



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Literární výpověď psychicky nemocného jako svědectví
boje o normalitu (její etický aspekt)**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Aneta Vedralová

Školitel: PhDr. Jan Vitoň, Ph.D.

České Budějovice 2017

Literární výpověď psychicky nemocného jako svědectví boje o normalitu (její etický aspekt)

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je popsat dominantní etické aspekty návratu duševně nemocného zpět do běžného života a poukázat tak na důležitost sociální podpory v procesu zotavování se. Za specifikum této práce považuji fakt, že jako zdroj dat nesloužily pouze polostrukturované rozhovory, ale taktéž obsahová analýza knih dvou žen, jež mají osobní zkušenost s psychotickou formou onemocnění.

Za účelem efektivního dosažení hlavního výzkumného cíle je práce rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je rozsáhlým pojednáním o schizofrenním onemocnění, tak aby se čtenář lépe vžil do prožitků duševně nemocného člověka. Je zde popsána schizofrenie, její možné projevy, sociální dopady, léčba či prognóza. Část věnující se léčbě schizofrenie navíc popisuje u nás nepříliš užívaný typ léčby – narativní terapii. Další neméně podstatnou oblastí teoretické části práce je pak pojednání o stigmatu duševního onemocnění a jeho možném potírání aktivitami antistigmatizačního charakteru. Teorie je následně uzavřena nastíněním problematiky normality.

Empirická část bakalářské práce se tedy za pomoci kvalitativní strategie snaží dosáhnout stanoveného cíle. Děje se tak prostřednictvím jak analýzy volné transkripce dvou polostrukturovaných rozhovorů, tak skrze obsahovou analýzu dvou knih. Jedná se o knihu Markéty Bednářové *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou* a o knihu *Homo psychoticus* od autorky Markéty Dohnalové.

Z výzkumu plyne, že duševně nemocný jedinec se kromě nemoci samotné musí při svém návratu zpět do normálního fungování potýkat také s odmítavým postojem společnosti, která s ním mnohdy jedná diskriminačně. Duševně nemocní lidé mají například problém udržet si práci, popřípadě si ji vůbec najít a takovou, jež odpovídá jejich odborným schopnostem a možnostem.

Úspěšnému zotavení také mnohdy paradoxně brání léčba schizofrenie. Nemocní nejsou ochotni užívat medikaci s tlumícími a jinými nežádoucími účinky, což mnohdy bohužel ale vede k relapsu a opětovné hospitalizaci.

Další překážkou úspěšného návratu může být také rodina. Je důležité, aby se nemocný vracel do stabilního a bezpečného prostředí, které působí jako ochrana a prevence možného relapsu onemocnění.

Často si je nemocný překážkou sám. Sebestigmatizace jde ruku v ruce se ztrátou sebedůvěry, změnou identity a následně ustrnutím v nálepce duševní nemoci. Dojde tedy ke zvnitřnění předsudků, které má společnost ohledně nemocných schizofrenií a nemocný vzdává veškeré snahy o své plnohodnotné zapojení se zpět do společnosti.

V boji se stigmatizací, ale především se sebestigmatizací se pak zdá účinné odhalit svou diagnózu a otevřeně o ní hovořit. Tak učinily i Markéta Bednářová a Markéta Dohňalová, které vnímají napsání knihy o boji se svou nemocí za účinnou formu autoterapie a zároveň za jakýsi most k duševnímu zdraví.

Tato bakalářská práce by mohla otevřít další zájem o terapii nemocných schizofrenií prostřednictvím psaní svého životního příběhu. Dále jako průvodní materiál ve výuce sociální práce se záměrem přiblížit studentům pojmy stigmatizace duševního onemocnění. A mimo to může probudit další zájem v podpoře sociálních služeb, jež se snaží usnadnit návrat nemocného zpět do společnosti. A konečně tato bakalářská práce může být sama nositelem antistigmatizačního působení.

Klíčová slova

Duševní onemocnění; schizofrenie; psychóza; medikace; hospitalizace; narativní terapie; stigmatizace; sebestigmatizace; diskriminace; normalita

The literary statement of mentally ill individuals as a testimony of a fight for normality (its ethical aspect)

Abstract

Goal of this bachelor thesis is to describe dominant ethical aspects of a return of a mentally ill person back to normal life and to point out by this the importance of social support in the process of recovery. As a specific of this thesis I consider a fact that my source of data were not just semi-structured interviews but also the content analysis of books written by two women, who have personal experience with psychotic form of illness.

To result effective achievement of a main research goal, the thesis is divided into two parts, into theoretical part and into empirical part. The theoretical part is a vast treatise about schizophrenic disease written in a way so the reader would better experience life from the point of view of a mentally ill person. It includes the description of schizophrenia, its possible manifestations, social impacts, treatment or prognosis. In addition to that, a part dedicated to the treatment of schizophrenia describes a type of treatment that is not very often used in the Czech Republic called narrative therapy. Another equally important section of the theoretical part is the treatise about stigma of mental illness and its possible elimination by activities of anti-stigmatizing nature. Theory is then finished by outlining the issue of normality.

The empirical part of my bachelor thesis is trying to reach set goal with the help of qualitative strategy. It is happening through the analysis of loose transcription of two semi-structured interviews, but also through the content analysis of two books. One of them is called *Ve stínech za zrcadlem aneb o životě s psychózou* which was written by Markéta Bednářová, and the other one is called *Homo psychoticus* written by Markéta Dohnalová.

It is clear from the research that mentally ill individual must (besides the disease itself) fight with the negative attitude of society, that treats him discriminatory, while he is trying to get back to his normal functioning. For example, mentally ill people have problems to keep a job, or even to find one that suits their abilities and possibilities.

Successful recovery is also sometimes prevented by the treatment of schizophrenia, which is quite a paradox. The ill people are not willing to use medicine with soothing and other undesirable effects which sadly often leads to relapse and repeated hospitalization.

Another problem to successful return can also be family. It is important for the ill individual to return back to stable and safe environment which serves as a protection and prevention from possible relapse of the disease.

The ill individual is often hindrance to himself. Self-stigmatization goes hand in hand with the loss of self-confidence, with the change of identity and with the consequent stagnation in the label of mental illness. It comes to the internalization of prejudices, which the society holds against people ill with schizophrenia and the ill individual gives up all efforts on his full integration back to the society.

In a fight against stigmatization and primarily self-stigmatization, it seems to be effective to reveal one's diagnosis and to talk about it openly. This is what Markéta Bednářová and Markéta Dohnalová, who both believe that writing a book about a fight against their disease is an effective form of autotherapy and also a bridge to mental health, did.

This bachelor thesis could arouse further interest about therapy for people ill with schizophrenia through writing of their life story, and it could also serve as an accompanying material while teaching social work with the intention to describe the concepts of stigmatization of mental illness to students. And beside that it can evoke further interest in support of social services which try to ease the return of an ill individual back to the society. And finally, this bachelor theses itself could be a bearer of anti-stigmatizing influence.

Key words

Mental illness; schizophrenia; psychósis; medication; hospitalization; narrative therapy; stigmatization; self-stigmatization; discrimination; normality

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Literární výpověď psychicky nemocného jako svědectví boje o normalitu (její etický aspekt)* jsem vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Aneta Vedralová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Janu Vitoňovi, PhD., za trpělivé a odborné vedení mé bakalářské práce. Především pak za cenné rady, náměty a velmi podnětné připomínky, jež obohacovaly vznikající práci. Mé díky v neposlední řadě patří také dvěma neobyčejným ženám a autorkám Markétě Bednářové a Markétě Dohnalové za inspirativní rozhovory, díky nimž mohla tato práce v první řadě vzniknout.



© *By Shawn Coss*

„V mých očích jsou zdi, které oddělují zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.“ Franz Kafka

Obsah

ÚVOD.....	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	15
1 PORUCHY SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU	15
1.1 Psychotické onemocnění.....	15
1.1.1 Druhy psychóz.....	15
1.2 Schizoafektivní porucha.....	16
1.3 Schizofrenie.....	17
2 KLINICKÝ OBRAZ SCHIZOFRENIE.....	18
2.1 Prodromální příznaky.....	18
2.2 Další symptomy schizofrenie.....	19
3 KLINICKÉ FORMY A PŘÍČINY SCHIZOFRENIE	25
3.1 Klinické formy dle MKN-10.....	25
3.2 Příčiny schizofrenie.....	27
3.2.1 Genetické predispozice	27
3.2.2 Teorie chemické nerovnováhy	27
3.2.3 Model vulnerability.....	28
4 PRŮBĚH A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	29
4.1 Sociální dopady.....	30
5 SCHIZOFRENIE A JEJÍ LÉČBA.....	31
5.1 Farmakoterapie.....	31
5.2 Psychosociální přístupy.....	33
5.2.1 Účinnost psychoterapie u schizofrenie	33
5.3 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.....	36
5.4 Narativní terapie.....	37

