Univerzita Palackého v Olomouci

Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Eva Klimešová

Dopad festivalu „Cesty za oponu“ na rehabilitační proces pacientů s psychotickým onemocněním v Psychiatrické nemocnici v Opavě

diplomová práce

vedoucí práce: Ing. Mgr. Květoslava Princová, Ph.D.

2014

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

……

podpis autora

Poděkování rodině za trpělivost a kolegům v práci za toleranci a podporu i v nejistých výzvách.

Obsah

Obsah 1

ÚVOD 3

1 TEORETICKÁ ČÁST 5

1.1 Historie Psychiatrické nemocnice v Opavě 5

1.1.1 Období 2. světové války 6

1.1.2 Současný stav 7

1.2 Organizační struktura 8

1.3 Pracovníci v přímé péči 8

1.4 Úvod do problematiky psychotického onemocnění 9

1.4.1 Definování základních pojmů 9

1.4.2 Dělení psychóz 10

1.4.2.1 Schizofrenie 10

1.4.2.2 Dělení schizofrenie 16

1.4.3 Léčba schizofrenie 16

1.4.3.1 Farmakoterapie 19

1.4.3.2 Elektrokonvulzivní (spánková) léčba – ECT 20

1.4.4 Psychosociální rehabilitace 20

1.4.4.1 Psychoterapie 20

1.4.4.2 Rehabilitace kognitivních funkcí 21

1.4.4.3 Edukace 22

1.4.4.4 Pracovní a sociální rehabilitace 22

1.4.4.5 Pracovní rehabilitace 23

1.4.4.6 Sociální rehabilitace 23

1.4.4.7 Rodinná terapie 25

1.4.4.8 Specifika sociální rehabilitace u psychotických pacientů a její formy 25

1.4.4.9 Saturování duchovních a kulturních potřeb nemocných 27

Obr. č. 2 – plakát festivalu Cesty za oponu2. EMPIRICKÁ ČÁST 30
1.5 Metodologie výzkumného šetření 31
1.6 Metodický postup výzkumné práce 31
1.7 Cíle výzkumu, výzkumný problém.....32
1.8 Metodický postup 32
1.8.1 Design kvalitativního výzkumu 33
1.9 Přístup k terapii psychotických onemocnění na zkoumaném pracovišti.....34
1.10 Cesty za oponu 37
1.11 Kazuistika 39
1.12 Výsledky výzkumného postupu 42
1.13 Závěr výzkumné sondy 44
ZÁVĚR 45
Seznam použitých zdrojů: 47
PŘÍLOHY 49

ÚVOD

„Lidské štěstí zřejmě nebylo *při stvoření světa součástí plánu.“*
Louis Levy ve filmu „Zločiny a poklesky Woodyho Allena“

Diplomová práce se zabývá možnostmi rehabilitace psychotického onemocnění.
Hlavním cílem diplomové práce je ukázat na jednom konkrétním případě přínosy a rizika rehabilitace psychotického onemocnění prostřednictvím festivalu „Cesty za oponu“ v Psychiatrické nemocnici v Opavě (dále jen PN v Opavě). Zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu – případovou studii. Provedla jsem kazuistiku a aplikované šetření pacientky, která byla v dlouhodobé péči, rozhovor s ošetřujícím lékařem a s její matkou. Na základě provedených intervencí jsem si položila otázku, zda se změnila vlivem festivalu „Cesty za oponu“ schopnost sociální adaptace pacientky po prodělané atace psychotického onemocnění. V obecnější rovině vyvstává samozřejmě cíl práce rovněž v pohledu intuitivního vnímání personálem. Zda je organizování takové akce smysluplné a může ukazovat směr, kterým by se měla ubírat psychiatrická péče v onom obecném humanistickém pojetí. Další rovinou, která je v práci sledována je personální cíl autorky práce, a to zda může odborná reflexe vlastních zkušeností s festivalem napomoci k profesnímu rozvoji.
Více než dvacet let pracuji s pacienty s psychotickou zkušeností. Náplní mé práce jsou aktivity, které je obtížné ukotvit v jednoznačném vymezení profese, protože v sobě zahrnují činnosti na pomezí zdravotní a sociální práce. Vzhledem k délce praxe mám možnost porovnávat kvalitu péče v čase. Vlivem nároků, které moderní životní styl přináší, se stále více lidí s psychózou dostává na okraj společnosti. Dopady onemocnění jsou tedy zásadnější a hlubší. Prosadit se ve společnosti je stále obtížnější a náročnější. Nemocní sami, bez pomoci, tuto situaci zvládají obtížně. Současnou dobu charakterizuje až vypjatý individualismus, jehož projevy jsou v přímém protikladu k potřebě solidarity a účasti s méně úspěšnými, handicapovanými nebo nemocnými. Pro převládající tendence ve společnosti je příznačné, že většinová společnost ze svého středu vytěsňuje projevy slabosti, méněcennosti, neschopnosti, jinakosti, nemoci a zavírá oči před jejich existencí. O to potřebnější je snažit se hledat východiska, která jsou smysluplná a „fungují“. Jednou mi řekl jeden mladý člověk, který se léčí dlouhodobě: *„*S*tále* se *snažím* na *sobě* pracovat, *chodím* do *chráněných dílen.* Pracuji s keramikou. *Mám už* dvacet *popelníků* a *myslím* si,

že to k *ničemu není. Připadá* mi, *že* jen *přežívám.“* Rehabilitace musí být funkční a nemocný člověk by měl cítit, že je jeho práce užitečná, jinak nemá cenu. Nestačí jen předstírat práci. Současné možnosti rehabilitace však tento fakt ne vždy zohledňují. Diplomová práce je zaměřena prakticky. Chtěla bych vyzdvihnout potenciál, který v sobě zahrnují alternativní možnosti a který si ne vždy uvědomujeme.

Problémem psychiatrické léčby je, že je stále velice medicínsky pojatá. Ve své práci nabízím další možnosti přístupu k chronicky nemocným a snažím se hledat intervence vedoucí k podpoře jejich sociální adaptace a integrace.

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou psychotických pacientů a prací s rodinou. Toto téma bych ráda rozvedla o další, neméně důležité aspekty rehabilitace a resocializace.

Výsledky mohou podporovat a inspirovat k organizování obdobných projektů odborníky, kterých se tato problematika týká.

Dílčím cílem jsou otázky dopadu festivalu na ostatní pacienty, pracovníky organizace, pracovníky následných zařízení, dobrovolníky, návštěvníky festivalu a veřejnost jako takovou. Zachytit druh poselství, které přináší pro všechny zúčastněné.

V první, teoretické části popisuji v jednotlivých kapitolách problematiku psychotického onemocnění a z něj vyplývající sociální dopady. Pro práci s osobami s psychotickým onemocněním je znalost problematiky zásadní, protože bez souhrnu potřebných znalostí se některé situace mohou jevit jako neřešitelné a nepřehledné. Pro samotnou rehabilitaci je ale pak vhodné tyto znalosti „zapomenout“ a přistupovat ke klientům bez zátěže psychopatologického vhledu a znalostí experta. Z výše uvedených důvodů je tedy v práci teoretickým informacím věnován poměrně velký prostor.

Ve druhé, empirické části přibližuji práci na oddělení Stanice 17B,C PN v Opavě, průběh festivalu, zpracovávám kazuistiku, výzkumné šetření a jeho výsledky.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Historie Psychiatrické nemocnice v Opavě

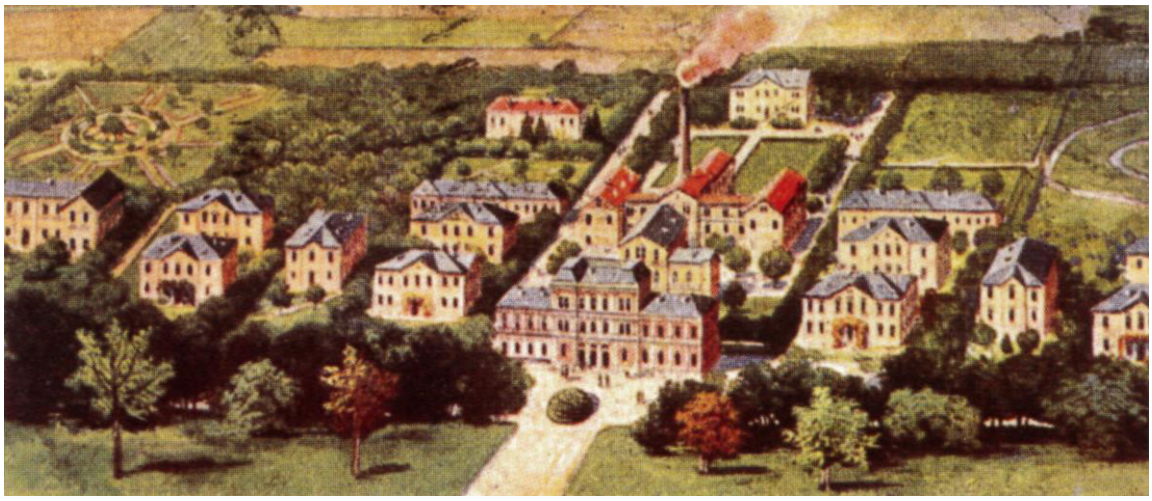
Psychiatrická nemocnice (dříve léčebna) v Opavě byla založena v roce 1889. Do počátku 19. století byli choromyslní z Opavy zavíráni v městské věznici (šatlavě). Toto nejstarší známé zařízení ale nemůžeme pokládat za předchůdce psychiatrické léčebny, neboť se nejednalo o lékařskou formu péče ani v té nejprimitivnější formě. Věznice plnila účel bezpečnostní, který vycházel z dobových představ o charakteru a původu psychických onemocnění. Nicméně od roku 1841 bylo zřízeno oddělení pro duševně choré s 20 lůžky v tehdejší Opavské nemocnici dr. Leopolda Heidericha (HŘEBÍČEK, 1979, s. 5).

Za den vzniku je pokládán 28. březen 1889. Je to den, kdy ústav začal fakticky fungovat jako zdravotnické zařízení s pacienty. *Slezský zemský ústav* pro *choromyslné* – což je původní název zařízení, vděčí za svůj vznik liberálně humanistickým postojům k řešení sociálních problémů a zároveň propojení s úsilím o řešení trpkého osudu zdravotně postižených a trpících osob. O založení tohoto ústavu se zasloužil tehdejší ředitel opavské nemocnice dr. Arnošt Freissler, vedoucí ústavu duševně chorých v Albrechticích u Krnova dr. Josef Friedrich a zemský inženýr Adolf Jordán. Prvním ředitelem opavského ústavu byl dr. Alfred Hellwig (ve funkci 1889–1895). V pořadí druhým ředitelem byl Med. et Phil. Dr. Ernst Boeck, který výrazně zasáhl do historie ústavu (1895–1922), (HŘEBÍČEK, 1979, s. 22); (GRUMLÍK, 1989, s. 60).

PN v Opavě byla svého času velmi moderním ústavem. Vídeňská šlechta sem posílala své duševně nemocné příbuzné. Rozsáhlé a na svou dobu moderní byly rehabilitační možnosti terapie. Koncept léčby byl v mnoha ohledech podobný dnešnímu, kdy se snažíme pracovat s pacientem na posilování schopností přirozené existence a nácviku praktických dovedností. Více než na defekt je tedy pozornost zaměřena na funkční schopnosti a možnosti každého daného pacienta jako jedinečné osobnosti, svébytné ve svém osobním příběhu a historii. Moderní psychiatrie se odklání od striktně zdravotnického pojetí léčby.

Byl zde sad, hospodářství s výměrou 6,52 ha orné půdy a potřebným inventářem, zahradnictví, kuchyně, prádelna a na všech těchto úsecích se aktivně podíleli chovanci

zařízení. Ze zkoumání dobových materiálů vyplývá, že již tehdy byli ředitelé osočováni a museli se bránit různým antipsychiatrickým invektivám.



Obr. č. 1 – Kresba Psychiatrické nemocnice v Opavě z počátku 20. století (VAVŘÍK, 2009, s. 7)

1.1.1 Období 2. světové války

V období druhé světové války, kdy byla Opava po mnichovské dohodě součástí sudetské župy, která byla připojena k třetí říši, existoval plán „T4“ (Aktion „T4“), představující centrálně řízený program likvidace. Popisuje síť psychiatrických léčeben, dětských domovů a nemocnic, jejichž pacienti měli být postiženi programem rasového plánování a exterminací. V oblastech Sudet i protektorátu se oběťmi akce „T4“ stali i někteří čeští pacienti.

Údaje byly shromažďovány v berlínské centrále „T4“, jež byla de facto součástí vůdcovy kanceláře (Kanzlei des Führers). Hlavním zájmem „plánovačů“ byla tzv. eutanazie. Byla soustředěna na pacienty hospitalizované ve třech zdejších největších léčebnách, které byly spravovány župní samosprávou (tzv. Gauselbstverwaltung). Jednalo se o ústavy ve Šternberku na Moravě, v Opavě a Dobřanech. Pacienti, jež byli vybráni pro zařazení do hromadných transportů v rámci akce „T4“, byli odváženi do vyhlazovacích center v Pirně (Sasko) a Harheimu (Horní Rakousy). V těchto zařízeních se jim dostalo „zvláštního ošetření“, to znamená, že byli zavražděni v plynových komorách a jejich ostatky byly následně zpopelněny.

30. listopadu 1940 jmenoval Konrad Henlein, říšský místodržitel v Sudetech, župním medicinálním ředitelem psychiatrické léčebny v Opavě Dr. Med. Karla Girscheka, který se stal poslušným vykonavatelem nacistických zákonů. Z poválečných soudních

spisů vyplývá, že k deportacím přišel rozkaz shora. Lékaři byli vzati pod přísahu, že budou o celé věci mlčet. Girschek později vypovídal u soudu, že nesouhlasil s deportacemi a že se chtěl vzdát funkce ředitele. Vyhrožovali mu ale údajně gestapem. Povinností léčebny bylo vybrat nemocné k deportacím podle určitých kritérií. Šlo zřejmě o neléčitelné a dědičně zatížené jedince. Girschek byl nakonec odsouzen nikoliv za deportace (v tom smyslu bylo soudní řízení proti němu zastaveno), ale za sterilizace, ke kterým v léčebně docházelo. Po roce 1945 byl významným ředitelem léčebny MUDr. František Hájek (1954–1961). Přeorganizoval léčebnu na oddělení podle specializovaného zaměření, prosazoval také terénní psychiatrii – vybudoval v tehdejším Severomoravském kraji nejlepší systém (TARABA, 2013).

1.1.2 Současný stav

Psychiatrická nemocnice je zdravotnické zařízení, odborný léčebný ústav určený pro diagnostiku, léčbu a posouzení duševních chorob a léčbu alkoholových a drogových závislostí. Jejím zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Psychiatrická nemocnice v Opavě je příspěvkovou organizací. Mezi její hlavní úkoly patří:

- poskytování komplexní odborné péče,
- provádění ochranné ústavní léčby,
- podílení se na vědecko-výzkumné činnosti,
- zabezpečování doškolování vlastních pracovníků,
- provádění zdravotně výchovné a osvětové činnosti,
- zabezpečení nezbytných hospodářských a materiálních podmínek pro plynulý chod nemocnice.

Management psychiatrické nemocnice se zaměřuje na kvalitu:

- produktu (jídlo, léky, prádlo, dokumentaci, …),
- péči služeb (lékařská, diagnostická, ošetřovatelská péče, rehabilitace, …),
- kvalifikaci zaměstnanců (lékaři, sestry, ostatní pracovníci, dodavatelé),
- prostředí (budovy, parková úprava, vybavení, pracovní prostředí).

V současnosti zajišťuje Psychiatrická nemocnice v Opavě lůžkovou psychiatrickou péči pro obyvatele Moravskoslezského kraje – okresy Opava, Ostrava, Nový Jičín, Bruntál, Karviná, Frýdek-Místek, částečně Jeseník a Vsetín. Jedná se zhruba

o 1,3 milionu obyvatel spádového území. Nemocnice disponuje 863 lůžky, na kterých se léčí 6 500 pacientů za rok.

1.2 Organizační struktura

V čele organizace stojí ředitel. Ředitele jmenuje a odvolává ministr zdravotnictví České republiky. Řediteli jsou přímo podřízeni: náměstek pro hospodářsko-technický sektor, primáři, hlavní sestra, vedoucí psycholog, vedoucí biochemického oddělení, materiálně-technického zásobování, oddělení stravovacího provozu a správce detašovaného pracoviště Horní Holčovice. Psychiatrická Nemocnice v Opavě má k dispozici laboratoře, útvar civilní obrany, útvar bezpečnosti a ochrany zdraví, oddělení vnitřního auditu a příjmovou ambulanci.

