.wz.cz/doc/demence_2.ppt>.
24. *Kvalita života.* [online]. 2010 [cit. 2010-03-22].
Dostupné z: <kvalitazivota.vubp.cz/.../ soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc>.
25. PŘÍHODA, P., ŠPANIEL, F., PĚTIŠKOVÁ, M. *Klinická část : diagnostické okruhy.* [online]. 2009 [cit. 2009-11-01].
Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_01.pdf>.
26. RABOCH, J. *Afektivní poruchy.* [online]. 2010 [cit. 2010-03-14].
Dostupné z: <www.lf1.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/Afektivní%20poruchy.ppt>.
27. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická péče 2008.* [online]. 2010 [cit. 2010-02-28]
Dostupné z: <http://artemis.osu.cz:8080/artemis/uploaded/161_Metodologie_pedagogickeho_vyzkumu_teze.pdf>.
28. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí : Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize* [online].2009 [cit. 2009-05-09].
Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
29. WENIGOVÁ,B., PŘÍHODA, P. *Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem.* [online]. 2009 [cit. 2009-11-01].
Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_02.pdf>.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1 Etický kodex České lékařské komory

PŘÍLOHA Č. 2 Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví

PŘÍLOHA Č. 3 Psychiatrické vyšetření – formulář

PŘÍLOHA Č. 4 Lékařská mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize

PŘÍLOHA Č. 1 Etický kodex České lékařské komory

Úplné znění Etického kodexu České lékařské komory lze nalézt v následujících zdrojích :

- MACH, J. : *Medicína právo*. 1.vyd. V Praze : C.H. Beck, 2006. 257s. ISBN 80-7179-810-X.
- Etický kodex ČLK <http://www.clkbrno.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=46>.

Příloha č. 2 Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví

Úplné znění Přílohy č. 2 lze prostudovat na tomto dostupném odkazu:

<<http://www.capz.cz/dokumenty/documents/prava1.pdf>>

Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví

Použití

Tyto Zásady budou uplatňovány bez jakékoli diskriminace, ať již spojené s invaliditou, rasou, barvou, pohlavím, jazykem, vyznáním, politickým nebo jiným názorem, národním, etnickým nebo sociálním původem, právním nebo sociálním postavením, věkem, majetkem nebo původem.

Definice

V rámci těchto Zásad platí:

- a) „Právní zástupce“ je zákonný nebo jiný oprávněný zástupce;
- b) „Nezávislý orgán“ je kompetentní a nezávislá orgán stanovený zákonem v dané zemi;
- c) „Péče o psychické zdraví“ zahrnuje analýzu a diagnózu psychického stavu jednotlivce, a léčbu, péči a rehabilitaci při psychickém onemocnění nebo při podezření na psychické onemocnění;
- d) „Psychiatrické zařízení“ je jakákoli instituce nebo jakákoli jednotka takové instituce, která jako svoji prvotní funkci zajišťuje péči o psychické zdraví;
- e) „Profesionál v péči o psychické zdraví“ je lékař, klinický psycholog, sestra, sociální pracovník nebo jiná řádně vyškolená a kvalifikovaná osoba s konkrétními zkušenostmi v péči o psychické zdraví;
- f) „Pacient“ je osoba, které je péče o psychické zdraví věnována, a označuje veškeré osoby, které jsou přijaty do psychiatrického zařízení;
- g) „Osobní zástupce“ je osoby ze zákona pověřená povinnostmi zastupovat zájmy pacienta v jakémkoli daném ohledu nebo využívat daná práva jménem pacienta, a může jím být jeden z rodičů nebo zákonný opatrovník nezletilého, pokud není jinak stanoveno zákonem v dané zemi;
- h) „Kontrolní orgán“ je orgán ustanovený v souladu se zásadou 17 ke kontrole přijetí nebo držení pacienta proti jeho vůli v psychiatrickém zařízení.

Zásada 1 Zásadní svobody a základní práva

1. Všechny osoby mají právo na nejlepší dostupnou péči o psychické zdraví, která bude součástí systému zdravotní a sociální péče.

2. Se všemi osobami s psychickým onemocněním, nebo osobami, které jsou za takové považovány, bude jednáno humánně a s respektem k vlastní důstojnosti člověka.

3. Všechny osoby s psychickým onemocněním, nebo osoby, které jsou za takové považovány, mají právo na ochranu před ekonomickým, sexuálním nebo jiným využíváním, fyzickým i jiným zneužitím a ponižujícím zacházením.

