

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

## **Osobnost smyslu zbavená**

# **Člověk a psychóza v case managementu**

Personality without meaning: Man and psychosis in  
case management



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Jakub Štambera

Vedoucí práce: Mgr.Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

**2015**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Osobnost smyslu zbavená: Člověk a psychóza v case managementu“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Jihlavě dne 5.3. 2015

Podpis.....

### **Poděkování:**

Děkuji Dr. Martinu Kupkovi za reflektující přístup, kterým mě povzbuzoval, probouzel ve mně tvořivost a podněcoval mě k novým myšlenkám. Chci poděkovat za odborné konzultace Pavlu Řičanovi, Lence Vaňhové, Luce Viktorové, Míše Brázdilové a Martinu Hukovi. Terezii Kamanové děkuji za trpělivou korekturu. Jsem vděčný své rodině, že mi umožnila 5 let studia na cestě za mým povoláním.

# OBSAH

---

<b>Úvod</b>	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1 Psychóza</b>	<b>7</b>
1.1 Psychóza - „Normální reakce na nenormální životní situaci“	7
1.2 Schizofrenie	8
1.3 Příčiny avznik schizofrenie	10
1.4 Průběh schizofrenie aprognóza	11
1.4.1 Postschizofrenní deprese	12
1.4.2 Kognitivní deficit	12
<b>2 Léčba psychóz</b>	<b>13</b>
2.1 Typický průběh léčby	13
2.2 Farmakoterapie	14
2.2.1 Vedlejší účinky	15
2.3 Elektrokonvulzivní (spánková) terapie	15
2.4 Organizace psychiatrické péče v ČR	16
2.5 Komunitní přístup	18
2.6 O současném stavu v ČR	19
2.6.1 Reforma	20
<b>3 Case management</b>	<b>21</b>
3.1 Vznik a historie	22
3.2 Typy case managementu	22
3.3 Praktické zásady case managementu	24

3.3.1	Multidisciplinární tým	24
<b>3.4</b>	<b>Fáze práce s klientem</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>Smysluplnost</b>	<b>29</b>
4.1	Neoddělitelnost smyslu a reality	29
4.2	Hodnoty jako zdroje smyslu	30
4.3	Trojrozměrná osobnost člověka	31
4.4	Noetický model osobnosti podle P.T.P. Wonga	32
4.4.1	Psychofyzický organismus	32
4.4.2	Spirituální složka	34
<b>5</b>	<b>Smysl života lidí s psychotickou poruchou</b>	<b>38</b>
5.1	Zed' psychózy	38
5.2	Život za zdí aneb osobnost smyslu zbavená	39
5.3	Podobné výzkumy	41
<b>VÝZKUMNÁČÁST</b>		
<b>6</b>	<b>Výzkumný problém</b>	<b>43</b>
6.1	Cíle výzkumu	44
6.2	Hypotézy	44
<b>7</b>	<b>Metodika</b>	<b>45</b>
7.1	Profil osobního smyslu	45
<b>8</b>	<b>Participanti výzkumu a administrace</b>	<b>49</b>
8.1	Populace	49
8.1.1	Výběrový soubor	50
8.1.2	Kontrolní skupina	50
8.2	Administrace	51

<b>9</b>	<b>Statistická analýza aplatnost hypotéz</b>	<b>52</b>
9.1	Výsledky	55
<b>10</b>	<b>Diskuse</b>	<b>57</b>
10.1	Subškály	57
10.2	Reflexe výzkumného postupu	59
10.3	Doporučení abudoucí směřování	64
<b>11</b>	<b>Závěr</b>	<b>65</b>
	<b>Souhrn</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ LITERATURY</b>	<b>70</b>
	<b>Seznam příloh</b>	

# ÚVOD

Mluvit o smyslu života není jednoduché, psát o něm je snad ještě těžší. A zkoumat jej vědeckými metodami je skoro až nesmyslné. Přesto mě téma prožívání smyslu v životě člověka okouzlo snad právě svou neuchopitelností.

To, že něco jako smysl v životě existuje, spíše tušíme, než víme. Jsou dva momenty, kdy člověk prohlédne mlhu a vidí jasně, že se jeho život pohybuje na škále smysluplný-nesmysluplný. Prvním projevem smysluplnosti života je koncentrovaný intimní prožitek, že to, co děláme či prožíváme, má smysl. Druhým případem je zážitek nedostatku smyslu v životě, který nás buď paralyzuje, nebo pobízí k výpravě kupředu za hledáním smysluplnosti.

Tématu psychotického onemocnění se věnuji, protože jde o jedno z nejzávažnějších omezení *moci* člověka vůbec. Psychóza je *ne-moc*, která zasahuje celý existenciální kontext osobnosti, krade v těle i psychice člověka. Zdravý člověk si nedokáže to utrpení představit.

Psychóza je navíc do velké míry neovladatelná, moderní léky slibovaly osvobození lidského rodu od psychózy, ale to už je přes 60 let. V současné době si musíme přiznat, že nedokážeme psychózu zastavit, a než se naučíme ji kontrolovat, je třeba se snažit ulehčit nemocným jejich životní břemeno.

Během posledních desítek let se ukázalo, že biologická léčba není ani zdaleka vším, co by nemocný potřeboval. K úspěchu léčby psychózy je nezbytné pochopit člověka ne mírou jeho šílenství, ale naopak v rozsahu jeho zdraví – jeho lidských potřeb, obnovení jeho zdrojů v rodině, vztahů, sebepřijetí, pocitu užitečnosti. Jak má člověk trpící duševní chorobou žít bez berliček, které používáme v životě my všichni?

Nejvyšším cílem naší práce je podnítit uvažování o léčbě psychóz v kontextu prožívání smysluplnosti v životě. Chceme poukázat na to, že to může být právě dostatečné prožívání smysluplného života, které eliminuje hlavní rizika a nebezpečí spojená s psychotickým onemocněním. Proto si také klademe za cíl informovat odbornou i laickou veřejnost o možnostech léčby, které nabízí case management lidem s psychózou.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 PSYCHÓZA

---

## 1.1 PSYCHÓZA – „NORMÁLNÍ REAKCE NA NENORMÁLNÍ ŽIVOTNÍ SITUACI“<sup>1</sup>

S psychózou se lidstvo na celé planetě setkává snad od samého svého počátku, přesto zůstává do velké míry tajemstvím. V průběhu historie existovalo mnoho pojmenování i modelů tohoto onemocnění. V různé době na různých místech znamená psychóza něco jiného. Podnětnou (až alarmující) může být například zpráva, že průběh schizofrenie je významně příznivější v rozvojových zemích než ve vyspělých západních státech (Fišar & Jiráček, 2001).

Vývoj chápání onemocnění s psychotickými symptomy se neustále vyvíjí a je poučné se s touto historií seznámit. Dementia praecox je termín, kterým označil německý psychiatr Emil Kraepelin v roce 1898 schizofrenii především s důrazem na její průběh a prognózu. Eugen Bleuler onemocnění dává současný název schizofrenie s odkazem na jím popsané primární symptomy (porucha asociací a efektivit, autismus a ambivalence) (Raboch, Pavlovský, & kolektiv, 2012). Pojem se však neustále vyvíjí a například v Japonsku je od roku 2002 přijat název *porucha integrace* (Sato, 2006). Změny se ale plánují i v nové verzi americké klasifikace nemocí (DSM-V), kde bude zrušeno tradiční dělení schizofrenie a nově budou zavedeny kategorie pro katatonii a psychotický rizikový syndrom (Mohr, 2010).

Cílem této kapitoly bude popsat psychotické onemocnění, zvýšená pozornost bude dále věnována i širšímu kontextu zdravotní a sociální péče, která je pacientům ve vyspělých zemích věnována.

Pojem psychóza platí pro typ duševního onemocnění, kdy je kvůli poruše psychických funkcí narušen a pozměněn kontakt s realitou. Laicky řečeno: nemocný nedokáže rozpoznat rozdíl mezi vlastní psychotickou produkcí a skutečností (Možný, 1997). Jak už jsme uvedli dříve, nový japonský název pro schizofrenii "Togo Shitcho Sho" (porucha integrace) zrcadlí nejdůležitější aspekt nemoci. Je to právě snížená schopnost integrovat okolní realitu ve smysluplný celek, což zabraňuje nemocnému vytvořit si jasný a srozumitelný náhled na realitu (Sato, 2006).

---

<sup>1</sup>Jde o výrok R.D. Lainga, který pronesl v jednom televizním rozhovoru.

Doc. Eva Malá (2005) popisuje *psychózu* jako těžkou duševní poruchu – především vztahů – jak k sobě samému, tak k ostatním, tak k realitě. Vztahy jsou buď narušeny, nebo úplně zmizí. Pacient tyto vztahy převádí do svého imaginárního světa, kam jej nemůže okolí následovat. „*Psychóza se zdá býti přerušením smyslu života.*“ (Malá, 2005, str. 9).

Je třeba hned na začátek uvést, co přesně lze považovat za *psychózu*. Kromě psychotických onemocnění ze schizofrenního okruhu rozlišujeme *toxické psychózy*, jejichž propuknutí je způsobeno otravou nebo dlouhodobým nadužíváním drog či alkoholu. Dále rozlišujeme psychózy, které se objevují v důsledku degenerativních změn mozku – *involuční psychózy* (Možný, 1997; Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Nás ale budou zajímat psychózy *funkční*, kde není zjištěno poškození mozku, a přesto je přítomna výrazná funkční porucha (Možný, 1997; Höschl, Libiger, & Švestka, 2002). V tabulce 1 nalezneme seznam psychotických poruch z MKN-10.

Tabulka 1: MKN-10, F20-F29 (WHO, 2008)

F20	Schizofrenie
F21	Schizotypální porucha
F22	Poruchy s trvalými bludy
F23	Akutní a přechodné psychotické poruchy
F24	Indukovaná porucha s bludy
F25	Schizoafektivní poruchy
F28	Jiné neorganické psychotické poruchy
F29	Neurčené neorganické psychózy

## 1.2 SCHIZOFRENIE

Nejlepším příkladem psychózy je schizofrenie, a proto se jí budeme věnovat podrobněji a popíšeme i její klinický obraz, abychom porozuměli jednotlivým příznakům. Schizofrenie se vyskytuje po celém světě. V ČR se nejčastěji uvádí výskyt okolo 1–2% (Čěšková, 2007; Höschl, Libiger, & Švestka, 2002; Možný, 1997). Ve velkých městech se však blíží až 3–5% (Jarolímek, nedatováno).

Schizofrenie v sobě spojuje typické příznaky psychóz. Schizofrenie je nazývána *nemocí tisíce tváří*, přesto se pokusíme na tomto místě uvést základní přehled charakteristických

symptomů podle platné MKN-10. Pro diagnózu schizofrenie (F. 20) je třeba alespoň dvou následujících příznaků trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce. (WHO, 2008).

### *PORUCHY VNÍMÁNÍ*

Patří sem halucinace nejrůznějších smyslů a druhů (např. hlasové halucinace, které komentují pacientovo chování nebo mu přikazují, dva hlasy, které se spolu hádají).

Je obtížné rozlišit, kde je hranice mezi intrapsychickými halucinacemi a poruchou myšlení. V případě ozvučených myšlenek (thoughts aloud), kdy nemocný slyší v hlavě řeč, obvykle tichou a nevýraznou, to již počítáme k poruchám myšlení. Takovou řeč považuje pacient za vlastní myšlenky a neudává, že by to byl hlas cizí (Kučerová, 2010).

### *PORUCHA MYŠLENÍ*

Bludné představy a myšlenky (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek), bludy kontrolovanosti, pronásledování, nadlidské síly a schopnosti (v dané kultuře nenáležitě – např. ovlivnit počasí, spojit se s mimozemšťany.)

Na základě poruch vnímání se velmi často rozvíjí paranoidní myšlení. Někdy se ale jedná o pouhou difuzní paranoiditu, je zde ale možnost, že se porucha myšlení prohloubí a vznikne blud, který se může rozvinout v nevyvratitelný systém bludných přesvědčení (Kučerová, 2010).

Paranoidita může být podle některých autorů spojena s projikovanou hostilitou tj. řešením, jak se vyrovnat s *ponížením, méněcenností*. Typické bludné přesvědčení má často podobu zážitku, že nemocný ovládá nějakou moc, kterou ostatní nemají nebo proto, že má nějaký důležitý a tajný úkol. Je zde často patrná přecitlivělost, sebestřednost, kverulantství a vyhraněná stanoviska. Může se tedy jednat o projevy a kontext silně spojený se sebezpojetím a kompenzací nízkého sebehodnocení (Kroftová, Michálková, & Zítková, 2012).

### *DEZORGANIZACE ŘEČI*

Typická je neschopnost držet základní linii rozhovoru, identifikovat hlavní problém, odpovídat přiléhavě na otázky. Objevují se nové výrazy (neologismy), myšlenkové zárazy a inkoherece.

## PORUCHA CHOVÁNÍ

Časté je dezorganizované nebo naopak katatonní chování. Lze pozorovat *flexibilitas cerea*, negativismus, mutismus, katatonní raptus nebo naopak extrémní projevy chování.

### NEGATIVNÍ SYMPTOMATIKA<sup>2</sup>

Otupené a oploštěné emoce, hypobulie až abulie, rozpad iniciativy, spontánnosti, ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů v sociálním okolí.

## 1.3 PŘÍČINY A VZNIK SCHIZOFRENIE

Naše znalost příčin vzniku schizofrenie úzce souvisí s naší dovedností uspět v terapii schizofrenie. Proto budeme nesnadné problematice etiologie schizofrenie věnovat prostor v této práci, abychom nastínili alespoň základní směry uvažování v současném výzkumu.

Schizofrenie je porucha s multifaktoriálním etiologickým základem. Předpokládáme u jedince určitou vrozenou nebo vzniklou zranitelnost (*vulnerabilitu*), která se může a nemusí vlivem okolního prostředí projevit. (Vágnerová, 2008; Raboch, Pavlovský, & kolektiv, 2012; Pěč & Probstová, 2009).

Příčiny lze rozdělit na příčiny *biologické*, kam řadíme genovou expresi a vliv na anatomický vývoj i funkční zrání mozku (Herentin, 2014). Dále pak příčiny *environmentální*, kde mají hlavní význam virové infekce, ale zároveň stres matky v prenatálním období, který může být způsoben ekonomickou třídou, hustotou osídlení, pracovní a sociální inkompetencí (Češková, 2007).

*Dopaminergní hypotéza* vysvětluje pozitivní i negativní příznaky schizofrenie pomocí hypotézy o poruše dopaminergní aktivity v některých oblastech mozku. Na místech, kde je dopamin kumulován, působí na mozek a má vliv na vznik pozitivních příznaků. Naopak na místech, kde je ho nedostatek (dopaminergní deficit) vede k výskytu negativních příznaků. Tato hypotéza je stále předmětem zkoumání a kritiky a byla několikrát upravena a doplněna (Madras, 2013).

---

<sup>2</sup> Příznaky lze dělit i jiným způsobem. Možný (1997) dělí příznaky psychóz na pozitivní a negativní. *Pozitivní* jsou ty, které se u zdravého člověka neobjevují (bludy, halucinace). Je zde něco navíc. U *negativních* symptomů zase nemocnému chybí, co zdravý člověk má. Sem patří nedostatek vůle, schopností, emocí, zájmu aj.

Z psychosociálních faktorů můžeme jmenovat dlouhodobé působení stresu na jedince, nejistý-vyhýbavý typ vazby (attachment) s primárními osobami v raném dětství. Vliv mají i některé odchylky v rámci komunikace v rodině a nezvládnutí vývojových úkolů na prahu dospělosti například separace od primární rodiny (Herentin, 2014).

## 1.4 PRŮBĚH SCHIZOFRENIE A PROGNÓZA

Průběh schizofrenie rozdělujeme na fázi *premorbidní*, která je velice nenápadná. Projevuje se například sociálním stažením nebo sníženým výkonem v neuropsychologických testech. Ve fázi *prodromální* už pozorujeme některé negativní příznaky jako je dysforie, úzkosti. Může se objevit i ozvláštněné vnímání a vztahovačnost (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

*První ataka* probíhá často za přítomnosti výrazných příznaků nemoci. Léčba trvá obvykle několik týdnů až měsíců. Po odeznění následuje období *remise* (Možný, 1997). Na tomto místě je třeba zmínit „okřídlené“ pravidlo třetin<sup>3</sup>, které říká, že jedna třetina lidí prožije jednu ataku a žije zbytek života v remisi, druhá třetina prožívá více či méně časté relapsy nemoci střídané remisemi, třetí třetina se nemoci dlouhodobě nezbaví ani přes probíhající léčbu (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Když poodstoupíme od pravidla třetin a zaměříme se na jednotlivé případy, zjistíme, že lze v životě nemocných vysledovat *příznivé* a *nepříznivé* faktory ovlivňující prognózu (Raboch, Pavlovský, & kolektiv, 2012).

Tabulka 2: Příznivé a nepříznivé faktory

Příznivé faktory	Nepříznivé faktory
Příznivý socioekonomický status	Dysfunkční rodina
Paranoidní typ schizofrenie	Hebefrenní a nediferencovaná sch.
Deprese a poruchy nálad	Nadužívání drog
Zmatení, napětí, hostilita	Zhoršené kognitivní funkce
Ženské pohlaví	Komplikace při porodu
Nadprůměrné IQ	Schizofrenie v rodinné anamnéze

<sup>3</sup>Zde je třeba upozornit, že pravidlo třetin je značně zjednodušující. Höschl (2002) uvádí, že pouhých 15–22% pacientů zažije pouze jednu ataku. Dále upozorňuje na fakt, že povaha remise může být u různých případů značně rozdílná a postpsychotický stav je určován mnoha faktory.

### *1.4.1 POSTSCHIZOFRENNÍ DEPRESE*

Největším prokletím schizofrenie je, že se dotýká člověka tolik, že často není schopen docházet do zaměstnání, zhoršují se jeho vztahy s okolím i schopnost se o sebe postarat (Malá & Pavlovský, 2002). Na rozdíl od hospitalizace, kdy má člověk zlomenou nohu, nebo byl na operaci slepého střeva, se člověk nevrátí, aby pokračoval v životě tam, kde přestal. Vztahy jsou často rozvrácené, na nemocném leží stigma „toho bláznivého“ a jeho duševní schopnosti zrovna dostaly pořádný zásah<sup>4</sup>, než aby se s touto, i pro zdravého člověka, nelehkou rolí vypořádal. V pozadí této neutěšené situace se může rozvinout postschizofrenní deprese.

Doc. MUDr. Eva Malá, CSc (přednáška o schizofrenii, říjen 2, 2014) naznačila, že postschizofrenní deprese nejspíš nesouvisí přímo s dramatickými projevy schizofrenie, ale může být způsobena spíše přítomností negativních příznaků a v souvislosti s nimi frustrací daleko důležitější lidské potřeby smysluplného života.

Tolle (in Mrkvička, 2005) poznamenává, že postschizofrenní deprese je nebezpečná tím, že nemocný je vystaven extrémnímu riziku sebevraždy, navíc se ve spojení s prohlubujícím se kognitivním defektem celkově zhoršuje prognóza onemocnění.

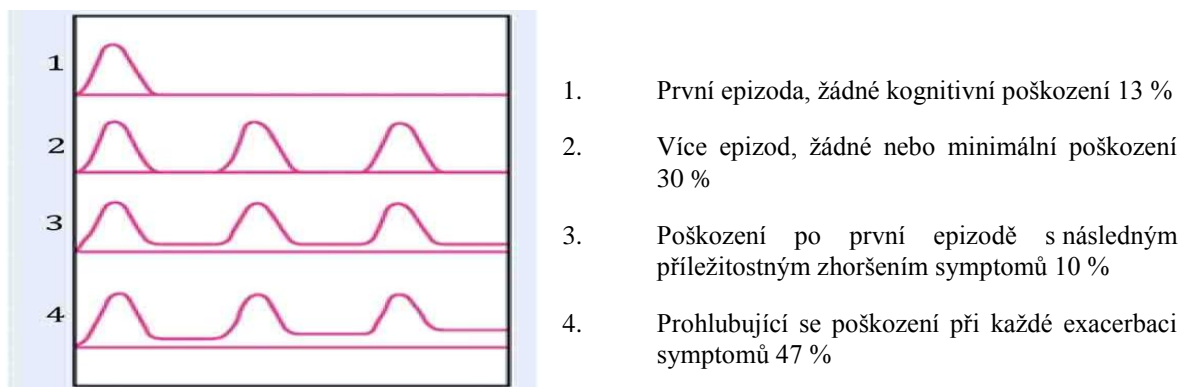
### *1.4.2 KOGNITIVNÍ DEFICIT*

Rehabilitace kognitivního deficitu je dnes považována za jeden z primárních cílů léčby. Snížená kapacita v oblastech soustředění, paměti, exekutivních funkcí, řeči a inteligence znesnadňuje člověku s psychózou sociální kontakt (Raboch, Pavlovský, & kolektiv, Psychiatrie, 2012). Negativní příznaky spojené s kognitivním deficitem způsobují situaci, kvůli které se nemocný těžko začleňuje do společnosti a má problém obstát na trhu práce (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

---

<sup>4</sup>Možný (1997) upozorňuje na to, že v zotavovacím období je jedinec vystaven zvýšené únavě, objevuje se snížená výkonnost a zájem o okolí.