Zástupcem ředitele je náměstek pro hospodářsko-technický sektor, jemu přímo podřízení jsou: oddělení informační soustavy, finanční účtárna, oddělení výpočetního střediska, oddělení příjmové a mzdové, oddělení technicko-provozní, oddělení ostatního provozu, oddělení materiálně-technického zásobování, oddělení stravovacího provozu a správce detašovaného pracoviště Horní Holčovice, kde se léčí alkoholové závislosti. Psychiatrická nemocnice má dva denní stacionáře, spravuje základní školu. Celkem v psychiatrické nemocnici pracuje kolem 800 zaměstnanců. Patří tak k jedněm z největších zaměstnavatelů na Opavsku (www.pnopava.cz).

1.3 Pracovníci v přímé péči

Ve zdravotnictví se tématu profesního zakotvení věnuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. V sociálních službách se vymezuje okruh pracovníků oprávněných vykonávat odbornou činnost v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 115. Platné znění obou zákonů je uvedeno na Portálu veřejné zprávy Ministerstva vnitra (www.portal.gov.cz).

Psychiatrická nemocnice se člení na několik primariátů, v nichž se léčí celá paleta psychiatrických diagnóz. Poskytuje se zde jak akutní, tak i rehabilitační péče. Nejzávažnější onemocnění, která se zde léčí, jsou nemoci psychotického spektra diagnóz.

1.4 Úvod do problematiky psychotického onemocnění

Lidský mozek není doposud zcela prozkoumán, proto si neumíme vznik psychotických onemocnění uspokojivě vysvětlit. Známe ale mechanismus rozvoje onemocnění. Nejdůležitější je fakt, že se jedná o onemocnění, vůči němuž moderní medicína není bezradná, ale které v dnešní době umíme poměrně efektivně léčit. Léčba je však problematická, dlouhodobá a rozhodující je postoj samotného nemocného. S mimořádným vhledem do situace nemocného uvádí Balint: „*Pacientův* postoj k jeho *vlastní* nemoci *rozhodujícím způsobem určuje průběh jakékoliv* terapie.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 60).

1.4.1 Definování základních pojmů

Termín *psychóza* označuje skupinu patologických stavů, pro které je typická porucha kontaktu s realitou (HORÁČEK, 2003, s. 15). V praktickém pojetí to znamená, že v psychóze člověk jinak vnímá, myslí a prožívá. Jsme zvyklí si pomocí těchto funkcí utvářet v mysli svůj obraz světa. Tento obraz je u většiny lidí podobný. To umožňuje vzájemné porozumění, sdílení a spolubytí. V psychóze je kontakt s realitou hrubě narušený. Nemocný člověk si ve svém nitru vytváří obraz, který je výrazně odlišný od toho, který vnímají ostatní (PRAŠKO, 2005, s. 9). Psychotická transformace reality vede k řadě dalších závažných symptomů a potíží v oblasti chování, jednání, osobnosti a kognice. Výsledkem může být porucha sociálního fungování a zhoršení kvality života (HORÁČEK, 2003, s. 18). Z výše uvedeného je zřejmé, že se jedná o onemocnění, které zasahuje nemocného ve všech rovinách jeho existence. Jedná se o rovinu osobní, pracovní, sociální, spirituální. Společně s nemocným však trpí i rodina, potažmo společnost, které je přirozenou součástí. Jednou z forem psychózy je schizofrenie. Jedná se o epizodické onemocnění, projevující se v *atakách.* Atakou se rozumí vzplanutí nemoci. Resocializace je znovu nabytá socializace člověka, který již jednou takovýmto procesem prošel (*Velký sociologický slovník*, 1996, s. 924). Dalším z často používaných pojmů je rehabilitace. Jedná se o obnovu fyzických a psychosociálních funkcí člověka. Tento termín souvisí s preventivními přístupy k onemocnění (*Velký sociologický slovník*, II. svazek, 1996, s. 843). Pojem kultura je definován široce. Kultura (z latinského colere – pěstovat) původně znamenala kultivování a vzdělávání nad pouhý přírodní stav. Zatímco přírodou se označuje to, co

je člověku vrozeno, kultura zahrnuje vše, za co vděčí vědomému a svobodnému zásahu člověka. Směr a míra kulturní tvorby jsou však bytostně určeny právě jeho přirozeností. K všeobecnému rozvoji je potřebný prostor. Kultura je víc než volný čas a předpokládá naplnění vitálních potřeb člověka. Kultura vzniká spolupůsobením mnoha faktorů v lidské společnosti (BRUGGER, 1994, s. 212–213).

1.4.2 Dělení psychóz

Dělení onemocnění uvedené v mezinárodní klasifikaci nemocí zahrnuje diagnózy od F 20 – F 29. Patří sem tyto:

schizofrenie, schizotypální porucha, duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, jiné poruchy.

Jedním z nejzávažnějších onemocnění nejen v rámci kontextu psychiatrie, ale i celé medicíny je **schizofrenie.** Vyznačuje se chronickým průběhem, funkčním postižením, změnami osobnosti, neschopností práce, častou trvalou invalidizací a sníženou kvalitou života. Z tohoto onemocnění vyplývají závažné dopady na samotnou osobu nemocného, jeho rodinu, sociální okolí, potažmo celou společnost, a to i s ohledem na náklady spojené s její léčbou. Ve vyspělých zemích se náklady na léčbu pohybují kolem 3 % z výdajů na všechna onemocnění. Z údajů ve světové odborné literatuře vyplývá, že až 50 % schizofreniků zneužívá alkohol, časté je zneužívání kanabinoidů (marihuana, hašiš), opiátů, stimulancií, halucinogenů a dalších. Až tři čtvrtiny schizofrenních pacientů kouří cigarety. S tím souvisí další zdravotní komplikace, například v podobě karcinomů plic. Kouření pak zřejmě dále snižuje účinek antipsychotik (HORÁČEK, 2003, s. 47). Léčba je tedy dlouhodobá a vykazuje řadu svébytných požadavků a přístupů. Proto se touto diagnózou budeme zabývat i v následujícím textu.

1.4.2.1 Schizofrenie

Schizofrenie je součástí zkušeností lidstva zřejmě od nepaměti. Představitelé psychologické antropologie nacházejí určité podobnosti mezi schizofrenií a šamanskou iniciační krizí. Rovněž poukazují na to, že u přírodních národů je jedinec v psychotické fázi života svým okolím přijímán a má jakousi prestiž, v západní kultuře pochopení

a pomoc nenachází a šance na uzdravení se zmenšují (PROCHÁZKOVÁ, 2009, s. 111–116).

Kraepelin popsal onemocnění v atakách jako nezadržitelný proces mozku a zahrnul jej do formy demence (DÖRNER, 1999, s. 90).

Pojem schizofrenie zavedl do psychiatrie v roce 1907 Eugen Bleuer. Pozoroval, že nemocní se mohou rozpadat a tříštit. Hovořil tedy o šílenství z rozštěpení, což v překladu znamená schizma. Sám Bleuer uvádí, že *„s*ymptomy je *snadnější pocítit, než* popsat*"* (MOTLOVÁ, 2004, s. 21).

Schizofrenie postihuje zhruba 1 % populace bez ohledu na zeměpisnou lokaci (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 334). Její výskyt v populaci je stabilní i v čase. Zajímavostí je doložený fakt, že v obleženém Stalingradu nebo v koncentračních táborech se toto onemocnění nevyskytovalo. Laicky si to můžeme zdůvodnit tak, že se jednalo o extrémní situace, při nichž se jednalo o přežití, a exponovaný jedinec si „nemohl dovolit" onemocnět. Odborné publikace ve shodě uvádějí lepší prognózu onemocnění v méně rozvinutých částech světa než v zemích s rozvinutou ekonomikou a industrializací, kde je kladen důraz na individuální výkon (HÖSCHL, 1997, s. 354). Příznivější průběh v méně rozvinutých částech světa pravděpodobně souvisí se schopností lépe integrovat některé extrémní varianty chování dotyčného jedince.

Schizofrenie se nejčastěji rozvíjí v období mezi 15–25 lety. U žen platí pozdější věk. Toto období je náročné hned z několika důvodů. Jedním z úkolů je osamostatnit se od vlivu rodičů a vazba na cizí lidi. K tomu řadíme setkávání s druhým pohlavím, včetně zahájení sexuálního života. Na základě vzájemné interakce se sociálním okolím pak jedinec definuje sebe sama, své možnosti, schopnosti a dovednosti. Utváří si pozici ve své vrstevnické skupině. Druhým úkolem, který by měl člověk v adolescenci zvládnout, je vytvoření pevnější vazby na své profesní cíle. Třetím úkolem je přebírání zodpovědnosti za sebe sama. Pro toto období lidského života je typické, že je člověk náhle vystaven velmi silným pocitům a emocím, které musí vydržet a pokusit se je kontrolovat. Hledá možnosti spolubytí i odloučení (DÖRNER, 1999, s. 88). V případě nezvládnutí těchto pochopitelně náročných situací může dojít k úniku do nemoci.

Příčiny vzniku schizofrenie neznáme. Předpokládá se, že její vznik ovlivňuje komplex mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Kdyby byla schizofrenie dána čistě geneticky, měli by onemocnět oba členové jednovaječných dvojčat. Zjistilo se ale, že v případě onemocnění jednoho člena páru druhý člen onemocnět nemusí

(KOUKOLÍK, 2012, s. 127). Jde tedy o komplex dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 334).

Abychom v akutní situaci mohli hovořit o tom, že je někdo schizofrenní, musí být možnost porovnat následující znaky:

Já, self, osoba, svět ztratí jakékoliv hranice. Hranice se rozplynou. V tomto období bývají nemocní více zranitelní, ale i zraňující. Porucha sociálních vztahů bývá nazývána „poruchou kontaktu".

Vnímání je narušeno. Nemocný člověk vidí souvislosti tam, kde nejsou, a naopak považuje za součást své osoby to, co k němu nepatří. Bývá složité oddělit podstatné od nepodstatného – jako by v hlavě chyběl filtr, který informace třídí podle důležitosti, a do popředí se často dostávají informace, které jsou pro zdravého jedince na okraji dění. Postižení rovněž často uvádějí dojem, že se sami dostali do centra a zájmu pozornosti druhých. Někdy popisují, že vše je pro ně změněné, zkreslené a odcizené a schematické. Nejen osoby, ale rovněž i čas a prostor. Mohou se vyskytovat těžce popsatelné pocity odcizení vlastního těla (DÖRNER, 1999, s. 89).

Typickým projevem narušeného vnímání jsou halucinace.

Dělení halucinací dle Švestky a Horáčka (HORÁČEK, 2003, s. 16):

1. podle *kritičnosti*:
   - pravé halucinace (neuvědomuje si nereálnost vjemů),
   - pseudohalucinace (uvědomuje si nereálnost vjemů),
2. podle *složitosti*:
   - elementární – jednotlivé smyslové podněty (např. barvy, blesky, stíny, zvuky, tóny atp.),
   - komplexní – komplexní šalebné vjemy (halucinace celých postav, zvířat, skupin, scénických rozhovorů),
   - kombinované – halucinace několika smyslů současně,
3. podle lokalizace:

sluchové, zrakové, čichové a chuťové, tělové, intrapsychické (pocit odnímání, vkládání, zveřejňování, ozvučení vlastních myšlenek), neadekvátní (halucinace jiným než příslušným čidlem, např. čichá nohama).

Nejčastější jsou sluchové halucinace, takzvané hlasy. Vyskytují se zhruba u 50 % pacientů. Jedná se o charakteristické hlasy neustále komentující pacientovo chování či myšlenky. Hlasy jsou radící – teologické, nebo imperativní – přikazující (MOTLOVÁ, 2004, s. 23). Tato forma hlasů je zvláště nebezpečná, neboť nemocný pak podle nich jedná. Jednou mi svou ataku psychotického onemocnění popisoval mladý člověk, povoláním psycholog: „Hlasy mi *neustále přikazovaly, že mám zabít svého* psa, abych *zabránil katastrofě* v *podobě* apokalypsy. *Celý svět měl být zničen* a *vše* se *odvíjelo* od toho, zda *zvládnu* psa usmrtit. Jak nemoc postupovala, *měl* jsem *stále větší potřebu hlasům vyhovět, nedokázal* jsem jinak, *až* jsem se pokusil *nebohé zvíře uškrtit. Naštěstí* se mi to *nepodařilo*."

Zrakové halucinace má asi 15 % nemocných. Taktilní halucinace se vyskytují zhruba u 5 % nemocných (MOTLOVÁ, 2004, s. 23).

Poruchy myšlení: podobně jako u poruch vnímání i v myšlení je narušena schopnost rozlišovat podstatné od nepodstatného. Myšlení je nesouvislé, nelogické, objevují se myšlenkové zárazy, rozpad myšlenek nebo myšlenkové přeskoky. Objevují se novotvary. Tyto projevy řadíme k formálním poruchám myšlení. K poruchám myšlenkového obsahu patří bludné představy, ideje a výtvory (DÖRNER, 1999, s. 89).

Klinické rozdělení bludů podle Švestky a Horáčka (HORÁČEK, 2003, s. 17):

1. podle obsahu:
   a) bludy expanzivní (megalomanické):
      - blud extrapotenční – chorobné přesvědčení o schopnostech, nadání a vlastnostech překračujících hranice lidských možností,
      - blud megalomanický – chorobné přesvědčení o zvláštním významu vlastní osobnosti,
      - blud originální – přesvědčení o vznešeném původu,
      - blud inventorní – vynálezecký, přesvědčení o učinění významného objevu,
      - blud reformátorský – přesvědčení o tom, že postižený provede významné změny v chodu společnosti,
      - blud religiózní – přesvědčení o tom, že postižený je novým spasitelem,
      - blud erotomanický – přesvědčení o neodolatelnosti pro druhé pohlaví.

b) bludy depresivní:

- blud insuficienční – přesvědčení o vlastní úplné neschopnosti,
- blud autoakuzační – bludné sebeobviňování za různá neštěstí,
- blud mikromanický – bludné podcenění celé osobnosti,
- blud obavný – přesvědčení, že se přihodí katastrofa,
- blud ruinační – přesvědčení o totálním úpadku (zchudnutí),
- blud negační (= nihilistický) – bludné přesvědčení, že jedinec je tak špatný, až popírá vlastní existenci,
- blud enormity – přesvědčení, že svou činností nebo existencí přivodí katastrofu,
- blud eternity – přesvědčení o nutnosti věčně trpět při nemožnosti zemřít,
- blud hypochondrický – přesvědčení o tom, že trpí těžkou nevyléčitelnou chorobou,
- blud dysmorfofobický – přesvědčení, že část těla je znetvořená nebo zohyzděná.

c) bludy paranoidní:

- blud paranoidní – postižený přisuzuje věcem a situacím kolem sebe význam ve vztahu k vlastní osobě,
- blud persekuční – přesvědčení o pronásledování a ohrožení, vyskytuje se často s paranoidním bludem,
- blud kverulační – bludné přesvědčení o persekuci, až si nemocný stále stěžuje na policii, dává žaloby a odvolává se k nejvyšším místům,
- blud emulační (žárlivecký) – přesvědčení o nevěře partnera,
- blud transformační – chorobný pocit změny osobnosti,
- blud metamorfózy – chorobný pocit změny v jinou bytost, např. zvíře.

2. podle vzniku:

- primární blud – v důsledku vlastní poruchy myšlení, obsah je nezávislý na náladě, označován též jako blud nesystonní, respektive inkongruentní s náladou,

- sekundární blud – v důsledku poruchy nálady, obsah je syntonní, respektive kongruentní s náladou (HORÁČEK, 2003 s. 17).

Bludné prožívání může být průvodním jevem i u různých jiných stavů, než je psychotické onemocnění. Jedná se kupříkladu o různé typy intoxikací, horečnatá onemocnění atp. Blud je nevývratné přesvědčení. Má pro nemocného zajisté svou funkci a až v průběhu léčby se jej někteří nemocní mohou vzdát. Vymlouvat bludy nemá smysl, protože nemocný se v danou chvíli cítí nejistý a ohrožený a takovéto chování by mohlo vyprovokovat u nemocného agresivní reakci (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 339). Nemocní často sami popisují stav v akutní atace k filmu Matrix. Měli tehdy svou realitu, o kterou se opírali a které věřili.