4. Na základě psychického onemocnění se nesmí projevit žádná diskriminace.

5. Každá osoba s psychickým onemocněním bude mít právo využívat občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva, která jsou uznána Všeobecnou deklarací lidských práv, Mezinárodní úmluvou o hospodářských, společenských a kulturních právech, Mezinárodní úmluvou o občanských a politických právech a dalšími příslušnými dokumenty, jako je Deklarace práv invalidů a Soustava zásad pro ochranu veškerých osob jakýmkoli způsobem zadržených nebo vězněných.

6. Jakékoli rozhodnutí, že osoba není právně způsobilá z důvodu svého psychického onemocnění a jakékoli rozhodnutí, že v důsledku této nezpůsobilosti bude jmenován osobní zástupce, bude uskutečňováno pouze po spravedlivém projednání nezávislým a nestranným tribunálem, ustanoveným podle zákona dané země. Osoba, o jejíž způsobilost se jedná, dube mít nárok být zastupována právním zástupcem. Pokud osoba, o jejíž způsobilosti se jedná, sama nezajistí takové zastupování, bude jí toto zprostředkováno bezplatně, pokud tato osoba nemá dostatečné prostředky, aby za to zaplatila. Právní zástupce nebude v daném řízení zastupovat zároveň psychiatrické zařízení nebo zaměstnance, a nebude také zastupovat člena rodiny osoby, o jejíž způsobilosti se jedná, pokud tribunál nerozhodne, že se nejedná o konflikt zájmů. Rozhodnutí o způsobilosti a nezbytnosti osobního zástupce budou kontrolována v přiměřených obdobích, předepsaným zákonem dané země. Osoba, o jejíž způsobilosti se jedná, její zákonný zástupce, pokud existuje, a veškeré jiné zainteresované osoby budou mít právo odvolat se proti takovému rozhodnutí k nejvyššímu soudu.

7. V případě, že soud nebo jiný oprávněný tribunál zjistí, že osoba s psychickým onemocněním není schopna postarat se o své záležitosti, budou učiněna opatření k zajištění ochrany jejich zájmů tak, jak je nezbytné a vhodné vzhledem ke stavu takové osoby.

Zásada 4 Rozhodnutí o psychickém onemocnění

1. Rozhodnutí o psychickém onemocnění osoby bude učiněno v souladu s mezinárodně přijatými lékařskými normami.

2. Rozhodnutí o psychickém onemocnění nebude nikdy učiněno na základě politického, ekonomického nebo sociálního postavení nebo náležitosti k nějaké kulturní, rasové nebo

náboženské skupině, nebo na základě jakéhokoli jiného důvodu, který se ke statutu psychického zdraví nevztahuje.

3. Rodinný nebo profesní konflikt, nesoulad s morálními, společenskými, kulturními nebo politickými hodnotami nebo náboženskou vírou převládající v okolí dané osoby nebudou nikdy určujícím faktorem při diagnóze psychického onemocnění.

4. Skutečnost, že osoba byla v minulosti léčena nebo hospitalizována jako pacient, nepostačuje sama o sobě k rozhodnutí o psychickém onemocnění v současnosti ani v budoucnosti.

5. Žádná osoba ani orgán nerozhodne, ani jiným způsobem neoznačí, že daná osoba je psychicky nemocná, pokud to nebude pro účely přímo se vztahující k psychickému onemocnění nebo k následkům psychického onemocnění.

Zásada 5 Lékařská prohlídka

Žádná osoba nebude nucena k lékařské prohlídce za účelem určení, zda je psychicky nemocná, kromě případů, které budou v souladu se zákonnými postupy v dané zemi.

Zásada 6 Důvěrnost

Právo na důvěrnost informací o osobách, na které se tyto Zásady vztahují, bude respektováno.

Zásada 7 Úloha společnosti a kultury

1. Každý pacient bude mít do nejvyšší možné míry právo na léčbu a péči ve společnosti, ve které žije.

2. Pokud léčba probíhá v psychiatrickém zařízení, bude mít pacient, kdykoli to bude možné, právo být léčen blízko svého domova nebo domova jeho příbuzných nebo přátel, a bude mít právo vrátit se do společnosti co nejdříve.