Tabulka 3: Graf rozvoje kognitivního deficitu (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011)



Možný rozvoj kognitivního deficitu můžeme sledovat na grafu v tabulce 3. Při léčbě schizofrenie je důležité si uvědomit, že negativní symptomatika a kognitivní deficit jsou výrazně nebezpečnější riziko pro vznik trvalé invalidity a úpadku osobnosti spojené s fatálním postižením kognitivních funkcí než původní dramatická pozitivní symptomatika probíhající v akutní fázi nemoci (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011).

## 2 LÉČBA PSYCHÓZ

Mezi neobornou veřejností panuje mýtus, že schizofrenie je neléčitelná a že duševně nemocný bude uvězněn ve svém psychotickém světě napořád. V současnosti chápeme psychózu jako vážné duševní onemocnění, ale zdaleka ne tak fatální jako v minulosti. Díky nové farmakoterapii, novým poznatkům ohledně neurobiologických a psychosociálních příčin schizofrenie lze lidem s psychotickým onemocněním pomoci ke smysluplnému životu a až 80% nemocných, kteří zažijí první ataku, se o sebe dokáže postarat a žijí uspokojivý život (Možný, 1997).

### 2.1 TYPICKÝ PRŮBĚH LÉČBY

Psychóza je proces, který je možné pozorovat v několika fázích. Každá fáze vyžaduje odlišnou strategii a odlišné nástroje léčby.

## AKUTNÍ LÉČBA

Základním nástrojem pro léčbu schizofrenie je farmakoterapie, protože vede ke kontrole pozitivních příznaků nemoci a to v rádech dnů až týdnů (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002). Vytváří se podpůrné prostředí, jehož hlavním atributem by měla být jasnost, zřetelnost a struktura reality – přesně to, co je během psychotické floridní fáze nemoci potlačeno. V tomto období, které trvá 4–8 týdnů má postupně dojít ke stabilizaci nemoci a obnově klientovy kontroly nad prožíváním a chováním (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

## FÁZE STABILIZACE

V této fázi je obvyklá snaha udržet nově získanou stabilitu jedince. Toto období je z hlediska relapsu vysoce rizikové. Přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit, který ustupuje v průběhu 6–12 měsíců. Zároveň jde o období, kdy je nemocný propouštěn z hospitalizace a měl by plnit rehabilitační plán, aby se snížilo riziko relapsu (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Riziko relapsu v případě vysazení udržovací léčby roste z 16 % na 50 % (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

## 2.2 FARMAKOTERAPIE

Psychofarmaka jsou prvním a základním prostředkem na potlačení akutní psychotické fáze. Základní léky u schizofrenie jsou neuroleptika (antipsychotika), která můžeme rozdělit na *klasická* antipsychotika I. generace a *atypická* antipsychotika II. generace (Češková, 2007).

Antipsychotika jsou pro člověka s psychózou jedinečným prostředkem, jak se opět ujmout vlády nad vlastním prožíváním a chováním. Léčba psychofarmaky může být cílena buď na *negativní symptomy*, nebo ji lze aplikovat na silnou *pozitivní* symptomatiku (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Aby byla farmakoterapie účinná a cílená, je třeba vzájemného porozumění a smysluplného dialogu mezi psychiatrem a nemocným. Je nezbytnou součástí léčby neustále vyhodnocovat nejen pozitivní účinek léků na pacienta, ale také nepříjemné vedlejší příznaky farmak, se kterými se pacient musí každodenně potýkat. K získání spolupráce (kompliance) pacienta může být v takových případech nápomocná edukace o účelu léčiv, ale i zároveň schopnost naslouchat mínění pacienta (Češková, 2007).



Přes veškeré výhody psychofarmak je však nezbytné si uvědomit, že léky pouze otvírají dveře k nemocnému, aby bylo možné navázat vztah, na základě kterého může začít smysluplný dialog o specifickém životním zvratu, který psychóza v životě člověka znamená. Například Liberman (in Stuchlík, 2001) kritizoval důvěru psychiatrie v léky, které nejenže selhávají proti negativním příznakům, ale navíc způsobují nebezpečné lékové interakce a nepříjemné vedlejší účinky. Léky totiž neučí klienta novým dovednostem potřebným k životu a dlouhodobá prognóza tak i po aplikaci neuroleptik zůstává neovlivněna.

### 2.2.1 VEDLEJŠÍ ÚČINKY

Ačkoli jsou dnes léčbou „první volby“ antipsychotika II. generace, která jsou z hlediska nežádoucích účinků příznivější, nelze se vedlejším účinkům zcela vyhnout a v různé intenzitě se vyskytují u mnoha případů. Spolu s nefunkční spoluprací pacientových nejbližších bývají právě vedlejší účinky tím hlavním důvodem neochoty pacienta léky dlouhodobě užívat (Češková, Příkryl, Kašpárek, & Kučerová, 2007).

Tabulka 4: Nejčastější vedlejší účinky (Možný, 1997)

Nejčastější vedlejší účinky
Zvýšená nespavost, vnitřní neklid
Závratě, svalové křeče, mimovolní pohyby,
Zácpa, průjem, narušení menstruačního cyklu
Sucho v ústech, rozostřené vidění

## 2.3 ELEKTROKONVULZIVNÍ (SPÁNKOVÁ) TERAPIE

Elektrokonvulzivní terapie nebo v současnosti také používaný pojem spánková terapie je dnes v případě diagnostikované psychózy nejvíce užitečná při silných depresích, u kterých hrozí nebezpečí sebevraždy a které se nepodaří zvládnout pomocí antidepresiv, dále při prudkém zhoršování během psychotické ataky (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Když jsem se poprvé setkal s ECT na stáži v jedné psychiatrické léčebně, byl jsem překvapen. Stereotyp o bolestivosti terapie a „aplikace za trest“, který jsem do té doby částečně sdílel s většinou společnosti ohledně „elektrošoků“, jsem byl nucen přehodnotit. Absurdní zajímavostí, která mohla přispět k demonizaci této metody je pravděpodobně Formanův film *Přelet nad kukaččím hnízdem*, kde byla za nekázeň aplikována právě ECT. V několika státech USA byla dokonce zakázána.

ECT probíhá následovně: pacient dostane uspávací injekci od anesteziologa, do 5 vteřin spí a následuje samotný půl vteřinový elektrický výboj. Po přibližně 10 sekundách proběhne *tonická* fáze, po které se pacient vrátí k normálnímu stavu. Po několika minutách se probouzí a po stabilizaci může odejít. Pozorovaným vedlejším účinkem může být výpadek paměti, který však po několika dnech mizí (Možný, 1997).

Tuček a Šnorek (2010) ve své studii o vlivu ECT na kognitivní deficit upozorňují na to, že faktorů, které ovlivňují kognitivní výkon pacientů, je příliš, než aby bylo možné určit jednoznačné spojení ECT a kognitivních funkcí. Mezi tyto faktory patří například množství použité energie, umístění elektrod či frekvence stimulací, v úvahu přichází i fakt, že při ECT je použita anestezie a pacient je přídatně medikován. Autoři studie také upozorňují, že je zásadní, je-li kognitivní výkon měřen bezprostředně po aplikaci, či s odstupem několika měsíců po aplikaci ECT.

Faktem je, že nejpozitivněji hodnotí ECT lidé, kteří s ní mají přímou zkušenost, naopak většina kritiky pochází od těch, kteří o ní nevědí skoro nic a předem ji odmítají (Možný, 1997).

## 2.4 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

Na českém území inicioval vznik prvního blázince (*Tollhaus*) císař Josef II. v roce 1790 v Praze a měl spíše povahu vězení. Ve 20. letech 19. stol. se v německých zemích objevuje zájem o duševní poruchy a vzniká nový obor. Postupně je prosazen koncept, ve kterém šílenství není trestem za zhýralý život, či nekázní, ale jde o chorobu. V roce 1860 došlo k reformě a začínají se budovat další ústavy, nejprve z opuštěných zámků a klášterů a později vznikají ústavy pavilónového typu (David, 2010).

Systém psychiatrické péče je v současné době organizován do jednotlivých zařízení, která lze rozdělit podle typu péče, kterou poskytují. Orel (2012) dělí péči mezi:

- lůžková zařízení
- ambulantní služby
- služby komplementární.

Jinak lze podle Markové, Venglářové, & Babiakové (2006) rozdělit péči na:

- *intramurální* – poskytovanou institucionálně na klinikách či léčebnách
- *extramurální* – poskytovanou mimo zdi institucí jako například denní centra či chráněná bydlení

## *LŮŽKOVÁ PÉČE*

V psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních nemocnic probíhá *akutní* a *následná* lůžková péče. Najdeme zde *uzavřená oddělení*, kde jsou léčeni pacienti v případě, že vyžadují obezřelý dozor. Relevantní indikací pro hospitalizaci na uzavřeném oddělení je také stav, kdy je nemocný nebezpečný sobě nebo svému okolí.

*Otevřená oddělení* jsou pro pacienty, u nichž není třeba takové opatrnosti, a ve kterých již může probíhat následná rehabilitace stabilizovaného stavu (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006; Orel, 2012). Bouček (in Raboch, Zvolský, & kol., 2001) upozorňuje na trend současné psychiatrie převádět pacienty do nízkokapacitních zařízení. Takové změny však nutně souvisí se vznikem efektivnější sítě následné péče.

## *AMBULANTNÍ PÉČE*

Ambulantní psychiatrická péče může být samostatnou formou léčby, nebo navazuje na hospitalizaci. Slouží pacientům ke konzultaci svého stavu nebo ke změně medikace<sup>5</sup>. V případě, že se daří kvalitní ambulantní péče, je pro klienta tento způsob léčby velice žádoucí, protože není omezován jeho kontakt s rodinou, zaměstnáním a přirozeným životním prostředím (Bouček in Raboch, Zvolský, & kol., 2001).

## *KOMPLEMENTÁRNÍ PÉČE*

Orel (2012) uvádí pojem komplementární – intermediární péče, která je u nás realizována v podobě denních stacionářů, chráněných dílen, pracovišť, bydlení, terapeutických klubů a svépomocných skupin. Baudiš (in Höschl, Libiger, & Švestka, 2002) vidí hlavní funkci těchto služeb v úlevě psychiatrickým nemocnicím (za předpokladu, že není třeba intenzivní psychiatrická léčba). Služby jsou vhodné pro postupný návrat nemocného k běžnému životu a fungování v přirozeném prostředí.

---

<sup>5</sup> Poměrně revoluční a jednoduchou metodou je program ITAREPS, který je schopen rozpoznat časné varovné příznaky a předcházet tak riziku rehospitalizací. Funguje formou krátkého sms dotazníku, který jednou týdně během cca 5 minut klient vyplní a odešle do systému, ze kterého psychiatr dokáže varovné příznaky rozpoznat a případně jednat (Španiel, 2006).

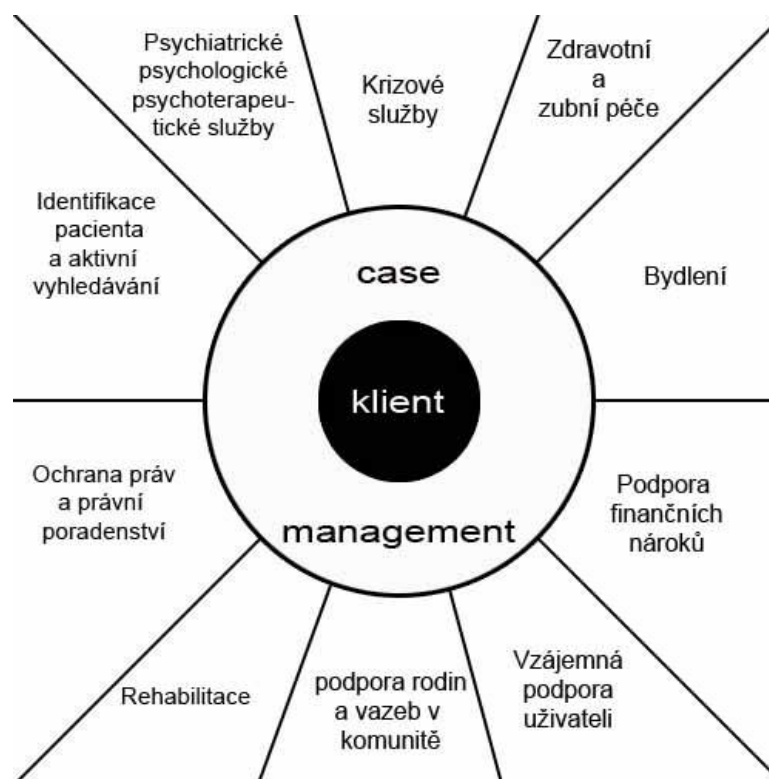
## 2.5 KOMUNITNÍ PŘÍSTUP

Přeměna systému péče o duševně nemocné na komunitní péči probíhá v řadě vyspělých zemí již od poloviny 20. století a stává se tak dominantní koncepcí. Tento vývoj je spojený s *deinstitutionalizací* – tzn. alespoň dílčí přeměnou psychiatrických nemocnic na služby komunitní (Pěč, 2010).

Podle Pěče a Probstové (2009) jsou odborné služby v komunitním přístupu uzpůsobené tak, aby byly poskytovány v co možná nejpřirozenějším prostředí klienta. Toto pojetí reprezentuje například *case management*. Na obr. 1 můžeme vidět *system komunitní podpory* podle Carlinga (in Hejzlar, Halíř, & Fiala, 2010). Podstatu a přednosti komunitního pojetí popisuje také Mrkvička:

Svět společenství, sdílený svět, je intersubjektivně zakotven. Je to svět zabydlený, emočně obsazený, naplněný významy, svět společensky zhodnocený. Je to dále svět normativity, toho co platí, svět institucí, povinností a rolí, opřený o systém konstitutivního symbolismu. Aktivizuje lidi, kteří jej sdílejí (Mrkvička, 2005, str. 19).

Obrázek 1: System komunitní péče podle Carlinga (in Hejzlar, Halíř, & Fiala, 2010)



Hlavním pilířem změny je vznik komunitních týmů, které působí v daném regionu. Důležitou součástí nového konceptu *vyvážené péče* (tzv. *balanced care*) je propojení

systemu spolu s praktickými lékaři, krizovými službami, rezidenční péčí v komunitě, psychiatrickou rehabilitací, specializovanými psychiatrickými službami a týmy a psychiatrickými odděleními nemocnic (Pěč, 2010). Také dokument WHO (in Höschl, Libiger, & Švestka, 2002), který shrnuje základní principy komunitní péče, klade důraz na systematické plánování komplexní péče o pacienta. Další prioritou je vzdělávání profesionálů v technikách péče a koordinace jako je case management, týmová práce a rehabilitace.

Jedním z motivů pro vznik komunitní péče byla i potřeba klientů získat důležité dovednosti pro aktivní život s nemocí, což v systému medicínské péče bylo velice obtížné realizovat (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002). Příkladem komunitního přístupu, který pomáhá duševně nemocným získat schopnosti a dovednosti pro život s nemocí je terapeutická komunita v Mýtě u Rokycan. Objekt bývalé fary je určen pro 12 mužů a žen, kteří tvoří komunitu a učí se samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům v chráněném prostředí po 12 měsíců (Klusáková, 2010).

## 2.6 O SOUČASNÉM STAVU V ČR

Praško (2013) nabízí ucelený popis současně nastaveného systému české psychiatrické péče, kde se dotýká jednotlivých problematických oblastí:

- Základem problému je nedostatečné finanční zajištění – v Evropě zaujímá ČR předposlední místo<sup>6</sup>. Kvůli hlubokému podfinancování psychiatrické péče se objevuje série problémů, které zdůvodňují současný zacyklený stav péče o duševně nemocné.
- *Ambulantní psychiatr* ošetří 30–40 pacientů denně a na pacienta má průměrně 10 minut za měsíc, což je hluboce pod možnosti jakéhokoli navázání vztahu, který je pro udržení spolupráce s pacientem nezbytný. *Akutní lůžka* jsou poddimenzovaná, důsledkem je zkracování hospitalizace a pacienti odchází nedolčeni. *Doléčovací lůžka* mají hrubý nedostatek kvalifikovaného personálu a hmotného vybavení. *Komunitní péče a extramurální péče*, která by umožnila snížení lůžek v léčebnách,

---

<sup>6</sup> Finance, které proudí do systému psychiatrie je 3,5 % celkových prostředků na zdravotnictví, což je 1/2 průměru v Evropě a 1/3 v poměru k vyspělým zemím (Praško, 2013).

je marginální záležitostí a nové nevznikají. *Systematická psychoterapie* v lůžkové péči téměř vymizela, protože na ni není personál.

- Důsledky této havarijní situace se projevují divokým nárůstem opětovných hospitalizací v důsledku nemožnosti doléčit pacienta, čímž se značně zvyšují náklady na léčbu a počet pacientů, kteří potřebují akutně ošetřit. Nárůst nových pacientů se navíc během 10 let zvýšil o 30%, kdežto počet lůžek se snižuje. Závažným faktem je nárůst sebevražd, který vzrostl od roku 2006 do roku 2011 o 10%. To vše je navzdory podpisu smlouvy z roku 2005 v Helsinkách o realizaci akčního plánu.

A.Nevole (in Mrkvička, 2005) upozorňuje, že současná psychiatrie je dobře obeznámena s neuropatologií, biochemií a farmakologií, ale zapomíná na psychopatologii. Upozorňuje na šířící se přesvědčení, že diagnóza může být stanovena na základě pouhého závěru z laboratoře. Nebezpečí skýtá i přehnaný spoleh na úspěch psychofarmakologie, který může svádět k terapeutickému praktikismu zakládající úspěch pouze na optimální kombinaci neuroleptik.

Fenomén „rotujícího pacienta“ popisuje i Závíšek (2012) a upozorňuje na nedostatečnou psychoedukaci a psychoterapii. Pacient potom „rotuje“ mezi hospitalizací a domovem i vícekrát za rok.

### 2.6.1 REFORMA

Reforma psychiatrické péče spočívá v nalezení východiska, jak vytvořit smysluplný, koordinovaný a efektivní systém psychiatrické péče. V následující části bude pojednáno o některých možnostech řešení, které fungují v rámci různých systémů v zahraničí, nebo i marginálně u nás většinou v podobě neziskových organizací s nestabilním financováním formou dotací.

Inspirace zahraničním systémem je jistě na místě. Nelze však vzít komplexní systém jedné země a přenést jej do našich podmínek. Jedním z důvodů je úzká propojenost se složkou legislativní, sociální či ekonomickou, a proto je třeba hledat řešení syntézou funkčních zavedených metod (Říčan, 2013).

### 3 CASE MANAGEMENT

---

Český překlad pojmu *case management* vyjadřují v našem prostředí pojmy jako je *případové vedení, asertivní komunitní přístup nebo asertivní komunitní léčba* (Stuchlík, 2001). Další možností je tento výraz nepřekládat, jak tomu bude v naší práci.

Ve světovém měřítku platí, že v současnosti je case management profesně i politicky preferovaným prostředkem k poskytování a koordinaci sociálních služeb. Schopnosti case managementu poskytovat efektivní služby klientům s velmi různorodými potřebami stojí jednak na jednotném zaměření služeb a jednak na dovednosti profesionálů schopných přístupu ke klientům, který zaručuje holistickou podstatu systému péče (Sowers, Rowe, Rapp-Paglicci, & Dulmus, 2008).

Case management představuje pro lidi s duševní nemocí především intenzivní a dlouhodobou pomoc, která jim pomáhá při zotavování duševní poruchy (Smith & Newton, 2007). Mahrová a Venglářová (2008) chápou case management jako specifickou metodu komunitní práce, kde case manager představuje klíčovou osobu nejen pro klienta samotného, ale také pro celý systém péče, za kterou odpovídá. Jeho úkolem je, aby péče nebyla zneužívána a aby měla řád a smysl. Podobně to formuluje Thornicroft (1991), který zdůrazňuje funkci koordinace, integrace a rozdělení individuální péče v rámci omezených zdrojů sociálních služeb.

Stuchlík (2001) uvádí základní prvky case managementu:

1. přehled o potřebách a schopnostech klienta
2. plánování péče, definice cílů
3. realizace plánu s využitím přirozených zdrojů klienta
4. sledování a záznam pokroku
5. společné vyhodnocení výsledků

### 3.1 VZNIK A HISTORIE

Původ case managementu sahá do USA, kde čelili v 70. letech 20. století extrémně nízké koordinaci péče a nefungoval systém předávání klientů ze služby do služby<sup>7</sup>. Pouze 17 % klientů plnilo rehabilitační plán. Výsledkem byla rehospitalizace a s ní související čerpání mnohem dražších krizových služeb, protože se jim nikdo nemohl věnovat, když to bylo zapotřebí, protože si pro službu „nepřišli“ (Říčan, 2013).

Podobná situace je i v současnosti v České republice a řešení spočívá právě ve zlepšení spolupráce s pacienty na dodržování rehabilitačního programu (Praško, 2013b). Kvalitní spolupráci ovlivňuje zejména psychoedukace pacienta i rodiny, psychoterapeutické vedení a volba léku s minimálními vedlejšími účinky, případně depotní forma léků (Kane in Praško, 2013b).