5.4.1	<i>Kognitivní terapie zaměřená na příběh</i>	39
5.4.2	<i>Terapie psaním</i>	40
6	SIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB	41
6.1	Úvod do problematiky stigmatu	41
6.2	Přiblížení stigmatizace	42
6.2.1	<i>Model stigmatizace podle Thornicrofta</i>	44
6.3	Prožívané stigma – sebestigmatizace	45
6.4	Podoba duševní nemoci v médiích	47
6.5	Destigmatizace jako boj proti diskriminaci	48
6.6	Pojetí normality	49
II.	EMPIRICKÁ ČÁST	53
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	53
8	METODIKA VÝZKUMU	54
8.1	Použité metody a techniky	54
8.2	Charakteristika výzkumného souboru	54
8.3	Metoda sběru dat	55
8.3.1	<i>Technika získávání dat</i>	55
8.4	Metody zpracování dat	55
8.4.1	<i>Metoda fixace dat</i>	55
8.5	Průběh výzkumu	55
8.6	Etické aspekty výzkumu	56
9	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	57
9.1	Schéma 1: Boj s duševním onemocněním	57
9.1.1	<i>Než se zachvěla zrcadla aneb jak to bylo před nemocí</i>	58
9.1.2	<i>Uvědomění si nemoci</i>	60
9.1.3	<i>Život s dušením onemocnění</i>	60
9.1.4	<i>Návrat do běžného života</i>	63

9.1.5	<i>Stigmatizace duševního onemocnění</i>	68
9.1.6	<i>Shrnutí kapitoly</i>	71
9.2	Schéma2: Psaní jako svérázná forma autoterapie aneb psaní nebo život	71
9.2.1	<i>Motivace ke psaní</i>	72
9.2.2	<i>Význam psaní a jeho terapeutický účinek</i>	73
9.2.3	<i>Reakce blízkých a rodiny na psaní knihy</i>	74
9.2.4	<i>Reakce okolí a autorská čtení aneb kniha jako dveře do světa duševně nemocných</i>	75
9.2.5	<i>Shrnutí kapitoly</i>	77
10	DISKUSE	78
11	ZÁVĚR	90
12	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92
13	PŘÍLOHY	102

ÚVOD

Jednou ze zlomových událostí v životě člověka je bezesporu i propuknutí duševního onemocnění a následné oznámení diagnózy vážné duševní poruchy jakou je například psychóza potažmo přímo schizofrenie.

V současné době nalézáme mnoho uměleckých forem, přibližujících život s psychotickým onemocněním. Kupříkladu výtvarné umění se tahy štětce pokouší zachytit každý možný záchvěv emocí člověka, jehož tíží psychická porucha. Bohatým repertoárem disponuje také filmový průmysl. Jen málokomu nejsou povědomé záběry z filmů jako je *Čistá duše* nebo již klasického *Přeletu nad kukaččím hnízdem*.

V posledních několika letech se ale mimo jiné na pulty knihkupectví dostávají knihy líčící nelehký boj s duševní chorobou, a to ne v prozaické podobě, ale jako autentické příběhy lidí, kteří mají s takovýmto onemocněním vlastní zkušenost. První takovou knihou, jež se mi ostala do rukou, je *Střed se hroutí zevnitř* od Elyn Saksové, americké právničky a akademické pedagožky, která čelila schizofrenii již v průběhu vlastních studií. A tento druh tvorby se nyní uchytil i v našem prostředí. *Homo psychoticus* od Markéty Dohnalové a *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou* od Markéty Bednářové jsou svým způsobem prvními vlaštovkami.

A právě tyto dvě knihy a životní příběhy v nich obsažené jsou předmětem zájmu výzkumu této bakalářské práce. Obě autorky v nich velmi poutavou formou líčí svůj nelehký boj o normalitu, tedy návrat zpět do běžného fungování ze spleťtého světa duševní nemoci. Připomínají nám, že život s duševní chorobou není zrovna růžemi posetá stezka.

Cílem této bakalářské práce je tedy zdůraznit etické aspekty návratu psychicky nemocného do normálního života především s ohledem na reakce prostředí (např. rodiny, pracoviště, partnerů apod.) a upozornit tak na možnost sociální podpory nemocného a její význam v procesu uzdravování se.

Téma své bakalářské práce jsem volila i v rámci propojení dvou studijních oborů, jímž se věnuji. Vedle problematiky sociální práce studuji současně také obor psychologie. Zároveň také působím jako pracovník v sociálních službách v neziskové sféře a pracuji právě s klienty s psychickými obtížemi. Dnešním trendem je přesouvat péči o klienty s duševním onemocněním z lůžkové péče do domácího prostředí či ambulantních služeb.

I z tohoto důvodu se domnívám, že je zvolené téma velmi aktuální a představuje sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu, jenž se snaží komplexně pomoci klientům s diagnózou duševního onemocnění najít bezpečnou cestu k co možná nejrychlejší stabilizaci jejich zdravotního stavu a především podat pomocnou ruku při návratu do běžného života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU

1.1 Psychotické onemocnění

„Tápu rukama v chuchvalcích mlhy, všechny obrysy se ztratily, jsme už jen nekonečně prchající stíny, které se k ohnisku světla nikdy nepřiblíží...“ Eva Syřištová

Psychózou označujeme závažné duševní onemocnění primárně se vyznačující dezintegrací psychických funkcí, které se následně projevuje snížením náhledu, tedy ztrátou nebo oslabením kontaktu s realitou. Termín psychóza byl poprvé vysloven roku 1845 ústy Ernsta von Feuchterslebena jako další varianta k pojmu šílenství (Vacek, 1996). Jeho původ nalézáme v řečtině, kde *psyché* nese význam duše a *-osis* poukazuje na stav vymykající se normě (Ocisková, 2015).

Omezením náhledu není osoba trpící duševním onemocněním s psychotickými příznaky schopna odlišit mezi čistě vnitřní zkušeností, interpretací reality, a její vnější, objektivní podobou (Pěč a Probová, 2009). Můžeme tedy říci, že psychóza buduje vnitřní svět, který se však diametrálně odlišuje od světa vnímaného druhými lidmi (Praško et al., 2001). Hlavním problémem u psychoticky nemocných se zdají být obtíže při stanovování hranic, přičemž mnohdy je zasažena integrita „já“, jež je nezbytná pro vlastní sebepojetí a sebeuvědomování jako takové (Pěč a Probová, 2009).

S narušenou integritou osobnosti jde ruku v ruce i zhoršení interpersonálních vztahů s okolím nemocného, které postupně postřehne neobvyklé chování nemocného a jeho zřejmé odtržení od reality.

1.1.1 Druhy psychóz

Vzhledem k rozmanitosti projevů, neoznačuje psychóza jedno, nýbrž vícero onemocnění vyznačujících se výše zmíněnými charakteristikami. V lékařské praxi jsou podle Doubka et al. (2008, s. 10) rozlišovány tři základní druhy:

- **organické psychózy** – u nichž je nalezeno poškození mozkové tkáně;

- **toxické psychózy** – vznikají na základě působení chemické látky, jako je například LSD neb THC na výkon mozkových funkcí;
- **funkční psychózy** – nejsou způsobeny ani jedním z výše uvedených důvodů vzniku psychóz a na rozdíl od dvou předchozích jmenovaných typů jsou zájmem této bakalářské práce, jelikož do funkčních psychóz zařazujeme i schizofrenii, schizoafektivní poruchu, poruchu s bludy a schizotypální poruchy.

Pod označením poruch schizofrenního okruhu rozumíme poruchy, jež jsou v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů, dále jen MKN-10, zařazeny pod označením F20-F29, zahrnující **schizofrenii**, poruchy schizotypální, poruchy s bludy, dále také akutní a přechodné psychotické poruchy či **schizoafektivní poruchu**, ačkoli její zařazení zde může působit lehce kontroverzně. Je patrné, že zmíněný okruh je poměrně pestrou paletou více či méně si příbuzných poruch, které jsou ovšem spojeny určujícím kritériem – jsou formami psychotického onemocnění (MKN-10, 2008). Královnou těchto poruch je, metaforicky řečeno, bezesporu schizofrenie. Z tohoto důvodu je jí věnována větší pozornost než poruchám ostatním.

1.2 Schizoafektivní porucha

Jak je výše naznačeno, schizoafektivní porucha je zahrnuta do okruhu schizofrenních onemocnění. Skládá se jak ze schizofrenních, tak i z afektivních příznaků, jež jsou typické pro bipolární poruchu.¹ Primárně rozlišujeme depresivní, manický nebo smíšený typ poruchy, a to podle převahy a polarity daného afektu. Obecně je tento typ diagnózy poměrně častý, jestliže není jasno, zda se spíše přiklonit k diagnóze schizofrenie nebo afektivní poruchy (Češková in Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

¹ Viz F31 Bipolární afektivní porucha (MKN-10)

1.3 Schizofrenie

Vágnerová (2014, s. 319) definuje schizofrenii takto: „*Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.*“

Je téměř nemožné definovat schizofrenii jako pouhý sled příznaků, už jen kvůli různým variantám, ve kterých se vyskytují. Schizofrenii je proto třeba chápat jako proces měnící se v čase, stejně jako se mění její příznaky (Kučerová, 2010).

Při schizofrenii zůstává **lucidita** (jasnost) vědomí zachována. Intelekt zůstává zpočátku také zachován, ale s každou další atakou může docházet k jeho vážnému deficitu. Ve své podstatě se dá říci, že jsou narušeny všechny funkce a procesy, jež člověku propůjčují pocit jedinečnosti a jisté sebekontroly (Smolík, 1996).