3. Každý pacient bude mít právo na léčbu, která vyhovuje jeho kulturnímu prostředí.

Zásada 8 Normy péče

1. Každý pacient bude mít právo na takovou zdravotní a sociální péči, jaká odpovídá potřebám jeho zdraví, a má právo na péči a léčbu v souladu se stejnými normami jako ostatní nemocné osoby.

2. Každý pacient bude chráněn proti újmě, včetně neoprávněného podávání léků, zneužití ostatními pacienty, zaměstnanci nebo jinými osobami, i jiným činností, které způsobují psychický stres nebo nepříjemné fyzické situace.

Zásada 9 Léčba

1. Každý pacient bude mít právo na co nejméně omezující a rušivou léčbu v co nejméně omezujícím prostředí, léčbu, která odpovídá zdravotním potřebám pacienta a potřebě chránit fyzickou bezpečnost ostatních.

2. Léčba a péče o každého pacienta bude založena na individuálně předepsaném plánu, který bude prodiskutován s pacientem, pravidelně kontrolován, revidován podle nutnosti, a bude pro něj zajištěn kvalifikovaný profesionální personál.

3. Péče o psychické zdraví bude vždy zajišťována v souladu s příslušnými normami etiky profesionálů v péči o psychické zdraví, včetně mezinárodně uznávaných norem, jako jsou Zásady lékařské etiky, vztahující se k roli zdravotního personálu, zejména lékařů, při ochraně vězňů a zadržených proti mučení a dalším krutostem, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, přijaté Valným shromážděním Spojených národů. Znalosti a zkušenosti v oblasti psychického zdraví nebudou zneužity.

4. Léčba každého pacienta bude směřovat k zachování a zvyšování jeho osobní samostatnosti.

Zásada 10 Podávání léků

1. Podávání léků bude vyhovovat zdravotním potřebám pacienta, léky budou podávány pacientovi pouze pro terapeutické nebo diagnostické účely a nikdy nebudou podány jako trest nebo pro pohodlí ostatních. Podle ustanovení odstavce 15, zásady 11, uvedeného níže, budou profesionálové v péči o psychické zdraví podávat pouze léky se známými nebo prokázanými účinky.

2. Veškeré podávané léky budou předepsány zákonně oprávněným profesionálem v péči o psychické zdraví a budou zapsány v pacientových záznamech.

Zásada 11 Souhlas s léčbou

1. Pacientovi nebude poskytnuta žádná léčba bez jeho poučeného souhlasu, kromě případů uvedených v odstavcích 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady.

2. Poučený souhlas je nutný získaný ze svobodné vůle, bez hrozeb nebo nevhodných pohnutek, poté, kdy byl pacient v jazyce, kterému rozumí, řádně seznámen s adekvátní a srozumitelnou informací o: stanovení diagnózy; účelu, metodě, pravděpodobné délce a očekávaném přínosu navrhované léčby; alternativních způsobech léčby, včetně takových, které jsou méně rušivé; Možných bolestech nebo nepříjemných stavech, riziku a vedlejších účincích navrhované léčby.

3. Pacient může během procedury požadovat přítomnost osoby nebo více osob podle vlastní volby kvůli udělení souhlasu.

4. Pacient má právo odmítnout nebo zastavit léčbu, kromě případů uvedených v odstavcích 7, 8, 13 a 15 této zásady. Pacientovi musí být vysvětleny důsledky odmítnutí nebo zastavení léčby.

5. Pacient nebude nikdy vyzván nebo ovlivňován k tomu, aby se vzdal práva na poučený souhlas. Pokud by se sám pacient chtěl vzdát tohoto práva, musí mu být vysvětleno, že léčba mu bez poučeného souhlasu nemůže být poskytnuta.

6. Kromě případů uvedených v odstavcích 7, 8, 12, 13, 14 a 15 této zásady může být pacient léčen podle navrhovaného plánu léčby bez poučeného souhlasu pacienta, pokud jsou splněny následující podmínky:

- a) Pacient je v příslušné době držen jako nedobrovolný pacient;
- b) Nezávislý orgán na základě adekvátních informací, včetně informace upřesněné v odstavci 2 této zásady, souhlasí s tím, že v příslušné době je pacient způsobilý dát nebo odmítnout poučený souhlas s navrhovaným plánem léčby, nebo, pokud je to dáno legislativou v dané zemi, že s ohledem na vlastní bezpečnost pacienta nebo na bezpečnost ostatních odmítá pacient takový souhlas bezdůvodně.
- c) Nezávislý orgán souhlasí s tím, že navrhovaný plán léčby je v nejlepším zájmu pacientových zdravotních potřeb.