Test a Steinová v reakci na to popsali službu PACT (*Psychiatric Assertive Community Treatment*), která kromě individuálního vyšetření poskytovala koordinaci mezi jednotlivými službami v regionu. Po příznivých výsledcích, kdy dokázali snížit počet rehospitalizací na 6 (z 58% v kontrolní skupině) byl PACT přijat jako standard a začalo jeho rozšiřování do vyspělých zemí (např. USA, Velká Británie<sup>8</sup>, Austrálie, Itálie, Holandsko) (Stuchlík, 2001).

### 3.2 TYPY CASE MANAGEMENTU

Byť má case management původ v USA, brzy se myšlenka organizovat a koordinovat péči poskytovanou klientům rozšířila do světa a vznikla různá pojetí této metody. My uvedeme nejznámější a nejužívanější modely popsané v odborné literatuře:

#### *BROKERSKÝ MODEL*

Tento model jako jediný nestojí na týmové práci a v současné době jej většina autorů nepovažuje za dostatečně efektivní. Stuchlík (in Pěč & Probstová, 2009) popisuje úlohu case managera jako převážně organizační. Case manager má na starost okolo 40 klientů,

---

<sup>7</sup> Nepřehledný stav v sociálních službách byl v té době způsoben i tím, že vznikalo velké množství komunitních služeb v důsledku počátku deinstitucionalizace. Klienti se v nastalém zmatku nedokázali orientovat (Stuchlík, 2001).

<sup>8</sup> Situace ve Velké Británii byla velmi neutěšená vzhledem k vysokému počtu zničených viktoriánských nemocnic. Nově nastolený case management měl pomoci vyřešit problémy s koordinací jednotlivých služeb (Stuchlík, 2001).



což napovídá, že v koncepci není příliš místa pro intenzivní vztah ani pro asertivní nabídku podpory. Dle Walshe (in Sowers, Rowe, Rapp-Paglicci, & Dulmus, 2008) jde o „základní“ model, kde je case manager odpovědný pouze za spojení klientů s vhodnou službou v komunitě.

#### *ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA (ACT)*

Tento přístup se stará primárně o opravdu vážně duševněnemocné pacienty. Někdy je tento postup popisován jako „nemocnice beze zdí“. Zahrnuje opravdu velmi komplexní a intenzivní pomoc a pravidlem je zde 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009). ACT je založena na práci multidisciplinárního týmu, který má 5 a více členů, kteří se starají o třeba 100 klientů. (Hangan in Sowers, Rowe, Rapp-Paglicci, & Dulmus, 2008).

Jde zároveň o vědecky nejčastěji ověřovaný typ. Z více než 20 randomizovaných studií vyplývá, že ACT snižuje délku hospitalizace, frekvenci rehospitalizace a stabilizuje pacienty v oblasti bydlení (Mueser, Bond, & Drake, 2001).

#### *KLINICKÝ CASE MANAGEMENT*

Klinický case manager poskytuje některé služby sám. Počet klientů je menší, práce je individuální a týmová práce spočívá většinou v konzultacích dle odborného zaměření (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009). Siegal (1998) popisuje výhodné spojení s psychoterapií a důraz na psychoterapeutickou zkušenost case managera.

#### *INTENZIVNÍ CASE MANAGEMENT*

V tomto typu je klient v kontaktu primárně s jedním case managerem. Náplň práce pro case managera je starat se intenzivně o klienty, mnohdy je třeba, aby byl k dispozici večer nebo o víkendech, navštěvuje rodinu klientů, pomáhá dlouhodobě. Velké množství času tráví osobním kontaktem s pacienty v komunitě. On sám však není primárním poskytovatelem služeb. Na základě hlubšího vhledu, který je mu k dispozici kvůli osobnímu vztahu, je možné identifikovat potřeby klienta a doporučit mu vhodnou službu (Wash a Holton in Sowers, Rowe, Rapp-Paglicci, & Dulmus, 2008).

## *CASE MANAGEMENT ZALOŽENÝ NA SILNÝCH STRÁNKÁCH KLIENTA*

Hlavním pilířem je práce s přirozenými zdroji podpory klienta jako je například rodina, přátelé, církve atd. Podstatné je, že specializovaná služba je doporučena až ve chvíli, kdy nestačí přirozené zdroje. Řeší se silné stránky klienta, nikoli patologie (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009).

### 3.3 PRAKTICKÉ ZÁSADY CASE MANAGEMENTU

Jednou ze zásadních etických otázek case managementu je ochrana práv, která nutně přichází spolu s evidentní asymetrií vztahu klient – case manager. Klient v této pozici je snadnou obětí potenciálního zneužití. Důraz je kladen na case managera, aby měl znalost práv svého klienta a respektoval je. Na druhé straně je tu systém, který spolupráci case managera s klientem kontroluje.

Hlavní principy Case managementu dle Rappa a Wintersteena (in Stuchlík 2001):

1. Individuální podpora založená na vztahu, přesné plánování. Výhodou je, když case manager sám poskytuje některou ze služeb.
2. Práce se zdravými stránkami klienta spíše než (s mnohdy stigmatizující) psychopatologií.
3. Flexibilita k potřebám klienta, intenzita, dlouhodobost, práce v terénu.
4. Intervence je založena na klientově rozhodnutí a souhlasu.
5. Asertivita a aktivní komunikace. Nelze spoléhat na to, že si klient vyhledá pomoc sám (závažnější nemoc = menší pravděpodobnost vyhledání nemoci).
6. Zapojení klienta do vhodných zdrojů, sociálního okolí (knihovna, tělocvična, kavárna, klub).

#### 3.3.1 *MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM*

Týmová spolupráce je jedním z hlavních pilířů metody. Složení i počet členů je různý, důležité jsou však pravidelné případové konference, kdy se tým schází spolu s klientem a blízkými klienta. Platí, že žádná profese není důležitější než jiná, a proto je výhodou, pokud je každá zastoupena alespoň na částečný úvazek. Role case managera přitom není závislá na profesním zaměření. V tabulce 5 jsou nejčastěji se objevující profese:

Tabulka 5 Profese v case managementu (Stuchlík, 2001)

Odbornost	Činnost
Administrátor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Přijímat telefonická doporučení klientů</li> <li>- Kancelářské zpracování materiálů</li> <li>- Zakládat data do počítače</li> </ul>
Sociální pracovník	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provádět činnosti vymezené zákonem o sociálních službách</li> <li>- Zajišťovat klientům materiální prostředky (bydlení, důchody)</li> </ul>
Psychiatr	<ul style="list-style-type: none"> <li>- provádět činnosti vymezené zákonem o duševním zdraví</li> <li>- konzultovat praktickým lékařům v otázkách psychiatrické medikace a diagnostiky časných známek duševní poruchy</li> <li>- přijmout lékařskou odpovědnost v případech, kdy klient nemá svého ošetřujícího praktického lékaře nebo psychiatra</li> <li>- projednat s ošetřujícím psychiatrem případnou farmakologickou intervenci</li> </ul>
Pracovní terapeut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- provádět praktické hodnocení dovedností každodenního života (péče o domácnost, sebeobsluha, schopnost pracovat, schopnost trávit volný čas)</li> <li>- řídit programy zaměřené na nácvik výše uvedených dovedností</li> </ul>
Klinický psycholog	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostikovat vážné poruchy chování a řídit programy na jejich léčbu</li> <li>- psychologicky testovat</li> </ul>
Komunitní psychiatrická sestra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podávat předepsané léky</li> <li>- sdělovat lékařům informace potřebné k úpravám medikace</li> </ul>

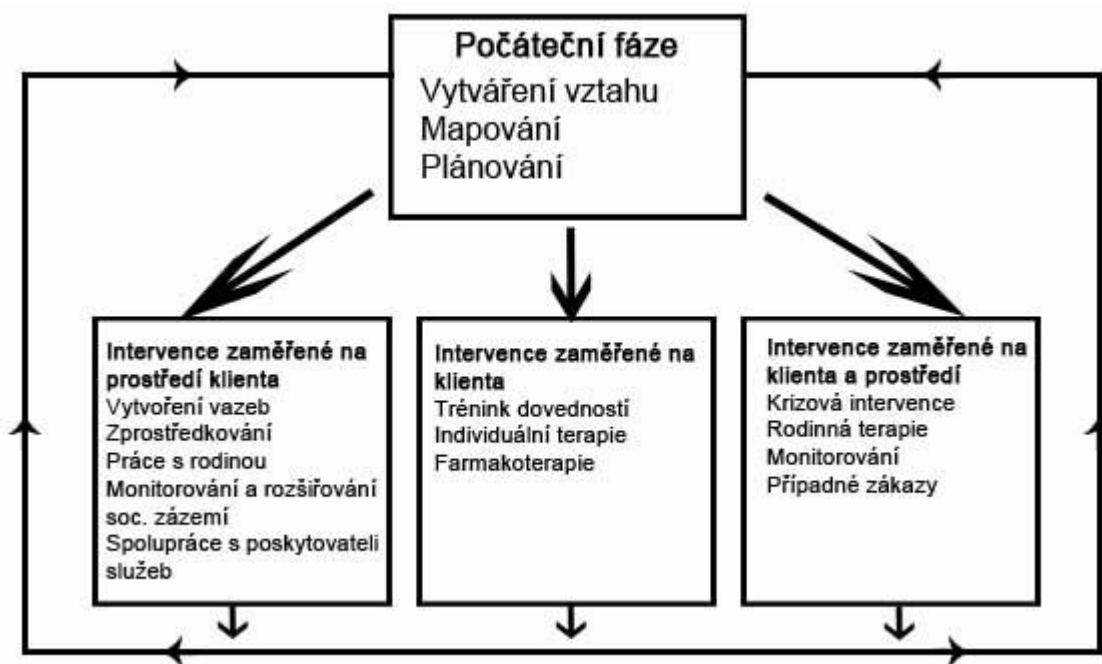
V týmu existuje zodpovědnost za společně vytvářenou službu a členové týmu jsou jeden na druhém závislí (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009). Výhoda týmové spolupráce je

evidentní, když si uvědomíme obtížnost současné situace, kdy klient dochází k několika poskytovatelům<sup>9</sup> do několika různých zařízení (Hejzlar, Halíč, & Fiala, 2010).

### 3.4 FÁZE PRÁCE S KLIENTEM

Nejpodstatnější složkou Case managementu je navázání a budování vztahu. Další fáze se však často nevyvíjí lineárně, ale spíš podle následujícího modelu:

Obrázek 2 Fáze v case managementu (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009)



#### *NAVÁZÁNÍ VZTAHU*

Velmi málo lidí s duševním problémem hledá pomoc s nadšením. V case managementu je častá situace, kdy první žádost o poskytnutí pomoci přichází z klientova okolí. Úkolem case manažera je potom konfrontovat klienta s jeho problémem (někdy může jít o úplně první informaci, že se něco děje). Důležité je také vymezení vlastní role, což je zpravidla nelehké, protože klient o funkci case manažera třeba nikdy neslyšel. Cílem úvodní fáze je tato úskalí zvládnout a získat si klientovu důvěru a spolupráci k plánování a realizaci léčby (Stuchlík, 2001).

<sup>9</sup> V současné době navíc není v ČR dostatečně ukotvená legislativa, která by s case managementem počítala a v případě, že například ambulantní psychiatr není součástí týmu a navíc odmítne s týmem spolupracovat, neexistuje legální cesta, jak jej k tomu přimět (Hejzlar, Halíč, & Fiala, 2010).

Počáteční nespolupráce klienta může být dána i špatnou zkušeností se systémem péče (trauma z hospitalizace, zážitek stigmatizace duševně nemocného, atd.). Asertivní princip a odstranění bariér zakotvené v case managementu by měly zajistit, aby byla kvalitní a komplexní péče poskytována i v případech, kdy pacient není z počátku spolupráci nakloněn (Černá, 2013).

### *BUDOVÁNÍ VZTAHU*

Základem je vymezení, co case manager může a co ne. Hned ze začátku je třeba upozornit na možnost, že nastane situace, kdy bude muset case manager jednat proti vůli klienta. Taková otevřenost může mít mnohdy i terapeutickou hodnotu. Zároveň je ale třeba vytvořit pevné hranice, které jsou nezbytné v případě, že profesionál chce pomáhat potřebnému člověku. Navíc ne každou oblast v klientově životě je schopen case manager vyšetřit a zhodnotit sám a je třeba, aby využíval týmové povahy služby (Onyett, 2004).

Fáze budování vztahu by se měla držet principů, na kterých case management stojí (základní prvky case managementu dle Rappa a Wintersteena (in Stuchlík 2001) viz předchozí text). Zároveň by měly být dodrženy obecné principy kontaktu s klientem jako například příjemné prostředí, kde se setkávají.

### *MAPOVÁNÍ POTŘEB A STANOVENÍ CÍLŮ*

Kromě rozhovoru a pozorování lze použít často užívaný nástroj k diagnostice potřeb CAN – Camberwell Assessment of Needs (Slade, Phelan, Thornicroft, & Parkman, 1996).

Kroon (in Pěč a Probstová, 2009) referuje o výzkumu, zaměřeném na nenaplněné potřeby lidí s duševními poruchami. Potřeby lze rozdělit do 4 skupiny:

1. Podpora při tom, jak zvládat handicap a jeho psychické důsledky.
2. Pomoc při osobním úsilí o zotavení: uspořádání si věcí, nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama.
3. Podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů.
4. Podpora při nacházení a udržení práce, vzdělávání nebo jiného denního programu.

Aby byl case manager schopen kvalitního plánování intervencí, měl by obsáhnout tyto oblasti:

1. Potřeby, přání a požadavky klienta.
2. Jeho schopnosti, dovednosti a omezení.
3. Možná rizika a hrozby.
4. Odkud může klient získat podporu, jaké zdroje může využívat a za jakých podmínek.
5. Příležitosti a omezení daná prostředím klienta.

Kvalitní mapování by nám potom mělo umožnit stanovení cíle. Může však nastat i situace, kdy bude třeba cíle v průběhu měnit a přizpůsobit aktuálním potřebám Stuchlík (in Pěč & Probstová, 2009).

### *PLÁNOVÁNÍ A REALIZACE*

Individuální plánování a koordinace služeb je hlavním produktem case managementu. Plán by měl reflektovat potřeby i silné stránky klienta. Zároveň by se měl neustále utvářet podle vývoje léčby a nutnosti podpory (Onyett, 2004). Zatímco koordinace a kontinuita, je úkol především pro case managera, realizace plánu je ale samozřejmě také závislá na kvalitě služeb poskytovaných jednotlivými zařízeními.

### *HODNOCENÍ A UKONČENÍ*

Hodnocení je většinou ukotvené již ve fázi plánování. Klient by měl být účastníkem hodnocení a měl by se s case managerem shodnout.

Ukončení probíhá nejčastěji za definovaných podmínek:

- Uspokojivá stabilizace klienta<sup>10</sup>
- Další spolupráce je odmítnuta
- Je přítomna agrese, ohrožení sebevraždou<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Pojem *úzdrava* je mnohdy zavádějící a vyvolává představu absence příznaků. Spíše je vhodné používat pojem *zotavení*, který chápeme jako relativní spokojenost a smysluplný život s fungující podporou přirozených zdrojů a rehabilitačních služeb (Hejzlar, Halíř, & Fiala, 2010).

<sup>11</sup> V tomto případě je klientovi zajištěna jiná adekvátní pomoc

## 4 SMYSLUPLNOST

---

*„Tím, čím člověk je, tím je prostřednictvím věci, které se ujímá.“*

Karl Jaspers

Prostý prožitek smyslu je základní lidskou potřebou, je něčím, co člověk získá již v raných fázích svého ontogenetického vývoje. Profesor Matějček uvádí, že jednou ze základních psychických potřeb, aby se dítě rozvíjelo ve zdravou a zdatnou osobnost, je potřeba řádu a smyslu v podnětech. Dítě potřebuje tzv. smysluplný svět, ze kterého je možné koncentrovat zkušenosti a učit se (Matějček, Bubleová, & Kovařík, 1997). Psychická potřeba smyslu v životě člověka nemizí, ba naopak roste a rozvíjí se. Frankl (1994) spojuje schopnost člověka nacházet v životě smysl a žít smysluplný život s určitou zralostí a dospělostí osobnosti – s uměním žít.<sup>12</sup> V českých podmínkách o tom referuje například Kratochvíl a Plaňava, kteří prokázali na základě testů a statistiky, že „...*vůle ke smyslu je specifická a neredukovatelná potřeba a v různé míře je vlastní všem lidským bytostem.*“ (in Frankl, 1994, s. 12). Dnes je vůle ke smyslu vnitřně spjatá s teoriemi motivace většiny teorií osobnosti i myšlenkami tvarové psychologie (Tavel, 2007).

### 4.1 NEODDĚLITELNOST SMYSLU A REALITY

Lev Nikolajevič Tolstoj řešil krizi smyslu ve svém životě a došel k překvapivému závěru.<sup>13</sup> Jednou seděl a pozoroval sedláka na poli, který oral. Vzdělaného spisovatele napadlo, že aby našel v životě opět smysl, bude se chovat stejně jako ten sedlák, protože ten sedlák ví něco víc než on (prožívá díky své činnosti smysluplnost). Začal orat (Yalom, 2006).

Yalom (2006) upozorňuje na výhodu preindustriální společnosti, kdy měli lidé mnoho všedních příležitostí, jak naplňovat smysl. Člověk žil blízko přírody, půda ho zaměstnávala a živila. Věnoval se tak činnosti, která měla svou vnitřní hodnotu. Navíc žil v rámci

---

<sup>12</sup> Na rozdíl od Sigmunda Freuda, který považuje moment, kdy se člověk ptá po smyslu života jako výraz duševní choroby (in Frankl, 1994).

<sup>13</sup> Mezi literáty se k němu přidal například i Albert Camus, který prohlásil otázku po smyslu života jako tu nejpálčivější v našem životě (Yalom, 2006).

širokých rodinných celků a cítil s nimi sounáležitost. Dnešní doba je charakteristická distorzí rodiny a postupným zbavováním se prakticky veškerých starostí, které člověka dříve každý den zaměstnávaly. I proto zaznamenáváme nárůst frustrace potřeby prožívat smysluplnost.

Smysluplnost je tedy do velké míry spojena s realizací možností, které k nám vyplouvají z reality. Zároveň je však nutné zdůraznit, že smysl jako takový nelze z reality získat násilím ani nemůže být nikým přímo předán. Je třeba jej nalézt a taková snaha vyžaduje trpělivost (Frankl, 2006; Halama; 2000, Tavel, 2007).

K nalezení smyslu tedy nevede přímá cesta a pocit smyslu se dostavuje epifenomenálně, jako vedlejší efekt (odměna), naší primární činnosti (Frankl, 2006). Podobně jako když se člověk snaží usilovně a vědomě usnout, jenom těžko se mu to podaří. Spánek se dostavuje jako vedlejší efekt únavy, uvolnění atd. (Plháková, 2003).

Abraham Maslow se k tomu vyjadřuje takto: „Má zkušenost souhlasí s Franklovou, že lidé, kteří hledají sebeaktualizaci přímo, odděleně od životního poslání, nemohou ji vskutku dosáhnout.“ (in Frankl, 1994, s.11).

## 4.2 HODNOTY JAKO ZDROJE SMYSLU

Hodnotový žebříček má asi u každého člověka poněkud odlišnou podobu a jen těžko bychom se výzkumně mohli pokusit vytvořit nějaký společný seznam, který by platil pro všechny.<sup>14</sup> O vyřešení tohoto problému se pokusil Frankl, když rozděluje hodnoty do tří kategorií. Naplňování těchto hodnot by mělo člověku přinést smysl (Halama, 2000c; Balcar, 1995a; Frankl, 2006; Tavel, 2007).

- Tvořivé hodnoty – uskutečňované tehdy, když člověk vykonává nějakou tvůrčí činnost. Spočívají v tom, co člověk sám vytváří. Na základě

---

<sup>14</sup> Problém toho, jak výzkumně zjistit, co považuje respondent za své životní hodnoty, spočívá i v tom, že většinou dokáže mluvit jen o vědomých postojích a přesvědčeních. Nevědomé a hlubší vrstvy psychiky, které často určují naše chování, může velmi snadno opomenout. V podobném duchu to připomíná i profesor Matějček: *Největší obtíž je ale v tom, že o nejzákladnějších hodnotách života lidé zpravidla nepřemýšlejí a nemají je tak slovně zformulovány, aby je mohli na požádání sdělit. Hodnoty se žijí. A jestliže o nich někdo moc mluví, mohou to být docela dobře ty, které byly vysloveny někým jiným, a naše zkoumaná osoba je jen povrchně převzala, ale jejímu přesvědčení neodpovídají.* (Langmeier & Matějček, 1986, str. 34)



příležitostí, které k tomu v životě má, může vytvořit (vytvářet) dílo, které dá jeho životu pocit smyslu.

- Prožitkové hodnoty – jsou realizovány v přijímání světa. Mohou být nalezeny v kráse přírody nebo umění. Například bychom mohli člověku, který se v koncertním sále ponoří do nejzamilovanějších taktů své oblíbené symfonie, položit otázku, jestli má život smysl. Odpověděl by, že už kvůli tomu, co teď slyšel, má hodnotný život. A i když jde jen o okamžiky, neměří se snad i výška pohoří podle nejvyšších vrcholů? Tak proč ne velikost života.
- Postojové hodnoty – spočívají v tom, že se člověk postaví osudovým danostem, které nemůže změnit. Mnohdy se setkáme s postojovými hodnotami v situaci objektivní nouze – například chronická nemoc, ochrnutí, deformace těla. Člověk se v takové situaci nevzdá a objektivní těžkost proměňuje v úkol (ve výkon), který jeho životu přináší smysl.