Schizofrenie postihne přibližně 1 až 1,5 % populace, jinými slovy: schizofrenii onemocní zhruba jeden člověk ze 100. Četnost výskytu je u mužů i žen přibližně stejná, ale u mužů nemoc propuká prokazatelně o něco dříve než u žen. U zástupců obou pohlaví se však nejčastěji objevuje kolem období dopívání, adolescence a rané dospělosti (Doubek et al., 2008). Motlová a Koukolík (2004) uvádějí rozpětí mezi 20. a 30. rokem života jedince. Dörner a Plogová (1999) vkládají vypuknutí onemocnění spíše do adolescentního věku, za rozhodující období pokládají věk mezi 15. a 25. rokem.

Ponořme se nyní trochu hlouběji do historie. Písemné zaznamenání příznaků, typických pro schizofrenii nalézáme na tisíce let starých stranách „odborných“ textů, jako je například Ebersův papyrus, pocházející ze starověkého Egypta (Orel et al., 2012). A jako duševní poruše jí byla věnována pozornost již v období brzké antiky (Doubek, et al., 2008). Původně byla schizofrenie v roce 1896 pojmenována německým lékařem **E. Kraepelinem** (1856–1926) jako „*dementia praecox*“, tedy předčasná demence. Kraepelinovo pojmenování nebylo zcela od věci – v kontextu stavu tehdejších poznatků lékařských věd a vzhledem k ranému nástupu onemocnění a jeho degenerativním dopadům na oblast kognitivních funkcí (Vágnerová, 2014). Bankovská Motlová a Španiel (2017) však dodávají, že název se příliš dlouho neujal a již roku 1911 propůjčil schizofrenii její dnešní název další z významných švýcarských lékařů – **Eugen Bleuer** (1857–1939).

2 KLINICKÝ OBRAZ SCHIZOFRENIE

2.1 Prodromální příznaky

Nejprve se choroba projevuje tzv. prodromálními příznaky² (příznaky předcházející vypuknutí onemocnění), které pozvolna ohlašují její plíživý nástup (Motlová a Koukolík, 2004). Ve většině případů bohužel není snadné rozpoznat, že se u jedince děje něco abnormálního, jelikož se prvotní příznaky schizofrenie mohou jevit pouze jako do určité míry zesílené charakterové rysy osobnosti projevující se například zvýšenou introverzí a omezením osobních zájmů či kontaktem se sociálním prostředím. Tyto životní změny jsou rodinnými příslušníky přičítány těžkému životnímu období a změnám, jimž je každý z nás čas od času vystaven a je nutné, aby jim svým osobitým způsobem čelil (Doubek et al., 2008).

Právě změny, jak tvrdí Doubek et al. (2008), jsou zcela nezbytnou součástí lidského rozvoje. Rodina a přátelé mnohdy berou změnu na vědomí až ve chvíli, kdy jejich blízký není schopen fungovat ve škole nebo v zaměstnání. Před samotným vypuknutím onemocnění se objevují poruchy pozornosti, potíže související se spánkem, ale také bolesti zad a svalů nesoucí nápadnou únavu.

Nejčastěji se pak objevuje především v adolescenci či rané dospělosti. Proč se schizofrenní chování objevuje v adolescenci, tedy v období zhruba od 15 do 25 let? Adolescence je svým způsobem roztržité období, v němž je třeba se odpoutat od rodičů a zároveň tvořit blízké vztahy s jinými lidmi. Jedinec si v této životní fázi počíná uvědomovat mnohotvárnost výkladů světa, a nejen jeho dvoudimenzionální roviny, jako je například úsečné dělení dobra a zla. Zároveň se tímto svět stává nestálým a matoucím místem, proto adolescent na druhou stranu usiluje o jakýsi řád a jednoznačný výklad, čímž vzniká v něm samotném rozpor (Dörner a Plog, 1999).

² Nebo také tzv. prodromy

2.2 Další symptomy schizofrenie

Různí autoři publikací zabývající se schizofrenií přistupují k symptomatologii schizofrenie poměrně rozdílně. Například podle Bankovské Motlové a Španiela (2017) můžeme její příznaky diferencovat v rámci čtyř základních skupin: první skupinou jsou **psychotické příznaky zahrnující pozitivní³ symptomatiku**. Dále rozlišujeme příznaky poruch iniciativy a motivace, jež se odrážejí mimo jiné také ve vztazích s okolím (**negativní symptomy**). Třetí skupinu reprezentují **poruchy poznávacích (kognitivních) funkcí**, zejména poruchy paměti a pozornosti. Konečně rozeznáváme depresivní a manické příznaky spadající do skupiny **afektivních symptomů**.

Další autoři se kupříkladu zaměřují primárně na rozlišení **pozitivních a negativních příznaků**, přičemž symptomy rozdělují dle oblastí, ke kterým se etiologicky vztahují. Takovým autorem je například Vágnerová (2014), která následně popisuje příznaky spadající do kategorie kognitivních poruch, poruch emotivity či poruch osobnosti. Pro přehlednost této práce jsem se v rámci teoretického vymezení symptomatologie schizofrenie těchto kategorií držela.

Nejprve se podíváme na velmi zjednodušenou teorii vzniku pozitivních a negativních příznaků onemocnění, tak jak je popsána v *Současné psychopatologii pro pomáhající profese* (Vágnerová, 2014). Tyto dvě kategorie poprvé zavedl **John Hughlings Jackson** (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Pozitivní symptomy schizofrenie, zahrnující primárně halucinace a bludy, ale také dezorganizaci řeči, nekoherentní myšlení či katatonii chování, vznikají relativně zvýšenou činností některých oblastí mozkové kůry. Naopak **negativní příznaky**, jako je výrazné zpomalené myšlení, sociální stažení či abúlie (ztráta vlastní vůle a schopnost zahájit záměrné volní jednání), jsou způsobeny inhibicí těchto mozkových center (Vágnerová, 2014). Jedná se tedy o určité oslabení psychických funkcí a jsou tak určitým protipólem k příznakům pozitivním (Doubek et al., 2008).

Poruchy vnímání

„Měla jsem halucinace, že mě rozřezávají a zase sešívají. Bolest, když mě rozřezávali, byla nesnesitelná. Ale já jsem si ji kupodivu spojovala se slávou. Jsem první člověk, kterého rozřezali, a zase dali do hromady!“ (Bednářová, 2013, s. 20)

³ Nejedná se o kladnou konotaci tohoto pojmu. Pozitivní jsou, jelikož s sebou nesou něco navíc – halucinace, bludy. Naopak negativní příznaky jedinci něco odnášejí, například vůli, motivaci k jednání či emotivitu.

Jak již bylo řečeno výše, schizofrenie je velmi komplexní poruchou, jež velkou měrou zasahuje především oblast kognitivních funkcí, čímž znesnadňuje jedincův kontakt s realitou a jeho orientaci v objektivní skutečnosti. Jednou z oblastí, jež se stává nemocí významně zasaženou, je oblast vnímání, tedy percepce.

Nejprve obvykle dochází pouze k jemnému zkreslení vnější reality v podobě plíživých **iluzí**, v jejichž případech je vnímaná skutečnost více či méně zkreslována. Důležité je, že ke zkreslení dochází u objektu, který skutečně existuje a je vnímán prostřednictvím smyslových orgánů (Vágnerová, 2014). Samotná iluze přitom vždy nemusí poukazovat na patologii, iluzím mnohdy podléhá každý z nás. Děje se tak například v nepříjemných a vypjatých situacích nebo ve chvílích, kdy jsme ovládáni strachem. Naše vnímání se obecně vzato nechá poměrně snadno ošálit a zastřít intenzivně prožívanými emocemi.

Halucinace lze charakterizovat jako vjemy, jež vznikají bez relace k vnějším podnětům, avšak nemocný je pevně přesvědčen o jejich reálném působení a existenci (Vágnerová, 2014). Nemocný tak svými interpretacemi reality dezorientuje své okolí, ale především pak postupně šíří strach, jež se přirozeně váže na situace a podněty, kterým nerozumíme. Halucinace vznikají následkem poruchy aktivace některých oblastí mozkové kůry, kde dochází buď k inhibici přijímání podnětů, nebo naopak k nadměrné stimulaci, jež způsobuje vyšší aktivitu oblastí mozkové kůry spojených s fungováním paměti (Vágnerová, 2014).

Nejčastěji se halucinace objevují v podobně **auditivních vjemů**, ale mohou se také vyskytovat jako **zrakové (vizuální)** či **tělesné (viscerální)** formy (Vágnerová, 2014). Auditivní halucinace se pak objevují zhruba u 50 % pacientů (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

„Neslyšela jsem ta slova jako opravdové zvuky, jako by ty domy hovořily a já jsem je slyšela; ta slova jednoduše přicházela do mé hlavy – byly to myšlenky, které se mi vynořovaly. Věděla jsem však instinktivně, že to nejsou moje myšlenky, patřily těm domům a ty je vložily do mé hlavy“ (Saksová, 2011, s. 36).

Existuje ale ještě další, zcela specifický druh halucinací, kdy nejsou hlasy zachyceny pomocí uší (sluchu), ale nemocný někdy tvrdí, že jsou vnímány jiným, dalším orgánem, většinou je jím mozek. Tento fakt se projevuje pocitem, že jsou mu myšlenky buď vkládány, nebo naopak odnímány jinou osobou, tudíž je nepovažují za své vlastní.