7. Odstavec 6 uvedený výše se nevztahuje na pacienty s osobním zástupcem se zákonnou pravomocí k souhlasu s léčbou pacienta; ale, kromě případů uvedených v odstavcích 12, 13, 14 a 15 této zásady, může být pacient léčen bez svého poučeného souhlasu, pokud jeho osobní zástupce po obdržení informací popsanych v odstavci 2 této zásady jménem pacienta souhlasí.

8. Kromě případů uvedených v odstavcích 12, 13, 14 a 15 této zásady může být pacient léčen bez svého poučeného souhlasu, pokud zákonně oprávněný kvalifikovaný profesionál v péči o psychické zdraví rozhodne, že je to naléhavě nutné kvůli tomu, aby se předešlo okamžité nebo hrozící újmě pacienta nebo ostatních osob. Taková léčba nepřekročí dobu naprosto nezbytnou pro tento účel.

9. V případech, kdy je léčba schválena bez poučeného souhlasu pacienta, bude přesto vyvinuto úsilí informovat pacienta o podstatě léčby a všech možných alternativách, a zapojit pacienta podle možností do rozpracovaného plánu léčby.

10. Veškerá léčba bude ihned zaznamenána do zdravotních záznamů pacienta s uvedením, zda byla dobrovolná nebo nedobrovolná.

11. Fyzický nátlak nebo nedobrovolná izolace pacienta nebudou používány, pokud nejsou v souladu s oficiálně schválenými postupy psychiatrického zařízení, a pouze tehdy, pokud jde o jediný dostupný prostředek zabráňující okamžité nebo hrozící újmě pacienta nebo ostatních osob. Takové zacházení nepřekročí dobu naprosto nezbytnou pro tento účel. Všechny případy fyzického nátlaku nebo nedobrovolné izolace, jejich důvody, podstata a rozsah, budou zaznamenány ve zdravotních záznamech pacienta. Pacient, na kterého je činěn nátlak nebo

který je izolován, bude udržován v humánních podmínkách a bude v péči a pod důsledným a pravidelným dohledem kvalifikovaného personálu. Pokud to odpovídá situaci a pokud existuje osobní zástupce, bude neprodleně informován o veškerém fyzickém nátlaku nebo nedobrovolné izolaci pacienta.

12. Sterilizace nebude nikdy prováděna jako léčba psychických onemocnění.

13. Důležité lékařské nebo operační zákroky mohou být osobně s psychickým onemocněním provedeny pouze v případech povolených zákonem v dané zemi, když se má za to, že by byly pro pacientovy zdravotní potřeby nejvhodnější, a když dá pacient poučený souhlas. Pokud ale pacient není schopen poučený souhlas poskytnout, bude zákrok schválen pouze po nezávislém přezkoumání.

14. Operační zákroky ohledně psychického stavu, ani jiná rušivá a nenávratná léčba, nebudou prováděny na pacientovi, který je v psychiatrickém zařízení nedobrovolně, a podle toho, do jaké míry je jejich provádění povoleno zákonem v dané zemi, mohou být prováděny na ostatních pacientech pouze pokud dal pacient poučený souhlas a nezávislý vnější orgán souhlasí s tím, že existuje pravý poučený souhlas a že taková léčba je pro zdravotní potřeby pacienta nejlepší.

15. Klinické zkoušky ani experimentální léčba nebudou na žádném pacientovi prováděny bez jeho poučeného souhlasu, vyjma pacienta, který není schopen dát poučený souhlas a který může být přijat ke klinickým zkouškám nebo experimentální léčbě, ale jedině se souhlasem kompetentního nezávislého kontrolního orgánu vytvořeného konkrétně pro tento účel.

16. V případech specifikovaných v odstavcích 6, 7, 8, 13, 14 a 15 této zásady bude mít pacient nebo jeho osobní zástupce nebo jiná zainteresovaná osoba právo odvolat se k soudnímu nebo jinému nezávislému orgánu proti léčbě, která byla pacientovi poskytnuta.