Frankl podotýká, že minimálně jednu ze tří typů hodnot je člověk schopen realizovat v jakékoli životní situaci.<sup>15</sup> Jeho argumentace odkazuje na princip, že lidská osoba je schopna nahlížet svůj osud jaksí s odstupem, a tak se svobodně rozhodnout, jestli příležitost realizovat danou hodnotu využije, či ne.<sup>16</sup> Frankl podává příklad o takové situaci a to v překvapivě přesvědčujícím příběhu:

Muž, který trpěl nevléčitelnou chorobou, byl převezen do nemocnice. V období, kdy jeho stav nebyl tak kritický, mohl leccos vykonat pro své nejbližší (hodnoty výkonu). Nemoc jej však paralyzovala a jeho pracovní schopnosti se tak zmenšily, že nebyl schopen práci vykonávat. Zbývaly mu však hodnoty prožitkové, kdy při poslechu hudby a četbou knih trávil svůj čas a hodnotil je jako obohacující a smysluplné. Nakonec už nesnesl ani sluchátka, a jeho stále ochrnutější ruce neudržely knihu. Byl tedy donucen obrátit se k hodnotám postojovým. Trpělivě snášel bolest až do konce. Dokonce když měl možnost morfinové injekce v noci, nevyužil toho, aby lékař nemusel být zvlášť kvůli němu buzen (Frankl, 2006).

### 4.3 TROJROZMĚRNÁ OSOBNOST ČLOVĚKA

---

<sup>15</sup>Frankl byl za druhé světové války vězněm 4 nacistických koncentračních táborů. Proto má snad jeho tvrzení o možnosti realizovat hodnoty v jakémkoli prostředí za jakékoli situace větší relevanci, než kdyby tuto poznámku postuloval vědec s méně pohnutým osudem.

<sup>16</sup> Téma faktické a fakultativní (volené) determinace člověka provází neodmyslitelně celé Franklovo dílo. Podrobněji se o této problematice zmiňujeme v kapitole o spirituální složce v popisu noetického modelu osobnosti.

Psychologie jako vědní disciplína nemá jednotný model osobnosti člověka. Většina psychologických teoretických směrů má na osobnost svůj jedinečný pohled a liší se v intenzitě pozornosti, kterou věnují jednotlivým tématům osobnosti, tak v názorech na jednotlivé konstrukty (Nakonečný, 2009).

Pro naši práci je užitečný pohled celostního přístupu, který chápe lidskou osobu v kontextu jejích mnoha dimenzí. K celostním modelům osobnosti patří i *Noetický model osobnosti* od Dr. Paula Wonga (1998).

Wong (1998) chápe lidskou osobnost jako jeden celek obsahující tři složky – tělesnou, psychickou (psychofyzický organismus) a spirituální. Jeho model jsme vybrali nejen kvůli tomu, že podle nás navazuje nejpřiléhavěji na Franklovo dílo, ale především nám bude nadmíru užitečný, abychom pochopili vztah psychózy a prožívání smyslu života, což je těžištěm teoretické části této práce.

## 4.4 NOETICKÝ MODEL OSOBNOSTI PODLE P.T.P. WONGA

### 4.4.1 PSYCHOFYZICKÝ ORGANISMUS

První složkou modelu je naše *tělo*, kde se odehrává veškerá fyziologická aktivita, včetně elektrochemických signálů šířených v naší nervové soustavě. Druhou složkou je složka psychologická. *Psychologická* složka představuje oblast, kde sídlí vyšší kognitivní procesy, učení, vnímání, ale i různé sociální vzorce chování. Nejrůznější psychické procesy a obsahy tvořící proud našeho prožívání, který do velké míry určuje fungování našeho těla.

Společně nazýváme tyto dvě složky *psychofyzický organismus*, což je pojem užívaný i napříč Franklovým dílem (Frankl, 1994, 2006, 2007). Mezi složkami psychofyzického organismu (tělem a psychikou) existuje průnik – vzájemná interakce těla a duše, která určuje a umožňuje psychosomatické procesy.

Propojení duševní (nehmotné) a tělesné (hmotné) činnosti psychofyzického organismu si můžeme představit na poměrně *elementárním*<sup>17</sup> procesu, který uvádí Koukolík (2003, s. 17-18) ve svém úžasném popisu vzniku

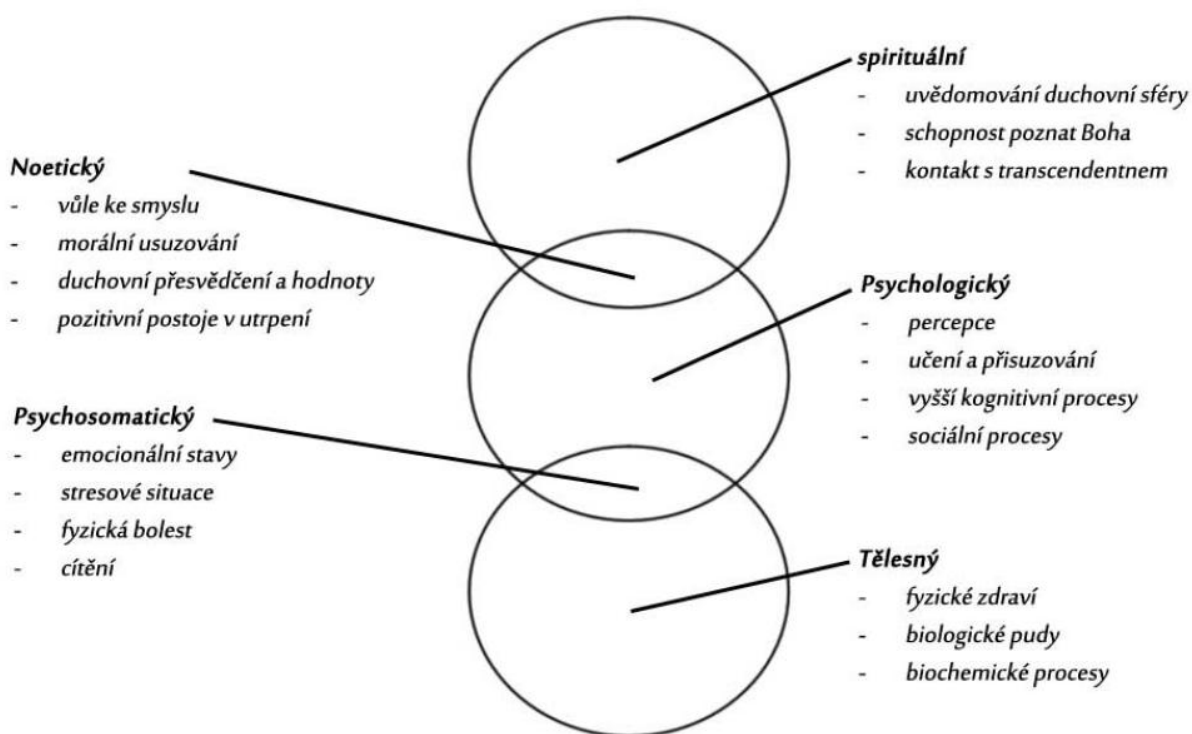
---

<sup>17</sup> Slovo *elementární* je zde použito s vědomím, že pokud hovoříme o mozkové aktivitě, lze jen těžko některý proces nazvat elementárním. V našem případě jde spíše o snahu rozlišit jednodušší kognitivní proces našeho popisu učení od složitějších psychosomatických dějů souvisejících například se zapojením systému imunitního, endokrinního a nervového.

nových synapsí: „Představte si, že na vás někdo mluví nebo něco čtete. Sluchová čidla a sítnice očí promění informace, které na ně dopadají na proud nervových vzruchů. (...) Jsou osloveny části mozkové kůry, které informaci zpracují a vyhodnotí. Část této informace (...) osloví některé geny v jádru nervových buněk a jejich nových spojení – synapsí. Nové synapse vznikají během desítek sekund. Něco jste se právě naučili.“

Cannon (in Křivohlavý, 2009) přispěl k pochopení vzájemného ovlivňování mozku a mysli svými pokusy z roku 1932, kdy prokázal, že emoce nejen provází tělesné změny, ale že fyzické (tělesné) změny i způsobují. Začala se tedy rozvíjet myšlenka, že určité chování spojené s osobnostními rysy má za důsledek vznik nemoci (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993). Znovuobjevený<sup>18</sup> vztah mezi duševním a tělesným byl velkým přínosem a pomohl v rozvoji celostního chápání zdraví a nemoci.

Obrázek 3: Trojrozměrný model osobnosti volně dle Wonga (1998)



Důležité pro psychosomatické procesy je také začlenění imunitního systému do interakce se systémem endokrinním a nervovým, čímž je zapojena i složka psychická a sociální. Oborem, který se zabývá tímto komplexem, se jmenuje *psycho-neuro-imunologie* (Křivohlavý, 2009).

<sup>18</sup> S obdobou psychosomatické medicíny se setkáváme již v záznamech o lékařství ze starověku, ale v průběhu posledních 150 let se na tento fakt téměř zapomnělo (Křivohlavý, 2009).

#### 4.4.2 SPIRITUÁLNÍ SLOŽKA

Třetí složka osobnosti je záměrně oddělena od *psychofyzického organismu*. *Spirituální složka*<sup>19</sup> je svou povahou i funkcí od obou předchozích částí velmi odlišná.

Fabry (in Wong, 2013) popisuje spirituální složku jako *lékárničku* logoterapie, ve které jsou vnitřní zdroje jako láska, vůle ke smyslu, naděje, důstojnost, kreativita, svědomí i schopnost volby. Existenciální analýza se snaží zaměřit tuto dimenzi a aktivovat ji pomocí různých technik.

Spirituální složce se budeme věnovat se zvýšeným zájmem a popíšeme některé její podstatné atributy, které nám pomohou pochopit, jak může být logoterapeuticky orientovaná léčba přínosem pro současnou léčbu psychóz.

#### *SVOBODA A DETERMINACE*

Psychofyzický organismus člověka je do vysoké míry determinován například vlivy biologickými, tělesnými nebo společenskými. To platí ve zdraví i v nemoci. Této determinaci však nepodléhá složka spirituální, ve které existuje možnost svobodné volby. Člověk není a nemůže být svobodný od podmínek, které mu život připravil. V čem ale má svobodnou vůli, je postoj k nim (Balcar, 1995).

Frankl například uvádí případ dvou mužů s kalendářem. Jeden si stěžuje na to, jak tenký kalendář je a jak málo mu už zbývá. Druhý člověk si utrhe list kalendáře a zezadu jej popíše činnostmi, které tento den dělal a čím den naplnil. Poté jej s dobrým pocitem položí na tlustý stoh dalších kalendářních listů (Frankl, 2006).

Člověk není sice svobodný od vnějších podmínek, ale je svobodný k volbě do budoucnosti (Frankl, 2006). Atributem spirituální složky je tedy důležitá schopnost svobodně nahlížet vlastní život jakoby odděleně od vlastního bytí s možností zaujmout k němu zodpovědný postoj. Tato svoboda duchovní složky umožňuje člověku rozhodovat se nezávisle na determinaci vnějšími činiteli a utvářet svou existenci (Halama, 2000).

O schopnosti sebepřesahu člověka mluví i Mrkvička, kdy říká: „*Člověk (...)přesahuje dané, vztahuje se k něčemu „mimo”, očekává, předvídá. Díky tomu už není polapen tak jako ostatní tvorové pouty svých instinktů – situací. Vymkl se jí. Není zajatcem okamžiku, není ovládán pouhými impulzy. Posunul své těžiště i svůj pozorovací bod na situaci: Může na ni shlédnout z vyššího hlediska, obhlédnout ji ne už v jednotlivostech, ale vcelku. Tak se*

---

<sup>19</sup> Někdy také duchovní složka nebo duch.

*mu otevírá její význam ve vztahu k celkové situaci životní, je schopen porozumět své životní poloze.*“(Mrkvička, 2005, str. 16).

Na důležitost svobody poukazuje Frankl (1996), když komentuje svůj zážitek z koncentračního tábora. Fakt, že duchovní svobodu nemůže člověku nikdo odebrat, dává člověku jedinečnou a nezmařitelnou příležitost naplnit svůj život až do konce.

Podobně proto i pacientovi, který si stěžuje, že nemůže svobodně volit, patří odpověď, že když si před sebou vytyčí cíl, nebude mít nedostatek vůle. Kde je cíl, tam je i vůle. Stejný argument platí pro člověka tvrdícího, že je ovládán pudy. Člověk má totiž pudy, ne pudy člověka (Tavel, 2007).

#### ZODPOVĚDNOST K PŘÍLEŽITOSTEM ŽIVOTA

Člověk má zodpovědnost za to, co je schopen obsáhnout díky své svobodě. Ve své duchovní složce jsme schopni svobodně nahlížet svůj život. Díky tomuto pohledu, se ale vynořuje množství podnětů a příležitostí k realizaci našich hodnot. Právě zde v moment, kdy na nás působí zvědavá realita s otázkami, jestli budeme realizovat příležitosti, které nám nabízí, *volí člověk svobodně způsob života.* Volí, jestli bude z-odpovědný a bude zodpovídat otázky, které život přináší. Člověk má v tomto smyslu zodpovědnost za to, jak s životem zachází. (Balcar, 1995).

Lukasová (1998) hovoří o získání pocitu zodpovědnosti jako hlavním cíli logoterapie vůbec. Pomoc by měla být zaměřována na osvětlení (nalezení) úkolů, hodnot a cílů. Tímto postupem lze pacientovi pomoci najít si odpověď na otázku po smyslu existence. Poznání vlastní zodpovědnosti vede ke snaze člověka spoluutvářet svůj život. Svobodu jednat má člověk za všech okolností, jenže se jí často dobrovolně vzdává. Lukasová poukazuje na častou repliku nemocných: *„Já jsem už prostě takový“ a myslí tím „a tudíž také nemohu jednat jinak“.* *Ve skutečnosti ale platí: „Kdykoli mohu jednat také jinak, tehdy nejsem už prostě takový.“*(Lukasová, 1998, str. 116)

Yalom uvádí známou techniku *zvonícího zvonku*, kterou používá ve skupinové psychoterapii. Technika spočívá v tom, že pokaždé, když zazní od klientů sloveso „nemohu“, zazní zvonek a pacient je veden k tomu, aby přeformuloval svou stížnost na „nechci“ (Yalom, 2006).

Je třeba říct, že existenciální analýza samozřejmě nestanovuje, vůči čemu je lidská osoba zodpovědná. Hovoří však o nenahraditelné povaze svědomí, které k člověku hovoří v

každé situaci a člověk se potom už sám rozhoduje, bude-li z-odpovídat otázky svého svědomí, či nikoli (Frankl, 2007).

Naše *spirituální složka* nám umožňuje transcenci sebe sama. Je to však pouhý nástroj, který nám pomáhá pátrat po zdroji hodnot a životních přesvědčeních.<sup>20</sup>

### NOETICKÝ PROSTOR

Ve Wongově modelu si můžeme všimnout oblasti, kde se překrývá složka *spirituální* se složkou *psychickou*. Jde o oblast *noetickou*, která představuje přechodovou oblast, kde hodnoty a podněty ze spirituální složky ovlivňují naše psychické prožívání a chování. Podobně jako se psychická složka projevuje somaticky v našem těle i spirituální složka se projevuje tvůrčími zásahy v našem prožívání a chování.

Tato oblast je chápána jako struktura s neobyčejně živým nábojem a je silným aktivizačním, organizačním a motivačním činitelem zasahujícím naši psychiku. Tato živoucí tenze je v literatuře označována jako *noodynamika* (Halama, 2000).

Noodynamiku a její funkci v oblasti přechodu duchovní a psychické složky popisuje Popielski: Nejde o pozorování dynamiky, změn, závislostí a vztahů, ale o finální chápání, teleologické souvislosti o vznik existenciálně významných procesů, které potvrzují realnost hlubokých a vznešených stavů, které se celkově nedají převést na empirické ukazatele. V životě se však vyskytují prostřednictvím formování psychologicky pozitivních významných stavů.“ (Popielski, 2005, str. 38).

### O SVĚDOMÍ

Posledním bodem našeho popisu noetického modelu osobnosti je *svědomí*. Ve Franklově díle je chápáno jako orgán smyslu. Znamená to, že pokud v situaci, kterou prožíváme „tady a teď“, můžeme jednat vždy nějakým způsobem, svědomí nám umožňuje nahlédnout do tajemství toho, co lze označit jako *nejlepší možný způsob jednání* v dané situaci – takové chování potom dává člověku pocit smysluplnosti (Frankl, 2006).

---

<sup>20</sup> Pravým zdrojem hodnot a také to, čemu člověk může díky duchovní složce naslouchat je v pojetí Existenciální analýzy svědomí. Problematice svědomí je věnován závěr kapitoly.

Při otázce odkud hlas svědomí pochází, Frankl (in Balcar, 1995) jednoznačně odmítá, že „rozmluva“ se svědomím je pouhou samomluvou. Označuje svědomí jako něco mimolidského a ponechává zde prostor k transcenci.

„Žádné NadJá, žádný „ideál Já“ by nemohl být účinný, kdyby vycházel toliko ze mě, kdyby byl jen mnou samým načrtnutým předobrazem a nebyl by nějakým způsobem daný a nalezený předem; nikdy by nemohl být účinný, kdyby se přitom jednalo o můj vlastní výmysl“ (Frankl, 2007, str. 36).<sup>21</sup>

Když je ale svědomí transcendentní, jak si vysvětlíme jednoznačný fakt, že i nenáboženský člověk „má“ svědomí a zodpovědnost? Frankl odpovídá, že nenáboženský člověk není nikým jiným než tím, který transcenci svědomí ještě nepoznal. Na rozdíl od náboženského člověka si totiž neklade otázku – odkud pochází svědomí a co předchází zodpovědnosti. Frankl připodobňuje povahu svědomí k lanu, po kterém může člověk vyšplhat vzhůru. Není však možné šplhat po laně, pokud jej sami házíme do vzduchu – musí být pevně uchyceno někde výš (Frankl, 2007).

---

<sup>21</sup> Tímto postojem se Frankl liší od některých autorů, kteří se konceptem smyslu zabývali. Yalom (2001) píše, že mezi základní vlastnosti existence patří nesmyslnost a je jen výtvořem lidské potřeby smyslu, že vidí život jako smysluplný. Podobně i Maslow (in Křivohlavý 2006) píše, že smysl si každý může vymyslet sám. Je to vnitřní vlastnost člověka, která mimo něj neexistuje.

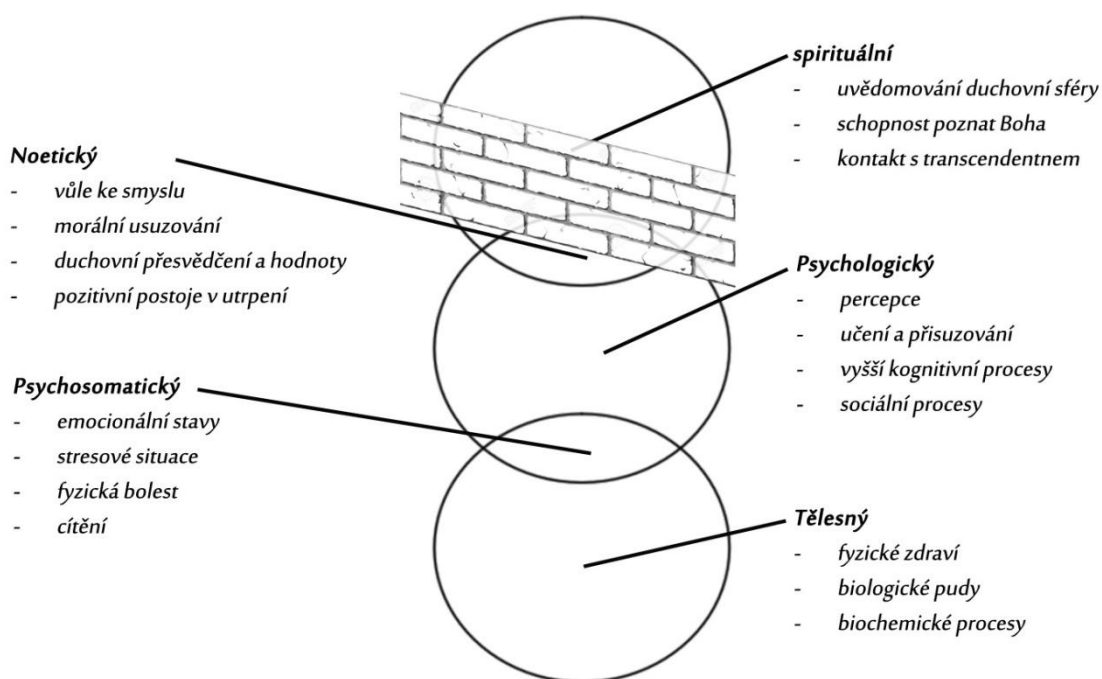
## 5 SMYSL ŽIVOTA U LIDÍ S PSYCHOTICKOU PORUCHOU

### 5.1 ZEĎ PSYCHÓZY

Když jsme nyní popsali noetický model osobnosti, můžeme se nyní věnovat prožívání smyslu u pacientů s psychotickým onemocněním. Psychóza není podle Frankla (1980) onemocnění duchovní osoby, ale pouze psychofyzického organismu/nástroje, který je rozladěný. Existenciálně analytický přístup nachází za zdí psychózy (viz obrázek 4) lidskost i přes psychotickou poruchu. Nejprve je třeba aplikovat medikamentózní léčbu s následujícím vícedimenzionálním terapeutickým přístupem (Frankl, 1982).