V odborné terminologii je tento typ halucinací nazýván **halucinacemi intrapsychickými** a svou povahou se blíží spíše poruchám myšlení (Kučerová, 2010).

Poruchy myšlení

Dříve, než se dostaneme k samotným poruchám myšlení, bych ráda se pozastavila u jedné tendence, jež se může postupně rozvinout v závažnou poruchu myšlení. Je jí **paranoia**. Paranoidní jedinec vykazuje dlouhodobě známky vztahovačnosti a zdá se být výrazně egocentrický, přičemž ho nejčastěji postihuje pocit, že je někým nebo dokonce všemi sledován. Paranoia se velmi často rozvine v rozsáhlou síť **paranoidních bludů** (Kučerová, 2010).

Kapitolu věnující se poruchám myšlení bych ráda uvedla citátem z knihy Elyn Saksové *Střed se hroutí zevnitř*, v níž Elyn popisuje myšlenkové pochody, se kterými musela běžně zápasit během svého boje o normalitu.

„Chcete mě zabít?‘ Zasyčela jsem na ni. Vím o těch bombách. Já umím taky udělat bombu. Jste d’ábel. Snažíte se mě zabít. Já jsem zlá. Dneska jsem vás zabila už třikrát. A můžu to udělat znova. Nechtějte mě naštvat. Zabila jsem už stovky tisíc lidí svými myšlenkami“ (Saksová, 2011, s. 101).

Blud je velmi závažnou poruchou myšlení. Pro bludné myšlení nemocného je typická jeho nevyvratitelnost přesvědčení o autentičnosti a reálnosti některých skutečností, ačkoliv se zcela zjevně s realitou neslučují. Bludným přesvědčením se neřídí pouze myšlení daného jedince, ale je mu podřízeno také jeho jednání (Kučerová, 2010). Vacek (1996, s. 139) například popisuje *„blud jako logický omyl“*.

V současné době je v lékařské praxi rozlišováno mnoho různých typů bludů. V nemoci se mohou objevovat například bludy paranoidní, o nichž se autorka zmiňovala výše, především pak v podobě **bludů perzekučních** (přesvědčení o pronásledování a stíhání). Známe ale také **bludy „žárlivecké“**, které je zřejmě netřeba zdlouhavě popisovat. Zajímavou sortou jsou bludy hypochondrické, tedy přesvědčení člověka o postihnutí jeho osoby některou z vážných chorob, ačkoliv je zdrav. Někdy člověk ale skutečně může být vážně nemocen, přesto ho však považujeme za bludného. Stává se tak ve chvíli, kdy ke svému závěru přišel nelogicky, bez relevantního podložení, což opět poukazuje na poruchu myšlení, kterou blud zcela jistě je (Kučerová, 2010).

Ani **bludy s náboženskou (religiózní) tematikou** nejsou výjimkou (Kučerová, 2010). V této souvislosti mne především oslovil pohled pana doktora Vacka (1996), který

samotnou víru, která provází lidstvo od nepaměti, nazval bludem kolektivním. Pozoruhodné jsou bezesporu také **bludy inventorní**. Jedná se o přesvědčení jedince, že je slavným vědcem, ba dokonce vynálezcem (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Příkladem dalšího bludu může být přesvědčení o vlastní slávě. Takovéto přesvědčení popisuje Markéta Bednářová ve své knize. V období, kdy se jí nedostávalo náhledu na své vlastní onemocnění, měla při převozu do nemocnice pocit, že je slavnou a váženou osobností. „*Při převozu do nemocnice jsem si myslela, že jsem slavná osobnost, která se musí skrývat před veřejností. A jede utajeně na dovolenou. Ve svém utajení jsem kupodivu zaznamenala i léčebnu. Člověk by se mohl domnívat, že mi snad už bude jasné, kdo a co mě tam čeká, když jsem k léčení nastupovala opakovaně. Omyl, já jsem si myslela, že se v léčebně bude konat nějaká velká oslava na moji počest*“ (Bednářová, 2013, s. 142).

Vacek (1996) popisuje také **myšlení magické**, které je typické absencí pochopení příčin a následků, tedy kauzality. Takové myšlení je pak z hlediska psychoanalýzy určitou regresí do nižšího vývojového stadia.

Kučerová (2010) dále popisuje tzv. **pseudofilosování**. Nemocný neustále bádá nad smyslem věcí a života jako takového. Jeho neustálé přemítání však nedochází žádnému závěru a roztáčí tak pouze kolotoč planých řečí. Mimo jiné se ve své knize *Schizofrenie v kazuistikách* zmiňuje také o **chudém myšlení**, projevujícím se velmi strohou slovní zásobou a užíváním pouze holých, nebo dokonce jednoslovných vět.

Poruchy řeči

Obsah sdělení jedinců trpících schizofrenií si velmi často odporuje. Sdělení samotná se do sebe mnohdy vpíjejí a různě se překrývají, proto se jejich okolí zdají nesourodá až nesouvislá. Schizofrenik také opomíjí zákonitosti a běžné konvence větné stavby a mnohdy zcela bezprizorně upouští od interpunkce (Syřišťová, 2005).

Podle Kučerové (2010) je řeč sice na úrovni jednotlivých slov srozumitelná, avšak jako celek postrádá význam. Schizofrenik v podstatě produkuje sdělení, jehož význam je zřejmě patrný pouze jemu samotnému. Takové sdělení pak příznačně označujeme jako **„slovní salát“**, což poměrně výstižně demonstruje nahodilé uspořádání slov a celkovou větnou stavbu. **Formální poruchy řeči** se projevují její dezorganizací, k velmi zastoupeným projevům náleží tvorba nových slov – **neologismů**, pojmů vytvořených pacientem beze smyslu či vymykajících se běžné konvenci. Další potíží nemocných, kteří se potýkají s formální poruchou řeči je narušená schopnost **asociovat**. V průběhu

konverzace neudržují konverzační linku a zcela nelogicky navazují na další a další témata. Asociace těchto jedinců se utvářejí odlišným způsobem, než je u ostatních lidí zvykem (Kučerová, 2010).

Jestliže je sdělení jedince nesouvislé, ignorující gramatiku či samotnou větnou stavbu, potýkáme se tzv. **inkoherentním myšlením**. Výjimkou není ani přítomnost **echolálie**, kdy jedinec opakuje přesně to, co zaslechne, vyposlechne ve svém okolí či tzv. **verbigerace**, porucha, při níž pacient opakuje jedno konkrétní slovo zcela nesmyslně stále dokola (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Poruchy emotivity

Tato skupina příznaků se v některé formě objevuje u všech druhů schizofrenie. Motlová a Koukolík (2004) rozdělují pro klinické potřeby emoce do čtyř následujících skupin: **pocit** (zahrnovány pod tento pojem jsou anhedonie a zintenzivnění pocitů), **afektivita** (může být nepřiléhavá, otupělá či dokonce plochá), dále **nálada** zahrnující například depresivní stavy nebo anxiету. Posledním článkem skupiny je **motivace**, jejíž narušení se projevuje v podobě abúlie či apatie. Na tyto symptomy můžeme hledět i ve světle poznatků o pozitivních a negativních příznacích. Nepřiměřený afekt bychom zařadili mezi pozitivní symptomatiku, naopak anhedonie nebo abúlie by se bezesporu řadily mezi symptomy negativní.

Ovšem Cohen (2002) poukazuje na fakt, že nálada nemusí být u nemocného schizofrenií pouze depresivní nebo úzkostná, ale mnohdy se také objevuje nálada bludná, tedy vtíravý pocit, že se kolem nemocného děje něco podivného, neobvyklého. **Bludná nálada** tak vytváří jakési pozadí pro samotný blud. Schizofrenií velmi často provází již zmíněná úzkost (anxieta). Je u poruch schizofrenního okruhu velmi rozšířeným jevem, jenž je mnohdy z vnějšího prostředí těžko postřehnutelný a pozorovatelný. **Úzkost** však není radno podceňovat, jelikož může být námětem k suicidnímu chování nemocného (Kučerová, 2010).

Další neopomenutelnou poruchou v oblasti emotivity je **emoční oploštělost**, jež je podle Kučerové (2010) přítomna zvláště u reziduálního a simplexního typu schizofrenie. Prožívání a emoce jsou u poruch emotivity značně zeslabeny. Člověk není schopen prožívat intenzivní emoce na obou škálách emočního spektra. S tím souvisí i nemožnost navázat k čemukoli nebo komukoli významný a hluboký vztah. Takový jedinec působí na své okolí flegmaticky, chladně, bez zájmu o cokoliv.

Jestliže se u nemocného vyskytnou emoce, které by dané situaci, v rámci kontextu normálně náležet neměly, kupříkladu se směje, když hovoří o nedávné smrti blízké osoby, hovoříme o tzv. **emoční nepřiměřenosti a nepřiléhavosti** (Kučerová, 2010).