Zásada 15 Zásady přijetí

1. V případě, že osoba potřebuje léčbu v psychiatrickém zařízení, je třeba vynaložit veškeré úsilí, aby nedošlo k přijetí proti vůli pacienta.

2. Přijetí do psychiatrického zařízení bude provedeno stejným způsobem jako přijetí do kteréhokoli jiného zdravotnického zařízení.

3. Každý pacient, přijatý se svým souhlasem, má právo psychiatrické zařízení kdykoli opustit, pokud nespĺňuje kritéria zadržování jako nedobrovolný pacient podle níže uvedené zásady 16, a bude o tomto právu informován.

Zásada 16 Nedobrovolné přijetí

1. Osoba může a) být přijata proti své vůli do psychiatrického zařízení jako pacient; nebo b) byla-li už jako pacient proti své vůli přijata, může být v psychiatrickém zařízení zadržována a jen tehdy, pokud kvalifikovaný odborník v oboru psychiatrie, zákonem k tomu účelu pověřený,

nestanoví v souladu s výše uvedenou zásadou 4, že tato osoba trpí duševním onemocněním, a nenazná:

- a) Že kvůli tomuto duševnímu onemocnění existuje vážná pravděpodobnost bezprostředního nebo hrozícího zranění této osoby nebo osob jiných; nebo
- b) že v případě osoby, jejíž duševní stav je kritický a jejíž úsudek je narušený, odmítnutí přijetí nebo zadržení dotyčné osoby může s velkou pravděpodobností vést k vážnému zhoršení jejího stavu nebo zabrání v poskytnutí patřičné léčby, která může být poskytnuta pouze po přijetí do psychiatrického zařízení v souladu se zásadou nejméně omezující alternativy. V případě uvedeném v pododstavci b) by měl být, pokud možno, konzultován druhý specialista v oboru duševního zdraví, nezávislý na prvním. Pokud dojde k takovéto konzultaci, nemusí dojít k nedobrovolnému přijetí nebo zadržení, pokud nebude druhý specialista v oboru psychiatrie zajedno v názoru.

2. K nedobrovolnému přijetí nebo zařazení může dojít zpočátku pouze na krátkou dobu, jakou stanoví vnitrostátní právo pro sledování a předběžnou léčbu v případě probíhajícího přezkumu přijetí nebo zadržení revizními orgány. Příčiny takového přijetí jsou neprodleně sděleny pacientovi a skutečnosti přijetí a jeho okolností jsou sděleny také bez odkladu a s podrobnostmi reviznímu orgánu, pacientovu osobnímu zmocněnci, pokud existuje, a pokud nemá pacient námitek, pacientově rodině.

3. Zařízení duševního zdraví smí přijmou nedobrovolně přijaté pacienty, pouze pokud zařízení bylo k tomu určeno kompetentními orgány stanoveným vnitrostátním právem.

Zásada 19 Přístup k informacím

1. Pacient (kterýžto pojem v této Zásadě zahrnuje bývalého pacienta) je oprávněn k přístupu k informacím týkajícím se pacientova zdraví a osobním záznamům vedeným psychiatrickým zařízením. Toto právo podléhá omezením s cílem zabránit vážnému poškození zdraví pacienta a vyhnout se ohrožení bezpečnosti druhých. Jak může stanovit vnitrostátní právo, veškeré takové informace, neposkytnuté pacientovi, by měly být, pokud možno v tajnosti, poskytnuty pacientovu osobnímu zmocněnci a právnímu zástupci. V případě, že je pacientovi odepřena jakákoli informace, pacient nebo pacientův právní zástupce, pokud existuje, obdrží zprávu o odepření a důvodech, které k němu vedly, a tato informace podléhá soudnímu přešetření.

2. Jakékoli písemné připomínky pacienta nebo pacientova osobního zmocněnce nebo právního zástupce jsou na požádání vloženy do pacientova spisu.

Zásada 20 Pachatelé trestných činů

1. Uvedené Zásady se týkají osob ve výkonu trestu za trestné činy, nebo těch, které jsou jinak zadrženy v průběhu trestního řízení nebo vyšetřování, a u nichž je rozhodnuto, že trpí duševní nemocí, nebo u nichž se taková nemoc předpokládá.