Emoce a emocionální vztah ke světu: emoce působí oploštěle, je postižena nejen intenzita emočního výrazu, ale celý emocionální svět se jeví jako ochuzený. Schizofrenní lidé mají obvykle málo vztahů k lidem. Zdají se neschopni vazby k druhému. Často se jedná o příliš silnou vazbu i nezájem současně. Současné chtění i nechtění vede ke stavu neschopnosti jednat – ke stuporu. Obzvláště závažné je, když se celková dynamika a motorické projevy zablokují, takže se jedinec nemůže vůbec vyjadřovat. Tento stav se nazývá katatonie a přímo ohrožuje pacientův život (DÖRNER, 1999, s. 90).

V těchto oblastech je tedy popsáno, jak poznat stav člověka aktuálně ohroženého ztrátou identity a zhroucením či „rozpadnutím“.

Odborné publikace dělí klinické příznaky onemocnění na pozitivní a negativní projevy. Mezi pozitivní řadí halucinace a bludy. Jedná se tedy o kvalitu, která do běžného života nepatří. Mezi negativní, nebo rovněž deficitní, zahrnujeme schopnosti, kterými pacient dříve disponoval. Jejich ztráta přichází nenápadně a pozvolna a mnohdy je nesprávně interpretována, jako například projevy lenosti či opozice. Jedná se o apatii, abulii, ztrátu zájmů, poruchy dynamiky a změny kognitivních (poznávacích) funkcí. Zde řadíme například pozornost, paměť, učení, hierarchizaci pojmů, plánování, třídění, ukládání informací a jejich zpracování. Narušena je i emotivita. V praktickém životě se to projevuje neschopností zvládat nároky běžného života, což vede k horší kvalitě života daného jedince.

1.4.2.2 Dělení schizofrenie

Schizofrenie se následně dělí do několika podskupin. Dělení je potřebné spíše pro odborníky a profesionály, neboť platí, že každý pacient má svou schizofrenii.

- *Paranoidní* schizofrenie (F20.0) je nejčastějším subtypem schizofrenie. Charakteristická je přítomnost paranoidních bludů a sluchových halucinací. Pacient vnímá svět jako nepřátelský.
- *Hebefrenní* schizofrenie (F20.l) začíná v adolescenci, je poměrně vzácná a typické jsou poruchy chování v podobě nepřiléhavých klackovitých projevů, které mohou být mylně interpretovány jako projevy puberty.
- *Katatonní* schizofrenie (F20.2) je rovněž poměrně vzácná. Typické jsou těžké poruchy volní motoriky, při kterých pacient jakoby zkamení, nebo naopak divoce mlátí kolem sebe.
- *Nediferencovaná* schizofrenie (F20.3) splňuje kritéria pro schizofrenii, ale symptomatologie neodpovídá žádnému z výše popsaných typů.
- *Postschizofrenní* deprese (F20.4) je typická přítomnost depresivních příznaků po odeznění schizofrenní ataky.
- *Reziduální* schizofrenie (F20.5) je chronickou fází onemocnění.
- *Simplexní* schizofrenie (F20.6) probíhá plíživě, nejsou přítomny bludy ani halucinace, převažuje negativní symptomatologie (HÖSCHL, 1997, s. 64–65).

1.4.3 Léčba schizofrenie

Každé onemocnění a chronické pak obzvlášť klade na nemocného značné nároky. V definici somatického typu onemocnění se v posledních desetiletích prosazuje kognitivní model vyrovnávání se s nemocí. Příkladem může být model sebeřízení (self-regulatory model). Zvládání nemoci se chápe do určité míry obdobně jako řešení problému. Zdraví je chápáno jako norma, jakýkoliv odklon je považován za zrod problému, který je třeba řešit. Odchylka od normy je zde zdrojem motivace. Tento proces má tři fáze:

- interpretace situace – hledání smysluplnosti toho, co se děje,
- vlastní proces zvládání situace – použití různých postojů k znovunastolení normálního stavu,

- vyhodnocení účinnosti použitých prostředků k znovunastolení normálního stavu.

Pacient někdy zkouší jeden druh řešení po druhém. Když se ukáže, že zvolený způsob nebyl účinný, probíhá další kolo s jiným způsobem řešení (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 33).

Tento model však nelze beze zbytku aplikovat u natolik závažného psychiatrického onemocnění, jakým schizofrenie bezesporu je. Lépe zde platí strategie zvládání chronického onemocnění podle Dunkel-Schetterové (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 13). Podobá se zvládání stresu. Často byla zjištěna snaha distancovat se od chronické nemoci, nemyslet na to, co se stalo, nebrat to v úvahu. Nemocní mnohdy hledají pomoc u léčitelů, zvažují různé alternativní možnosti, tu s většími, v drtivé většině vzhledem k závažnosti problematiky spíše s menšími úspěchy. Příklady tzv. disimulace vidíme v praxi velice často. Vedle těchto strategií zjistila Dunkel-Scheterová řadu strategií „zkratkového" řešení situace v podobě uchýlení se k drogám, alkoholu atp. Někteří jedinci se ale snaží k situaci stavět zodpovědně a i v takto obtížné životní situaci hledat produktivní možnosti řešení vzniklé situace (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 13). Tu nabízí nesporně klasická psychiatrická léčba. Průběh a vyhlídky pacienta s psychotickým onemocněním jsou díky moderním formám léčby (zejména farmakoterapii) podstatně lepší, než tomu bývalo dříve (PRAŠKO, 2001, s. 28).

Aby byl pacient ochoten léčit se a realizovat řadu opatření, která představují určitý diskomfort v podobě nutnosti dlouhodobé medikace a z ní vyplývající požadavek na tolerování možných vedlejších nežádoucích účinků léků, doživotní abstinenci a důraz na režimová opatření, musí svůj stav nejdříve přijmout. To vyžaduje různě dlouhé časové období a hovoříme tedy spíše o procesu přijetí onemocnění s důsledky, které představuje. Celý proces můžeme přehledně definovat aplikací na fáze vyrovnávání se se smrtí a s těžkými životními situacemi, jak je popsala Elisabeth Khübler-Rossová (KHÜBLER-ROSS, 1993, s. 38–51):

Popření

Pacient si nepřipouští přítomnost duševního onemocnění. Zaměřuje se na zasazení situace do rámce, jenž mu vyhovuje a okolím je akceptován.

Zvládnutá fáze popření – pacient má šanci pokročit dál, dozvědět se potřebné informace a přijmout stav věcí v podobě pravdivosti k sobě samému.

Nezvládnutá fáze popření – stav se zhoršuje, pacient vynakládá značnou energii na to, aby vypadal, že se nic neděje a má vše pod kontrolou. Někteří nemocní „uvíznou“ v této fázi na celý život a jejich stav pak rychle spěje k chronické formě onemocnění.

Zlost

Připuštění si reálné situace s sebou nese značné emoce, které je třeba někde centrovat. Pacient se zlobí na okolí, rodinu, na sebe, na osud, na Boha, je-li věřící, na lékaře, který mu diagnózu přisoudil a takto jej označil stigmatem.

Zvládnutá fáze zlosti – po emočním vyventilování si pacient uvědomí marnost svého snažení najít viníka a může se posunout do další fáze a své síly upřít k produktivnějším strategiím.

Ziskem nezvládnuté fáze zlosti může být zklidnění v podobě označení toho, kdo je za onemocnění zodpovědný, a přenesení zodpovědnosti mimo své kompetence.

Smlouvání

Jedná se o vnitřní pocit, že se s nemocí, nebo snad s osudem dá obchodovat. Já něco akceptuji, mám ochotu spolupracovat, ale vyžaduji formu jisté garance, že se stav nebude opakovat.

Zvládnutá fáze přináší poznání, že i když udělá člověk maximum pro léčbu, může se onemocnění vrátit ve formě další ataky nemoci. V této fázi člověk přehodnocuje své aspirace a hodnotový systém.

Nezvládnutá fáze může vést k definitivní rezignaci na léčbu. Nemocný již nenachází sílu ani motivaci pro boj s chronickým onemocněním.

Deprese

Jedná se o uvědomění si pravého stavu věcí včetně všech dopadů, které má na běžný praktický život. Je to stav, kdy si nemocný uvědomuje, že léčba nikdy nekončí, že nikdy nemůže vyhodnotit svůj stav jako zdraví, musí rezignovat v rámci udržení remise na řadu činností a aktivit, které jej dříve naplňovaly. Rovněž v této fázi často deklaruje v různé podobě své onemocnění před okolím a společností.

Zvládnutá fáze představuje orientaci na možnosti, které se nabízejí, například v podobě využití možností následné péče, pomoci rodiny a blízkého okolí.

Nezvládnutá forma s sebou často nese velmi vysoké riziko sebevražedného jednání. Nemocný svou situaci vidí jako životní debakl, ze kterého není úniku. Nevidí jinou možnost než se vším skoncovat a odejít se života. Nenachází smysl ani sílu dále pokračovat v léčbě i v životě. Časté je schéma: než takový život, raději žádný.

Smíření

V této fázi se člověk přijímá takový, jaký je, i s faktem závažného duševního onemocnění. To může přinést určitou úlevu a možnost plně se realizovat tam, kde je to možné. Přináší realistický postoj k situaci, kterou není vhodné podceňovat, ale ani z nemoci dělat základní životní téma.

Pro ilustraci této fáze a jejího zvládnutí se mi zdá vhodný příběh o dvou psech, starém a mladém. Oba dva hlídali dvorek a měli stejně dlouhý řetěz. Ten mladý se snažil vymanit a bolestně se při tom zraňoval. Jeho stálé pokusy o svobodu jej stály život. Starý pes se zaměřil na ta místa, kam mu řetěz dovolil, ty prozkoumával, zde se realizoval a jeho život byl poměrně spokojený.

Nezvládnutá fáze ale může přinést i určité zisky v podobě útěku do nemoci, menších požadavků ze strany okolí a přijímání péče ze strany rodiny a sociálního prostředí. Někdy tato patologie může paradoxně vnést určitou stabilitu do fungování rodiny a jejich funkcí.

V moderní medicíně usilujeme nejen o odstranění symptomů onemocnění, důležitá je rovněž kvalita života (PRAŠKO, 2005, s. 32). Pokud z definice vyplývá, že se jedná o onemocnění multifaktoriální (v souladu s řadou odborných publikací), je zřejmé, že rovněž léčba musí na tyto nároky reagovat. Kombinace léčby medikamenty a psychosociální intervencí má tedy podstatně lepší efekt než léčba separovaná (PRAŠKO, 2005, s. 33). Důležité je s léčbou začít co možná nejdříve a zamezit tak jejím devastačním účinkům (KALINA, 1987, s. 16).

1.4.3.1 Farmakoterapie

Základem biologické léčby jsou antipsychotika, dříve neuroleptika. Zjednodušeně působí jako „hroší kůže“ a chrání tak nemocného před množstvím podnětů a umožňují mu uspořádat si vnitřní strukturu (RAHN, 2000, s. 204). Antipsychotika se užívají dlouhodobě. Na základě studií bylo prokázáno, že relapsy u schizofreniků je možné

medikací výrazně eliminovat. Antipsychotika mají poměrně pestré vedlejší účinky, které nejsou zpravidla nijak nebezpečné, ale jsou velice nepříjemné a obtížně se tolerují.

1.4.3.2 Elektrokonvulzivní (spánková) léčba – ECT

Tato léčebná metoda budí velké emoce, a to zejména mezi laickou veřejností. Aplikuje se v sérii 5–7 ECT v krátkodobé celkové anestezii, aplikují se myorelaxancia (léky uvolňující svalové napětí) a celý zákrok trvá jen pár minut. Klienti se závažnou formou onemocnění, například se silnou depresí, nebo při stavech, u nichž jsou přítomny extrémně nepříjemné bludné prožitky, výše popsanou formu léčby sami vyžadují. Již po první aplikaci dochází ke zmírnění potíží. Tato metoda je velice bezpečná a spánková léčba se aplikuje pro svou bezpečnost i u gravidních pacientek, pakliže je indikovaná. U stavů stuporózních, kdy se pacient nemůže hýbat, mluvit ani pít, zachraňuje život.

1.4.4 Psychosociální rehabilitace

Rehabilitace je přirozeným pokračováním komplexní léčby. Zatímco akutní ataka odezní během několika týdnů, rehabilitace trvá daleko déle a bývá náročná pro všechny zúčastněné. Do rehabilitačních aktivit patří psychoterapie a socioterapie.

1.4.4.1 Psychoterapie

Psychoterapie je důležitou součástí komplexního přístupu. Napomáhá k pochopení podstaty onemocnění. Psychoterapie je rozvinutá v zemích Evropy, v Americe a Japonsku. V klinické praxi se ukázala jednoznačně účinnou metodou. Vyplývající vysoce humánní východiska jsou přitažlivá zejména pro lidi žijící v rozvinutých technických civilizacích (VYMĚTAL, 1996, s. 11). Dále slouží k podpoře nemocného a jeho rodiny při zvládání nemoci a k porozumění sobě samotnému, zlepšuje sociální dovednosti a dává motivaci a návod k léčbě. V neposlední řadě slouží jako diagnostické vodítko a pomáhá vnímat nemocného jako jedinečnou lidskou bytost.

Vedle diskusních forem terapie jsou využívány metody jako psychodrama, psychogymnastika, arteterapie, muzikoterapie, edukace, rehabilitace kognitivních funkcí, rodinná psychoterapie.

Psychodrama – psychodrama je mimořádně účinná metoda spočívající v improvizovaném přehrávání situací. Je řízená terapeutem a sledována diváky z řad pacientů. Tato technika dovoluje dotknout se hlubokých struktur v prožívání. Emoce jsou v psychodramatu mnohem silnější než při pouhém hovoru a odreagování tu bývá snadnější, dokonalejší a hlubší než při prostém slovním vylíčení traumatické situace. Nezřídka dochází ke katarzi – hlubokému pocitu úlevy a „očištění". Katarze umožňuje nový pohled a přehodnocení (KRATOCHVÍL, 1995, s. 132–141).

Psychogymnastika – jedná se o užitečnou metodu v psychoterapii psychotiků. Nabízí možnost nonverbálního vyjádření, které je pro tyto klienty mnohdy přirozenější.

Arteterapie – je další z pomocných metod neverbálního vyjádření prostřednictvím výtvarných projevů, díky nimž pacient dovolí poodhalit svůj vnitřní svět a navázat tak komunikaci. Arteterapie nám poskytuje lepší porozumění a možnost přiblížit se k těmto „cizím světům".

Muzikoterapie – může mít jak podobu pasivní – receptivní, tak podobu aktivní. Nabízí velké možnosti pro práci s emocemi a jejich vyjádřením (KLIMEŠOVÁ, 2012, s. 22–23).

1.4.4.2 Rehabilitace kognitivních funkcí

U schizofrenních klientů najdeme změny v mnoha oblastech zpracování informací. Dříve se často na tento fakt zapomínalo. Soudilo se, že kognitivní funkce dostatečně upraví léčba antipsychotiky. Výsledky studií ale ukazují, že ze 70 pacientů se dva roky od onemocnění rozvinulo u 37 % těžké sociální postižení a u 35 % středně těžké postižení. To dokazuje, že běžně používané postupy léčby nejsou dostačující. Roder (RODER, 2002, s. 11) to přičítá právě absenci rehabilitace kognitivních funkcí. Nejčastěji se tyto problémy týkají soustředění, učení a paměti, hierarchizace pojmů. Pro rehabilitaci kognitivních funkcí je vhodné využívat programu IPT, kde jsou rozpracovány jednotlivé kroky od jednodušších úkolů ke složitějším. Součástí je i sociální učení.