Příznaky katatonii – stupor, manýrování, raptus

Mezi nejčastěji se objevující příznaky katatonii patří kupříkladu **manýrismus**, neadekvátní až strojené chování v kontextu dané situace. **Grimasování**, jež se projevuje nezvyklými a opakovanými výrazy v obličeji. **Negativismus** je další poruchou motoriky. Nemocný vykonává vždy přesný opak toho, o čem byl požádán. Velmi závažnou součástí katatonních projevů je **stupor**, náhlé strnutí řeči i pohybů a servání v tomto nehybném stavu po delší dobu, ovšem při plném vědomí nemocného (Bankovská Motlová a Španiel, 2017). Kučerová (2010) dále uvádí definuje **psychomotorický neklid**. Jedná se o zvýšenou tělesnou aktivitu, kdy postižený není schopen sedět v klidu na místě a je zřejmě i neklidný na úrovni psychické.

3 KLINICKÉ FORMY A PŘÍČINY SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je onemocnění projevující se poměrně různorodou paletou příznaků. I z tohoto důvodu vznikla potřeba rozdělit ji do několika různých forem, jež by její popis, především však diagnostiku usnadnily. S touto ideou přišel již Kraepelin, který ustanovil **paranoidní, katatonní a hebefrenní** formu. Zanedlouho byl následován E. Bleulerem, který již ke zmíněnému výčtu přiřadil také schizofrenii **simplexní** (Höschl, et al., 2004).

Pro popis klinických forem schizofrenie jsem primárně zvolila poslední dostupnou – 10. revizi *mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, jejíž kritéria jsou v našich podmínkách v rámci diagnostiky hojně užívána. Její další, jedenáctá revize je pak plánována na rok 2018 (ÚZIS ČR, ©2016). Dalším manuálem užívaným v rámci diagnostiky duševních chorob je pak *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch*, dále jen DSM-V, používaný především americkými odborníky (DSM5, ©2014).

Jestliže se tedy budeme držet MKN-10, pak v této klasifikaci nalzáme schizofrenii pod označením F20-29: *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*.

3.1 Klinické formy dle MKN-10

Paranoidní schizofrenie (F20.0) se zdá být nejvíce častým typem tohoto onemocnění (Mahrová et al., 2008). Svým způsobem tato klinická forma a její projevy zastupují pohled na schizofrenii laické veřejnosti, tedy je jakýmsi jejím prototypem. Paranoidní schizofrenie je provázena bludy, a to po většinou bludy perzekucními (MKN-10, 2008). S bludným přesvědčením pak jdou ruku v ruce i halucinace, nejčastěji se objevující v auditivní, tedy sluchové podobě (Höschl et al., 2004). Méně časté jsou pak poruchy afektivity, poruchy řeči, abúlie či příznaky katatonní (MKN-10, 2008).

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) především zvýrazňuje dominantní rysy pubescentního a adolescentního vývoje, pro něž je typické tzv. klackovité chování. Z celkového hlediska se projevuje regresí do předchozího vývojového stadia jedince, které je patrné zejména při nutnosti zvládnout krizovou situaci (Höschl et al., 2004). Chování je pak neobvyklé a těžko předvídatelné, obsahuje výrazný manýrismus (MKN-10, 2008). Vágnerová (2014) pak v rámci výchylek chování popisuje také sociální neobratnost, neomalenost a vulgaritu. Dezorganizovanost je pak patrná jak v oblasti

emocí – tím je myšlena nápadná nepřiléhavost emocí, ale také v oblasti myšlení (Probsová a Pěč, 2014). Tato klinická forma schizofrenie s sebou nese také velmi špatnou prognózu, především kvůli velmi dynamickému nástupu negativních symptomů, jako je oploštěná emotivita a abúlie. Diagnostikována je u adolescentů a jedinců v mladé dospělosti (MKN-10, 2008).

U **katatonní schizofrenie (F20.2)** je postižena především motorická aktivita, projevující se buď produktivně, nebo stuporózně. Produktivní forma přináší nadměrnou a neobvyklou aktivitu. Může se jednat například o echolálii nebo o echopraxii. Při stuporózní formě je naopak patrný poměrně výrazný útlum pohybové činnosti a ztráta vůle. Nemocný často dovede setrvat v jedné pozici po pozoruhodně dlouhou dobu, jelikož mu to nakazují hlasy, které slyší. Projevuje se tzv. negativismem, což znamená, že na jakékoliv pobídky ke změně reaguje po většinou opačným činem nebo povelovým automatismem, kdy se naopak podvolí a reaguje na pobídky jako živá loutka (Vágnerová, 2014). S motorickou nečinností souvisí také mutismus, který Malá (in Malá a Pavlovský, 2002) popisuje jako funkčně způsobenou neschopnost mluvit.

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) je další popsanou klinickou formou, která splňuje obecná kritéria pro diagnostiku schizofrenie, ale na základě jejích specifických příznaků ji není možné jednoznačně zařadit pod jinou formu schizofrenie (Probsová a Pěč, 2014).

Postschizofrenní deprese (F20.4) se objevuje při doznívání akutní fáze onemocnění. Především je třeba brát v úvahu křehkou psychiku nemocného v této fázi, kdy se hojněji objevují suicidní myšlenky (MKN-10, 2008). Podle Kučerové (2010) se jedná spíše o jakousi přechodnou fázi než o další, samostatně se vyskytující formu schizofrenie.

Reziduální schizofrenie (F20.5) je chronickým přetrváním negativních příznaků i po odeznění akutní psychotické ataky. Patrná je již i určitá deteriorizace jistých psychických funkcí či osobnosti jako takové. Stejně jako u následující simplexní schizofrenie je typické podivínství a nedostatek péče o sebe i své okolí (Češková in Svoboda, Češková a Kučerová, 2006). Právě kvůli úpadku některých psychických funkcí byla dříve reziduální schizofrenie známa jako „*postschizofrenní defekt*“ (Orel et al., 2012).

Simplexní schizofrenie (F20.6) je nesnadno uchopitelná forma tohoto onemocnění a mnohdy je diagnostikována až později (Dörner a Plog, 1999). Vágnerová (2014)

za typické u simplexní schizofrenie považuje především plíživý vznik, a naopak progresivní vývoj. Nemocný se zdá být pohodlný a neohleduplný k obecně uznávaným sociálním normám dané společnosti a nedbající o svůj zevnějšek a osobní hygienu. Později se objevují rysy společné s reziduální schizofrenií, nejvíce však afektivní oploštěnost, abúlie apod. (MKN-10, 2008). Dalším charakteristickým rysem je poměrně chudé myšlení a sklony k autismu (Pavlovský et al., 2009).

3.2 Příčiny schizofrenie

Dnešní teorie o vzniku schizofrenie již pracují s multifaktoriálním konceptem, jedná o **bio-psycho-sociální** model vzniku (Orel et al., 2012; Látalová in Látalová et al., 2015).

3.2.1 Genetické predispozice

Stejně jako zákonům genetiky a dědičnosti obecně podléhá mnoho rysů, povahových vlastností, ale také například vzhled, tak i schizofrenie může být s určitou mírou pravděpodobnosti přenášena **z generace na generaci**. Výzkumy uvádějí, že potomek schizofrenního rodiče se potýká až s 10 % rizikem, že i jeho samotného choroba v průběhu let postihne. Jestliže jsou oba rodiče geneticky zatíženi schizofrenií, zvedá se pravděpodobnost onemocnění touž chorobou jejich potomka až na 40 %, což rozhodně není zanedbatelné číslo. Obdobné výsledky přinesly i studie jednovaječných dvojčat, kde je míra pravděpodobnosti onemocnění obou z nich taktéž kolem 40 %. U dvojčat dvouvaječných je riziko, že schizofrenie propukne u obou z nich vyčísleno zhruba k 10 % a to i v případě separace sourozenců, tedy vystavení každého z nich jiným sociálním faktorům a odlišnému rodinnému zázemí a prostředí (Doubek et al., 2008).

3.2.2 Teorie chemické nerovnováhy

Podle některých vědeckých zjištění vzniká schizofrenie na základě určité **chemické nerovnováhy mozku**, konkrétně na úrovni neurotransmiterů, látek hormonálního původu umožňující šíření nervového vzruchu skrze spletitou síť neuronálních spojení. V případě schizofrenie zřejmě dochází k nerovnováze mezi dopaminem a serotoninem, dvěma látkami patřící do kategorie neurotransmiterů. Nadmíra dopaminu aktivuje příliš mnoho synaptických spojení, čímž způsobuje zahlcení mozku větším množstvím informací, než je schopen zpracovat a efektivně vyhodnotit. Následkem téměř neregulovaného toku

informací mezi mozkovými buňkami není mozek již schopen rozlišit, které podněty přicházejí z vnějšího prostředí a které jsou pouze produktem vlastní mozkové činnosti. Serotonin ovlivňuje emocionální vnímání a do určité míry i cirkadiální rytmy – střídání bdělého stavu a spánku (Doubek et al., 2008).

3.2.3 Model vulnerability

Podle Duška a Večeřové Procházkové (2015) se dá na možný rozvoj schizofrenie usuzovat i z osobnostních charakteristik jedince – tzv. premorbidní osobnosti. Takoví lidé se většinou vyznačují uzavřeností, jsou spíše introvertní s neopomenutelnými potížemi v interpersonální oblasti. Typicky se také uvádí zvýšená emoční plochost a emoční polarita.

Další proměnnou, jež podle Doubka et al. (2008) může sehrát určitou roli při vypuknutí onemocnění, je například také **hypersenzitivita** (zvýšená citlivost) a nadměrná **vulnerabilita** (zranitelnost). Podle zjištěných skutečností oba tyto faktory výrazně ovlivňují dispozice k onemocnění schizofrenií (Doubek et al., 2008; Látalová in Látalová et al., 2015).