2. Všem takovým osobám by se mělo dostat té nejlepší péče o duševní zdraví, jak je uvedeno v zásadě 1 výše. Uvedené Zásady se na ně vztahují v maximálním možném rozsahu, pouze s takovými omezeními úpravami a výjimkami, které jsou za daných okolností nezbytné. Žádná taková úprava ani výjimka nepoškodí práva těchto osob podle instrumentů uvedených ve výše uvedeném odstavci 5 zásady 1.

3. Vnitrostátní právo smí pověřit soud nebo jiný kompetentní orgán, jednající na základě kompetentních a nezávislých lékařských doporučení, aby nařídil, aby takové osoby byly přijaty do psychiatrického zařízení.

4. Léčení osob, u nichž bylo stanoveno, že trpí duševním onemocněním, je za všech okolností v souladu s výše uvedenou zásadou 11.

Zásada 21 Stížnost

Každý pacient a bývalý pacient má právo podat stížnost v souladu s postupy stanovenými vnitrostátním právem.

Zásada 22 Kontrola a opatření vedoucí k nápravě

Státy zajistí, aby byly uvedeny v působnost patřičné mechanismy, zajišťující soulad s uvedenými Zásadami, umožňující inspekci zařízení duševního zdraví, podání, přešetření a vyřešení stížností a ustanovení patřičných disciplinárních nebo právních opatření za profesionální zneužití pravomocí nebo ohrožení práv pacienta.

Zásada 23 Realizace

1. Státy by měly realizovat uvedené Zásady prostřednictvím patřičných legislativních, soudních, administrativních, vzdělávacích a jiných opatření, které budou pravidelně revidovat.

2. Státy uvedou vhodnými a aktivními prostředky uvedené Zásady ve veřejnou známost.

Zásada 24 Rámec zásad vztahujících se k psychiatrickým zařízením

Uvedené Zásady se týkají všech osob přijatých do psychiatrického zařízení.

Zásada 25 Zachování existujících práv

Nedojde k žádnému omezení ani zmenšení existujících práv pacientů, včetně práv uznávaných v platném mezinárodním nebo vnitrostátním právu, pod záminkou, že uvedené Zásady taková práva neuznávají nebo že je uznávají v menší míře.

Příloha č. 3 Psychiatrické vyšetření - formulář

Úvodní údaje

Údaje z parere, okolnosti přijetí a/nebo vyšetření.

V případě nedobrovolné hospitalizace údaje vedoucí k detenci.

Rodinná anamnéza:

1. Rodiče:

- vzdělání, zaměstnání, finanční zajištění
- etnické, kulturní, církevní pozadí
- síla, slabost, konfliktní situace v roli individuální, manželské, rodičovské

2. Širší příbuzenstvo

- rodinná struktura, zejm. blízkých příbuzných - sourozenci, prarodiče aj.
- rodinné aktivity, vč. každodenních aktivit, volného času a rekreačních aktivit

3. Rodinná anamnéza nemocí a psychiatrických kontaktů.

Sem patří všechny somatické a psychiatrické poruchy s možným genetickým nebo environmentálním působením na dítě.

Osobní anamnéza

(takto podrobná zejm. u dítěte)

1. Anamnéza pre-, peri a postnatálního vývoje

- bylo těhotenství plánované a/nebo chtěné
- co se dělo v rodině v té době, vč. závažného stresu matky?
- předchozí těhotenství, nedonošení, potraty
- komplikace tohoto těhotenství, včetně matčina abusu alkoholu nebo drog
- porod (průběh, donošenost, kříšení, křeče nebo modráni, novoroz. ikterus)
- okolnosti adopce
- časný kojenecký věk, vč. temperamentu a způsobů regulace a attachmentu

2. Somatický vývoj a medicínská anamnéza:

- růst dítěte: výška, váha
- vývoj jemné a hrubé motoriky a koordinace, vč. tiků, hyperaktivity
- vývoj řeči a jazyka: první slova, první věty, abnormality řeči nebo jazyka
- jídelní chování a postoje
- trénink udržování vyměšování a selhání
- spánkové zvyklosti
- zkušenosti s předškolními zařízeními
- anamnéza nemocí: hospitalizace, operace, závažná zranění (zvl. hlavy), tělesné handicapy, chronické a fakultní nemoci, epizody podobné záchvatům, zhoršení zraku nebo sluchu, expozice olovu nebo jiným toxinům
- alergie