Zásadním přínosem Existenciální analýzy pro pochopení jak aplikovat následnou péči o klienty s psychózou je připomenutí, že k sebevyjádření osoby člověka je nezbytný *psychofyzický organismus*, který expresivně a instrumentálně funguje, a to jsou také cíle psychosociální rehabilitace a aktivizace klientů s psychotickým onemocněním (Frankl, 1984).

Obrázek 4 Trojrozměrný model osobnosti (Wong, 1998) „se zdí“





## 5.2 ŽIVOT ZA ZDÍ ANEB OSOBNOST SMYSLU ZBAVENÁ

Někdy se ve společnosti používá výraz, že je člověk šílený, chová se jako smyslu zbavený a zde můžeme dát laickému pozorovateli částečně za pravdu. Psychóza opravdu může člověka zbavit většiny možností, jak ve svém životě nalézat a realizovat zdroje smysluplnosti.

### *BLOKOVANÉ ZDROJE SMYSLU*

Člověk se schizofrenií trpí často kognitivním deficitem, který mu brání v adaptivním vnímání a interpretaci sociální reality. Oslabené sociální dovednosti dále snižují schopnost udržet si zaměstnání, způsobují selhávání v každodenních činnostech. Dezorganizace řeči, kdy často ani nemocný nemá schopnost zřetelně myslet a nemá jasnou představu, o čem mluví, narušuje komunikaci a nemocný se uzavírá vztahům<sup>22</sup>. Porucha exekutivních funkcí znemožňuje plánování, iniciaci i dokončení činností, které člověk vnímá jako zdroje smysluplnosti. Těžko reaguje na změnu, nedokáže se soustředit ani identifikovat podstatné znaky z vnější reality (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006; Vágnerová, 2008; Raboch, Zvolský, & kol., 2001). Nemocnému tak vzniká po příchodu z psychiatrické nemocnice spousta volného času, který je obtížné smysluplně naplnit a nemocný sám se jen velice těžko dokáže aktivizovat.

### *ZHOUBNÝ EFEKT*

Pokud se zamyslíme nad důsledkem této intenzivní existenciální frustrace, shodujeme se s řadou autorů (Frankl, 2006; Yalom, 2006; Jung, 1994), že důsledkem jsou často maligní projevy na úrovni *psychofyzického organismu* a významně se spolupodílí na tvorbě negativních příznaků. Podle Svobody (2006) jsou to právě negativní příznaky, které jsou primárně zodpovědné za špatnou kvalitu života a funkční neschopnost osobnosti.

### *JAK Z TOHO VEN?*

Adrian a Kaser-Boydová (1995) porovnávali pacienty různých psychiatrických diagnóz. Jádrem výzkumu byl rorschachovský *index poškození Ega (Ego Impairment Index)*.

---

<sup>22</sup> Výsledky Campellova výzkumu (in Wong, 2013) naznačují vztah mezi schopností vnímat zřetelně vnitřní svět a spokojeností v životě.

Index poškození Ega (EII) vytvořili Perry a Viglione (in Lečbych 2013). Index hodnotí potenciální deficit funkcí Ega a sleduje funkci *testování reality, proces usuzování, užívání obranných mechanismů a tvorbu objektivních vztahů*. Hlavní myšlenkou indexu je, že deficit funkcí Ega znemožňuje schopnost efektivně se vztahovat k vnější i vnitřní realitě.

Ukázalo se, že hospitalizovaní pacienti (*inpatients*) mají index poškození ega významně vyšší než pacienti léčící se mimo nemocnici (*outpatients*). Jedním z možných vysvětlení může být silnější *aktivizace v ambulantní léčbě, či zachování vztahových vazeb*, které nemusely být přerušeny hospitalizací, což jsou podle PMP (Wong, 2013) oba faktory přispívající k silnějšímu prožívání smysluplnosti v životě.

Podle Boučka (2001) je třeba usilovat především o prevenci hospitalizace, která pacientovi přerušuje na dlouhou dobu každodenní návyky v zaměstnání, rodině a dalších aktivitách. Oproti tomu ambulantní a zejména komunitní léčba umožňuje a podporuje zachování přirozených zdrojů smyslu v životě člověka. Jako příklad uveďme cíle Brněnského Sdružení Práh:

#### **Cíle sdružení PRÁH (Sdružení Práh Brno, 2014)**

- Poskytovat podporu v naplňování přání našich uživatelů pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života.
- Prosazovat a hájit práva uživatelů a jejich nejbližších.
- Podporovat svépomocné aktivity – zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním.

Podstatnou složkou je podle Vágnerové (2008) také denní režim, který pomáhá nemocnému udržet aktivizaci. Pravidelnost pomáhá znovu upevnit důležité body v životě a přináší pocit smyslu a užitečnosti, který zlepšuje celkovou sociální adaptaci nemocného.

Přestože nemocný není většinou ze začátku schopen náročnějšího pracovního poměru, pracovní terapie je zásadní činností, která vylepšuje sebedůvěru, dodává pocit autonomie, která je nezbytná k osobnímu růstu. Vedle toho člověk získává zpět sociální a pracovní návyky, které opět zlepšují adaptabilitu a stabilnější zakotvení v realitě (Vágnerová, 2008).

Každý člověk má individuální potřeby a nadání, které je třeba rozvíjet, aby mohl dosáhnout osobního smyslu. V přirozenosti člověka je zakotvené, že touží ve svém životě po smysluplnosti a naplněném životě. Pacient s psychózou je v tomto člověk jako každý jiný a touha po smyslu je mu vlastní jako všem ostatním. Nedostatek této potřeby (smyslu)

způsobuje nejrůznější problémy, které mohou vyústit až v klinické příznaky nemoci těla i duše (Frankl, 2006). Erich Fromm nás pobízí, abychom chápali poskytovanou pomoc „bezmocnému“ jako pomoc potencialně „mocnému“, který pouze zažívá aktuální bezmoc. Píše, že bezmocnost je přechodný stav, a že schopnost stát i chodit po vlastních nohou je trvalá a obecná (Fromm, 1966). Pokusíme se tedy odpovědět na otázku, jak pacienti s psychózou v našich podmínkách prožívají smysluplnost. Pokusíme se zjistit, jestli některé metody smysluplnost u pacientů účinněji podporují a chrání.

### 5.3 PODOBNÉ VÝZKUMY

Výzkumy problematického životního stylu duševně nemocných shrnují Sigmundová a Látalová (2008), kde referují o špatných stravovacích návycích, nedostatku pohybu i silném kuřáctví, které mají často za následek předčasné úmrtí, a to v mnohem vyšší míře než u ostatní populace.

Roberts (in Wong, 2013) popisuje ve svém výzkumu zajímavý fenomén u pacientů se schizofrenií v *léčbě*, kterým se zlepšovaly symptomy, když měli za úkol vytvářet smysluplné příběhy vysvětlující jejich zážitky. Lidé v tomto výzkumu vykazovali vyšší prožívání smysluplnosti než pacienti bez příznaků *po dokončení léčby*. Tento výzkum vyzdvihuje narativní terapii jako jeden z prostředků k léčbě schizofrenie.

Výzkum provedený na 60 participantech se SMI (severe mental illness) zkoumal prožívání smysluplnosti pomocí dotazníku Life Regard Index (LRI) a uvádí, že znovuzískání prožívání smysluplnosti v životě je velmi podstatným prvkem k zotavení se z duševní choroby (Ehrlich Ben Or, & kol., 2013).

Na závěr bychom chtěli uvést výzkum vlivu religiozity u jedinců se schizofrenií a schizoafektivní poruchou (n=112). Zkoumaly se dva efekty (1) vytváření smyslu (2) vyhledávání sociální opory. Ukázalo se, že vnější religiozita (extrinsic religion) jako společenská konvence nemá žádný vztah vyhledávání sociální opory. Potvrdila se však silná souvislost vnitřní religiozity (intrinsic religion) a vytváření smyslu (Tabak & De Mamani, 2014).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

---

V našem výzkumu se zaměřujeme na prožívání smysluplnosti u lidí trpících duševní poruchou z okruhu psychóz, v MKN-10 jde o diagnostickou skupinu (F20-F29). Výzkum Nathana Mascara (2006) ukázal, že je to právě nedostatek prožívání smysluplnosti, který úzce souvisí s příznaky jako je úzkost, deprese či nedostatek naděje v životě atd. Podle mnoha autorů (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002; Mrkvička, 2005; Raboch, Pavlovský, & kolektiv, Psychiatrie, 2012) je tato negativní symptomatika alespoň implicitně jednou z hlavních příčin zhoršení psychotického onemocnění a opětovných návratů akutních příznaků a z toho plynoucích rehospitalizací.

Psychotické onemocnění samotné je velkou zátěží pro člověka a způsobuje vážné obtíže, když se chce nemocný například zařadit do pracovního procesu, plánovat a řešit problémy, způsobuje problémy ve vztazích a ve výčtu bychom mohli pokračovat (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006; Vágnerová, 2008; Raboch, Zvolský, & kol., 2001). Kdybychom to měli shrnout, tak psychóza se týká do určité míry bez výjimky každé činnosti, kterou chce člověk v životě realizovat.

Tento fakt však úzce souvisí s naším výzkumným problémem – seberealizace ve vnějším i vnitřním světě člověku umožňuje prožívat smysluplnost, která potom působí protektivně proti negativní symptomatice. Lze s trochou nadsázky vyslovit toto: *psychóza napadá duševní obranný systém člověka*.

Při měření smysluplnosti navazujeme na práci Paula T. Wonga z Univerzity v Torontu, který vytvořil *Profil osobního smyslu* (Wong, 2013). Dotazník posuzuje smysluplnost v rámci sedmi oblastí v životě<sup>23</sup>, které jsou všechny samostatným zdrojem smysluplnosti v životě.

PMP jsme administrovali paralelně (1) pacientům podstupujícím léčbu metodou case managementu, u které předpokládáme vyšší aktivizaci a návaznost na přirozené zdroje nemocných v životě; a také (2) jsme zařadili skupinu kontrolní. Získané výsledky jsme

---

<sup>23</sup> Výkon, vztahy, spiritualita, vlastní transcendence, sebezpřijímání, intimita, dobré zacházení

potom analyzovali a porovnávali mezi sebou. Podle Hendla (2004) lze náš výzkumný plán považovat za observační studii.

## 6.1 CÍLE VÝZKUMU

Hlavním cílem bylo zjistit souvislost mezi účastí na léčbě metodou case managementu a prožíváním smysluplnosti měřené metodou PMP. Chtěli jsme zjistit, jestli se mezi sebou liší skupina pacientů v case managementu a skupina kontrolní.

Dalším cílem bylo zjištění, jak je smysluplnost u daných skupin rozložena mezi jednotlivé faktory (oblasti).

Naší snahou bylo také odhalit, jaká je celková úroveň smysluplnosti u lidí s psychózou.

## 6.2 HYPOTÉZY

H1: Celková úroveň prožívání smysluplnosti v PMP u výzkumné skupiny se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H2: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti VÝKON u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H3: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti VZTAHY u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H4: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti SPIRITUALITA u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H5: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti VLASTNÍ TRANSCENDENCE u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H6: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti SEBEPŘIJÍMÁNÍ u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H7: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti INTIMITA u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

H8: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti DOBRÉ ZACHÁZENÍ OD DRUHÝCH u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.

## 7 METODIKA

---

### 7.1 PROFIL OSOBNÍHO SMYSLU

Existuje velké množství metod, které měří smysluplnost. Jednou z nejpoužívanějších ve světě a zároveň jedním z prvních nástrojů v této oblasti vědy je poměrně krátký 20položkový dotazník *The Purpose in Life Test* (PIL) od Crumbaugha a Maholicka (1964). V českém prostředí je nejvíce používanou metodou Logo-Test (Lukasová, 1992), který standardizoval Balcar (1995). Výhoda tohoto testu je vzhledem k české standardizaci pro mnoho českých výzkumníků evidentní.

Poslední verze PMP je 57položkový sebesuzovací dotazník. Každou položku proband ohodnotí na Likertově sedmibodové škále. Nástroj je složen ze sedmi subškál, které odpovídají sedmi zdrojům/oblastem smyslu v životě. Subškály lze analyzovat odděleně, nebo je lze převést na celkové PMP-skóre.

Naše volba však padla na dotazník Paula Wonga (2013)<sup>24</sup>, který má nespornou výhodu ve větší plasticitě výsledku – výsledkem není jeden údaj<sup>25</sup>, ale je popsán pomocí sedmi faktorů, které odpovídají každé jedné oblasti zdroje smyslu v životě. To bylo pro náš výzkum žádoucí, protože jsme mohli sledovat prožívání smysluplnosti více podrobně a mít tak možnost zjistit, co je pro klienty s psychózou potenciálně problematická oblast.

---

<sup>24</sup>Ve výzkumu je použit překlad z knihy Miluše Soudkové (2004).

<sup>25</sup> V logo-testu je skóre zařazeno do příslušného kvartilu (q1-q4), což je výsledkem logo-testu (Lukasová, 1992).

Uvažovali jsme i o tom, že Balcarova standardizace z roku 1995 je provedena na zdravých studentech, a to není příliš užitečné pro náš případ, kdy zkoumáme klinickou populaci. Naše volba je tedy učiněna navzdory nevýhodě dané americkou standardizací, ale dáváme přednost výhodě, kterou má PMP oproti Logo-testu a to je standardizace na klinickou populaci a vysoká frekvence, s níž se PMP vyskytuje v hlavních výzkumech relevantních k naší práci (Mascaro, 2006).

Profil osobního smyslu (PMP) je nástroj vytvořený na základě faktorové analýzy. Na počátku tvorby dotazníku se Wong zajímal o to, jak lidé z různých skupin ve společnosti rozumí tomu, co vytváří smysluplnost života. Respondenti byli požádáni, aby popsali, jak si představují smysluplný ideální a dobrý život, kdyby peníze nebyly problém. Díky této instrukci nebyly odpovědi nijak omezovány. Odpovědi byly analyzovány a po konečných úpravách vznikl sedmi-faktorový dotazník s 57 položkami. Dotazník má pozoruhodně vysokou reliabilitu (metoda test-retest po 3 týdnech dosáhla hodnoty  $r=0,85$ ) a Cronbach alfa ( $\alpha=0,93$ ) (Wong, 1998).

Výsledný skór celého 57 složkového dotazníku se počítá podle manuálu přiloženému k dotazníku. Sečtou se příslušné položky odpovídající jednotlivým subškálám a vydělí se počtem položek. Celkový skór se počítá sečtením všech položek a vydělením 57 (celkový počet položek). Dostaneme skór ke každé subškále v intervalu od 0 do 7 (Wong, 2013).

Dosažení hodnoty v intervalu 7 až 5 bodů je považováno za adaptivní. Výsledná hodnota nižší než 5, ale vyšší než 3, je považována za hraniční, kdy je prožívaný smysl snižený. Od hodnoty 3 a méně můžeme tuto oblast považovat za prakticky nefunkční. Nežádoucím jevem je také nevyváženost mezi škálami. Například když člověk skóruje vysoko ve dvou subškálách, ale zbytek subškál má nízký skór (Wong, osobní sdělení, 4. 4. 2013).

K validizaci metody PMP přispěl výzkum Donohoe a Greenové (2009), kteří potvrdili signifikantní souvislost ( $r = 0,75$ ) mezi PIL (Crumbaugh & Maholick, 1964) a PMP (Wong, 2013). Zajímavým výsledkem výzkumu, kde byla administrována upravená nizozemská verze PMP pacientům s rakovinou, byla těsná pozitivní korelace se spokojeností (well-being) a negativní korelace s distresem (Jaarsma, Pool, Ranchor, & Sanderman, 2007).

Longitudinální výzkum srovnával vztah smysluplnosti (PMP), deprese (BDI), místa kontroly (LOC), škály úzkosti a deprese (DASS), naděje (Herth Hope Scale), Beckovy Hopelessness Scale a dalších. Tyto nástroje byly administrovány 3x a to (1) na začátku výzkumu, (2) s měsíčním odstupem a poté (3) znovu s dvouměsíčním odstupem.



Závěrečná analýza ukázala výsledky v tabulce 7 (Mascaro, 2006). Z tabulky je zřejmá silná korelace s hlavními škálami výzkumu.

Tabulka 6: Korelační koeficienty jednotlivých škál (Mascaro, 2006).

Scale	<i>r</i>
Spiritual Meaning Scale	0.76***
Revised Life Regard Index	0.65***
Undergraduate Stress Questionnaire	-0.09
DASS-depression	-0.56***
PAI-depression	-0.64***
Beck Depression Inventory-II	-0.58***
Beck Hopelessness Scale	-0.62***
Adult State Hope Scale	0.70***
Herth Hope Scale	0.81***
Internal Locus of Control	0.43***

\*\*\* $p < .001$ .

V této části bychom rádi uvedli popis subškál dotazníku PMP a doplnili názvy subškál s příklady položek v originálním znění v angličtině (Wong, 2013).

#### VÝKON (*ACHIEVEMENT*)

*I engage in creative work.*

Jedná se o oblast, kde člověk čerpá smysl z toho, že může realizovat své schopnosti, své cíle, přání a zájmy. Taková činnost je pro člověka naplňující a přisuzuje jí vysokou hodnotu, dělá ji se zaujetím a přináší mu uspokojení.

#### VZTAHY (*RELATIONSHIP*)

*I relate well to others.*

Je to oblast, která zahrnuje vztahy s lidmi v okolí a hodnotí je z hlediska kvality interakce. Jedná se o vztahy, kde funguje vzájemná důvěra, respekt a to, že je člověk v kolektivu oblíbený a dokáže přinášet radost druhým. Člověk, který má naplňující vztahy, dbá na dobré vztahy kolem sebe.

#### *SPIRITUALITA (RELIGION)*

*I believe that there is order and purpose in the universe.*

Podle položek, které do této oblasti patří, sem lze zahrnout poměrně širokou škálu postojů. Tato oblast je charakteristická jak pociťováním vyšší moci a vztahu k Bohu, tak prožíváním pozitivních zkušeností týkajících se přírody, kultury, umění, pocitu řádu a účelu ve světě, ale také víry, že svět je smysluplný a existuje v něm záměr a místo pro náš jedinečný úkol.

#### *VLASTNÍ TRANSCENDENCE (SELF-TRANSCENDENCE)*

*It is important to dedicate my life to a cause.*

Jde o oblast, která je charakteristická zaměřením cílů mimo vlastní osobu. Již pojetí názvu sebe-přesah naznačuje, že jde o oblast, kde čerpáme smysl z toho, že něco konáme pro druhé. Zahrnuje to přítomnost vyšších hodnot, jejichž realizace vyjadřuje úsilí o něco podstatného, užitečného a znamená přínos společnosti.

#### *SEBEPŘIJÍMÁNÍ (SELF-ACCEPTANCE)*

*I accept my limitations.*

Je to oblast, která se snaží vystihnout problematické oblasti v našem životě a zejména potom náš přístup k nim, respektive to, jestli dokážeme přijmout svá omezení, své limity, ale také své chyby, minulost, utrpení a bolesti, které jsou součástí našeho života.

#### *INTIMITA (INTIMACY)*

*I have confidants to give me emotional support.*

Intimita je oblast, která zohledňuje přínos nejbližších vztahů do našeho života. Zahrnuje intimní a rodinné vztahy, kde je důležitá důvěra, respekt a citová podpora. Člověka naplňuje přítomnost láskyplného vztahu a možnost někoho milovat a dělit se s ním o důvěrné pocity.

## DOBRÉ ZACHÁZENÍ OD DRUHÝCH (FAIR TREATMENT OR PERCEIVED JUSTICE)

*I am treated fairly by others.*

Jde o oblast, kde člověk vnímá, jak se k němu zachoval život a svět – jestli měl dostatek příležitostí k sebeuplatnění a jestli je odměňován za to dobré. Zda rozumí tomu, jaký postoj k němu má jeho okolí a jestli mu připadá, že je k němu spravedlivé.

## 8 PARTICIPANTI VÝZKUMU A ADMINISTRACE

---

### 8.1 POPULACE

V našem výzkumu jsme se snažili eliminovat proměnné, které by mohly výsledky našeho výzkumu zkreslit. Snažili jsme se proto získat podrobnou charakteristiku populace, ze které jsme vybírali výzkumný soubor. Předběžnou analýzou jsme vybrali některé relevantní znaky a zahrnuli je mezi hlavní charakteristické znaky populace.