4 PRŮBĚH A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ

Schizofrenii považujeme z hlediska prognózy za tzv. třetinovou nemoc. Jedna třetina pacientů se zcela vymaní ze spárů onemocnění a bez zvláště signifikantních důsledků či deficitů je opět součástí společenského dění. Watt et al. udává, že kolem 16 % nemocných dojde plného uzdravení už po první atace onemocnění (in Praško et al., 2007). Druhá třetina osob nemocných schizofrenií taktéž zakouší mírnější podobu choroby, avšak onemocnění o sobě v několika neúprosných vlnách a nárazech dává v průběhu let vědět. Poslední třetina pacientů je na tom ovšem podstatně hůře. Schizofrenie se pro ně stává celoživotním, a především tvrdým bojem o zdravý náhled a o alespoň z části funkční bytí v rámci norem většinové společnosti (Doubek et al., 2008).

Život poslední třetiny pacientů připomíná neustálý a neúprosný koloběh, v němž se střídají střípky naděje v podobě normálního života, a naopak odraz za zrcadlem jako života za zdmi psychiatrických nemocnic, jak barvitě popisuje ve své knize *Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou* Markéta Bednářová.

Ovšem samotný průběh ovlivňuje řada intervenujících okolností, jako je například psychická zdatnost – **hardiness** (Křivohlavý, 2001; Baštecká a Goldman, 2001). Zázemí, jež je nemocnému poskytnuto, či naopak neposkytnuto rodinou anebo kvalita podstupované léčby. Z tohoto hlediska je lépe plošně negeneralizovat a pojímat schizofrenii jako onemocnění mající silně individuální nástrahy i samotný průběh (Doubek et al., 2008).

Onemocnění má několik fází. Jestliže se včas nepostihne období, v němž přetrvávají prodromální příznaky, nastupuje takzvaná **ataka**, která je součástí **akutní fáze** psychózy. Jedná se o bouřlivé období nasycené převážně intenzivními pozitivními příznaky a v mnoha případech je nutná hospitalizace a včasná indikace medikace pacienta (Motlová a Koukolík, 2004).

Na tomto místě uvádím úryvek pro ilustraci a pro utvoření bližší představy o možném průběhu nástupu ataky u pacienta se schizofrenií. „*Začaly mi tepat spánky. Tak hrozně. Tak silně. Ležela jsem na zemi. Nebyla jsem schopná sedět ani stát. Vybavuji si jenom útržky, většinu vzpomínek našťestí zahaluje milosrdná tma. Měla jsem pocit, že jsem sledována mimozemšťany. Tento dojem se střídal s pocitem hrdosti, že jsem něčeho dosáhla a budu oslavována*“ (Bednářová, 2013, s. 15).

Po akutní fázi nastupuje **fáze stabilizační**, ve které je vhodné započít vhodnou psychosociální intervenci, jelikož je pacient po prodělané atace velmi zranitelný a náchylný vůči stresu. Psychosociální intervence je pak zastoupena často individuálními nebo rodinnými programy psychoedukace. Ve **fázi stabilní**, jež je poslední fází onemocnění, je nejvíce žádoucí pokračovat v cílené rehabilitaci a zvolit vhodnou formu podpůrné psychoterapie. V průběhu stabilní fáze nemoci se často volí sociální služby, jako je komunitní péče nebo chráněné bydlení (Motlová a Koukolík, 2004).

4.1 Sociální dopady

První výstražné signály nesoucí varovnou zprávu pro okolí nemocného jsou patrné již v prodromální fázi, která předchází vypuknutí nemoci. V tomto období dochází k sociálnímu stažení a izolaci nemocného, který svádí vnitřní boj s plíživými příznaky choroby. Nejprve si změny všímají blízcí, kteří, jak již bylo řečeno v kapitole věnované prodromální fázi, si ji často vykládají mylně, jako pouhou reakci na určité životní období, popřípadě životní krize (Doubek et al., 2008).

Jak poukazuje Vágnerová (2014), schizofrenie významnou měrou narušuje rodinnou dynamiku. Rodina se po nějakou dobu ocitá v nejistotě, kterou prohlubuje samotná laická neznalost onemocnění i jeho případné léčby. Zlom nastává ve chvíli, kdy je rodina konfrontována s konečnou diagnózou a její členové jsou nuceni zaujmout k ní určitý postoj. Na rodinné klima se pak zaměřuje **rodinná psychoedukace**, která právě rodině vnáší trochu světla do změní nových informací a skutečností, se kterými se musejí její členové potýkat (Motlová a Koukolík, 2004). Rodinné psychoedukaci se budeme věnovat v následujících kapitolách zaměřených na léčbu psychóz.

5 SCHIZOFRENIE A JEJÍ LÉČBA

Jak již bylo výše vysvětleno, schizofrenie je onemocnění mající mnoho příčin, proto by se její léčba měla zaměřit na každou z nich, tedy zaštitit faktory biologické, psychické, ale také sociální. Bylo by velmi mylné se domnívat, že se s nemocnými schizofrenií pracují pouze psychiatři za zdmi psychiatrických nemocnic. Dnešním trendem je naštěstí práce v multidisciplinárních týmech, které sestávají právě z psychiatrů, ale také z psychologů a neméně důležitých sociálních pracovníků či ergoterapeutů (Probošová a Peč, 2014).

5.1 Farmakoterapie

„Jako malá jsem si neustále zpívala písničku od Dalibora Jandy: Auto na vodu, city v pilulkách, tak tohle budeme jedno ráno mít. Netušila jsem, že tahle slova se v mém případě jednou změni v pravdu. Dlouho jsem se lékům bránila a musím si trpce přiznat, že zbytečně a marně, teď jsou už téměř nezbytnou součástí mého každodenního života“ (Bednářová, 2013, s. 129).

Podstatnou částí léčby schizofrenie je farmakoterapie, tedy biologická léčba za pomoci medikamentů, bez níž je léčba psychického onemocnění téměř neúspěšná, popřípadě je zvládnutí nemoci neudržitelné. Schizofrenie byla po dlouhou dobu středem zájmu mnoha výzkumníků, ale poměrně dlouhý čas se vědcům nedařilo přijít na její podstatu. Po sérii výzkumů a mnoha řadách pokusů se užitečným zdál být **Chlorpromazin**, který byl posléze roku 1952 uveden na trh s léčivy. Počátek 60. let 20. století a rozvoj farmakologie je spojen s titulem „**psychiatrická revoluce**“. Do té doby bylo totiž hlavním posláním psychiatrických nemocnic především izolovat psychicky nemocné jedince od společnosti a jejich léčba byla z větší části postavena na různých formách psychoterapie, ale popravdě řečeno spíše na užití obsáhlé řady zadržovacích prostředků. S účinnými léky se podoba psychiatrických oddělení pozměnila a začala více připomínat běžné nemocniční prostředí té doby (Češková, 2007). **Antipsychotik**⁴, jak se farmaka užívající se k léčbě onemocnění z okruhu psychóz nazývají, je několik možných druhů. Tzv. antipsychotika I. generace, k nimž patří například i chlorpromazin nebo také

⁴ Antipsychotika byla dříve označována jako neuroleptika. Dnes se již od staršího názvu ustupuje.

haloperidol, jsou v klinické praxi na ústupu a nahrazována antipsychotiky II. generace (risperidon, clozapin). Děje se tak z důvodů poměrně výrazného zastoupení nepříjemných vedlejších účinků u klasických antipsychotik, kterým bude věnována pozornost níže (Probsová a Pěč, 2014).

Problematika biologické léčby

Farmakoterapie se zdá být nezbytnou součástí léčby poruch schizofrenního okruhu, mnohdy se však nemocní zdráhají uvolit k této formě terapie. Na vině je především nepřehledné množství nežádoucích vedlejších účinků, jež jsou ale díky postupu moderní vědy a farmacie relativně účinně eliminovány, bohužel ne úplně vymýceny. Mezi základní nežádoucí účinky antipsychotických preparátů patří například přetrvávající vnitřní tenze a neklid, nebo naopak rapidní útlum a únava. Únava je pak typickým vedlejším účinkem při užívání **antipsychotik I. generace**, stejně jako extrapyramidový syndrom (Probsová a Pěč, 2014). Velkým „strašákem“ v souvislosti s užíváním neuroleptik je rozvoj tzv. tardivních dyskineéz. **Tardivní dyskineze** se projevuje mimovolnými pohyby ať již v obličejové oblasti, nebo po celém těle. Tyto pohyby jsou pro nemocného velmi vyčerpávající a obtěžující, ale také vedou ke ztížení komunikace s okolím, které shledává mimovolné záškuby, špulení rtů nebo také klácení trupem jako nepříjemné až odpudivé (Kučerová, 2010).

Strach z výše zmíněné poruchy hybnosti je poměrně barvitě vylíčen Elyn Saksovou v její již zmiňované knize *Střed se hroutí zevnitř*. Elyn se dlouhou dobu zasazovala o snížení svých dávek antipsychotik právě ze strachu z tardivní dyskinezy. Každé takové snížení dávky či úplné vysazení léků se jí bohužel vrátilo v podobě další hrozivé ataky choroby. Postupně svůj boj s léky vzdala a začala je pokládat za nutné zlo, jež s sebou sice nese mnoho negativních aspektů, ale na druhou stranu drží stabilní oponu mezi zdravím a psychózou. Zvolila tedy realitní zdraví (Saksová, 2011).