3. **Školní anamnéza**
 - historie nástupu do školy, vč. problémů se separací nebo docházkou, změny škol, disciplinární problémy (známka z chování, počet zameškaných dnů)
 - silná a slabá místa ve škole
 - motivace k učení
 - udržení pozornosti, koncentrace
 - tolerance k frustraci nebo kritice
 - postoje vůči autoritám
 - organizační schopnosti
 - adaptabilita na nové, vyzývající nebo frustrující situace (nástup do mateřské školky, základní školy, pobyt v nemocnici, snášení operačního zákroku; bylo-li vůbec nějakou dobu mimo rodinné prostředí)

4. **Pracovní anamnéza**
 - odbornost
 - chronologický přehled zaměstnání, event. logika změn
 - nynější zaměstnání: postavení, náročnost časová, fyzická a psychická, interpersonální vztahy na pracovišti
 - silná a slabá místa pracovního výkonu
 - pracovní problémy

5. **Sexuální anamnéza**
 - erotické preference - hetero/homosexuál
 - začátky erotického života, kdy první pohlavní styk
 - kolik partnerů, charakter vztahů
 - spokojenost se sexuálním životem

6. **Manželství**
 - trvání známosti před manželstvím
 - kolikáté manželství, jak dlouho trvá
 - věkový rozdíl, povaha a zaměstnání partnera
 - charakter vzájemných vztahů
 - děti
 - event. extramatrimoniální vztahy

7. **Sociální anamnéza**
 - finanční podmínky
 - bydlení – adekvátnost vytápění, čistoty, bezpečnosti, možnost soukromí a rozdělení ložnic

8. **Farmakologická anamnéza**
 - somatické léky
 - psychofarmaka - jak dlouho, dávky, efekt

9. **Abusus**
 - typ substance: alkohol, drogy
 - délka, frekvence, dávky
 - problémy spojené s abusem - pracovní, rodinné, sociální, zdravotní

10. Zájmy, hobby, talenty, trávení času

- aktivity ve volném čase: sám nebo s vrstevníky, vč. sledování televize
- speciální talenty nebo zájmy, jestliže ano, jak nahlíženy rodinou, školou, vrstevníky
- vliv problémů na zábavu a zapojení do běžných reakčních aktivit

11. Neobvyklé nebo traumatické zážitky:

- v dětství: týrání nebo sexuální zneužívání, zanedbávání, užívání alkoholu nebo drog rodičem nebo členem rodiny
- rodinné, komunitní nebo politické násilí
- znásilnění
- přírodní katastrofy

Nynější onemocnění

A. Ne-psychotický pacient:

1. Vývoj onemocnění: jak a kdy choroba začala, jak probíhala (výkyvy, remise), jaký měla vliv na život postiženého
2. Nynější obtíže: charakter, frekvence, závažnost

B. Psychotický nebo dementní pacient:

1. Jaké má obtíže?
2. Proč je u psychiatra?
3. Individuálně volené otázky vzhledem k problematice, často nutno vycházet z údajů z parere, z objektivní anamnézy

Orientační vyšetření psychických funkcí:

1. vědomosti a všeobecná orientovanost:
 - kdo je prezidentem, premiérem
 - jaké významné události se v poslední době udály
 - známí spisovatelé
2. úsudek
 - rozdíl mezi podobnými věcmi (řeka-rybník, kámen-cihla)
 - vyložit přísloví („Kdo jinému jámu kopá...“)
 - vysvětlit abstraktní pojmy (pravda, spravedlnost...)
3. orientačně vstřípivost paměti
 - číselná řada
 - pojmenování několika předmětů

Psychopatologický nález

- lucidita vědomí, orientace, spolupráce
- odpovědi na otázky – v relacích otázek? Adekvátní? Latence?
- fyzický vzhled
- nálady a afekty
- motorické chování, včetně úrovně aktivity, koordinace, přítomnosti neobvyklých motorických projevů (např. tiky, stereotypní pohyby)
- forma a obsah myšlení a vnímání, vč. Přítomnosti halucinací, bludů, poruch myšlení
- řeč a jazyk
- orientačně inteligence
- pozornost a koncentrace
- paměť
- úsudek a náhled nemoci