1.4.4.3 Edukace

Jedná se o proces poskytování informací, které jsou pro správné pochopení a léčbu nemoci nezbytné, a to jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho rodinu. Vhodnou formou jsou videoedukace doplněné mluveným slovem odborníka. Tato metoda je šetrná proto, že pacient není přímým adresátem sdělení a má čas k potřebným informacím „dozrát“. Edukace by totiž neměla být jen o předávání informací, ale i o tom, aby je pacient „slyšel“. To vyžaduje čas a zkušeného odborníka, který pozná ten správný čas a přístup. Edukace na oddělení 17B,C probíhá rovněž formou rodinných komunit, kdy se zhruba jednou za měsíc zvou rodinní příslušníci. V první hodině se probírají konkrétní zkušenosti, které je zde možno předávat, druhá je vyhrazena jen pro rodinné příslušníky a slouží k ventilaci bolestných prožitků rodiny, včetně možnosti podpory ze strany jak odborníků, tak rodin, které mají s nemocí větší zkušenosti. Pro edukaci jsou k dispozici strukturované programy, například program Prelaps. Jistou formou edukace je nácvik sebemonitoringu formou programu Itareps. Pacient každý týden odpovídá na sérii otázek, odpovědi posílá SMS kódem lékaři a ten má v případě zhoršení stavu možnost včas na situaci reagovat posílením medikace. Takto se pacient učí rozpoznat svůj zdravotní stav a vyvarovat se potřebě hospitalizace (KLIMEŠOVÁ, 2012, s. 24).

1.4.4.4 Pracovní a sociální rehabilitace

Cílem sociální a pracovní rehabilitace je napomoci pacientovi v návratu zpět do společnosti. Jedná se o proces, který označujeme pojmem resocializace. Reálné chování jedince nevyplývá pouze z normativních nároků okolí, ale také z jeho vnitřních dispozic. Správná rehabilitace reaguje a nabízí určitou „plasticitu“ v její realizaci. Tímto chápeme možnost aktuálně reagovat na možnosti a schopnosti, ale i na preference pacienta. Pomoc se realizuje prostřednictvím sociálního pracovníka, a to nejen uvnitř institucí, ale i mimo ně. Institucionalizovanou formu pomoci nabízí psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické domovy důchodců a jiná nespecializovaná zařízení. Z extramurálních zařízení se jedná o komunitní zařízení, krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení na podporu práce, bydlení, týmy řízení případu. Reforma psychiatrické péče klade důraz na potřebnost vybudovat kvalitní komunitní péči, jež umožňuje péči

v přirozeném prostředí pacienta, individuálními přístupy, které se zdají být humánnější (www.reformapsychiatrie.cz).

1.4.4.5 Pracovní rehabilitace

Po prodělané atace onemocnění pacient prostřednictvím pracovní rehabilitace znovu nabývá pracovní návyky, schopnosti a dovednosti. Procvičuje motoriku, získává na jistotě. Největší problém je pro psychotické pacienty soustavnost a činnosti obsažené v pojmu pracovní návyky. Zvyká si na zátěž, osvojuje si přirozenou komunikaci v pracovním kolektivu, což s sebou rozhodně nese i trénink schopnosti se na něčem společně dohodnout, ustoupit, ale i přiměřeně se prosadit. V neposlední řadě organizovat a hierarchizovat si svůj soukromý čas i pracovní povinnosti. Všechny tyto schopnosti a dovednosti jsou vlivem kognitivního deficitu narušeny a musí se znovu budovat. Zisky se pak uplatňují i v jiných životních situacích.

1.4.4.6 Sociální rehabilitace

V odborných kruzích se dnes hovoří o sociotoxicitě psychotického onemocnění, i když v českém prostředí je ohraničení a definice účelů a kompetencí sociální práce značně nejednotná a neprobíhá zde dostatečná odborná diskuze (MATOUŠEK, 2007, s. 183). Tento výraz skutečně velice dobře definuje dopady na sociální život dotyčného jedince. Řezáč uvádí, že socializace probíhá po celý život jedince a má etapovitou povahu (ŘEZÁČ, 1998, s. 49).

První etapa vývoje vztahů v ontogenezi začíná kulturně podmíněnými způsoby manipulace s předměty a bezprostředním kontaktem s matkou. Završením této etapy je vznik Já.

Ve *druhé etapě* je dominující činností hra. Dochází k objevu obecností rolí, sociální svět se diferencuje na My.

Ve *třetí fázi* se dominující a integrující činností stává učení.

Čtvrtá etapa je objevem dospělosti. Stabilizuje se identita psychologická i sociální. Dominující činností se stává práce. V rodičovské roli je objevena péče a výchova. Výsledkem je dospělý, sobě odpovědný muž či žena.

Onemocnění tyto procesy značně problematizuje a mnohdy nemocný nedospěje do poslední etapy, neboť mu to znemožní ataka onemocnění, která v tomto období

postihuje disponované jedince nejčastěji. Součástí psychotického onemocnění je rovněž závažný regres, kdy se jedinec vrací do dřívějších vývojových stadií. Pokud připočteme nemocí pokřivené sebepojetí a mnohdy paranoidní obsahy myšlení, je nasnadě, že se jedná o hluboké změny v prožívání a chování, které vyžadují dlouhodobou intervenci v podobě sociální rehabilitace.

Cílem sociální rehabilitace je motivovat pacienta, aby sám přijal zodpovědnost za sebe a za svou budoucnost. Kompetentní sociální pracovník si musí umět získat informace o klientovi (sociální šetření), sestavit a realizovat plán intervencí. Sociální pracovník pak dále připravuje pacienta na přechod z lůžkového zařízení do domácí, ambulantní péče. Společně hledají vhodné alternativy vlastní realizace v oblasti práce, bydlení, vztahů, finančního zabezpečení. Někdy je nutné po prodělané atace „snížit laťku" a zatěžovat klienta pozvolna. Nabízí se celá řada možností, které je vhodné využít. Důležité je, aby se pacient neuzavíral doma v pasivitě. Je lepší, když využije nabídky některého ze zařízení následné péče. Baudiš (BAUDIŠ, 1991, s. 22) uvádí, že zařazení propuštěných pacientů do extramurálních programů výrazně snížilo počet rehospitalizací. Pacient ale těmto nabídkám aktivně odolává, někdy posílen rodinou. Sám necítí potřebu rehabilitace a jeho zamýšlené aspirace jsou daleko vyšší. Závisí na šikovnosti sociálního pracovníka, zda dokáže pacienta vhodně motivovat. Pravidelná, prakticky orientovaná činnost pacienta odvádí od světa fantazie, odkud je to jen krok k opětovnému vzplanutí onemocnění. Toto vše ale klade vysokou náročnost na pomáhajícího. Základním nástrojem je, ať už jde o psychoterapii, nebo sociální práci, osobnost pomáhajícího. Takovýto pracovník by měl být součástí týmu s možností supervize, absolvovat pokud možno výcvik, kde se naučí zvládat psychohygienu, pracovat s vlastními emocemi – nepotlačovat je, nýbrž je terapeuticky využívat. Musí umět zvládat neúspěch, agresi svou i cizí, rozeznat syndrom vyhoření a syndrom pomáhajícího a bránit se jim. Nesmí využívat svého postavení, přebírat zodpovědnost a musí být vždy důsledně partnerem. Nesmí toho chtít po klientovi ani moc, ani málo. Nesmí prosazovat své představy a vnucovat je, ani nesmí přistoupit na jeho pasivitu. Měl by umět skutečně naslouchat, neboť to je důležitou součástí úzdravy. Roegers zmiňuje, jak byl sám překvapen účinností pasivní interakce (ROEGERS, 1998, s. 123). Nikdo nemůže druhému pomoci vyřešit problém, který ještě nevyřešil sám, nikdo nemůže přivést nemocného dál, než je on sám (SCHMIDBAUER, 2000, s. 14). Je tedy

nasnadě, že toto se nedá snadno naučit a správný přístup vyžaduje roky praxe a profesního zrání.

1.4.4.7 Rodinná terapie

Nástup onemocnění se datuje převážně do období pozdní adolescence. Jedná se o velice citlivé období, které klade na člověka v mnoha ohledech velké nároky. Dospívající člověk prezentuje sám sebe, začíná proces osamostatňování. Satirová (SATIROVÁ, 2006, s. 25) soudí, že už samo toto období je nesmírně náročné pro své obrovské změny, kdy se všichni jeví sobě navzájem jinak a lidé se musí spolu znovu seznamovat. Nemocný netrpí sám, ale velké nároky jsou kladeny právě na rodinu a blízké okolí. Výhodou je, když je do léčby angažovaná celá rodina, má jednotný postoj k otázkám onemocnění a dokáže na změny související s návratem onemocnění včas upozornit a přijmout potřebná opatření. Rodina je v této fázi nemoci nesmírně důležitým faktorem v léčbě a často je to právě ona, která nese největší „břímě“ onemocnění.

1.4.4.8 Specifika sociální rehabilitace u psychotických pacientů a její formy

Sociální práce s psychotickou klientelou klade důraz na trpělivost jak ze strany pomáhajícího, tak ze strany samotného klienta a rodiny. Je výhodou, když pacienta provází jeden klíčový pracovník. Nezbytnou potřebou je důkladná znalost problematiky onemocnění, aby si pomáhající měl možnost uvědomit, že některé projevy neproduktivního chování vyplývají z onemocnění, a proto se na klienta nelze hněvat. Důležitou terapeutickou součástí rehabilitace je vztah mezi pacientem a pomáhajícím. Ne všichni pacienti jsou po léčbě v plné realitě, někdy zůstávají v obsahu myšlení psychotická rezidua, která mají dopad na jejich chování a jednání. Mohou se projevovat vztahovačností, nedůvěrou k okolí, pasivitou, odlišností od běžných vzorců chování. Správný přístup doporučuje tyto zvláštnosti v projevu ignorovat a soustředit se na zdravé projevy a posilovat je. Komunikace s psychotickým pacientem vyžaduje dlouhou praxi. Někdy může být jen nepatrně zvláštní projev pomáhajícího zdrojem znejistění a agrese ze strany nemocného. Pomáhající by měl být za každé situace autentický a důvěryhodný. Do tenze se pacient dostane rovněž, když cítí, že jsou na něj kladeny nároky, které nezvládne, nebo když nesouhlasí s nabízeným

řešením nějaké konkrétní situace. Vlivem obtížné spolupráce se řada psychotiků dostává do situace, kdy se ocitají na ulici jako bezdomovci a často se stávají oběťmi trestných činů.

Moderní komplexní psychosociální rehabilitace by měla splňovat tato kritéria:

- hodnocení stavu a celkové životní situace nemocného,
- trénink potřebných sociálních a praktických dovedností,
- úprava životního prostředí pacienta tak, aby byl kompenzován jeho handicap vzniklý nemocí.

K tomuto je zapotřebí práce s **rodinou, podpora společnosti, pracovní rehabilitace.**

Obecné principy práce s **rodinou** se dají shrnout do následujících bodů:

- informace získávat i od rodiny,
- nechat pacientovi co nejvíce kompetencí,
- rodinu zapojit do terapie,
- podpora komunikace.

Podpora společnosti je organizována státním sektorem i dobrovolnými organizacemi. Základními elementy komunitní péče jsou:

- case management – individuální vedení – smyslem je pomoci v orientaci v každodenním běžném životě, zabránit jeho „ ztracení“,
- chráněné bydlení – v současné době existují různé formy podle míry chráněnosti,
- krizová intervence – pro zvládání dekompenzací psychotického stavu pacienta,
- klubová zařízení – mají rozmanitou náplň a napomáhají tvořivě trávit volný čas, zabránit sociální izolaci, podporují svépomocné aktivity.

Práce – ideálně fungující pracovní rehabilitace by měla probíhat v návazných krocích:

- hodnocení pracovních schopností a možností přizpůsobení pacienta,
- trénink pracovních dovedností,
- chráněné pracovní podmínky,
- přechodné zaměstnání,
- vyhledávání práce na volném trhu pracovních sil,
- udržení se v zaměstnání (BAUDIŠ, 1991, s. 23–25).

Je vcelku obtížné sladit potřeby osoby s psychózou se zkušeností většinové společnosti. To, co „zdravým lidem“ připadá jako smysluplná forma rehabilitace, představuje pro psychotiky někdy obtížně tolerovanou zátěž, které by se raději vyhnuli.

Országová ve své diplomové práci zkoumá kvalitu života psychotických pacientů a uvádí, že jsou značné rozdíly mezi subjektivně a objektivně posuzovanou kvalitou života. Zatímco odborníci ji hodnotí jako neuspokojivou, samotní pacienti vykazují subjektivně vnímanou spokojenost se svým životem a životním stylem. Tuto skutečnost v určité míře můžeme vysvětlit jako adaptaci člověka na svou aktuální životní situaci (ORSZÁGOVÁ, 2013, s. 66). To je mnohdy důvod, proč pacient nemá potřebu na svém zažitém a dobře známém životním stylu nic měnit. Rovněž pak důvodů obtížného uplatnění na běžném pracovním trhu je mnoho. McAlpine a Warner (MCALPINE, 2001, s. 28) uvádějí, že současně s diagnózou a se symptomy z ní vyplývajícími je stigmatizující nepřipravené pracovní prostředí a nedostatek vhodných pracovních podmínek.

1.4.4.9 Saturování duchovních a kulturních potřeb nemocných

K oddělení medicíny od duchovní péče došlo poměrně nedávno. Svatošová (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 27) uvádí, že bez spolupráce zdravotníků a duchovních se nepodaří realizovat přiměřenou kvalitu a dostupnost komplexní péče. Zdravotníci si někdy myslí, že duchovní potřeby jsou věcí věřících. Svatošová (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 23) soudí, že je tomu právě naopak. Věřící dokážou své potřeby uspokojit, vědí, co mají dělat. Horší to mají ti, kteří z víry nežijí. V konfrontaci s vážným onemocněním se mnohdy začínají ptát po smyslu vlastní existence, potřebují vědět, že je jim odpuštěno a že by měli odpustit. Pokud nestačí empatický a naslouchající přístup ze strany personálu, práce s těmito tématy v rámci psychoterapie, měl by mít pacient možnost hovořit např. s nemocničním kaplanem. Bohužel počet zařízení, kde bývá takovýto přístup součástí praxe, je malý. Svatošová (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 41) uvádí jako základní duchovní potřebu – potřebu lásky. U psychotických pacientů jsou v obsahu bludů velice živé obsahy s náboženskou tematikou. Prožitky spojení s Bohem, splynutí s Ježíšem, představy pekla, představa dobra a zla, různá vnuknutí, zvláštní schopnosti a podobně jsou doslova „stavebním materiálem“ (ŘÍČAN, 2007, s. 127). Tyto zážitky se realizují ve vnitřním prožívání pacientů. Jejich reálný život je emočně chudý, bez sycení zvenčí. Pacienti neumí navazovat vztahy, empaticky spoluprožívat a jejich vnitřní život je „uzamčený“ uvnitř. Neztrácejí ale potřebu milovat a být milováni. Snad právě tento fakt dělá z psychotického prožívání velice

traumatickou zkušenost. Někteří zastánci antipsychiatrických hnutí hovoří o psychóze jako o stavu, který nemocného obohacuje a který je v běžné praxi uměle potlačován léky, protože společnost si neví rady s nepřizpůsobivou výjimečností daného jedince (HÖSCHL, 2002, s. 343). Některé školy se snaží s těmito prožitky smysluplně pracovat. Jedná se převážně o školy, které navazují na učení C. G. Junga, který sám prošel zkušeností, která měla kvalitu psychotické ataky. Sám Jung na terapiích rád podněcoval aktivity, které vedly k návratu ke spirituální podstatě člověka. Jednalo se například o malování a využívání jiných forem uměleckých disciplín. Je všeobecně známo, že mnoho významných umělců trpělo právě touto chorobou. E. Procházková ve svém článku Rozvoj *potenciálu klientů* se *schizofrenií prostřednictvím sociální práce* dokonce spekuluje o jisté souvislosti mezi schizofrenií a uměleckou tvořivostí. Cituje zde řadu odborníků, kteří se rovněž kloní k přesvědčení, že existuje řada paralel mezi umělcem a psychotikem. Oba si vytváří imaginativní svět, který je funkční, protože se v něm odžívají různé frustrace. Potřeba krásy a umění vychází z poznání, že intelekt, empatie, logika nestačí obsáhnout celistvost lidského života (JEBAVÁ, 1997, s. 5). Zatímco psychotik pokládá tento svět za jedinou realitu, umělec si ponechává možnost cesty z imaginace zpět do reality. Některým nemocným se podaří vytvořit v nemoci díla nezpochybnitelné umělecké hodnoty, která by ve zdraví nikdy nevytvořili. Na základě vlastní dlouholeté praxe si dovoluji spekulovat o potřebě nemocných sdělit velice silné a bytostné prožitky, které se obtížně verbalizují jakoukoli formou. Vzhledem ke kognitivnímu deficitu je nonverbální forma sdělení přijatelným nosičem informace o takto výjimečných prožitcích a vlastně snahou o interakci a komunikaci.