Lidé s psychózou nejsou homogenní skupinou, a proto není jednoduché získat spolehlivý popis této populace. Lze však uvést alespoň některá jejich společná omezení. Můžeme jmenovat například řadu premorbidních vlastností osobnosti, psychiatrických symptomů, ale také okolnosti typu nízký finanční příjem, nedostatek podpory, stigmatizace<sup>26</sup>, nedostupnost řady sociálních rolí, či neprůhledná pravidla byrokracie, ve kterých se musí pohybovat (Pěč & Probstová, 2009).

Populace, ze které jsme vybírali výzkumný soubor, byla ohraničena pevnými kritérii, která nám poskytla Mezinárodní klasifikace nemocí. Zvolili jsme *diagnostickou skupinu F20-F29* (definovaná je v teoretické části naší práce) (WHO, 2008).

Další podmínkou byla *účast probanda v case managementu*. Zahrnuli jsme klienty case managementu v rámci celé České republiky.

---

<sup>26</sup> Dotazníkové šetření zkoumalo nejen výskyt stigmatizace, ale i srovnávalo chování pomocí *škály zamýšleného jednání* vůči duševně nemocným v Anglii a ČR. Ve výsledku se ukázalo, že v ČR je zamýšlené stigmatizační chování vyšší, než v Anglii (Winkler, Csémy, Janoušková, & Motlová Bankovská, 2014).

Rozhodli jsme se sledovat probandy, kteří jsou v case managementu již nějaký čas, aby se potenciální vliv léčby case managementem vůbec projevil. Naším kritériem pro výběr byla tedy *minimální doba léčby*. Po diskusi a zvážení alternativ byly určeny 3 měsíce jako minimální doba léčby v case managementu, a to právě kvůli předpokládané minimální účinnosti metody.

Důležitou součástí definice populace také bylo, aby byl proband *stabilizovaný*, tj. aby nebyl ve floridní fázi, v akutní části průběhu nemoci. Toto kritérium jsme zvolili jednak proto, aby zvládnul požadavky administrace a také abychom omezili nežádoucí vliv aktuálně přítomných příznaků nemoci (dynamické či utlumené prožívání, schopnost soustředit se, únava či schopnost jasného myšlení).

### 8.1.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR

V rámci výzkumného souboru jsme se snažili zahrnout všechny jednotky populace. Oslovili jsme všechna registrovaná zařízení v ČR, která se case managementem zabývají, a až na 2 zařízení jsme byli úspěšní. Metodu výběru tedy lze charakterizovat jako pokus o cenzus, ale vzhledem k okolnostem jsme ve výsledku realizovali výběr na základě dobrovolnosti (Hendl, 2004).

Dobrovolnost je v tomto smyslu ještě rozdělena mezi dva stupně:

- Prvním stupněm je dobrovolné svolení k výzkumu na úrovni vedení zařízení, které poskytuje case management klientům.
- Druhým stupněm je potom dobrovolné svolení samotného klienta účastnit se výzkumu.

Výběrový soubor je tvořen 26 lidmi s psychotickým onemocněním ( $n = 26$ ), ze kterých všichni splnili podmínky definované v předchozí podkapitole o populaci a svolili k výzkumu. Z toho bylo 13 mužů a 13 žen.

### 8.1.2 KONTROLNÍ SKUPINA

Kontrolní skupinu tvořilo 34 osob z toho 21 mužů a 13 žen. Kontrolní skupinu tvořili lidé léčící se ve třech různých zařízeních:

- Hospitalizovaní pacienti na doléčovacím oddělení v psychiatrické nemocnici
- Hospitalizovaní pacienti na psychiatrickém oddělení nemocnice

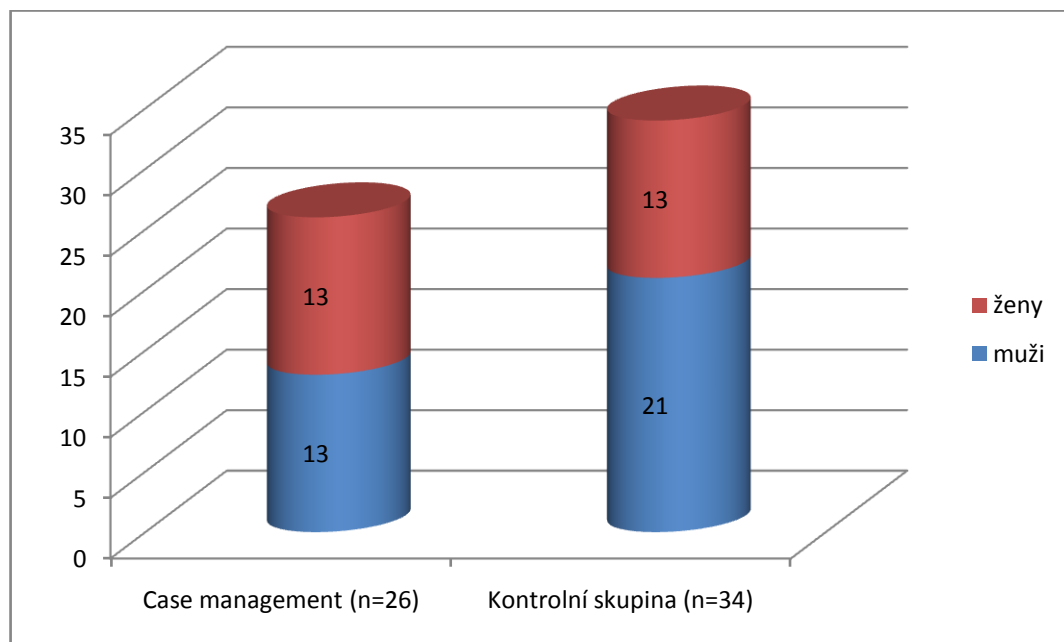
- Ambulantně se léčící klienti

Důvodem, proč jsme vybrali tři různá místa administrace u kontrolní skupiny je určen tím, že v case managementu jsou klienti, kteří nejsou na jednom místě (například hospitalizováni), ale jejich léčba je často rozložena v těchto typech zařízení.

Hlavním požadavkem bylo, aby nečerpali službu case managementu. Kromě této charakteristiky pro ně následně platila všechna výše zmíněná pravidla použitá na populaci a výběrový vzorek.

Celkový počet participantů výzkumu byl 60. Rozložení obou skupin dle pohlaví můžeme vidět na grafu 1.

Graf1



## 8.2 ADMINISTRACE

Dotazník byl administrován v několika krocích. Nejprve byli participanti osloveni ke spolupráci a byl vyžádán jejich dobrovolný souhlas s účastí na výzkumu. Byly jim sděleny informace, že celý průzkum je zcela anonymní. Jediným údajem, který bylo třeba zapsat je pohlaví (poznačení písmena M u mužů a Ž u žen). Bylo jim také sděleno, že položky v dotazníku jsou zaměřeny na jejich prožívání a jejich úkolem bude pozorně si přečíst každou položku a zaškrtnout číslo na Likertově škále podle toho, jak to charakterizuje

jejich život. Zaznamenávat měli čísla od jedné do sedmi, kde 1 znamená „vůbec nesouhlasím s položkou“ a 7 „naprosto souhlasím s položkou“. Vždy jsme se ujistili, že participanti dobře rozumí zadání a zdůraznili, že je třeba zaznamenat odpověď upřímně na základě vlastního přesvědčení.

Administrace probíhala paralelně v kontrolní skupině i výzkumné skupině. Probandům v case managementu byla administrace realizována prostřednictvím case managerů, kteří byli podrobně instruováni, jak mají administraci provést. Pro sběr dat jsme určili konečný termín, kdy nám z jednotlivých zařízení byly zaslány dotazníky nazpět buď elektronickou formou, nebo poštou.

V případě sběru dat v kontrolní skupině jsme administrovali dotazník na třech místech – v psychiatrické nemocnici, na psychiatrickém oddělení nemocnice a u ambulantního psychiatra. Kromě ambulance, kde nám s administrací pomohl instruovaný psychiatr, jsme administrovali dotazníky osobně.

Dotazník PMP byl administrován celkem 72 probandům, ale samozřejmě kvůli několika logickým a formálním důvodům jsme z původních 72 získali pouze 60 platných dotazníků. Důvody, proč jsme vyřadili neplatné dotazníky, byly jednak nevyplněné položky<sup>27</sup> a poté nepochopení zadání u jednoho dotazníku.

## 9 STATISTICKÁ ANALÝZA A PLATNOST HYPOTÉZ

---

Dříve než jsme mohli sebraná data porovnat, bylo třeba posoudit, jestli lze rozdělení našich dat považovat za normální. K tomu jsme použili Shapiro-Wilkův test normality.<sup>28</sup> Tento krok jsme museli použít u každé subškály (dále jen název subškály, např. *Výkon*) i u součtu všech subškál celkem (dále jen *Celkem*).

---

<sup>27</sup> Naším kritériem pro zamítnutí dotazníku jako neplatného byla už jedna nevyplněná položka, protože některé škály dotazníku jsou syceny menším počtem položek a vliv by mohl být značně zkreslující, i kdybychom zvolili možnost nahradit položku průměrnou hodnotou položky.

<sup>28</sup> Statistické testování jsme prováděli v programech Statistica 12 a SPSS

Zjistili jsme, že rozložení dat nelze považovat za normální ( $p < 0,05$ ) u škály *Vlastní transcendence* a u *Celkem*. V těchto dvou případech jsme museli zvolit neparametrickou metodu a vybrali jsme Mann-Whitneyův U test. U zbylých subškál (tj. *Výkon*, *Vztahy*, *Spiritualita*, *Sebeřijímání*, *Intimita* a *Dobré zacházení od druhých*) jsme zjistili, že rozložení dat lze považovat za normální ( $p > 0,05$ ) a zvolili jsme parametrický t-test. Obdobně jsme zjišťovali pomocí Leveneho testu, zda byla zachována homogenita rozptylů u subškál *Výkon*, *Vztahy*, *Spiritualita*, *Sebeřijímání*, *Intimita* a *Dobré zacházení od druhých* a zjistili jsme, že u všech byla zachována.

Po zvolení vhodných testů jsme přikročili k testování námi zvolených hypotéz.

**H1: Celková úroveň prožívání smysluplnosti v PMP u výzkumné skupiny se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné skupiny a kontrolní skupiny ( $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $Z = 1,262$ ;  $p = 0,207$ ).

Hypotézu H1 nelze přijmout.

**H2: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti VÝKON u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné ( $M=4,526$ ) a kontrolní skupiny ( $M=5,204$ ) na škále Výkon ( $p < 0,05$ ) byl nalezen statisticky významný rozdíl ( $t_{58} = -2,745$ ;  $p = 0,008$ ).

Hypotézu H2 tedy přijímáme.

**H3: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti VZTAHY u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné ( $M=5,115$ ) a kontrolní skupiny ( $M=5,023$ ) na škále Vztahy ( $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $t_{58} = 0,321$ ;  $p = 0,749$ ).

Hypotézu H3 nelze přijmout.

**H4: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti SPIRITUALITA u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné (M=4,509) a kontrolní skupiny (M=4,484) na škále Vztahy ( $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $t_{58} = 0,077$ ;  $p = 0,939$ ).

Hypotézu H4 nelze přijmout.

**H5: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti VLASTNÍ TRANSCENDENCE u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné skupiny a kontrolní skupiny ( $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $Z = 0,962$ ;  $p = 0,336$ ).

Hypotézu H5 nelze přijmout.

**H6: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti SEBEPŘIJÍMÁNÍ u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné (M=4,486) a kontrolní skupiny (M=4,510) na škále Vztahy ( $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $t_{58} = -0,091$ ;  $p = 0,928$ ).

Hypotézu H6 nelze přijmout.

**H7: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti INTIMITA u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**

Po porovnání výzkumné (M=4,844) a kontrolní skupiny (M=4,824) na škále Vztahy ( $p > 0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $t_{58} = 0,060$ ;  $p = 0,952$ ).

Hypotézu H7 nelze přijmout.

**H8: Úroveň prožívané smysluplnosti v oblasti DOBRÉ ZACHÁZENÍ OD DRUHÝCH u výzkumné skupiny (case management) se statisticky významně liší od úrovně prožívání smysluplnosti v PMP v kontrolní skupině.**



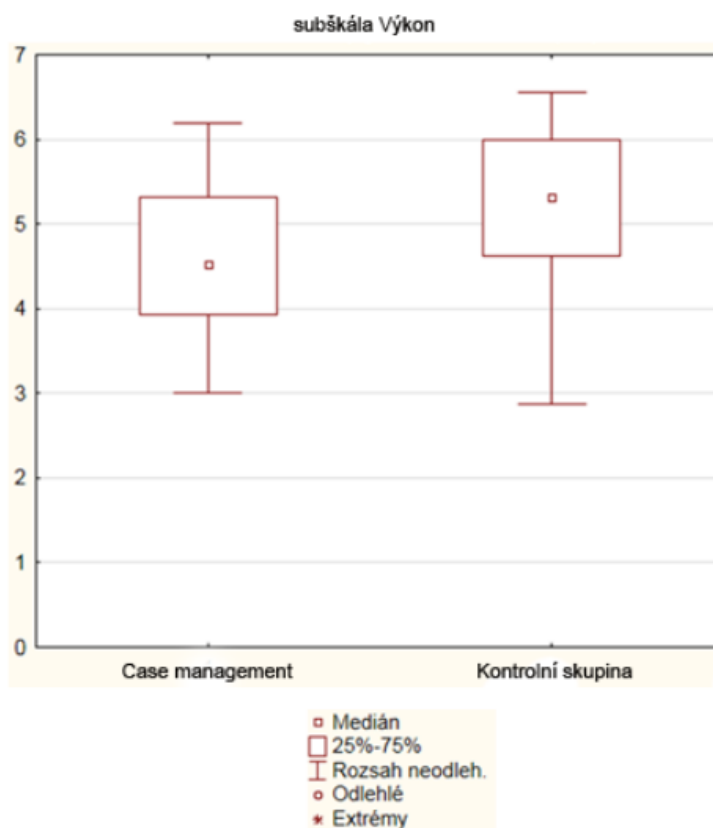
Po porovnání výzkumné (M=4,327) a kontrolní skupiny (M=4,691) na škále Vztahy ( $p>0,05$ ) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $t_{58}=-1,188$ ;  $p=0,240$ ).

Hypotézu H8 nelze přijmout.

## 9.1 VÝSLEDKY

Jedinou hypotézou, kterou jsme přijali, byla oboustranná hypotéza o rozdílu v subškále *Výkon*. Rozdíl můžeme vidět na krabicovém grafu 2. Průměrná hodnota výzkumné skupiny byla nižší (M=4,526) než u kontrolní skupiny (M=5,204).

Graf 2

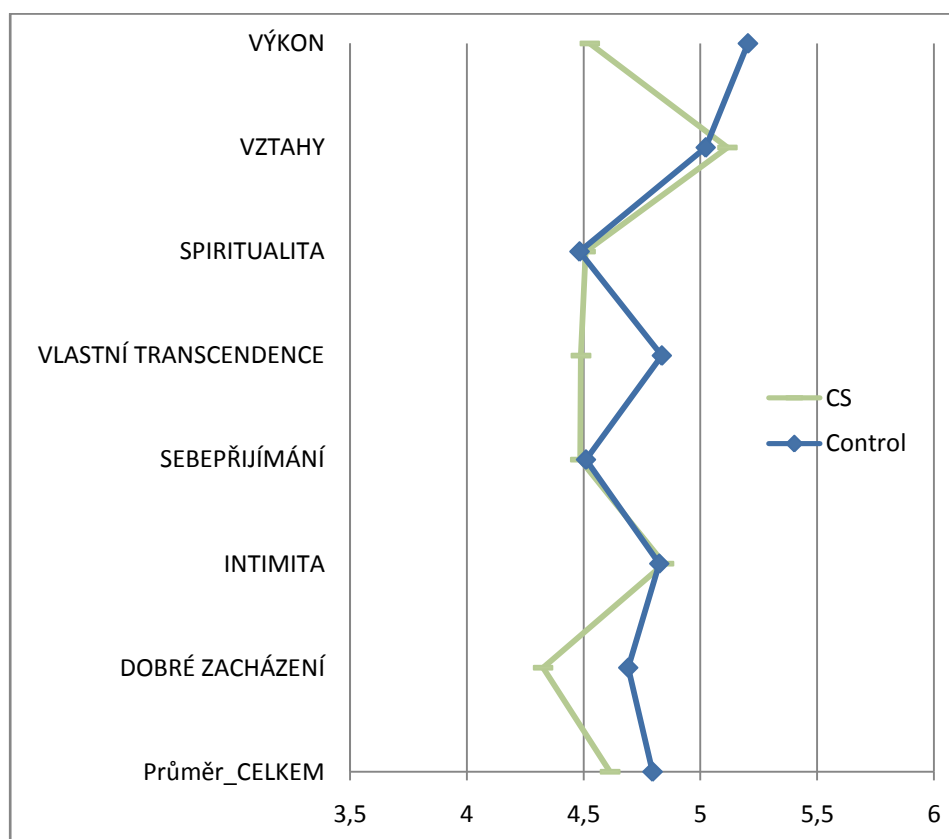


V tabulce 8 uvádíme průměrné hodnoty v jednotlivých subškálách k porovnání s kontrolní skupinou. Červeně vyznačené hodnoty jsou ty, které jsou vyšší. Statisticky významný rozdíl je však pouze u subškály výkon, jinak se hodnoty výzkumného souboru od kontrolní skupiny statisticky významně neliší. Pro možnost vizuálního porovnání dat uvádíme graf 3.

Tabulka 7: Průměrné hodnoty v jednotlivých škálách.

Název	CS	Control
VÝKON	4,526	5,204
VZTAHY	5,115	5,022
SPIRITUALITA	4,509	4,484
VLASTNÍ TRANSCENDENCE	4,489	4,835
SEBEPŘIJÍMÁNÍ	4,486	4,510
INTIMITA	4,844	4,824
DOBŘÉ ZACHÁZENÍ	4,327	4,691
Průměr_CELKEM	4,614	4,796

Graf 3



## 10 DISKUSE

---

V této kapitole bychom chtěli komentovat výsledky výzkumu a chtěli bychom se je pokusit interpretovat i v souvislosti s výzkumy ostatních badatelů. Nabídneme také několik návrhů a doporučení pro budoucí výzkumnou činnost, která je doposud v této oblasti slabší, než by odpovídalo její závažnosti a načasování. Je zde nepochybně naděje k prudkému vzestupu zájmu o case management už kvůli transformaci, kterou má Česká republika v následujících letech podstoupit (Říčan, 2013). Chtěli bychom v této kapitole také kriticky zhodnotit výzkumnou část naší práce a uvést daná zjištění do širšího kontextu.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zdali se od sebe v dimenzi prožívání smyslu života podle dotazníku PMP (profil osobního smyslu) liší skupina, které je poskytován case management a skupina kontrolní. Chtěli jsme zjistit, jestli je case management důležitou složkou v situaci, kdy chceme ovlivnit prožívání smysluplnosti u lidí, kteří se léčí s psychózou.

Hypotézu o tom, zdali existuje významný statistický rozdíl v *celkovém* prožívání smysluplnosti ve skupině v case managementu a kontrolní skupině, jsme museli zamítnout. Rádi bychom nyní komentovali výsledky v rámci jednotlivých subškál dotazníku PMP.

### 10.1 SUBŠKÁLY

Výhodou metody *Profil osobního smyslu* je především schopnost zaměřit oblast, která může být pro participanta citlivá. Právě distribuce prožívání smysluplnosti mezi sedm oblastí nám umožňuje nacházet paralely ve výzkumné činnosti široké odborné veřejnosti.

Vůbec nejnižší prožívání smysluplnosti ve výzkumné skupině jsme našli u subškály *Dobré zacházení od druhých*.

DOBŘE ZACHÁZENÍ OD DRUHÝCH	Case management 4,327
-------------------------------	-----------------------------

K podobným výsledkům došli i Adrian & Kaser-Boyd (1995) při zkoumání rorschachovského indexu poškození funkcí ega (Ego Impairment Index). V rámci indexu se započítává tzv. *Good H* (dobrá lidská zkušenost), která jako jediná proměnná z celého

indexu rozdělovala pacienty s psychózou a ostatní pacienty (jedinci s psychózou měli Good H statisticky významně nižší)<sup>29</sup>.

Zde se nabízí jako možné vysvětlení důležité téma diskriminace a stigmatizace lidí s psychózou, kterému se věnovali například Winkler, Csémy, Janoušková, & Motlová Bankovská (2014), kteří zjistili, že vědomé stigmatizační chování je přítomno ve zvýšené míře ve společnosti britské i české<sup>30</sup>. Lidé v České republice mají podle výsledků vyšší míru stigmatizačních postojů než ve Velké Británii.

Naopak subškála *Výkon* se ukázala jako nejvýznamnější z hlediska prožívání smysluplnosti v kontrolní skupině. Podle kvalitativní studie (Marwaha & Johnson, 2005) chce většina lidí s psychózou pracovat a uvádí početný seznam výhod. Zároveň ale uvádí i pochybnosti a limity vnitřní (symptomy nemoci, vliv medikace, možnost zdravotní újmy) i vnější (nedostatek povzbuzení od zdravotníků (*mental health professionals*), diskriminaci při výběrovém řízení od zaměstnavatele). Na druhou stranu konstatují, že po přijetí do zaměstnání jim svěřením se zaměstnavateli s onemocněním může pomoci si práci udržet.