Antipsychotika II. generace již nenesou takové riziko extrapyramidového syndromu, ale přinášejí pro změnu jiné, metabolické problémy, a v mnoha případech užívání rapidně zvyšují chuť k jídlu. Uživatelé této generace antipsychotik pak mívají velmi často potíže s nárůstem váhy, jež může vést k obezitě a následně i k rozvinutí diabetes. Nárůst váhy mimo to nabourává již tak křehké sebeschéma některých pacientů, vede ke snížení sebevědomí a potenciálně k dalšímu vystavení stresu a sociálnímu stažení nemocného (Probsová a Pěč, 2014).

5.2 Psychosociální přístupy

Antipsychotika můžeme vnímat jako jakousi první pomoc při zvládnutí psychotické ataky, ale jestliže chceme nemoc léčit globálně a bránit případnému relapsu, musíme se na pacienta zaměřit i z hlediska jeho sociálního zázemí. Psychosociální přístupy obecně pracují se stresem, který velkou měrou přispívá ke znovu propuknutí psychotického onemocnění.

5.2.1 Účinnost psychoterapie u schizofrenie

O účinnosti psychoterapie u pacientů s diagnózou schizofrenie bylo publikováno již mnoho metaanalýz. Praško et al. (2007) vyzdvihují fakt, že dané studie vesměs poukazují na poměrně nízkou účinnost terapií zaměřených dynamicky, na což upozorňoval již samotný Freud. Psychoanalýza sice stejně jako ostatní vybrané psychoterapeutické přístupy zmírňuje pozitivní příznaky psychóz, avšak z dlouhodobého hlediska přináší pacientům víceméně pouze úlevu od psychotických příznaků nemoci, ale neobsáhne nemocného v celém jeho kontextu. Četnost relapsů, jak zjistil porovnáním 14 výzkumů na toto téma Carpenter (1996), je u pacientů, kteří se podrobili dynamicky orientované terapii, pak 40–53 % oproti 6–23 %, které zastávají intervenovaní z rodinné terapie (Praško et al., 2007). Zdá se ale, že dobrou cestou v léčbě psychóz je například Kognitivně-behaviorální terapie (KBT), Psychoedukace rodin nebo také Nácvik sociálních dovedností (Pěč a Probstová, 2009).

Kognitivně-behaviorální terapie, jak je z názvu patrné, vychází ze syntézy dvou různých terapeutických směrů, se kterými se setkáváme na poli psychoterapie. Její počátky hledejme zhruba v průběhu sedmdesátých let minulého století (Praško et al., 2007). Na KBT lze nahlížet ze tří možných pohledů. Z prvního hlediska je KBT pojímána jako jedna z odnoží behaviorální terapie, která pouze bere větší zřetel na kognitivní procesy. Behaviorální terapie je dle Durecové (in Vymětal et al., 2004) jedním ze směrů, které vycházejí z experimentální psychologie. Výchozím bodem behaviorální terapie je lidské chování v určitém kontextu nebo prostředí a jeho možná změna podmiňováním. Podle Praška a Možného (in Vybíral a Roubal, 2010) Kognitivně-behaviorální teorie učí novým, účinnějším vzorcům chování, které napomohou adaptaci pacienta na novou situaci

Další variantou je naopak KBT jako část Kognitivní terapie, která bere zvláštní zřetel na hledisko behaviorální. Poslední pojetí přijímá KBT jako zcela specifický přístup vyznačující se mnoha aspekty, jež nemá společné s behaviorální ani s kognitivní terapií (Kratochvíl, 2006).

Jednou z prvních metod behaviorálních programů bylo tzv. „**žetonové hospodářství**“ praktikované na jedince, kteří dlouho pobývali na psychiatrických odděleních. Jedná se o metodu, která se za pomoci operantního podmiňování pokouší odbourávat nežádoucí chování v rámci skupiny pacientů na daném oddělení, a naopak posílit chování vedoucí k větší ohleduplnosti, ale také třeba lepší osobní hygieně. Princip je jednoduchý, po systematickém sledování pacientů byli výzkumníky za přijatelné chování odměňováni žetony, které se daly směnit například za cigarety nebo jiné výhody. Jestliže se pacienti chovali nepatřičně, nebyla jim věnována žádná pozornost. Na žetonové odměňování přistoupili i pacienti, kteří byli silně odtrženi od reality, bludní nebo dokonce jinak vůbec nereagovali na okolní prostředí. Efektivita tohoto programu však vzala za své ihned, jakmile pacienti přešli do domácího prostředí (Praško et al., 2007).

Další metodou v rámci KBT je **Nácvik sociálních dovedností** od R. P. Libermana (Praško et al., 2007). Tato metoda vychází z již zmiňovaného modelu vulnerability, který hovoří o vzniku schizofrenie na základě biologických i sociálních faktorů. Jedinec, který má vrozenou dispozici k možnému rozvinutí duševního onemocnění na základě zatížení stresory z okolí, může tyto stresory vycházející především z mezilidské interakce redukovat nácvikem sociálních kompetencí a dovedností. Praško et al. (2005) upozorňují na riziko sociální izolace u jedinců trpících schizofrenií právě na základě určité neobratnosti v sociálních dovednostech, které se buď důsledkem onemocnění vytrácejí, anebo se naopak vůbec nevytvořily kvůli časnému nástupu nemoci.

Abychom si lépe představili, co je v tomto kontextu pod sociálními dovednostmi myšleno, rozlišuje autor této metody Liberman dva druhy sociálních dovedností – instrumentální a afiliační. Instrumentální sociální dovednosti jsou zaměřené na asertivní získávání materiálních hodnot a afiliační dovednosti nám propůjčují schopnost navazovat mezilidské vztahy (Šlepecký a Zibrínová in Peč a Probošová, 2009).

Praško et al. (2005, s. 42) uvádějí základní sociální dovednosti, které jsou v rámci programu nacvičovány:

- dovednosti správně vnímat a porozumět;

- sdělování pozitivních informací (pochvala, ocenění);
- zahájení, udržování, ukončení krátkého rozhovoru;
- projevení negativní emoce přiměřeným způsobem;
- sebeprosazení (obhájení vlastních práv, odmítnutí neoprávněných požadavků);
- dovednost najít kompromisní řešení;
- nácvik řešení konkrétních problémů.

Další možností je tzv. **psychoedukace**, jež se zdá být vhodná i z hlediska svého krátkého trvání. Programy psychoedukace vznikly na základně četných zjištění, že jestliže se pacient vrátí po hospitalizaci do prostředí, které je k němu hostilní, nerozumí jeho nemoci a tomu, co nyní prožívá, dochází častěji ke zhoršení příznaků, relapsu a nutnosti další časné hospitalizace. Rodiče vážně duševně nemocných lidí často vyjadřují obavy jako například strach o budoucí finanční situaci jejich člena rodiny, pocit bezmoci, strach z obnovy závislosti jejich dítěte na jejich péči. Rodiče také často projevují nejistotu nad tím, jak mnoho pomoci a asistence mohou svému dítěti nyní poskytnout, a přejí si, aby se věci vrátily do starých kolejí (Praško et al., 2011). **Rodinná psychoedukace** by rodinným příslušníkům měla poskytnout informace, jež odpoví na jejich výše zmíněné obavy.

A co si můžeme představit pod pojmem psychoedukace? Jedná se o kognitivní, behaviorální, vzdělávací a podpůrnou intervenci. (Praško et al. 2011). Podstatou psychoedukace je především důsledně informovat pacienta a nejlépe i celou jeho rodinu o nemoci, již trpí. Program cílí nejen na informovanost o chorobě, ale také na komunikační dovednosti jednotlivých členů rodiny a posiluje je. Tím se pro pacienta zakládá jistější a bezpečnější prostředí, ve kterém má možnost svou nemoc dobře zvládnout. Součástí metody je mimo jiné včasné rozpoznání varovných příznaků, ohlašujících nástup ataky, takže se rodina může na nadcházející úder nemoci dostatečně připravit (Praško et al., 2005; Praško et al., 2011).

Co se týká účinnosti psychoedukace, tu dokládá například Pekkala a Merinder (2002), kteří provedli metaanalýzu studií zabývajících se psychoedukací. Ta snižuje nejen riziko možného relapsu, ale také podporuje psychosociální fungování jedince.

Dalším pozitivem psychoedukace je, že nemocný, který své nemoci rozumí, ví, co s sebou přináší, jak se projevuje, a především, jaká je jeho prognóza, lépe spolupracuje při léčbě (Ocisková a Praško, 2015).

5.3 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Komunitní péče nabízí nemocným osobám schizofrenií samostatné fungování v rámci psychiatrické léčby svého onemocnění. Nemocní se tak mohou postupně vracet ke svému původnímu stylu života a především s podporou komunitního týmu samostatně žít (Praško et al., 2005).