Procházková dále ve svém článku, který je pro mne nesmírně inspirativní, rovněž udává příklad Stuarta Baker-Browna, známého fotografa a spisovatele, který prodělal psychotickou ataku, a hovoří o obohacujícím přínosu v jeho tvůrčí práci: „Moje mysl je velmi *stimulovaná,* jakoby na *vyšším* stupni *vědomí než* u *jiných lidí. Hlavním problémem ovšem* je *vyjádřit,* co *vidím* nebo *slyším, protože* poruchy *kognitivních funkcí oslabují* mou schopnost uchopit *můj tvůrčí potenciál.*“

Baker-Brown kritizuje psychiatrii za inklinaci k potlačení schizofrenie oproti porozumění jeho skutečným potřebám, jako je v prvé řadě rozvoj duchovního a uměleckého potenciálu. Spojitost kreativity a schizofrenie byla vždy evidentní, ovšem soudobý výzkum tohoto chápání je dle jeho názoru stále omezený.

Jako východisko uvádí Procházková právě nabídku takové sociální práce, která vychází těmto potřebám vstříc. Prostřednictvím umění by mohlo dojít k jakémusi přiblížení těchto lidí majoritě a tím umenšení stigmatizačního přístupu, se kterým se pacienti s diagnózou schizofrenie musejí stále potýkat (PROCHÁZKOVÁ, 2009, s. 111–116).

Obr. č. 2 – plakát festivalu Cesty za oponu

2. EMPIRICKÁ ČÁST

V první části práce jsem definovala pojmy a zabývala se teoretickým vymezením problematiky psychotického onemocnění, léčbou a možnostmi psychosociální rehabilitace pojaté jako péče o celostní bytost. V jednotlivých kapitolách zdůrazňuji nutnost návaznosti péče a spolupráce. Ve druhé, empirické části práce se zabývám vlastním šetřením. Představím metody výzkumu a jejich charakteristiku, nabídnu uchopení jednotlivého případu v širokých souvislostech, které zahrnují popis oddělení 17B,C, jež se zabývá psychosociální rehabilitací v Psychiatrické nemocnici v Opavě, seznámení s festivalem „Cesty za oponu“, případovou studii a její zpracování.

1.5 Metodologie výzkumného šetření

V této kapitole přiblížím metodologii realizovaného výzkumu. Praktická část diplomové práce je členěna do kapitol, které zahrnují definování pojmů, cíle výzkumu a stanovení výzkumných otázek. Popíši postup výzkumu, volbu vzorku a místo výzkumu, metody získávání dat a proces sběru dat. Uvedu rovněž analytický proces zpracování dat. Součástí celku bude popis komplexního psychosociálního programu na stanici 17B,C v Psychiatrické nemocnici v Opavě a deskripce průběhu festivalu „Cesty za oponu“.

1.6 Metodický postup výzkumné práce

Hlavní výzkumnou strategií byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum umožňuje do hloubky prozkoumat určitý definovaný jev a přinést o něm na základě do široka rozprostřeného sběru dat maximální množství informací (ŠVAŘÍČEK, 2007, s. 24).

Cílem tohoto typu výzkumu je hlubší pochopení konkrétního zkoumaného problému. Jde o to, aby sledování sociálního jevu bylo nazíráno z různých perspektiv sociální skupiny, které se dotýká. Zaměřuje se na sociální reprezentaci, hodnotové systémy a preference jednotlivců či skupiny. Pro zkoumání problému, jako je působení konkrétní společenské aktivity na prožívání lidí s psychiatrickým onemocněním, je kvalitativní metodologie vhodným postupem. I když závěry nelze zobecňovat, lze takto nalézt zajímavé a důležité skutečnosti a souvislosti zkoumané problematiky.

„*Cílem kvalitativního výzkumu je prozkoumat sociální skutečnost prostřednictvím odkrytí subjektivních významů. Tedy obecný proces vztažený k sociálním aktivitám může být odvozen induktivně ze zaznamenaných zkušeností subjektů. Takový výzkum předkládá neteoretické otázky typu, jak je svět vnímán a interpretován subjekty výzkumu*.“ (LOUČKOVÁ, 2010, s. 46). Lze říci, že toto je základní argument pro volbu kvalitativního výzkumu.

1.7 Cíle výzkumu, výzkumný problém

Cíle výzkumu rozlišuje Maxwel (ŠEĎOVÁ, 2007, s. 125) na tři typy:
Intelektuální cíl: jakým způsobem projekt přispěje k rozšiřování odborného poznání?
Praktický cíl: budou výsledky prakticky využity?
Personální cíl: jak práce obohatí výzkumníka samotného?

Aplikace struktury cílů na diplomovou práci:
Intelektuální cíl: cílem je zhodnotit potenciál festivalu „Cesty za oponu“ pro rehabilitaci psychotických pacientů.
Praktický cíl: získané informace mohou být potvrzením intuitivního vnímání smysluplnosti organizování obdobných akcí a podporou ve směřování psychiatrické péče k humanistickým východiskům.
Personální cíl: téma duševní nemoci je tak nesmírně obsáhlé, že i přes intenzivní vzdělávání v této oblasti mám stále co objevovat a všechny poznatky vítám nejen pro svůj profesní rozvoj, ale i pro vlastní osobnostní růst.
Těmto cílům odpovídají cíle stanovené v úvodu práce. Cíl intelektuální odpovídá cíli poznávacímu, praktický cíl odpovídá aplikačnímu cíli a personální cíl cíli symbolickému.
Výzkumný problém se vztahuje k povaze a míře působení společenských aktivit (jako např. festivalů, divadelních představení apod.), které jsou organizovány institucemi zaměřenými na pomoc pacientům s psychiatrickým onemocněním s cílem podpořit jejich adaptační mechanismy a zapojení (znovuzapojení) do běžného společenského života.

1.8 Metodický postup

Základní metodou je stanovena případová studie vycházející z předvýzkumu a opírající se o nestandardizovaný rozhovor. Případová studie umožňuje podrobné zkoumání a vhled do

jednoho nebo několika případů (ŠVAŘÍČEK, 2007, s. 96). Hendl (HENDL, 2005, s. 104) případovou studii definuje tak, že *„jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“*. Případová studie tedy odpovídá snahám o uchopení a porozumění tématu prostřednictvím jedné konkrétní životní zkušenosti pacienta s psychotickým onemocněním. Z existujících typologií případových studií se jako nejlépe využitelná jeví metoda evaluační případové studie, jež umožňuje hodnocení a analýzu určité intervence, která je do podmínek případu začleněna (ŠVAŘÍČEK, 2007, s. 102). Případová studie má několik fází. Prvním krokem je určení tématu výzkumu a výzkumných otázek. Následuje výběr zkoumaného případu a metoda sběru dat. Výhodou je jak triangulace výzkumných metod (v tomto případě pozorování, rozhovor, studium dokumentů), tak zdrojů dat. Analýza a interpretace dat představují další krok případové studie. Cílem analýzy je dávat případu smysl, interpretovat, ozřejmovat souvislosti. Poslední etapou je vytvoření výzkumné zprávy (ŠVAŘÍČEK, 2007, s. 107–108).

Součástí celku bude také popis komplexního psychosociálního programu na stanici 17B,C v Psychiatrické nemocnici v Opavě a seznámení s průběhem festivalu „Cesty za oponu“, které zkoumané skutečnosti dokreslí.

1.8.1 Design kvalitativního výzkumu

Samotnému výzkumu předcházela pilotní studie, která se zaměřila na odborné poznatky psychiatra a pozorování vybraného respondenta ve zvolené situaci (festival „Cesty za oponu“). V rámci případové studie jsem si vytipovala jednu respondentku, která byla v inkriminovaném období rehabilitována na oddělení 17B,C. Kritérií pro výběr této osoby bylo několik, předně jde o osobnostní dispozice i formu onemocnění, které naznačují, že zamýšlený projekt může zvýšit potenciál pacientky v oblastech znovunabývání sociálních dovedností. Výběr respondentky byl samozřejmě také konzultován s jejím ošetřujícím lékařem. Rovněž jsem měla možnost osobně dlouhodobě s touto pacientkou pracovat, tudíž jsem mohla lépe poznat ji i její reakce v různých situacích. Zajisté by bylo žádoucí podrobit výzkumu více respondentů, bohužel takové zadání překračuje rámec této práce a bylo by velmi obtížně jej realizovat na výše uvedeném pracovišti. Před pozorováním byly vytipovány činnosti (např. komunikace se zákazníky, vyřizování objednávek občerstvení, řešení „náročnějších“ situací apod.), které byly zaznamenány do výzkumného archu. Získané poznatky byly analyzovány a zhodnoceny ve výzkumné části práce, která

zahrnovala podrobné studium materiálů týkajících se vybrané respondentky (dokumentace a další písemné zdroje) a soubor návazných výzkumných rozhovorů s respondentkou a její matkou. Rozhovory se zaměřovaly na minulost, výchozí stav respondentky a vliv společenské aktivity (práce v rámci festivalu) na změny tohoto stavu. Rozhovory s pacientkou se zaměřily na zkušenosti a prožívání samotné respondentky a reprezentují subjektivní rovinu popisu zkoumané situace. Rozhovory s matkou a dalšími osobami slouží jako nástroj k ověření reálného vnímání pacientky sociálním okolím. Systematizace všech informací měla vést k zodpovězení výzkumných otázek, které ozřejmí celkový výzkumný problém.

1.9 Přístup k terapii psychotických onemocnění na zkoumaném pracovišti

Pro empirickou část práce bylo zvoleno zhodnocení praxe terapie psychotických onemocnění na stanici 17B,C primariátu H. Jedná se o pracoviště, kde se odehrává rehabilitace respondentky Anny Stanice 17 B, C je koedukované oddělení, kam přicházejí pacienti po odeznění akutní ataky psychotického onemocnění. Důraz je kladen na rehabilitaci a resocializaci. Na tomto oddělení se nemocní připravují na život ve svém přirozeném prostředí. Mnohdy narážíme na neřešené sociální problémy, které se musí před propuštěním zvládnout. Takzvaný „opavský“ systém má v tomto ohledu dlouholetou tradici a navazuje na výjimečné osobnosti, které jej zakládaly. Zejména bych ráda připomněla MUDr. Haryho Buxbauma, který byl v osobním kontaktu se zakladatelem psychodramatu MUDr. Jakobem Levym Morenem. Buxbaum již v padesátých a šedesátých letech minulého století propagoval celostní přístup k pacientům a zavedl práci formou skupinové psychoterapie, na kterou pak navázala a dále ji rozpracovala MUDr. Irena Strossová (1984). Dnešní systém reflektuje soudobé trendy v psychiatrii a snaží se rovněž vycházet vstříc individuálním potřebám nemocných zejména v podobě práce s naléhající sociální problematikou. Důležitá je atmosféra oddělení. Léčba již není striktně medicínská, ale větší důraz se klade na psychosociální rehabilitaci. Jedná se o přemostění léčby ústavní a ambulantní. Všechny aktivity směřují od paternalistického přístupu k navázání rovnoprávného vztahu s pomáhajícím. Pacienti mají svou samosprávu a mohou se aktivně podílet na chodu oddělení. Jsou motivováni k aktivnímu přístupu k léčbě pestrou nabídkou

aktivit. Všichni pacienti jsou zařazeni do programu skupinové psychoterapie, která je odstupňována podle náročnosti. Délka pobytu je zhruba 6 týdnů. Během této doby by si měli pacienti ujasnit několik zásadních témat:

- porozumět tomu, co se stalo,
- oddělit zdravé prožívání od nemocného,
- rozvinout svůj potenciál,
- naučit se účelně plánovat činnosti,
- utvořit si kritický náhled na nemoc, včetně mapování varovných příznaků,
- posílit či znovu nabýt komunikační schopnosti,
- utvořit si reálnou představu o své budoucnosti (bydlení, pracovní kariéra, hmotné zabezpečení, smysluplně trávený volný čas, společenské vyžití).

V těchto otázkách zásadním způsobem pomáhají právě sociální služby, kterých je v regionu dostatek. Na oddělení s nimi spolupracujeme formou besed. Každé úterní odpoledne představují přímo na oddělení své služby a mohou si domluvit další spolupráci s pacienty, kteří mají o služby zájem. Máme zkušenost, že je lepší, když vidí konkrétní osobu, domluví si ještě během pobytu návštěvu služby a prohlédnou si na vlastní oči prostory a další uživatele služby. Pak je pro ně jednodušší odhodlat se k další spolupráci. Jen pouhé předání informace tedy nestačí, protože ji psychotický pacient s velkou pravděpodobností nevyužije.

Pracuje se také s rodinami nemocných, a to formou rodinné komunity, která se koná 1x měsíčně. Jsou zde zváni rodinní příslušníci klientů a rovněž zástupci občanských sdružení. Mají možnost sdílet své zkušenosti a získat zde potřebné informace. Neméně důležitá je možnost emočního odventilování. Nezřídka tečou slzy a rodiče hovoří o tom, že jsou rádi, že v takové situaci nejsou osamoceni. Mají možnost prostudovat si řadu edukačních materiálů. S týmem pracovníků jsme vydali brožuru, kterou si mohou odnést a v případě zájmu prostudovat. Oproti jiným materiálům je psaná velice jednoduchým a srozumitelným jazykem bez cizích slov a odborných výrazů, tak aby byla srozumitelná všem a přehledně informovala o tématu psychotického onemocnění. Součástí je přehled a kontakty na zařízení, která poskytují následnou péči v Moravskoslezském kraji, a kartička první pomoci, kde jsou telefonní čísla na krizovou pomoc. V psychoterapii využíváme snad všechny metody, které se nabízejí: psychodrama, psychogymnastika, arteterapie, diskusní skupiny, muzikoterapie, trénink

kognitivních funkcí. Součástí režimu jsou besedy s bývalými pacienty, s odborníky, videoedukační programy, ranní a večerní komunity. Velkou tradici má KLUB. Jedná se o společenskou akci, kde je živá hudba a pacienti sami obsluhují v kantýně, aktivně se podílejí na organizaci a zajišťují vše potřebné. Jde tedy o trénink pracovních a sociálních dovedností. Na KLUB dojíždějí i pacienti již propuštění z domu, takže pacienti v léčbě mají možnost vidět, jak jsou schopni zvládat přechod a život v domácích podmínkách, který přináší řadu nároků. Například v podobě celoživotní abstinence. Mnozí hovoří o tom, že si nikdy nemysleli, že se budou umět bez alkoholu bavit, a jsou příjemně překvapeni, když se na KLUBu cítí dobře.

Samozřejmostí jsou různé kulturní programy, výstavy, koncerty. Návštěvy knihovny, muzea, čajovny. Na všech těchto programech se pacienti „otužují“ a získávají větší jistotu v sociální interakci, která je po prodělané nemoci narušena. Oddělení vydává časopis, kde jsou jednak publikovány odbornější texty zaměstnanců PN v Opavě, jednak je zde prostor pro tvorbu pacientů. Pokud je někdo kreativní a tvořivý, pomáháme mu prezentovat se, jestliže má o to zájem.

Na základě chystané reformy a rovněž na základě inspirace z jiných zařízení jsme se v minulém roce rozhodli uspořádat v areálu PN v Opavě jednodenní kulturní festival. V České republice je osm velkých psychiatrických nemocnic a ve čtyřech z nich proběhly obdobné kulturní akce pro klienty i veřejnost.

Největší zkušenosti má v tomto ohledu Psychiatrická nemocnice Bohnice v Praze, která pořádá festival Mezi ploty, během kterého se na několik dní otevírají prostory nemocnice veřejnosti. Festival se koná od roku 1992 a k jeho cílům patří přiblížit duševní onemocnění veřejnosti. Organizátorem je Robert Kozler, který navázal na aktivity Unijazzu. Tento zprvu skromný, dnes již respektovaný festival jako první otevřel brány léčeben. Organizátoři spolupracují s řadou spřízněných organizací, jako je například Člověk v tísni. Vystupuje na něm řada etablovaných a známých umělců. Výhodou je, že festival má jednoznačnou podporu vedení v osobě humanitně směrovaného, v dobrém slova smyslu moderně zaměřeného ředitele MUDr. Martina Hollého. Ten je rovněž jednou z klíčových osobností chystané reformy psychiatrické péče. A právě tento festival se stal inspirací pro celou řadu jiných psychiatrických nemocnic v ČR.