Chuť a touhu lidí s psychózou po zaměstnání uvádí i studie efektivity *podporovaného zaměstnání* Rinaldi, Mcneil, Firn, Koletsi, Perkins, & Singh (2004) vyhodnocující prudký nárůst obsazených pracovních míst během šestiměsíční intervence. Specifickou problematikou je výzkum zaměřený na zaměstnání u mladých s první atakou psychózy (Bassett, Lloyd, & Bassett, 2001).

Jedním z nejslabších výsledků se objevil v subškále *Sebepřijímání*. Sebepřijímání je v dotazníku chápáno v logoterapeutickém smyslu jako zaujetí postoje ke skutečnosti, kterou nemohu účinně ovlivnit. Eva Syřišťová (1965) mluvila v této souvislosti o tzv. opouzdření psychózy. Kognitivně-behaviorální terapie uplatňuje u halucinací (zejména sluchových) nejrůznější metody odvádění pozornosti jako je čtení, walkman, plánování činností či rozhovor. S klientem je však i možné se na halucinace zaměřit a pátrat po jejich smyslu (Praško, Možný, & Šlepecký, 2007).

---

<sup>29</sup>Pozdější výzkum na srbské populaci z roku 2013 potvrdil vysokou schopnost *Ego Impairment Index* rozlišit populaci psychotickou a nepychotickou (Dzamonja-Ignjatovic, Smith, Djuric Jovic, & Milanovic, 2013).

<sup>30</sup>Podle (Saldivia, & kolektiv, 2014) se ukazuje, že předsudky a diskriminace se objevují napříč jednotlivými kulturami a pacienti jsou vnímány občas i ze strany rodiny a pomáhajících profesí.

SEBEPŘIJÍMÁNÍ	Case management 4,486	Kontrolní skupina 4,510
---------------	--------------------------	----------------------------

V podobném duchu jako Syřišťová, popisuje přístup k psychóze ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*), která spíše než s kontrolou symptomů pracuje s jejich přijetím. Zajímavým výzkumem je validizační studie nového nástroje *Voices Acceptance and Action Scale* (VAAS) vytvořeného přímo pro jedince s psychózou. Dotazník úzce souvisel s výsledky společně administrovaných nástrojů měřících kvalitu života, depresi a zvládání imperativních halucinací (Shawyer, Ratcliff, Mackinnon, Farhall, Hayes, & Copolov, 2007).

Na druhou stranu je třeba uvědomit, že proces přijetí identity „duševně nemocný“ není vůbec jednoduchý. Šupa (2011) nabízí velmi zajímavé pojednání o situaci duševně nemocného. Snaží se poukázat na jedince, kteří nikdy nebudou ochotni připustit, že jsou psychiatrickými pacienty, a to nejen kvůli hrozícímu stigma, ale rovněž kvůli zápasu o vlastní identitu. Dále varuje před zpředmětněním člověka v roli nemocného: „ (...) *jednání sester odkazovalo k nemoci a nemoc opět k jednání a člověk jako osoba zmizel. Potlačí-li sestra osobu a jedná s nemocným, tak se z její práce stává pozorování symptomů, odstraňování symptomů a zvládání neklidu.*“ (Šupa, 2011, str. 162).

Subškála *Vztahy* se ukázala jako poměrně výrazným zdrojem smysluplnosti pro skupinu výzkumnou i kontrolní. Mírně lepší výsledek jsme zaznamenali u skupiny v case managementu. Z výzkumu na lidech s psychózou ve Velké Británii vyplývá, že síť přátel participantů nebyla rozsáhlá, ale kvalita vztahů byla většinou pozitivní. Většina přátelských vztahů byla zjištěna mezi účastníky denních center duševního zdraví, drop-in center a dalších regionálních komunitních služeb (Harley, Boardman, & Craig, 2012).

## 10.2 REFLEXE VÝZKUMNÉHO POSTUPU

Podle výsledků našeho měření se může zdát, že obě skupiny prožívají smysl života velice podobně. V našem výzkumu však sledujeme několik kritických momentů, o kterých si myslíme, že měly vliv na konečné výsledky a rádi bychom je zmínili a nabídli interpretaci k výsledným datům.

Hendl (2004) upozorňuje, že v případě, kdy je ve výzkumu zvolen výběr na základě dobrovolnosti, zvyšuje se pravděpodobnost, že na výzvu zareagují pouze vysoce motivovaní probandi a výsledky potom mohou být zkreslené. Výběr našich participantů byl dobrovolný, a proto i my musíme uvažovat o tomto vlivu jako o možném zdroji zkreslení. Lze se totiž domnívat, že motivovaný participant bude mít sklon skórovat výš, než by odpovídalo běžné populaci.

Podobný efekt, jako je nežádoucí navýšení motivovaných participantů, může mít i omezení přístupu k participantům méně motivovaným, kteří právě v důsledku svého omezení<sup>31</sup> odmítají účast, čímž zkreslují výsledky. Dle výzkumů (Mascaro, 2006; Baumeister, 1991; Feldman & Snyder, 2005) můžeme předpokládat, že právě tato skupina by skórovala mnohem níž a značně by ovlivnila naše na první pohled uspokojivé výsledky.

Výzkumy uvádí, že lidé s duševní poruchou prožívají sníženou úroveň prožívání smysluplnosti (Ehrlich Ben Or, & kol., 2013). Výzkumná studie, která se věnuje hospitalizovaným pacientům (inpatient) potvrzuje výsledek jiných studií o prožívaném nedostatku smysluplnosti v této populaci (Schulenberg, & kol. 2011). Naše výsledky se s těmito výzkumy naprosto rozcházejí (tabulka 9). Participant v kontrolní skupině dosahují v subškálách *Výkon a Vztahy* výsledků zcela adaptivních a zbytek subškál se k adaptivní horní hranici blíží.

Tabulka 8

Název	CS	Control
VÝKON	4,526	5,204
VZTAHY	5,115	5,022
SPIRITUALITA	4,509	4,484
VLASTNÍ TRANSCENDENCE	4,489	4,835
SEBEPŘIJÍMÁNÍ	4,486	4,510
INTIMITA	4,844	4,824
DOBŘÉ ZACHÁZENÍ	4,327	4,691
Průměr CELKEM	4,614	4,796

Důvodem pro rozdílné výsledky našich a zahraničních výzkumů může být samozřejmě několik. Je možné, že námi zjištěné výsledky jsou spolehlivé a lidé s psychózou v České

---

<sup>31</sup> Na tomto místě máme opět na mysli některé příznaky spojené s psychotickým onemocněním, jak je uvádí například Možný (1997): úzkost, nedostatek vůle, schopností, emocí, zájmu, atd.

republiky, kteří nejsou v case managementu prožívají podobnou smysluplnost jako lidé, kteří v case managementu jsou, což podle nás není příliš pravděpodobné, a proto se přikláníme k verzi, že jsme nedosáhli dostatečné kontroly nežádoucích proměnných při sběru dat – především pak v kontrolní skupině, jak jsme je popsali v textu výše.

Další možností vysvětlení, která se nám jeví jako pravděpodobná je *fenomén dočasného zhoršení* při započetí změny během psychoterapie. Lambert a Ogles (in Vybíral & Roubal, 2010) tento jev představují na případu pacientů, kteří se během terapie zhoršili (cca 5–10 %) a dále pacientů, kteří nezakusili žádný efekt terapie (15–25 %). Někdy je fenomén zhoršení (typicky zvýšená úzkostnost) popisovaná jako průvodní jev nastupujících změn. Celkový výsledek terapie je proto nutné posuzovat až s odstupem a ohledem na dosažení konečného výsledku (Vymětal, 2003).

Je možné, že prožívání smyslu života u výzkumné skupiny v case managementu je zatíženo podobným efektem jako je *fenomén dočasného zhoršení* v psychoterapii. Case management je navíc metoda, která klade důraz na aktivizaci klienta, trénink nových dovedností a změnu a vyhledávání zdrojů v sociálním okolí (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009).

Jakkoli vyšly průměrné hodnoty kontrolní skupiny v subškálách *výkon, vlastní transcendence, sebezpřijímání a dobré zacházení* mírně vyšší oproti výzkumné skupině, je třeba říct, že participanti výzkumné skupiny v průměru skórovali v adaptivním pásmu nebo na jeho hranici. V subškálách *vztahy, spiritualita a intimita* skórovali dokonce mírně vyš než kontrolní skupina. Pozitivní výsledek tedy nelze case managementu upřít.

Je zde navíc otázka návaznosti péče, kterou case management dokáže vyřešit. Zhoršení u klienta zpravidla nastává až v momentě, kdy přestane čerpat obvyklou péči (ukončení hospitalizace) a compliance s ambulantním psychiatrem je nízká (Češková, 2007). S těmito kritickými momenty je v case managementu zpravidla počítáno a asertivní postoj a individuální přístup mohou vytvářet prostředí, které představuje pro klienta trvalý pevný bod a vytváří podpůrné podmínky, které mohou znamenat účinnou prevenci zhoršení (Stuchlík, 2001).

Důležitou proměnnou, kterou bychom chtěli zmínit v diskusi, je minimální doba léčby, po kterou musel být participant výzkumné skupiny v péči case managementu. Po diskusi a

zvážení alternativ byly určeny 3 měsíce. Toto kritérium bylo zvoleno jako předpoklad základní účinnosti case managementu.

Vzhledem k výsledkům je nyní možné navrhnout i jiné možnosti. V úvahu připadá kombinace minimální doby léčby a minimální počet absolvovaných sezení v case managementu. Také by bylo možné zohlednit frekvenci docházky klienta v nasmlouvaných aktivitách v komunitě či dokonce jeho aktivitu/pasivitu v rámci komunity.

V případě, že bychom zvolili tato kritéria, narazíme na otázku různé kvality a zaměření jednotlivých komunitních programů (chráněné bydlení, pracoviště, nácvik dovedností, komunikace atd.). Úspěch case managementu může být výrazně závislý právě na kvalitě *nasmlouvaných* aktivitách v komunitě.

Intenzitu či frekvenci využívání jednotlivých služeb považujeme za sporné kritérium. Je zde totiž možnost, že case manager zjistí, že pro klienta není nezbytné, aby využíval určitý typ služby (například chráněné bydlení a volný čas). Existuje možnost, že case manager saturuje určitou potřebu ve spolupráci s přirozeným zdrojem klienta, kterým může být třeba funkční rodina. Klienta pak může prožívat smysluplnost v dané oblasti navzdory neúčasti v příslušném programu (chráněné bydlení a volný čas).

V rámci rešerše o case managementu psychóz v zahraničních pramenech jsme narazili na výzkumy, kde byla obvykle zvolená vyšší minimální doba léčby než u nás. A výsledky prokazatelně ukazovaly na silný vliv case managementu při léčbě schizofrenie, schizoafektivních poruch či úspěšné terapii při první atace psychózy (Chen, & kolektiv, 2014; Bauman, & kolektiv, 2013; Abdel-Baki, Létourneau, Morin, & Ng, 2013). Naše možnosti v rámci českého prostředí byly v tomto ohledu omezené. Jedním z důvodů je fakt, že case management v České republice není ještě dostatečně rozšířený a zahrnutí minimální doby léčby například v délce jeden či dva roky, by nám neumožnilo zahrnout takový počet respondentů, se kterým bychom mohli provést statistickou analýzu a s výsledky jakkoli pracovat.

Významným ovlivněním výsledků byla bezesporu samotná metoda, kterou jsme úroveň prožívání smysluplnosti zjišťovali. Limity dotazníku mohly být dány jeho nesrozumitelností a délkou (počet položek je 57), která může být pro pacienty s psychózou unavující. Dotazník je realiaibilní a v mnoha studiích validizovaná metoda (Donohoe & Green, 2009; Jaarsma, Pool, Ranchor, & Sanderman, 2007; Mascaro, 2006), její



standardizace v českém prostředí však chybí. Je možné, že například otázky v různých subškálách (například spiritualita) mohou různě působit na Čecha a na Američana.

V případě výzkumu populace lidí s psychózou je třeba připomenout možnou přítomnost inteligenčního deficitu, únavy, snížené schopnosti soustředění či akcentovaného momentálního prožívání, které může ovlivnit aktuální výsledek snímaný dotazníkem.

Jak připomínají kritici sebeposuzujících metod, je třeba si uvědomit, že sebeposuzovací metody využívají vlastní sebereflexi a introspekci probanda, která je mnohdy ovlivněna změnami kognitivní i afektivní povahy. Vliv můžou mít i výrazné životní události, medikace či fenomény jako je nepřiměřené nadhodnocování či podhodnocování klientů. Motlová & Koukolík (2005) uvádí, že schopnost spolehlivě hodnotit kvalitu vlastního života má pouze 63–95% klinicky stabilizovaných jedinců.

Kognitivní deficit je proměnná, kterou jsme museli ve svém výzkumu respektovat, a je třeba počítat s tím, že na vyplnění naší dotazníkové metody může mít kognitivní deficit vliv. Při posuzování výsledků je však třeba rozlišit, jestli člověk, kterému chybí dostatečná schopnost chápat položku, či ovládnout únavu, je opravdu také tím, který neprožívá smysluplnost v životě. Podobné obavy vyjadřuje i Kavenská (2009) ve svém výzkumu smysluplnosti u alkoholiků.

Je jisté, že každá sebeposuzovací metoda má ze své podstaty limit v tom, že jestli má alespoň částečně vypovídat o subjektivní realitě probanda, je třeba, aby proband dosahoval určité kognitivní úrovně. Ne vždy je však kvalita, kterou metoda měří nutně spojena s danou kognitivní úrovní (tak jako v našem případě), a tak se může poměrně snadno stát, že probanda s nižší kognitivní úrovní automaticky vyloučí z posouzení kvality, která s jeho kognitivní nekompetencí nesouvisí.

Na tento fakt jsme se snažili reagovat během výzkumu tak, že jsme se snažili eliminovat jedince s evidentním problémem porozumět výzkumnému úkolu. Byli vybráni jedinci, kteří byli schopni dotazník vyplnit, vyřazeni byli ti, kteří nedokázali dotazník dokončit, vynechávali, nedokázali odpovědět (z důvodu nepochopení, vyhýbání, neschopnosti dát odpověď na danou položku). Je možné, že jedním z kritických bodů výzkumu byl právě málo objektivizovaný výběr participantů (učiněný především personálem léčebny).

V budoucnu by se měl výzkum zabývat kritérii výběru participantů s větší pozorností. Vhodné by bylo například zahrnout i proměnnou *počet hospitalizací*, která by mohla

významně přispět k porozumění konečných výsledků. Nabízí se zde také možnost použít vhodný psychologický test určený k objektivizaci dostatečné kognitivní kapacity participanta. Nároky na tento test by byly především relativně krátká doba administrace a schopnost rozlišit hranici, kdy je klient schopen participovat na výzkumu.

### 10.3 DOPORUČENÍ A BUDOUCÍ SMĚŘOVÁNÍ

V minulosti byla psychosociální rehabilitace a psychoterapie u lidí s psychózou zbytečným luxusem, který byl odbornou veřejností odvrhován<sup>32</sup>. V současné době se však zejména v sociální sféře klade důraz na kvalitu života u lidí s psychózou. Vznikají svépomocné skupiny a občanská sdružení. Mnohá z nich si kladou za cíl umožnit lidem, jejichž život je spojen s psychózou, žít důstojně a smysluplně. Case management v České republice je v počátcích, nicméně vývoj v ostatních zemích Evropy ukazuje, že je to pro klienta jediná možnost, jak se zorientovat v mnohdy spleťtých cestách nabídky zdravotních a sociálních služeb. V České republice by měla v nejbližších letech proběhnout reforma psychiatrie a deinstitucionalizace. Case management a komunitní centra by měla zaujmout hlavní postavení v české psychiatrii.

V současné atmosféře profesionálního rozvoje péče o duševně nemocné vnímáme čím dál zřetelněji požadavek na kvantitativní hodnocení kvality a efektivity práce s duševně nemocnými. Metoda *Profil osobního smyslu* tento požadavek splňuje a navíc nabízí výhodu v tom, že měří nejdůležitější dimenzi lidské bytosti – smysluplnost. Jaro Křivohlavý (2006) píše, že otázku smysluplnosti života nelze chápat odděleně od problematiky psychologie zdraví. Upozorňuje na to, že lze jen těžko žít zdravý, ale naprosto nesmyslný život. Pro pracovníky v oblasti péče o duševně nemocné může být postup využívající *profil osobního smyslu* velmi užitečný. Při správném používání nabízí hlubší pohled do klientova prožívání a pomáhá zacílit práci na klientovy potřeby.

Domníváme se, že zkoumat prožívání smyslu života u klientů case managementu je velmi příhodným spojením. Smysl života je prožitek související se zodpovědným, všímavým a vyzrálým stylem života a case management je metodou aktivizační, která se snaží přivést klienta k objevení přirozených vnitřních i vnějších zdrojů a naplnění vlastního potenciálu a

---

<sup>32</sup> Freud například mluvil o psychózách jako o neovlivnitelné narcistické neuróze a k psychotherapeutickému působení na psychózy byl velice pesimistický (Pěč, 2009).

úkolu v životě. Další výzkum by měl především zahrnout větší vzorek participantů a věnovat větší pozornost kritériím, podle kterých se budou vybírat participanté. Myslíme si, že metoda PMP je velmi kvalitní metodou, kterou má smysl rozvíjet a lépe adaptovat na české prostředí. *Profil osobního smyslu* je metoda, která přináší plastický obraz člověka a pomocí jednotlivých subškál lze výsledky úspěšně porovnávat se studii zaměřenými podobným směrem.

## 11 ZÁVĚR

---

Naše výsledky ukázaly, že klienti case managementu prožívají sníženou úroveň prožívání smysluplnosti. Důvodem může být přítomnost psychózy, která omezuje možnost člověka plně realizovat vlastní potenciál. Nejedná se však o kritickou úroveň, kterou by Viktor Emanuel Frankl označil za existenciální vakuum. Při porovnání s kontrolní skupinou prožívají klienti case managementu smysluplný život přibližně na stejné úrovni. V mnoha zahraničních studiích se ukazuje, že case management je metodou minimalizující opětovné hospitalizace a zlepšující kvalitu života. To se potvrdilo i v našich výsledcích, podle kterých klienti case managementu prožívají v průměru relativně adaptivní úroveň smyslu v životě.

Nejnižší skóry jsme objevili v rámci subškály *dobré zacházení od druhých*, která by mohla souviset s výraznou stigmatizací jedinců s psychózou (Saldivia, & kolektiv, 2014). Naopak subškála *Výkonse* ukázala jako nejvýznamnější z hlediska prožívání smysluplnosti v kontrolní skupině, což koresponduje s četnými výzkumy, které potvrzují, že lidé s psychotickým onemocněním chtějí pracovat (Marwaha & Johnson, 2005; Rinaldi, Mcneil, Firn, Koletsi, Perkins, & Singh, 2004). Jednou z metod, jak terapeuticky pracovat s psychózou je snažit se spíš než o kontrolu stavu o jeho přijetí. O těchto postupech uvažuje řada autorů (Syřišťová, 1965; Praško, Možný, & Šlepecký, 2007; Shawyer, Ratcliff, Mackinnon, Farhall, Hayes, & Copolov, 2007). V našem výzkumu je tato otázka obsažena v subškále *sebepřijímání*, ve které participanté skórovali poměrně nízko.

Pokud chceme lépe porozumět problému prožívání smysluplnosti v životě lidí s psychózou, je volba dotazníku *Profil osobního smyslu* od Dr. Wonga (2013) metodou spolehlivou a schopnou zaměřit se k nejdůležitějším zdrojům smyslu života.

V našem výzkumu se objevila řada limitů, které jsme reflektovali v diskusi. Jako nejdůležitější vidíme potřebu většího vzorku participantů, kteří jsou v péči metodou case managementu. Dalším kritickým bodem je i možnost získat reprezentativní data o kontrolní skupině, která by pomohla dojít k objektivnějším závěrům. Důležitou může být i zvolená minimální doba léčby. V dalším výzkumu by bylo vhodné zvolit delší dobu zapojení participantů v case managementu a přidat kritéria jako je například počet setkání s case managerem).

## SOUHRN

---

Naše práce se zabývá otázkou prožívání smysluplného života u lidí s psychotickým onemocněním. Výzkum smyslu života provádíme pomocí dotazníku *profil osobního smyslu* (Wong, 2013), který obsahuje sedm subškál, které odpovídají sedmi oblastem v lidském životě, ze kterých člověk nejvíce čerpá smysl života. Zkoumali jsme těchto sedm oblastí v životě lidí s psychózou, jejichž léčba je zajištěna službou, která se jmenuje case management.

Psychóza je duševní onemocnění charakterizované poruchou psychických funkcí, v důsledku čehož člověk prožívá pozměněný kontakt s realitou (Možný, 1997). Docentka Eva Malá považuje psychózu za přerušení smyslu života (Malá, 2005). V naší práci definujeme psychózu jako poruchu schizofrenního okruhu podle MKN-10, F20-F29 (WHO, 2008). Příčina vzniku schizofrenie je v současné literatuře popsána jako vrozená predispozice, která se může a nemusí projevit v závislosti na vlivu okolního prostředí (Vágnerová, 2008; Raboch, 2012; Pěč & Probstová, 2009). Příznaky schizofrenie dělíme do okruhu poruch vnímání, poruch myšlení, dezorganizace řeči a poruch chování.