Diagnóza

Diferenciální diagnóza

Plán vyšetření

Návrh terapie

Datum a jméno vyšetřujícího lékaře

Příloha č. 4 Lékařská mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize

F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatologických

F00 Demence u Alzheimerovy choroby

F01 Vaskulární demence

F02 Demence u chorob klasifikovaných jinde

F03 Nespecifikovaná demence

F04 Organický amnestický syndrom jiný, než vyvolaný alkoholem a jinými drogami

F05 Delirium jiné, než vyvolané alkoholem nebo jinými drogami

F06 Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění

F07 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

F09 Nespecifikované organické nebo symptomatické duševní poruchy

F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F10. – Poruchy vyvolané používáním alkoholu

F11. – Poruchy vyvolané používáním opioidů

F12. – Poruchy vyvolané používáním kanabinoidů

F13. – Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

F14. – Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F15. – Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu)

F16. – Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F17. – Poruchy vyvolané užíváním tabáku

F18. – Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

F19. – Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F20 Schizofrenie

F21 Schizotypní porucha

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy
- F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza

F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

- F30 Manická fáze
- F31 Bipolární afektivní porucha
- F32 Depresivní fáze
- F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha
- F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F38 Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F39 Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)

F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

- F40 Fobické úzkostné poruchy
- F41 Jiné úzkostné poruchy
- F42 Obsedantně-kompulzivní porucha
- F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
- F44 Dissociativní (konverzní) poruchy
- F45 Somatoformní poruchy
- F48 Jiné neurotické poruchy

F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- F50 Poruchy příjmu jídla
- F51 Neorganické poruchy spánku
- F52 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí
- F53 Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde
- F54 Psychické a behaviorální syndromy spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde
- F55 Abúzus látek nevyvolávajících závislost
- F59 Nespecifikované behaviorální syndromy spojené s fyziologickými dysfunkcemi a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F60 Specifické poruchy osobnosti

F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku

F63 Návykové a impulzivní nemoci

F64 Poruchy pohlavní identity

F65 Poruchy sexuální preference

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých

F69 Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F70 Lehká mentální retardace

F71 Středně těžká mentální retardace

F72 Těžká mentální retardace

F73 Hluboká mentální retardace

F78 Jiná mentální retardace

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce

F83 Smíšené specifické vývojové poruchy

F84 Pervazivní vývojové poruchy

F88 Jiné poruchy psychického vývoje

F89 Nespecifikovaná porucha psychického vývoje

F90 – F99 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

F90 Hyperkinetické poruchy

F91 Poruchy chování

F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině

F91.1 Nesocializovaná porucha chování

F91.2 Socializovaná porucha chování

F91.3 Porucha opozičního vzdoru

F91.8 Jiné poruchy chování

F91.9 Porucha chování nespecifikovaná

F92 Smíšené poruchy chování a emocí

F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci

F95 Tikové poruchy

F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci

F99 Nespecifikovaná duševní porucha

ANOTACE

Jméno a příjmení	Veronika Tejkalová
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	PhDr. Petra Černá – Rynešová
Rok obhajoby	2010

Název práce	Osoby s duševními poruchami v ústavní léčbě
Název v angličtině	People with mental disorder in inpatient treatment
Anotace práce	Bakalářská práce se zaměřuje na osoby s duševními poruchami v ústavní léčbě. Teoretická část popisuje strukturu fungování psychiatrických léčeben, způsoby hospitalizace v těchto institucích, etické zásady ve vztahu lékař-pacient, popisuje příčiny vzniku duševních poruch, jejich základní charakteristiku a vliv duševní poruchy na kvalitu života. Praktická část pomocí mapujících případových studií popisuje vznik, průběh a prognózu psychosomatického onemocnění na dvou respondentech.
Klíčová slova	Duševní porucha, ústavní léčba, etika, kvalita života, psychosomatické onemocnění
Anotace v angličtině	Bachelor thesis focuses on people with mental disorder in inpatient treatment. The theoretical part describes the structure of organization in mental homes, forms of hospitalization, ethic fundamentals in relationship between doctor and patient, it describes the causes of mental disorder, basic characteristics of mental disorder and the influence of mental disorder on the quality of life. The practical part describes causes, progression and the prognosis of psychosomatic disorder by two respondents through mapping cause studies.
Klíčová slova v angličtině	Mental disorder, inpatient treatment, ethic, quality of life, psychosomatic disorder.
Přílohy vázané k práci	Příloha č. 1 Etický kodex České lékařské komory; Příloha č. 2 Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví; Příloha č. 3 Psychiatrické vyšetření – formulář; Příloha č. 4 Lékařská mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize
Rozsah práce	66
Jazyk práce	český