1.10 Cesty za oponu

Úvahou o organizování festivalu jsme se v týmu pracovníků zabývali od začátku roku 2013. Impulsem byla i chystaná reforma psychiatrické péče a snaha o destigmatizaci psychiatrické péče.

Nejdříve jsme si zajistili podporu vedení a schválení akce v areálu PN v Opavě. Jednalo se o první takto velkou akci, která se konala i pro veřejnost. Zajistili jsme si podporu statutárního města Opavy i Moravskoslezského kraje. Celou akci zastřešil Mgr. Petr Rotrekl, dramaturg městských festivalů, který má v tomto ohledu velké zkušenosti, a přiřadil náš jednodenní festival do většího festivalového celku – Bezručova Opava. Výhodou této spolupráce byla propagace akce a metodická pomoc. Od začátku roku jsme začali organizovat finanční podporu. Psychiatrická nemocnice poskytla prostory, zaměstnance, administrativní a technickou pomoc. V květnu jsme zorganizovali v areálu PN v Opavě sbírku. Vyrobili jsme s klienty drobné dárky a ty pak roznesli zaměstnancům, aby měli možnost přispět a rovněž se s chystanou akcí lépe identifikovat. Oslovili jsme velké firmy, které sídlí na Opavsku. Podařilo se nám shromáždit potřebnou částku, přispěli i drobní soukromníci, někteří se podíleli realizací občerstvení nebo stánkovým prodejem, jako například organizace Rottary Club Opava International. Oslovili jsme dobrovolníky z řad veřejnosti a požádali je o součinnost v organizaci a realizaci celé akce. Velice mile jsme byli překvapeni ochotou pracovníků PN v Opavě, kteří nám byli velkou oporou ve všech směrech. Pomáhali tam, kde bylo zapotřebí.

Spolupracovali jsme také se středními školami a Slezskou univerzitou v Opavě. Chtěli jsme v tomto ohledu přispět k lepší edukaci v otázkách psychiatrického onemocnění a psychiatrie jako takové. Studentky zdravotní školy měly svůj stánek, kde měřily tlak a puls, žáci hotelové školy chystali jednohubky a míchané nealkoholické nápoje, žáci gymnázií roznášeli pohoštění, pomáhali účastníkům zorientovat se v areálu. Aktivně se akce zúčastnili organizace poskytující následnou psychosociální péči ve zdejším regionu. Jednalo se například o Charitu Opava, Fokus-Opava, ANIMU VIVU, MENS SANU. Každá organizace měla svůj stánek a nabízela workshopy a představovala své služby. Pacienti tak měli možnost seznámit se nenásilnou formou s nabídkou jejich služeb a přijít do autentického kontaktu s pracovníky.

Akce se konala **12. září 2013**. Psychiatrická nemocnice nabízí nádherný park, který jsme mohli pro tyto účely využít. Den předem se postavila dvě velká pódia a stánky. Základní umělecká škola v Opavě nám zajistila výzdobu a podílela se i na hudebním programu. Nabízela rovněž kreativní dílny a takzvané živé obrazy. V parku probíhalo po celý den diskusní fórum „Dobré rady zadarmo“, kde byli k diskusi připraveni dva katoličtí kněží, kteří s naším oddělením dlouhodobě spolupracují, psychologové, psychiatři, ekonom, úspěšní podnikatelé, zastupitelé z městského úřadu a lidé, o kterých lze říci, že „umí žít“. Každý, kdo měl potřebu, našel partnera pro diskusi. Tuto možnost využívali jak pacienti, tak studenti a veřejnost. Celá akce byla pojata v radostném a odlehčeném duchu. V kulturním domě v areálu PN v Opavě se promítaly francouzské filmy pro pamětníky. Dětské oddělení PN v Opavě připravilo kreativní malování a výstavu dětských obrazů. V areálu byl skákací hrad, „Cirkus trochu jinak“, kde si všichni mohli vyzkoušet různé artistické kousky. Snažili jsme se smazat rozdíly mezi pacienty, zaměstnanci a veřejností, např. MUDr. Tatarko hrál po celý den šachovou ruletu. V prostorách LVS (léčebná výchova k soběstačnosti) zajišťovali právě hospitalizovaní pacienti společně s dobrovolníky občerstvení pro vystupující. S obsluhou pomáhala i klientka, kterou jsem si vybrala pro svůj výzkum. K dispozici byl guláš, párky, čaj a nealkoholické nápoje, které zdarma dodala Kofola. Na dvou pódiích vystupovali nejen profesionálové, ale i pacienti a zaměstnanci PN v Opavě. Na malém pódiu působili jako moderátoři dva zaměstnanci PN, na velkém pódiu již konferoval zkušený moderátor PhDr. Jiří Siostrzonek, který nezištně pracoval zdarma. Pro všechny vystupující a pro ty, kdo dobrovolnicky pracovali, jsme měli kromě pohoštění připravené drobné dárky, které jsme sami zhotovili. Pacienti právě hospitalizovaní měli dopředu rozdělené služby. Každý věděl, co je jeho starostí. Rozdávali dárky, nosili vystupujícím občerstvení, pomáhali s prodejem ve stáncích a podobně. Měli i časově rozvrženy služby. Vše jsme si dohodli dopředu a všichni věděli, že kdyby se necítili dobře, mohou se přihlásit o výměnu. Toho skutečně využili dva pacienti, kteří aktuálně nezvládli míru podnětů a museli se jít na oddělení zklidnit. Jinak všichni plnili své úkoly na jedničku a nebylo potřeba nikomu pomáhat. Prokázali praktičnost a vytrvalost v pracovních aktivitách. Někteří měli obavu z toho, že je uvidí známí a že zjistí, že se léčí v psychiatrické nemocnici. Dohoda byla, že si sami zhodnotí, zda půjdou ven, nebo zůstanou na

oddělení. Všichni se ale v průběhu dne přirozeně zařadili do programu. Důležitým momentem byl společný prožitek, který takováto akce nabízí. Všem bez rozdílu se podařilo přeladit z každodenních starostí a pod pódiem skákali jak pacienti, tak personál a lidé z „venku“. Primář Taraba tento moment zhodnotil slovy, že do prostředí, které léta sytí trápení a bolest, přišla radost. Zajištěna byla mediální podpora. Bohužel získat přímý televizní přenos bylo dosti obtížné a podařilo se to až na základě osobních kontaktů. Bylo nám řečeno, že toto téma není pro televizi atraktivní, což nás dosti mrzelo. Krátký vstup se podařilo zajistit v regionálním vysílání. Medializace pro nás byla rovněž důležitou součástí, neboť na téma psychiatrické péče konečně hovoří v pozitivním slova smyslu. Všechny, kdo nám pomáhali, jsme později pozvali na setkání, kde jsme promítli krátký film z festivalu, zhodnotili akci a všem poděkovali.

1.11 Kazuistika

Jméno: Anna (záměrně změněné křestní jméno z důvodu ochrany osobních dat pacientky)

Věk: 27 let

Diagnóza: paranoidní schizofrenie

Stav: svobodná

Povolání: základní vzdělání, 2x nedokončila střední školu. Pracovala opakovaně v pohostinství. Práci se jí nedařilo udržet. Nyní bez pracovního poměru.

Osobní rodinná anamnéza: otec agresor, fyzicky ji napadal, byla psychicky deprivovaná. V jejích 10 letech se rodiče rozvedli. Sestra má 20 let, je zdravá. Dále bez významností.

Sociální anamnéza: má přítele asi rok, bydlí u babičky v 1+1, má dluh na nájmu za předchozí bydlení ve výši 200 000 tisíc korun.

Abuzus: do roku 2011 THC, nyní občas pivo, nekouří.

Terapie: Olpinat 10 mg 1/2-0-1 tbl, Tisercin 25 mg 0-0-1, Rivotril 0,5 mg 0-0-1, Lamotrigin actavis 25 mg 1-0-1,Chlorprothixen 50 mg 0-0-1

Počet hospitalizací: 2 – předcházela hospitalizace v PN Kroměříž v roce 2011.

Dne 15. 7. 2013 přijata na otevřené oddělení na stanici 17B,C. Popisuje, že se od ledna vše pokazilo, nevyšla jí práce. Pracovala příležitostně jako číšnice, ale nikde nevydržela dlouho a problém také dělala konzumace alkoholu. Hádají se s přítelem o peníze, on

rovněž nemá práci. Nálada je špatná, nemůže spát, brzy se budí, myslí, že už to nikdy nebude lepší. Popisuje sociální stažení, uzavírání se a obrovský pocit samoty a odcizení. V posledních dnech už nevycházela z domu, měla strach z lidí. Uvažovala, zda by nebylo lepší, kdyby spolykala prášky a měla od všeho klid. V důsledku špatného stavu si nadělala dluhy – už nebyla zcela v realitě a nezvládala běžné úkony, jako je například úhrada nájmu. Přišla o hodně věcí. Od hospitalizace v Kroměříži se to nezlepšilo, pořád se cítila špatně, už nevěří, že se to může zlepšit, nemá sílu. Když hovoří o agresivitě otce, rozpláče se. V průběhu léčby se obtížně adaptuje na režim i kolektiv, s nikým se nebaví, převládá pasivita, uzavřenost, vztahovačné obsahy myšlení. Často mívá pocity prázdnoty, má „prázdnou“ hlavu. Nevidí do budoucna žádnou perspektivu, vadí jí ostatní pacienti, nechce být na oddělení. Zařazena do intenzivního psychoterapeutického programu, kde je rovněž pasivní, nesoustředěná, ale postupně je stále více motivována pro spolupráci. Otevřeně hovoří o svých pocitech z bezvýchodné situace, aktuální sebevražedné myšlenky popírá. Po měsíci léčby prodělala extrémní alergickou reakci na psychofarmaka, s hospitalizací v nemocnici Opava na ORL oddělení. Po odeznění alergické reakce přeložena opět na oddělení 17B,C. Pozvolna se měnil postoj k léčbě, ale i k vlastní životní situaci. Ve skupině hovořila o tom, že zkušenost, kdy si myslela, že je ohrožena na životě, ji přiměla mnohé přehodnotit a byla ráda, že to má vše za sebou a má motivaci na sobě pracovat. Nálada se pomalu projasňovala, byla schopna přizpůsobit se režimu na oddělení a v psychoterapeutických aktivitách si vyjasňovala otázky onemocnění, vztahovou oblast a otázku dalších perspektiv. Stále se však podhodnocuje, v kontaktu je méně jistá, ale má snahu o společenské vystupování.

Před festivalem nejistá, zda se má vůbec akce účastnit, má obavy, že ji zde někdo uvidí a zjistí, že se léčí v blázinci. Nakonec souhlasila s tím, že si vezme za úkol starost o vystupující a jejich občerstvení společně s dobrovolníky. Kdyby jí nebylo dobře, může se vrátit kdykoli zpět na oddělení. Této dohody ale využila jen na okamžik a brzy se velice dobře zapracovala a kontaktovala se i s organizacemi, které měly na akci workshopy a představovaly svou nabídku služeb pro pacienty po prodělané psychotické epizodě. Na festival za ní přišel i přítel a byla schopna si den užít. Druhý den konstatovala, že už dlouho neměla tak intenzivní pocit spokojenosti, že si nemyslela, že v areálu PN v Opavě zažije chvíle, kdy se bude cítit tak dobře a uvolněně. Uvádí, že jí tato zkušenost napomohla k větší důvěře v okolí. Ve skupinové psychoterapii si v psychodramatu vyzkoušela v sérii scének rozhovor s matkou na téma nemoc

a perspektivy do budoucna. Byla schopna jí srozumitelně popsat, co se stalo, jak by se nemoc projevovala, kdyby stav zakolísal, a požádala ji, aby jí pomohla stav monitorovat. Dohodly se, že v případě zakolísání stavu půjdou společně k ambulantnímu psychiatrovi. Na rodinnou komunitu přišly matka a babička Anny a byly informovány o možnosti léčit se v případě zhoršení stavu přímo na oddělení 17B,C a tím se vyhnout nepříjemným a mnohdy ponižujícím formalitám, které je nutné realizovat na uzavřených odděleních. Léčbou na otevřeném oddělení se významně zkrátí doba léčby, protože pacient nemusí absolvovat „kolečko“ v podobě hospitalizací na uzavřených odděleních, které trvá zhruba dva měsíce. Předpokladem však je, že stav je ještě natolik dobrý, že pacient zvládne takovýto režim. Matka i babička kladně hodnotí aktuální zdravotní stav a uvádějí, že kdysi byla Anna úplně pasivní, ponořená do svého vlastního světa a ony si s ní nevěděly rady a docházelo i ke konfliktním situacím. Nyní chápou, že jde o projevy nemoci, a referují o tom, že atmosféra doma se hodně uklidnila a že Anna projevila zájem o to, bydlet u matky, a po částech by ráda splácela dluhy. Hovoří dále o tom, že jim pomohlo, že od ostatních rodičů slyší obdobné zkušenosti a odžité situace. Pomohlo jim zjištění, že v takovéto situaci nejsou samy a že mohly využít rad rodin, které jsou již v přístupu k onemocnění „dále“. Krátce po festivalu mohla být Anna propuštěna do režimu denního stacionáře, to znamená, že pacient do zařízení dochází ambulantní formou z domu jako do práce. Zpočátku chodila dvakrát, později jednou za týden. Pokračovala v psychosociální rehabilitaci v organizaci následné péče ANIMA VIVA. Zde chodila na angličtinu a trénink kognitivních funkcí, učila se pracovat na počítači. Referovala o tom, že se rozešla s přítelem, protože vyhodnotila, že pije, bere drogy a že by v tomto ohledu mohl pro ni představovat riziko vzhledem k požadavku na úplnou abstinenci, kterou by ráda dodržela. Začala bydlet s matkou. Organizace ANIMA VIVA jí našla chráněné pracovní místo v Kavárně Fajne Kafe. Zde má velice dobré reference a počítají, že s ní uzavřou regulérní pracovní smlouvu, ale na kratší úvazek. Byli jsme ji navštívit s celým oddělením a skutečně vypadala velice spokojeně a svou práci zvládala v klidu a s přehledem. Vypadala zcela sebejistě, usmívala se a byla schopna s hosty konverzovat uvolněně, s nadhledem a profesionálně.

1.12 Výsledky výzkumného postupu

V rámci rozhovoru s ošetřujícím lékařem-psychiatrem byly vytipovány níže popsané důležité skutečnosti.

Dopředu nebylo zcela zřejmé, jestli klientka náročnost celé akce zvládne. MUDr. Tatarko to hodnotí slovy: „*Obavy byly dvě. V první řadě z* toho, *že svou roli nezvládne* – toho jsme *se báli méně. Druhá, že potká někoho, koho zná z dřívějška, ten ji uvidí v roli nemocné* a ona situaci neunese.“ Tato obava se ukázala jako opodstatněná. K takové situaci skutečně došlo a Anna musela na chvíli odejít na oddělení. MUDr. Tatarko k tomuto uvádí: „*Může se stát*, *že činnost*, *kterou vidíme jako přínosnou*, *pacient uvnitř prožívá* s *velkou úzkostí a má z ní strach. Z* toho pak *může* rezultovat *nečekaná reakce v chování* klienta. To, *čeho se však nejdříve bála*, *jí pomohlo zvednout sebedůvěru, posílily se její sociální kompetence a ona sama z toho měla dobrý pocit. Získala kontakty s následnými sociálními organizacemi*.“ To se později ukázalo jako velice důležitá skutečnost. Podařilo se jí zcela nenásilnou formou poznat pracovníky následných organizací a vybrat si z nabídky tu, která jí vyhovovala nejlépe. Rozhodla se pro organizaci ANIMA VIVA, kam skutečně začala docházet na celou řadu aktivit. Současně také v rozhovoru vyzdvihuje fakt, že musela přiznat svůj aktuální statut, že *„m*usela *přiznat to, že v očích některých lidí je ta nemocná, která se léčí“*. Dalším důležitým aspektem je fakt, že *„*psy*chosociální léčba probíhá jaksi automaticky bez použití medicínských prostředků, nenásilnou formou, jakoby* sama od sebe*“*.

Pozorování se zaměřilo především na aktivitu pacientky při obsluze návštěvníků a vystupujících v rámci stánku s občerstvením, kde byla postavena před volbu různých způsobů řešení vzniklých situací. Pro klienty se zdají být důležité aktivity: překonání sociální bariéry – oslovení cizích osob, navazování hovoru, zvládání emočně náročnějších sociálních interakcí, orientace v objednávkách, správné vyřízení objednávek, psychomotorická zručnost a práce v kolektivu, vytrvalost a spolehlivost v plnění svěřených úkolů. Po počáteční nejistotě se jí podařilo nabýt pracovní a sociální jistoty a v pracovní činnosti vydržet.