Nejzávažnějším jsou u psychózy její přerývající následky. *Negativní příznaky* mohou vyvrcholit do stavu postschizofrenní deprese, která může často končit sebevraždou Tolle (in Mrkvička, 2005). Negativní příznaky jsou často rezistentní vůči lékům a jsou spojené s kognitivním deficitem. Způsobují situaci, kvůli které se nemocný těžko začleňuje do společnosti a má problém obstát na trhu práce (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Kognitivní deficit je pro uchování osobnosti a individuality lidské osoby výrazně nebezpečnější riziko, než pozitivní symptomatika probíhající v akutní fázi nemoci (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011).

V první fázi léčby je cílem potlačení floridní psychózy a hlavní je zde farmakoterapie, následuje fáze stabilizace, kdy je třeba začít s rehabilitací nežádoucích následků. V této fázi (6–12 měsíců) je nejvyšší riziko relapsu nemoci (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002). Liberman (in Stuchlík, 2001) kritizuje přílišné spoléhání psychiatrů na léky, které neučí klienta žádným novým dovednostem potřebným k životu s nemocí a prognóza tak i po aplikaci neuroleptik zůstává neovlivněna.

System psychiatrické péče je v současné době rozdělen mezi lůžková zařízení, ambulantní a komplementární služby (Orel, 2012). Dominantní koncepcí ve vyspělých zemích je již od druhé poloviny 20. století *komunitní přístup* spojený s deinstitucionalizací psychiatrické péče (Pěč, 2010). Dokument WHO (in Höschl, Libiger, & Švestka, 2002) popisuje komunitní přístup jako metodu založenou na práci regionálních komunitních týmů, které pomáhají klientovi systematicky plánovat komplexní léčbu. Dobrý příkladem takového přístupu je case management.

Case management je intenzivní a dlouhodobá pomoc při zotavování z duševní nemoci (Smith & Newton, 2007). Thornicroft (1991) zdůrazňuje funkci koordinační a integrační v rámci zdrojů jednotlivých služeb. Základní prvky case managementu jsou: (1) přehled o potřebách a schopnostech klienta (2) plánování péče, definice cílů (3) realizace plánu s využitím přirozených zdrojů klienta (4) sledování a záznam pokroku (5) společné vyhodnocení výsledků (Stuchlík, 2001).

Hlavním pilířem case managementu je multidisciplinární tým. Počet i složení pracovníků v týmu je různý, ale většinou zde působí sociální pracovník, psychiatr, administrátor, pracovní terapeut, klinický psycholog a komunitní psychiatrická sestra (Stuchlík in Pěč & Probstová, 2009). Výhoda týmové spolupráce je evidentní, když si uvědomíme těžkosti současné situace, kdy klient dochází k několika poskytovatelům do několika různých zařízení (Hejzlar, Halíř, & Fiala, 2010). Práce s klientem je v case managementu rozdělena do jednotlivých fází: (1) navázání vztahu (2) budování vztahu (3) mapování potřeb a stanovení cílů (4) plánování a realizace (5) hodnocení a ukončení (Onyett, 2004; Slade, Phelan, Thornicroft, & Parkman, 1996; Stuchlík, 2001).

Smysluplnost v životě člověka je neoddělitelně spjata s každodenní realitou. Maslow píše: „*Má zkušenost souhlasí s Franklovou, že lidé, kteří hledají sebeaktualizaci přímo, odděleně od životního poslání, nemohou ji vskutku dosáhnout.*“ (in Frankl, 1994, s.11). Zdrojem smyslu v životě je realizace hodnot tvořivých, prožitkových a postojoyých.

Frankl vidí člověka jako trojrozměrnou bytost. Jeho koncepci rozvinul Dr. Paul Wong ve svém noetickém modelu osobnosti (1998). Model obsahuje tři složky: (1) psychologická složka, (2) fyzická složka a (3) spirituální složka. Psychofyzický organismus znamená propojení duševní a tělesné činnosti člověka. Spirituální složka se od psychofyzické liší následujícími atributy: (1) Je svobodná – na rozdíl od psychofyzického organismu, který je determinován vlivy biologickými, tělesnými a společenskými, je spirituální složka vždy

schopna svobodné volby a transcendence spojené s možností utvářet vlastní existenci. (2) Je zodpovědná k příležitostem života a díky svobodě, kterou člověk zažívá, se mu vynořuje množství podnětů a příležitostí k realizaci svých hodnot. Na tyto podněty je nucen z-odpovídat. (3) Přesahuje do noetického prostoru, který je společným prostorem duchovní a spirituální složky. V tomto prostoru se duchovní složka projevuje tvůrčími zásahy v našem prožívání a chování. (4) Svědomí je orgánem smyslu, který nám pomáhá zvolit nejlepší způsob jednání.

Smysluplnost u lidí s psychotickou poruchou je nejdůležitější otázkou naší práce. Podle Frankla (1980) představuje psychóza onemocnění psychofyzického organismu, který je „za zdí“ psychózy. Zeď blokuje zdroje smyslu – realizaci hodnot a působí destruktivně na lidskou osobnost. Cílem léčby má být především obnovit blokované zdroje a umožnit jejich opětovnou realizaci.

Jsou to právě jednotlivé subškály dotazníku *Profil osobního smyslu*, které představují zdroje smysluplnosti v životě. Tento dotazník měřící prožívání smysluplnosti jsme administrovali klientům case managementu (n=26) a paralelně také kontrolní skupině (n=34), abychom zkoumali rozdíl v prožívání smysluplnosti jednotlivých oblastí života (*Výkon, vztahy, spiritualita, vlastní transcendence, sebezpřijímání, intimita, dobré zacházení*). Výzkumný soubor jsme ohraničili podle MKN F20-F29 (WHO, 2008), dále byl třeba stabilizovaný stav klienta a minimální doba účasti v case managementu 3 měsíce. Testování hypotéz proběhlo parametrickým T-testem a neparametrickým Mann-Whitneyovým U testem. Potvrdila se hypotéza o rozdílu v subškále výkon. Průměr výzkumného souboru (M=4,526) se lišil od průměru kontrolní skupiny (M=5,204).

Z výsledků výzkumu vyplývá, že výzkumný soubor a kontrolní skupina se v celkovém prožívání smysluplnosti významně neliší. V diskusi potom uvádíme možnou interpretaci výsledků.

V naší práci vycházíme z toho, že smysluplnost a psychóza jsou úzce provázaná témata. Také Křivohlavý (2006) spojuje smysluplnost s psychickým zdravím. Tímto výzkumem jsme nepotvrdili, že by case management znamenal pro klienty zvýšený prožitek smysluplnosti v životě. Podle výzkumů v zahraničí je však case management metoda vysoce efektivní a pro člověka s psychózou může být zásadním krokem k obnovení prožitku smysluplnosti v životě.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ LITERATURY

---

- Abdel-Baki, A., Létourneau, G., Morin, C., & Ng, A. (2013). Resumption of work or studies after first-episode psychosis: the impact of vocational case management. *Early Intervention in Psychiatry*, 7 (4), stránky 391-398.
- Adrian, C., & Kaser-Boyd, N. (1995). The Rorschach Ego Impairment Index in heterogeneous psychiatric patients. *Journal of personality assessment*, 65 (3), stránky 408-414.
- Balcar, K. (1995a). Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. *Československá psychologie*, 39 (2), stránky 127-142.
- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: barriers to employment. *The British Journal of Occupational Therapy*, 64 (2), stránky 66-72.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Bauman, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., a další. (2013). Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP- Lausanne): implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Intervention in Psychiatry*, 7 (3), stránky 322-328.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Bouček, J. (2001). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study on existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology* (20), stránky 200-201.
- Černá, P. (2013). Asertivní kontaktování lidí s duševní poruchou prostřednictvím multidisciplinárních týmů. *Sociální služby*, 15, stránky 8-9.



- Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba. Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxforf Jessenius.
- Češková, E., Příkryl, R., Kašpárek, T., & Kučerová, H. (2007). Nedostatek náhledu a nonkompliance a jejich vzájemný vztah u schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103 (7), stránky 336-340.
- David, I. (10. Únor 2010). *Počátky péče o duševně nemocné v ČR*. Získáno 13. Listopad 2014, z Sestra: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pocatky-pece-o-dusevne-nemocne-v-cr-449688>
- Donohoe, J. J., & Greene, D. R. (2009). Social Relationships Mediate the Relation Between Emotional Intelligence and Meaning in Life. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 14 (2), stránky 59-64.
- Dzamonja-Ignjatovic, T., Smith, B. L., Djuric JOcic, D., & Milanovic, M. (2013). A comparison of new and revised Rorschach measures of schizophrenic functioning in a Serbian clinical sample. *Journal of personality assessment*, 95 (5), stránky 471-478.
- Ehrlich Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., a další. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (2), stránky 195-200.
- Feldman, D. B., & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (3), stránky 401-421.
- Fišar, Z., & Jiráček, R. (2001). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada.
- Frankl, V. E. (1996). *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábo*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Frankl, V. E. (2007). *FPsychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2006). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta.
- Fromm, E. (1966). *Umění milovat*. Praha: Orbis.

- Halama, P. (2000). Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. *Československá psychologie*, 44 (3), stránky 216-236.
- Harley, E. W., Boardman, J., & Craig, T. (2012). Friendship in people with schizophrenia: a survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47 (8), stránky 1291-1299.
- Hejzlar, P., Halíř, M., & Fiala, M. (2010). Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*, 14 (3), stránky 146-152.
- Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Herentin, V. (2014). Schizofrenie v bio-psycho-socio-environmentální perspektivě. *Nepublikovaná bakalářská práce*. Univerzita Palackého v Olomouci, ČR.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Chen, M., Wu, G., Wang, Z., Yan, J., Zhou, J., Ding, Y., a další. (2014). Two-year prospective case-controlled study of a case management program for community-dwelling individuals with schizophrenia. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26 (3), stránky 119-128.
- Jaarsma, T. A. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16 (3), stránky 241-248.
- Jarolímek, M. (nedatováno). *Fokus Labe*. Získáno 11. 11 2014, z [www.fokuslabe.cz](http://www.fokuslabe.cz): <http://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/predsudky/>
- Jung, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.
- Kavenská, V. (nedatováno). Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu. *E-psychologie*, 3 (1), stránky 1-11.
- Klusáková, P. (2010). *Unikátní komunita vrací psychotiky do života*. Získáno 26. 02 2015, z Česká asociace pro psychické zdraví: <http://www.capz.cz/unikatni-komunita-vraci-psychotiky-do-zivota>
- Koukolík, F. (2003). *Já: O vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kratochvíl, S. (2007). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

- Kroftová, M. S., Michálková, M. M., & Zítková, M. K. (2012). Paranoia, jak ji známe dnes. *Psychiatrie pro praxi*, 13 (2), stránky 72-74.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada.
- Lukasová, E. (1998). *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta.
- Lukasová, E. S. (1992). *Logo-Test*. Chrudim: Nakladatelství Mach.
- Madras, B. K. (2013). History of the Discovery of the Antipsychotic Dopamine D2 Receptor: A Basis for the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia. *Journal of the History of the Neurosciences*, 22 (1), stránky 62-78.
- Mahrová, G., Venglářová, M., & kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- Malá, E., & Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2005). Views and Experiences of Employment among People with Psychosis: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 4, stránky 302-316.
- Mascaro, N. (2006). *Longitudinal analysis of the relationship of existential meaning with depression and hope*. (Doctoral dissertation, Texas A&M University).

- Matějček, Z., Bubleová, V., & Kovařík, J. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Mohr, P. (17. 5 2010). *Léčba podle diagnóz, nebo na základě individuální účinnosti?* Získáno 11. 11 2014, z Zdravotnictví a medicína: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-podle-diagnoz-nebo-na-zaklade-individualni-ucinnosti-451799>
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2005). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Možný, P. (1997). *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén.
- Mrkvička, J. (2005). *Předpoklady psychoterapie*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2001). Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment outcomes. *Medscape Mental Health*, 6 (1), stránky 1-31.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Obereignerů, R., Obereignerů, M. K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatria pro praxi*, 12 (3), stránky 100-105.
- Onyett, S. (2004). *Case management in Mental Health*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Pěč, M. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (2), stránky 76-78.
- Pěč, O. (2010). *Komunitní péče*. Získáno 24. 02 2015, z Česká psychiatrická společnost: [http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid=10](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=10)
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Plháková, A. (2003). *Obecná psychologie*. Praha: Academia.
- Popielski, K. (2005). *Noetický rozmer osobnosti*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.

- Praško, J. (24. Březen 2013). *Senát Praško psych reforma*. Načteno z <https://www.youtube.com/watch?v=NSzhy30sVqc>
- Praško, J. (2013b). Spolupráce v léčbě a schizofrenie. *Psychiatrie, 17*, stránky 1-2.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Raboch, J., Pavlovský, P., & kolektiv. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Raboch, J., Zvolský, P., & kol. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Rinaldi, M., Mcneil, K., Firn, M., Koletsi, M., Perkins, R., & Singh, S. P. (2004). What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatric Bulletin, 28* (8), stránky 281-284.
- Říčan, P. (4. Červenec 2013). *Sdružení Práh, seminář 6.6.2013, Mgr. Pavel Říčan: Zkušenosti ze zahraničí*. Získáno 26. 02 2015, [zhttps://www.youtube.com/watch?v=CMruZIWjLig](https://www.youtube.com/watch?v=CMruZIWjLig)
- Saldivia, S., Runte-Geidel, G., Grandón, P., Torres-González, F., Xavier, M., Antonioli, C., a další. (2014). The Maristan stigma scale: a standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses. *BMC Psychiatry, 14* (1), stránky 1-18.
- Sato, M. (2006). Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World psychiatry, 5* (1), str. 53.
- Sdružení Práh Brno*. (2014). Získáno 3. 03 2015, z Práh: <http://prah-brno.cz/>
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology, 63* (6), stránky 593-606.
- Schulenberg, S. E., Strack, K. M., & Buchanan, M. E. (2011). The Meaning in Life Questionnaire: Psychometric Properties With Individuals With Serious Mental Illness in an Inpatient Setting. *Journal of clinical psychology, 67* (12), stránky 1210-1219.
- Siegal, H. A. (1998). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*. Diane Publishing.

- Sigmundová, Z., & Látalová, K. (2008). Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů schizofrenních pacientů. *Psychiatrie pro praxi*, 9 (1), stránky 20-23.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31 (3-4), stránky 109-113.
- Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (1), stránky 2-9.
- Sowers, K. M., Rowe, W., Rapp-Paglicci, L. A., & Dulmus, C. M. (2008). *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare, Social Work Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie : pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Syřišťová, E. (1965). *Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění*. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd.
- Španiel, F. (2006). Itareps: technologie ve službách tareps: technologie ve službách. *Psychiatrie pro praxi*, 2, stránky 82-83.
- Šupa, J. (2011). Sociální konstruování pacienta s diagnózou schizofrenie, psychóza v diskurzu zdravotnických profesionálů. *Nepublikovaná disertační práce*. Brno: Masarykova univerzita.
- Tabak, N. T., & De Mamani, A. W. (2014). Religion's effect on mental health in schizophrenia: Examining the roles of meaning-making and seeking social support. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 8 (2), stránky 91-100.
- Tavel, P. (2007). *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Triton.
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3 (1), stránky 125-132.

- Tuček, J., & Šnorek, V. (2010). Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106 (5), stránky 283-291.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- WHO. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. Praha: Bomton Agency.
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Motlová Bankovská, L. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: Dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, 18 (2), stránky 54-59.
- Wong, P. T. (1998). *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wong, P. T. (2013). *The human quest for meaning: Theories research and applications*. Routledge: Taylor & Francis.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2001). *Máma a smysl života: příběhy z psychoterapie*. Praha: Portál.
- Závišek, J. (2012). Absence psychosociální intervence v lůžkovém zařízení. *Psychiatrie pro praxi*, 13 (4), stránky 185-186.

## SEZNAM PŘÍLOH

---

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Seznam tabulek, grafů a obrázků



# PŘÍLOHA Č. 1: FORMULÁŘ ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PS)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠTAMBERA Jakub	Mošnova 32, Jihlava	F100031

### TÉMA ČESKY:

Osobnost smyslu zbavená: Člověk a psychóza v case managementu

### NÁZEV ANGLICKY:

Personality without meaning: Man and psychosis in case management

### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium pramenů zabývajících se problematikou smyslu života v průběhu onemocnění F20-F29.
2. Kvantitativní výzkum na vybraných respondentech s diagnózou schizofrenie.
3. Analýza získaných dat a jejich interpretace.
4. Kritická diskuse výzkumu s důrazem na soubor respondentů a zjištěné výsledky

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. FRANKL, Viktor E. Person und Psychose. Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie. 1956, roč. 4, s. 40-55.
2. Kočová, Jitka. Důsledky psychotického onemocnění na kvalitu života pacienta. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta.
3. Wong, P., MacDonald, M., & Gingras, D. (2013). Meaning in life measures and development of a brief version of the personal meaning profile (PMP-B). Získáno 21. Duben 2013, z [www.drpaulwong.com](http://www.drpaulwong.com): [http://www.drpaulwong.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=142:meaning-in-life-measures-and-development-of-a-brief-version-of-the-personal-meaning-profile-pmp-b&catid=36:articles&Itemid=66](http://www.drpaulwong.com/index.php?option=com_content&view=article&id=142:meaning-in-life-measures-and-development-of-a-brief-version-of-the-personal-meaning-profile-pmp-b&catid=36:articles&Itemid=66)
4. Tavel, P. (2007). Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla. Praha: Triton.
5. MKN-10. (2013). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2013. Praha: Bomton Agency.
6. Lukasová, E. (1998). I tvoje utrpení má smysl. Brno: Cesta.
7. Frankl, V. E. (2006). Lékařská péče o duši. Brno: Cesta.
8. Frankl, V. E. (2007). Psychoterapie a náboženství. Brno: Cesta.
9. Frankl, V. E. (1994). Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii. Brno: Cesta.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## PŘÍLOHA Č. 2: ČESKÝ A CIZOJAZYČNÝ ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

---

### ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Osobnost smyslu zbavená: Člověk a psychóza v case managementu

Autor práce: Jakub Štampera

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran: 77

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 107

#### Abstrakt:

Psychóza je jednou z nejvážnějších duševních chorob. Výzkumné studie z celého světa ale podávají zprávy o postupech léčby, které lidem s psychózou podstatně ulehčují jejich břemeno. Naše studie zjišťuje míru prožívání smysluplnosti života (PMP) u lidí s psychózou, kteří jsou v péči case managementu (n=26). Hypotéza o statisticky významném rozdílu mezi skupinou výzkumnou a skupinou kontrolní se nepotvrdila. Výsledky ale poskytují vhled do otázek spojených s prožíváním smysluplnosti v sedmi subškálách PMP dotazníku (Výkon, vztahy, intimita, vlastní transcendence, sebedpřijímání, intimita a dobré zacházení). Budoucí pochopení problematiky prožívání smysluplnosti u lidí s psychózou je závislé na dalším výzkumu. Výsledky naznačují, že spojení témat prožívání smysluplnosti a psychóza je opodstatněné a je třeba se snažit mu více porozumět.

#### Klíčová slova:

Smysl života, psychóza, case management, profil osobního smyslu, psychiatrická péče, výkon, vztahy, intimita, vlastní transcendence, sebedpřijímání, intimita a dobré zacházení

## ABSTRACT OF DIPLOMA THESIS

Title: Personality without meaning: Man and psychosis in case management

Author: Jakub Štambera

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages: 77

Number of appendices: 3

Number of references: 107

### Abstract:

Psychosis occupies an important position among the most serious mental diseases. Worldwide researches report about treatment approaches which help individuals with psychosis to carry their burden significantly. The present study investigates the level of meaning of life experience (PMP). The sample includes 26 individuals with psychosis who are treated while using case management. The hypothesis about statistically significant difference between sample and control sample was not confirmed. Nevertheless, the results offer insight into the issue of meaning of life experience in seven subscales of PMP questionnaire (achievement, relationship, intimacy, religion, self-transcendence, self-acceptance, fair treatment or perceived justice). The future understanding of this issue depends on further research. The findings suggest that the link between psychosis and meaning of life experience in research is justified and that it is worthy of further research.

### Key words:

Meaning of life, Psychosis, case management, Personal meaning profile, Psychiatric care, achievement, relationship, intimacy, religion, self-transcendence, self-acceptance, fair treatment or perceived justice

## SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

---

Obrázek 1: Systém komunitní péče	18
Obrázek 2 Fáze v case managementu	26
Obrázek 3: Trojrozměrný model osobnosti	33
Obrázek 4 Trojrozměrný model osobnosti „se zdí“	38
Graf 1	51
Graf 2	55
Graf 3	56
Tabulka 1: MKN-10, F20-F29	8
Tabulka 2: Příznivé a nepříznivé faktory	11
Tabulka 3: Graf rozvoje kognitivního deficitu	13
Tabulka 4: Nejčastější vedlejší účinky	15
Tabulka 5 Profese v case managementu	25
Tabulka 6: Korelační koeficienty jednotlivých škál	47
Tabulka 7: Průměrné hodnoty v jednotlivých škálách	56
Tabulka 8: Průměrné hodnoty v jednotlivých škálách	60