Studium dokumentů týkajících se klientky přispělo informacemi o jejím dřívějším životním stylu a informacemi o potenciálu klientky, který byl aktuálně zkreslen psychotickou atakou onemocnění. Již dříve pacientka příležitostně pracovala v obsluze jako číšnice. Z dokumentace rovněž vyplývá značná nejistota klientky ohledně uchopení vlastního života, prožívala velkou samotu, izolaci, nedokázala navazovat a udržovat

sociální vztahy, nedokázala se realizovat na otevřeném pracovním trhu. Pokud se jí podařilo najít práci, nedokázala vyhovět pracovním nárokům a brzy byla propuštěna. Tato zkušenost dále podrývala její sebevědomí a přispívala k ještě větší pasivitě a vykořeněnosti.

Ze zjištěných informací byla vytvořena osa volného rozhovoru, který byl vzhledem k labilní psychice klientky rozdělen do několika časově odloučených částí. Cílem rozhovoru bylo zjistit prožívání a hodnocení vlivu aktivity na festivalu na rozvoj respondentky v rovině prožívání, otevření se okolnímu světu a posílení sociálních kompetencí a sebejistoty.

Klientka jako stěžejní vidí možnost *„setkat se s již propuštěnými pacienty, kteří přijeli už* z domu, s *personálem* jsem mohla komunikovat *úplně* jinak – *neformálně.* Setkala jsem se s *nabídkou služeb organizací, které představovaly své služby* a *měly* i *„ochutnávky" jednotlivých* aktivit. Vybrala jsem si to, co mi vyhovovalo, a dohodla jsem se s *pracovníky, že* budu *pokračovat* po *propuštění* z nemocnice u nich. *Líbily* se mi *možnosti, které nabízela* organizace ANIMA. Nadchla *mě neformální, uvolněná atmosféra* a *večerní hudební* program. Bylo pro *mě dobré mít možnost sdíle*t tyto pocity s *ostatními. Cítila* jsem, *že* jsme si ten den byli *všichni* rovni. Po *dlouhé době* jsem *měla* pocit, *že* jsem *součástí něčeho, že někam patřím.* Dodalo mi to *důvěru, že* se *dokážu* integrovat a zhruba od *té* doby jsem vzala *své záležitosti* do *svých* rukou. *Dařilo* se mi *brát léčbu vážně* a *cítila* jsem, *že* se posunuju *dopředu."* Po půl roce od propuštění se jí daří zvládat nároky běžného života: „Jsem *spokojená. Jistá* sama sebou, *víc* si *věřím, mám přirozené sebevědomí. Sebevědomí* je ale *podložené tím, že* se mi *něco podařilo. Docházím* do ANIMY, tam *vařím, učím* se *potřebným věcem. Třeba chodím* na *angličtinu, učím* se pracovat na *počítači, trénuji kognitivní* funkce. *Docházím* na *pracovní* rehabilitaci do K*avárny* Fajne kafe. *Mám slíbenou pracovní* smlouvu. *Pomáhá* mi *pravidelný režim. Užiju* si ale i legrace. *Jezdím* s *kamarády* na *výlety,* na *výšlapy* do *přírody, chodíme* do kina. *Baví mě taneční kroužek. Mám* plno *plánů, nejlepší* ale je, *že mám chuť* do *života."*

Zlepšení vnímá i matka klientky: „Anna je daleko *více* komunika*tivní. Nestraní* se *už* tolik *lidí. Má víc kamarádů* a *přátel. Poté,* co si s*áhla* na dno, je *nyní už schopná být víc společenská. Ráda* se *baví, chodí* na plesy, *chodí* do *tanečních kurzů* pro *ženy. Bojím* se o ni *stále,* ale *už* to *není* tak jako kdysi. Jsem *už* klidn*ější. Někde* v *pozadí* je ale *stále* obava, aby se *něco* nestalo." Popisuje, že už nemá o dceru tak obrovský strach jako dříve a dopady festivalu hodnotí následovně: „J*ednoznačně* se Anna *posílila* v komunikaci.

Našla si tam organizaci, *která jí hodně pomáhá.* P*ravidelně* tam *dochází* na *různé* aktivity a *našla* si tam *kamarády.* Vzrostlo *jí sebevědomí. Vidím* na *ní, že* je to zase ona. *Má své cíle, plány* do budoucna. Pracuje v *chráněných podmínkách* v *kavárně* a moc se *jí* tam *líbí. Občas* se na ni jdu *podívat* a jsem *ráda, že* se tam *cítí dobře. Chtěla* by si *dodělat školu* a *možná pokračovat* ve studiu *dál.* To ale *nevím,* jestli *zvládne.* Jsem opravdu *ráda. Dříve* jsem si s *ní nevěděla* rady. *Dělala různé* pro *ostatní nepochopitelné věci.* Myslela si, *že* vyhraje miliony, *že odletí* po*máhat dětem* do Afriky. *Neuměla* se ale postarat ani sama o sebe. *Teď už má reálné plány,* jsme schopny se domlouvat na *praktických věcech. Hodně* mi *pomáhá* doma s *domácími* pracemi. *Dříve* byla *pasivní,* bez *zájmu* a radosti ze *života. Celé* dny jen *proležela* v posteli.*"* Aktuální stav popisuje slovy: „S Annou jsem spokojena velice. *Můj osobní život není úplně* podle *mých představ* a snad i proto si velice *vážím* toho, co Anna *dokázala. Musím říct, že* je mi *příkladem* v tom, jak je *statečná* a jak ty *těžké časy zvládla.* Jsem na ni *pyšná. Už* spolu *můžeme* mluvit o *všem. Už* pro *mě není dítě,* ale *dospělá ženská, která* si v *životě něco vytrpěla* a *která tím vším* podle *mě dozrála.*"

1.13 Závěr výzkumné sondy

V závěru lze konstatovat, že pořádání obdobných aktivit z pozice psychiatrického onemocnění směrem k otevřenému sociálnímu světu má své opodstatnění. Sledovaný případ jednoznačně dokazuje, že zážitek společenské prospěšnosti (v tomto případě práce při zajištění občerstvení) a možnost, respektive nutnost komunikace s neznámými lidmi při výkonu stanovené činnosti přispívají v některých případech k rozvoji osobní pohody, integrity a sociální kompetence. Cíl práce, který jsem si stanovila, byl splněn, na příkladu konkrétního případu byla zaznamenána zlepšení v oblasti resocializace a zařazení se jak pracovní (přislíbeno pracovní místo na běžném pracovním trhu), tak i sociální.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku psychosociální rehabilitace klientů s psychotickou zkušeností a na možnosti, které v této souvislosti nabízí potenciál alternativních a neformálních aktivit.

V teoretické části byla představena Psychiatrická nemocnice v Opavě, její historie, nejnovější východiska pro uchopení problematiky psychotických poruch s důrazem na schizofrenii a její varianty, včetně léčby a psychosociální rehabilitace, jež je podstatnou součástí komplexní léčby, kterou mimo jiné poskytujeme na našem pracovišti v PN v Opavě.

Teoretická část vytvořila nezbytná východiska pro uchopení problematiky v empirické rovině. Ta se opírala o vymezení a praktické použití výzkumných metod promítnutých do případové studie respondentky Anny. Ve výzkumném šetření byl představen režim oddělení 17B,C PN v Opavě, popis pořádané kulturní akce, kazuistika klientky a shrnutí výzkumného šetření.

V rámci diplomové práce jsem si stanovila dle Maxwela několik výzkumných otázek. Budeme-li postupovat od konkrétních cílů k abstraktním, tak byl v prvním sledu naplněn personální cíl. Práce na projektu mi nabídla možnost setkání s pacienty v nestandardních situacích, možnost spoluprožívat atmosféru celého festivalu. Festival „Cesty za oponu“ byl jednou z možností, jak smazat v Opavě pomyslnou bariéru mezi většinovými „zdravými“ obyvateli města a klienty PN v Opavě. Zároveň byl festival příležitostí, jak „ověřit“ schopnosti a spolehlivost klientů s psychotickým onemocněním v zátěžové zkoušce. Celá akce a její organizace splnily má očekávání, nicméně náročné požadavky, které s sebou přinesly, „zviditelnily“ zvýšenou senzitivitu některých jedinců, kteří nebyli schopni tolerovat psychickou zátěž spojenou s organizací festivalu a vyhledali bezpečí oddělení.

Z hlediska praktického dopadu pořádání festivalu měl projekt jednoznačně pozitivní účinek. Díky spolupráci s městským dramaturgem se festival „Cesty za oponu“ zařadil do programu nejstaršího multižánrového festivalu v Opavě – Bezručovy Opavy – a věřím, že jeho návštěvníci si na něj najdou cestu i v dalších letech. Zároveň představuje jednu z mála „vizualizací“ naší instituce v pozitivní konotaci vůči široké veřejnosti. Jak jsem již zmínila, Psychiatrická nemocnice v Opavě patří mezi největší zaměstnavatele ve městě, ale díky svému poslání je často v očích laické veřejnosti stigmatizována. Neocenitelné

zkušenosti přinesl festival také pro každodenní práci s klienty ve smyslu rušení bariér mezi terapeutem a pacientem, komunikace probíhá více na úrovni partnerství a respektování přání klientů. Festival tak jednoznačně potvrdil intuitivní pohled pracovníků PN v Opavě organizovat takový festival. Při přípravě i během samotného festivalu jsem se setkala s pozitivním ohlasem mezi kolegy a akce pomohla „rozrušit" v pozitivním slova smyslu zažité pracovní stereotypy a posílila spolupráci a kolegialitu v daném zařízení.

V nejširší obecné rovině považuji výsledky projektu za velmi inspirující pro další obdobná pracoviště. Jak již bylo výše zmíněno, efekt spolupráce na podobném projektu má několik rovin. Tím hlavním je samozřejmě poskytnutí možnosti zapojení pacientů do organizování „veřejného" projektu, který s sebou přirozeně nese i obavy z toho, jak budou přijati rodinou, přáteli, známými i veřejností. Přidanou hodnotou je zvýšení prestiže instituce a nezanedbatelný edukativní rozměr pro společnost. Veřejnost má možnost seznámit se nezprostředkovaně s „životem" uvnitř zařízení i s osudy lidí, kteří zde hledají pomoc.

Důležitým aspektem práce bylo také zodpovědět na otázku, zda projekt napomohl zlepšení při rehabilitaci konkrétního klienta. Jak vyplývá nejen z rozhovorů s Annou, ale také z pozorování a rozhovorů s matkou a ošetřujícím lékařem, měl festival jednoznačně pozitivní vliv na průběh resocializace dané klientky. Umožnil rychlejší návrat pacientky do běžného života, zmírnil její komunikační bariéry a posílil ji v její existenciální jistotě.

V neposlední řadě měl festival „Cesty za oponu", i celý projekt s tím související, pozitivní dopad na pacienty PN v Opavě. I když se přímo nepodíleli na organizaci akce, mohli jí v některých případech využít a zakusit velmi neobvyklý pocit sounáležitosti s okolím i většinovou veřejností. Občas mohou být některé formy rehabilitace pacienty odmítány a chápány jako vynucené, zde se však jednalo o přirozené a spontánní zapojení do přípravy akce. Další pozitivním aspektem, který napomohl uvolnění vztahů a posílil důvěryhodnost celé léčby, byla možnost vidět terapeuty v nezvyklých situacích. Pro pracovníky PN v Opavě představoval festival možnost neformálního setkání nejen s kolegy a pacienty, ale i s veřejností. Měli možnost identifikovat se se svou organizací v nezvyklé, doufejme v pro ně prestižní situaci. Ač se jednalo o první ročník podobné akce, díky nezměrnému úsilí všech zainteresovaných a motivaci především z řad pracovníků jsme společně dokázali „vygenerovat" alespoň na pár hodin pozitivní obraz o organizaci, která jinak bývá veřejností tradičně vnímána spíše negativně.

Seznam použitých zdrojů:

BAUDYŠ, P., PROBSTOVÁ, V., PFEIFER, J., KLASCHKA, J., BENEŠ, M., PĚČ, O.: *Předpověď vývoje psychiatrické* invalidity u *psychotiků*. Praha 1991, 82 s.

BRUGGER, W.: *Filosofický slovník*. Praha 1994, 640 s.

DÖRNER,K., PLOG,U.: *Bláznit* je *lidské.* Praha 1999, 353 s.

GRUMLÍK, R. 100 let *Psychiatrické léčebny* v *Opavě*. Ostrava 1989, 116 s.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní* metody a aplikace. Praha 2005, 408 s.

HORÁČEK, J. et al.: *Psychotické* stavy v *klinické* praxi. Praha 2003, 263 s.

HÖSCHL, C., et al.: Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002, 895 s.

HÖSCHL, C., Psychiatrie. Scientia Medica: Praha, 1997, 175 s.

HŘEBÍČEK, S.: 90 let Psychiatrické léčebny v Opavě. In *90 let Psychiatrické léčebny v Opavě* 1889–1979. Opava 1979, 126 s.

JEBAVÁ, J.: *Úvod* do arteterapie. Praha: Univerzita Karlova, 1997, 95 s.

KALINA, K.: Jak *žít* s *psychózou?* Rady *nemocným*. Praha 1987, 254 s.

KLIMEŠOVÁ, E.: *Vyrovnávání se s psychotickým onemocněním z pohledu nemocných a jejich* rodin (bakalářská práce). Opava 2012, 56 s.

KOUKOLÍK, F.: *Nejspanilejší* ze *všech bohů.* Praha 2012, 233 s.

KRATOCHVÍL, S.: *Skupinová* psychoterapie v praxi. Galén: Praha 1995, 329 s.

KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci. Praha 2002, 197 s.

KÜBLER-ROSS,E. O smrti a *umírání*. Turnov 1993, 288 s.

MATOUŠEK , O. a kol.: *Základy sociální práce*. Praha 2007, 309 s.

MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F.: Schizofrenie. Praha 2004, 437 s.

PRAŠKO, J. et al. *Léčíme* se s *psychózou:* Co byste *měli vědět* o schizofrenii a *jiných psychózách.* Praha 2005, 96 s.

PRAŠKO, J. et al.: *Psychotická* porucha a *její léčba*. Praha 2001, 90 s.

PROCHÁZKOVÁ, E.: Rozvoj potenciálu klientů se schizofrenií prostřednictvím sociální práce. *Sociální práce*, 2009, č. 4, s. 111-116.

ORSZÁGOVÁ, I., *Psychotická zkušenost a její vliv na kvalitu živ*ota pohledem rodiny a *odborníků.* (diplomová práce), Olomouc 2012, 90 s.

RODER, V., BRENNER, H. D., KIENZLE, N.: Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erktrankten.Berlin 2002, 274 s.

ROGERS, C. R.: *Způsob bytí.* Praha 1998, 292 s.

ŘEZÁČ, J.: *Sociální* psychologie. Brno 1998, 272 s.

ŘÍČAN, P.: Psychologie *náboženství* a spirituality. Praha 2007, 326 s.

SATIROVÁ, V.: *Kniha o rodině.* Praha 2006, 357s.

SCHMIDBAUER, W.: *Die hilflosen Helfer: über die seelische Problematik der* helfenden Berufe. Reinbek bei Hamburg 1998,0 251 s.

STROSSOVÁ, I.: *Skupinová* psychoterapie *psychotiků* v praxi. Zprávy VÚPS, č. 71, 1984, 101 s.

SVATOŠOVÁ, M.: *Víme* si rady s *duchovními potřebami nemocných?* Praha 2012, 112 s.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K: *Kvalitativní výzku*m v *pedagogických vědách: pravidla hry.* Praha: Portál, 2007, 384 s.

VAVŘÍK, P.: Několik pohledů do historie PL Opava. in 120 let 1889–*2009. Psychiatrická léčebna Opava*. Opava 2009, s. 5–8.

Velký sociologický slovník. II.svazek, (ed. Pavel Klener). Praha 1996, s. 749–1627.

VYMĚTAL, J.: *Rogerovská p*sychoterapie. Praha 1996, 208 s.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro *pomáhající* profese. Praha 2008, 872 s.

Přednášky:

TARABA. P. " *Příběhy nemocné duše*", Opava, Obecní dům, PN v Opavě, 5. 12. 2013

Internetové zdroje:

McALPINE, D. D, WARNER, L.: Barriers to Employment among Persons with Mental Illnes: A Review of the Literature. Center for the Research on the Organization and Financing of Care for Severely Mentally Ill, Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, the State Univesity Rutgers, ,2001. Project Numer: p04-04c. [online]. Cit. (2014-06-11) Dostupné z: http://www.dri.illinois.edu/research/p01-04c/final_technical_report_p01-04c.pdf

Ministerstvo vnitra, *portál veřejné zprávy* (online). Cit. (2014-03-26) Dostupné z: www.portal.gov.cz

Psychiatrická nemocnice Opava [online]. Cit. (2014-03-27) Dostupné z: www.pnopava.cz

Reforma péče o duševní zdraví [online]. Cit. (2014-06-11) Dostupné z: www.reformapsychiatrie.cz

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Žádost o umožnění sběru dat k diplomové práci
Příloha č. 2 - Polostrukturovaný rozhovor s ošetřujícím lékařem MUDr. Tatarkem
Příloha č. 3 - Strukturovaný rozhovor s matkou nemocné
Příloha č. 4 – Rozhovor s respondentkou Annou
Příloha č. 5 – filmový sestřih z festivalu „Cesty za Oponu 2013“ – 12:45 min
Příloha č. 6 – Časopis Posel, občasník primariátu H, ročík X, číslo 26
Příloha č. 7 – Psychózy – otázky a odpovědi – edukační materiál pro pacienty na oddělení 17 B, C (pro vnitřní potřebu)

Příloha č. 1 – Žádost o umožnění sběru dat k diplomové práci

Psychiatrická nemocnice v Opavě
MUDr. Ivan Drábek
ředitel
Olomoucká 88, 746 01 Opava

Opava 16.10.2013

Věc: Žádost o umožnění sběru dat k diplomové práci

Vážený pane řediteli,

dokončuji studia na Palackého univerzitě v Olomouci a zpracovávám diplomovou práci na téma *Dopad festivalu "Cesty za oponu" na rehabilitační proces pacientů s psychotickým onemocněním v PN Opava.*
Součástí práce je i výzkumné šetření. Proto žádám o povolení sběru dat formou strukturovaného dotazníku na stanicích 17 BC a 17A. Primáři těchto oddělení jsou ústně informováni a souhlasí s realizací dotazníkového šetření.

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
IČ: 00844004, DIČ: CZ00844004

Děkuji. S pozdravem

Eva Klimešová

Příloha č. 2 - Polostrukturovaný rozhovor s ošetřujícím lékařem MUDr. Tatarkem

1. **Myslíte si, že má smysl pořádat podobné akce?** MUDr. Jan Tatarko: „ Určitě, samozřejmě nejen Pavle pomohl kontakt s veřejností, přátelská atmosféra festivalu. Rovněž si myslí, že veřejnost viděla naše pacienty v přirozených sociálních situacích a pomohlo to k destigmatizaci psychiatrie jako takové.“
2. **Čím konkrétně byla akce nápomocna úzdravě?** I když se nejdříve bála svého dílu povinností – starat se o účinkující, nakonec vše výborně zvládla. To, čeho se nejdříve bála, jí pomohlo zvednout sebedůvěru, posílily se její sociální kompetence a ona sama z toho měla dobrý pocit. Získala kontakty s následnými sociálními organizacemi.
3. **Měl jste z něčeho obavu?** Obavy byly dvě. V první řadě z toho, že svou roli nezvládne – toho jsme se báli méně. Druhá, že potká někoho, koho zná z dřívějška, ten ji uvidí v roli psychicky nemocné a ona situaci nezvládne. To je velkým limitem při práci s psychotickými pacienty – strach z reakce okolí, obava ze stigmatu. Zároveň se může stát, že činnost, kterou vidíme jako přínosnou, pacient uvnitř prožívá s velkou úzkostí a má z ní strach. Z toho pak může rezultovat nečekaná reakce v chování pacienta.
4. **Změnilo se něco účastí pacientky na festivalu?** Viditelně se posílila sebejistota, sebepřijetí, snížila se úzkost, objevil se větší smysl pro humor, začala si dávat realističtější cíle a posílila se v navazování kontaktu s lidmi, získala důvěru ve své síly a v to, že má opět život pod svou kontrolou. Rovněž se posílila důvěra k léčbě a zdravotnickému personálu. Pacientka se vyvázala ze své sociální izolace, začala docházet do následných organizací, ukončila nevyhovující a do značné míry rizikový partnerský vztah.
5. **Proč je zapotřebí posilovat psychotické pacienty v aktivitách a sociálních kontaktech?** Zkušenost s psychotickou nemocí, například když člověk slyší hlasy, nebo má pocit sledování, vede k velké ztrátě sebedůvěry, k velké nejistotě, pacienti reagují stažením se do sebe, přerušují kamarádské vztahy, často přijdou o práci, nebo partnera. Nemoc zasahuje i nejbližší rodinu. Tyto všechny oblasti je třeba obnovit, aby uzdravení pacienta mohlo být dlouhodobé.
6. **Proč si myslíte, že tato forma rehabilitace má tak velkou účinnost?** Na festivalech podobného typu se pacienti dostanou do přirozeného prostředí, setkají se se zdravými lidmi, rehabilitace probíhá jaksi automaticky bez použití klasických medicínských prostředků nenásilnou formou, jako by sama od sebe.
7. **Proč si myslíte, že se pacientka tak bála?** Samozřejmě se obávala návratu úzkosti, kterou již znala z nemoci, také větší míry sociálních kontaktů. Měla obavu, zda je vůbec zvládne. Na druhou stranu však musela přiznat to, že v očích některých lidí, je ta nemocná, která se léčí.

Příloha č. 3 - Strukturovaný rozhovor s matkou nemocné

1. **Co si myslíte, že se změnilo vlivem účasti na festivalu v PN v Opavě?**

   Anna je daleko více komunikativní. Nestraní se už tolik lidí. Má víc kamarádů a přátel. Poté, co si šáhla na dno, je nyní už schopná být víc společenská. Ráda se baví, chodí na plesy, chodí do tanečních kurzů pro ženy. Bojím se o ni stále, ale už to není tak, jako kdysi. Jsem už klidnější. Někde v pozadí je ale stále obava, aby se něco nestalo.

2. **Z čeho máte strach?**

   Z toho, že by se mohlo všechno vrátit a Anna by se mohla zase octnout na psychiatrii.

3. **Co bylo pro vás tak obtížné na hospitalizaci Anny?**

   Těžké bylo vidět svou dceru v tak těžkém stavu. Často plakala, byla úzkostlivá, nechtěla se vracet po vycházkách zpět do léčebny.

4. **Změnilo se něco ve vašem vztahu?**

   Určitě.

5. **Můžete to přiblížit?**

   Více spolu mluvíme, třeba i o blbostech. Anna je otevřenější a já se v ní více vyznám. To mne do jisté míry uklidňuje. Jsem ráda, že se baví i s mým přítelem. Dříve byly vztahy napjaté. Jsem taky ráda, že se rozešla s přítelem.

6. **Proč to vítáte?**

   Přítel ji neustále stahoval do problémů. Tak je to lepší.

7. **V jakém směru si myslíte, že byl festival prospěšný?**

   Jednoznačně se Anna posílila v komunikaci. Našla si tam organizaci, která jí hodně pomáhá. Pravidelně tam dochází na různé aktivity a našla si tam kamarády. Vzrostlo jí sebevědomí. Vidím na ní, že je to zase ona. Má své cíle, plány do budoucna. Pracuje v chráněných podmínkách v kavárně a moc se jí tam líbí. Občas se na ní jdu podívat a jsem ráda, že se tam cítí dobře. Chtěla by si dodělat školu a možná pokračovat ve studiu dál, To ale nevím, jestli zvládne. Jsem opravdu ráda. Dříve jsem si s ní nevěděla rady. Dělala různé pro ostatní nepochopitelné věci. Myslela si, že vyhraje miliony, že odletí pomáhat dětem do Afriky. Neuměla se ale postarat ani sama o sebe. Teď už má reálné plány, jsme schopny se domlouvat na praktických věcech. Hodně mi pomáhá doma s domácími pracemi. Dříve byla pasivní, bez zájmu a radosti ze života. Celé dny jen proležela v posteli.

8. **Jaké to pro Vás bylo jako pro matku?**

   Hrozné. Já jsem z toho dodnes špatná. Vůbec jsem nevěděla, jak jí mám pomoct.

9. **V čem byl podle Vás festival přínosem a v čem rizikem pro Annu?**

   Anna tam byla s přítelem. Měla jsem z toho nedobrý pocit. Nebyla jsem ráda, když byli spolu. Vždycky to hrozilo nějakým průšvihem. Určitě jsem ale na ní viděla, že jí to dalo chuť do života, přestala se užírat a zamyslela se nad sebou. Myslím, že už chce něco víc dosáhnout.

10. **Jste nyní spokojená?**

    S Annou jsem spokojena velice. Můj osobní život není úplně podle mých představ a snad i proto si velice vážím toho, co Anna dokázala. Musím říct, že je mi příkladem v tom, jak je statečná a jak ty těžké časy zvládla. Jsem na ní pyšná. Už spolu můžeme mluvit o všem. Už pro mě není dítě, ale dospělá ženská, která si v životě něco vytrpěla a která tím vším podle mě dozrála.

Příloha č. 4 – Rozhovor s respondentkou Annou

1. **Můžete mi ve zkratce povykládat svůj příběh s nemocí?**

Začalo to v roce 2011. Zažila jsem stavy, kdy jsem byla úplně mimo realitu a z některých období si pamatuji jen útržky. Můj stav začal problémy s přítelem, který mě sice miloval, ale nerozuměli jsme si v otázkách drog. Já jsem s tím chtěla přestat a on ne. Vadilo mu také, že pracuji v noci a za barem. Strašně žárlil a nedal si nic vysvětlit. Pořád mě kontroloval a několikrát mě i fyzicky napadl. Já jsem ho ale milovala a tak jsem mu všechno odpouštěla. Můj stav se pozvolna zhoršoval. Přestala jsem spát, myslela jsem si, že můžu všechno, zanedbávala jsem praktické věci. Necítila jsem se vůbec dobře a tak jsem si vzala taxíka a odjela do Kroměříže. Tam jsem se tři dny toulala po venku, nespala jsem a pila alkohol. Byla jsem úplně mimo, myslela jsem si například, že se mi nemůže nic stát, že se nepořežu, když budu sahat na střepy, tak jsem sbírala sklo…Pak jsem zkolabovala. Tělo už odmítlo pracovat. Myslela jsem si, že mám v hlavě čip, se kterým můžu dělat vše, že jsem dokonalý prototyp člověka. Nedobrovolně mně hospitalizovali v PN Kroměříž. Tam jsem začala být vztahovačná. Chtěla jsem na samotku, bála jsem se lidí, chtěla jsem po personálu, ať mě zamknou. Musela jsem ale mezi ostatní pacienty a měla z toho strašné stavy. Stále více jsem se uzavírala a vyhledávala samotu. Nechtěla jsem užívat léky, ani léčbu jsem nebrala vážně. Připadalo mi, že jsem v pořádku, to oni byli divní…Nechtěla jsem pít čaj – bála jsem se, že se nakazím…

Myslím, že tehdy mi léčba moc nepomohla. Byla jsem tam 4 měsíce. Nic moc se mnou nedělali. Po propuštění stále přetrvávaly obavy, strach z lidí. Myslela jsem si, že si o mě všichni myslí jen to nejhorší. Třeba, že jsem alkoholička a prostitutka. Hodně jsem plakala, pořád jsem ležela v posteli, nespala jsem, ven jsem chodila jen v noci. Můj stav se nelepšil. Opakovaně jsem přišla o práci, nenechala jsem si poradit ani pomoct. Neviděla jsem svou situaci reálně. V tu dobu mi hodně pomohly kamarádky, které mě přemluvily k další léčbě. Vyřídili za mě formality.

Ze začátku léčby jsem se cítila hrozně. Neuměla jsem si zvyknout, uzavírala jsem se, byla jsem zařazena do intenzivní skupinové psychoterapie. Zpočátku jsem byla nejistá, nedokázala jsem se soustředit. Nestíhala jsem, hodně jsem plakala, nevěděla jsem, jestli to někdy přestane.

2. **Co Vám pomohlo v léčbě?**

Rozhodně možnost domlouvat se s lékařem na medikaci. Asi po dvou měsících mi začala pomáhat skupinová psychoterapie. Zvlášť psychodrama mě naučilo říkat o sobě pravdu a to je pro mě strašně důležité.

3. **Jaké pocity převažovaly před festivalem?**

Bylo mi smutno, byla jsem bez naděje, plná strachu. Nejvíc jsem se bála, že mě pozná někdo známý a bude se mě ptát na věci, o kterých se mi nemluví moc dobře. Bude si říkat, že jsme blázen, že už se té nálepky nezbavím.

4. **Jaké to bylo v průběhu akce?**

Ze začátku jsem měla sice obavy, ale celkem jsem si to užívala. Roznášela jsem pití a pohoštění pro účinkující. Posilovala jsem se v jistotě. Pak mě ale viděla kamarádka, všimla si, že jsem přibrala na váze a ptala se mě, co tam dělám. Odpověděla jsem, že jsem pacientem, ale hodně mě to rozhodilo. Chvíli jsem musela odejít, pak se mi ale podařilo se přeladit. Řekla jsem si, že si to nenechám zkazit. Dobré bylo, že přišel přítel a pak už jsem si to užívala.

5. **V čem si myslíte, že byl pro Vás přínos?**

Mohla jsem se setkat s propuštěnými pacienty, kteří přijeli už z domu, s personálem jsem mohla komunikovat úplně jinak – neformálně. Setkala jsem se s nabídkou služeb organizací, které představovaly své služby a měly i „ochutnávky“ jednotlivých aktivit.

Vybrala jsem si to, co mi vyhovovalo, a dohodla jsem se s pracovníky, že budu pokračovat po propuštění z nemocnice u nich. Líbily se mi možnosti, které nabízela organizace Anima. Nadchla mě neformální, uvolněná atmosféra a večerní hudební program. Bylo pro mě dobré mít možnost sdílet tyto pocity s ostatními. Cítila jsem, že jsme si ten den byli všichni rovni. Po dlouhé době jsem měla pocit, že jsem součástí něčeho, že někam patřím. Dodalo mi to důvěru, že se dokážu integrovat a zhruba od té doby jsem vzala své záležitosti do svých rukou. Dařilo se mi brát léčbu vážně a cítila jsem, že se posunuju dopředu.

6. **Jak se máte nyní?**

Jsem spokojená. Jistá sama sebou, víc si věřím, mám přirozené sebevědomí. Sebevědomí je ale podložené tím, že se mi něco podařilo. Docházím do Animy, tam vařím, učím se potřebným věcem. Třeba chodím na angličtinu, učím se pracovat na počítači, trénuji kognitivní funkce. Docházím na pracovní rehabilitaci do kavárny „Fajne kafe“. Mám slíbenou pracovní smlouvu. Pomáhá mi pravidelný režim. Užiju si ale i legrace. Jezdím s kamarády na výlety, na výšlapy do přírody, chodíme do kina. Baví mě taneční kroužek. Mám plno plánů, nejlepší ale je, že mám chuť do života.

7. **Změnil se v něčem Váš vztah k psychiatrické nemocnici a k léčbě?**

Ano. Uvědomila jsem si, že jsem nebyla jako panenka za mřížemi. Vyhovovalo mi, že byl v léčbě individuální přístup a aktivity vycházely vstříc potřebám nás, pacientů. Velmi si pamatuji i všechny pěkné pocity, které jsem zažila. Potkala jsem lidi, kteří mě berou takovou, jaká jsem. Doufám, že kdybych ještě někdy potřebovala pomoc, vyhledala bych jí daleko dříve a už vím, na koho a kam bych se obrátila. Mám z pobytu i hodně kamarádů, se kterými jsem stále v kontaktu.

8. **Můžete vyjádřit pocit z festivalu jedním slovem?**

SUPER!

Příloha č. 5 – filmový sestřih z festivalu „Cesty za Oponu 2013“ – 12:45 min.
Příloha č. 6 – Časopis Posel, občasník primariátu H, ročník X, číslo 26.
Příloha č. 7 – Psychózy – otázky a odpovědi – edukační materiál pro pacienty na oddělení 17 B, C (pro vnitřní potřebu)