V této souvislosti bych ráda uvedla nevládní neziskovou organizaci **FOKUS České Budějovice, z. ú.**, která nabízí podporu právě lidem s diagnózou z okruhu F20 až F39 (Afektivní poruchy). FOKUS nabízí hned několik sociálních služeb, jež pomáhají jejich klientům lépe se adaptovat na život s nemocí, a **komunitní tým** fungující v rámci **sociální rehabilitace** je jednou z nich. Dalšími službami pak jsou **sociálně terapeutické dílny** a **chráněné bydlení** (FOKUS ČB, ©2016).

Komunitní tým (sociální rehabilitace) například posiluje sociální dovednosti, kompetence klientů, tak aby došlo k zabránění možné sociální izolaci. Zároveň se tým pracovníků komunitního týmu snaží provádět klienta jeho nemocí tak, aby jí porozuměl (edukace), dovedl uchopit a byl schopen rozeznat různé varovné příznaky (prevence), které by poukazovaly na zhoršení choroby. V rámci komunitního týmu se ale také například realizuje vzdělávací a osvětová činnosti, která má antistigmatizační charakter. V současné době probíhá projekt: *Blázníš, no a?!*, který probíhá na středních školách a bere si za cíl seznámit mladé studenty s duševním onemocněním, osvětlit mýty, které se k němu pojí, a tím omezit šíření negativních předsudků veřejnosti. Obecně komunitní tým usiluje o dosažení vyšší soběstačnosti a samostatnosti (FOKUS ČB, ©2016).

Dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pak nabízí tyto základní činnosti:

- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Další nabízenou sociální službou je **chráněné bydlení**. Tato pobytová služba je určena pro osoby, které z důvodu své nemoci nemohou zcela samostatně bydlet a dočasně potřebují podporu (FOKUS ČB, ©2016). Cílem chráněného bydlení je poskytnout

klientům bezpečné prostředí, v němž se mohou učit takovým dovednostem, které jsou potřeba k samostatnému bydlení, jež je jejich kýženým přáním (Praško et al., 2005).

FOKUS České Budějovice, z. s., dále nabízí službu **sociálně terapeutických dílen** a na svých oficiálních webových stránkách (FOKUS ČB, ©2016) uvádí tyto činnosti zaměřené na klienta:

- obnovit, rozvinout, posílit sociální a pracovní dovednosti a návyky (počet klientů, kteří získají práci či pracovní rehabilitaci),
- usnadnit adaptaci klientů služby na nároky spojené se zaměstnáním,
- umožnit klientům strukturovat a naplnit den smysluplnou činností,
- umožnit klientům navazování mezilidských kontaktů,

Tyto tři služby pak společně s pracovní rehabilitací pomáhají navrácení klienta do jeho původního sociálního prostředí a napomáhají tak začleňování duševně nemocných osob zpět do společnosti.

V současné době jsme svědky trendu, jež duševně nemocné lidi neizoluje od společnosti v lůžkových zařízeních, ale naopak se je snaží podpořit v komunitním fungování. Konkrétně pak toto téma náleží oborům, jako je sociální či komunitní psychiatrie. Sociální psychiatrie navazuje partnerský vztah se sociálními pracovníky, potažmo sociálními službami, a pokouší se kontrolovat symptomy pacienta právě v jeho přirozeném sociálním prostředí (Pěč, 2007).

5.4 Narativní terapie

„Zkušenost se podobá příběhům a příběhy se podobají životu“ (Chrz, 2009, s. 326).

Další možnou léčebnou metodou se jeví narativní psychoterapie, jež vychází z narativní psychologie. Pokládám za nezbytně nutné zmínit alespoň zběžně narativní terapii v souvislosti s léčbou psychotického onemocnění, jelikož právě příběh a jeho odhalení je předmětem výzkumu této bakalářské práce.

Základním předpokladem narativní terapie je, že vyprávíme náš život (autobiografie). Tvoříme příběhy naší minulosti, naší budoucnosti. Vyprávěním ale pouze nepopisujeme náš život jako sled událostí, skrze vyprávění náš život především ovlivňujeme (Praško et al., 2012).

Podle Brunera (2004) bychom neměli nahlížet na autobiografii jako na něco zkonstruovaného, nikoli jako na souhrn událostí, které se staly, ale jako na souhrn našich

interpretací a reinterpretací minulých událostí – našich zkušeností. Jak Jerome Bruner, tak později Jan Praško vnímají autobiograficky laděný příběh obdobně.

Ivo Čermák (2002, s. 5) vystihuje vztah mezi námi a příběhem následovně: „*Osoba je živým ‚textem‘, vlastním svět příběhů*“. Vztah mezi vlastním životem a narativitou je ale doposud stále probírané téma. Například Chrz (2009, s. 326) předkládá tuto, původně Brunerovu (2004) myšlenku: „*Vyprávíme o životě nebo žijeme vyprávění?*“

Utváření a vyprávění příběhů je přirozenou lidskou aktivitou a také jednou z prvních forem komunikace, které se učíme již od útlého dětství. Kromě komunikace jsou příběhy také bohatým zdrojem našeho poznání a vědění. Podle Čermáka (2002) se poznáváme skrze příběhy, které vyprávíme. Prostřednictvím příběhů víme, kdo jsme byli a možná i kým se staneme. Identita a sebepojetí jedince se mění vlivem vyprávění životního příběhu, ale stejně tak se mění náš životní příběh, jestliže se změní naše sebepojetí

Podstatnou součástí organizace naší zkušenosti, tedy toho, co zažíváme, je vyprávění. (Sarbin, 1986 in Chrz a Čermák, 2015). Právě vyprávěním formujeme naši zkušenost, dáváme jí rámeček, konec i začátek, a tím jí přisuzujeme určitý smysl a význam (Chrz a Čermák, 2015).

Příběh a jeho vzájemné sdílení je významnou součástí tvorby a vývoje kulturního dědictví, ale také člověka samotného. I přesto se do hledáčku psychologie ve větším rozsahu dostal až relativně nedávno (Fredmanová a Combs, 2009; Skorunka in Vybíral a Roubal, 2010). Na pozitivní vliv vyprávění na psychický stav nemocného významně upozornil již Freud, hledající příčiny utrpení svých pacientů prostřednictvím hloubkové, tedy dynamické analýzy jimi překládaných příběhů (Foucault, 1994, cit. dle Ociskové a Praška, 2015).

Ovšem v posledních několika letech jsou uskutečňovány výzkumné projekty, které se specificky věnují pouze naraci. Pennebaker a Seagal uskutečnili v roce 1999 výzkum, v němž se jim podařilo doložit pozitivní vliv psaného či ústně předávaného příběhu na psychické, ale také tělesné zdraví a celkovou pohodu. Zjistili, že již zhruba 15 minut psaní denně, aniž by byl obsah psaného textu s někým sdílen, má svůj terapeutický efekt. V narativně pojaté terapii je tedy o mnoho důležitější samotný akt vyprávění nežli obsah sdílení (Pennebaker a Seagal, 1999).

Vyprávění a líčení příběhu vlastního života je významným prostředkem terapeutického procesu. Konstrukce příběhu nám totiž pomáhá zjistit a porozumět sobě sama, tomu, jací jsme (Pennebaker a Seagal, 1999). Dříve se ale tato forma terapie

vzhledem k nedůvěryhodnosti výpovědi psychotického pacienta nepovažovala za vhodnou či efektivní. Nicméně již zmíněný Freud odhalil význam naslouchání jakožto snahy porozumět nemoci pacientů (Ocisková a Praško, 2015).

Změny skeptického postoje k narativnímu přístupu jsou dávány do souvislosti s rozvojem postmoderny, jež neklade přílišný důraz na reálnost všech aspektů příběhu, ale přiznává vypravěči určitou subjektivitu pohledu na svět. Změna životního příběhu nebo role nemocného v příběhu v něm tvoří základ terapeutické práce v mnoha přístupech v terapii (Ocisková, 2015).

5.4.1 Kognitivní terapie zaměřená na příběh

Jedná se o skupinovou terapii zaměřenou na destigmatizaci a podporu vedoucí ke změně starých vzorců uvažování. Možnou ukázkou takto laděné terapie je NECT (Narrative Enhancement Cognitive Therapy). Jedná se o strukturovanou, na skupinu orientovanou intervenci, zahrnující 20 sezení. V rámci NECT se vážně duševně nemocný člověk učí rozeznávat stigma a posléze napravuje dysfunkční schémata (přesvědčení o sobě samém). Nejprve se u každého člena skupiny, dohromady čítá 6–8 členů, zjišťuje jejich náhled na vlastní osobu. Postupně jsou pacienti učeni zpochybňovat negativní sebezpojetí a nahrazovat ho pozitivním sebenáhledem. Následně sepíší příběhy svého života. Příběhy se časem stávají konzistentními, role nemocných je v nich aktivnější a méně bezradná. Pacienti začínají mít pocit kontroly nad svým vlastním životem (Roe et al., 2010).

Roe et al. (2010) realizovali výzkum, jenž cílil na účinky NECT u celkem 18 informantů. U 12 informantů (67 %) byl zjištěn velmi silný přínos terapie, u 4 účastníků (12 %) pak střední přínos a pouze u 2 účastníků (11 %) jen nevýrazný přínos. NECT tedy kombinuje tři přístupy v terapii, jež se společně zdají být poměrně účinné.

Další intervenující proměnou ve skupinové terapii je i vzájemné sdílení příběhů a s nimi spojených emocí, což vede k vědomí, že podobným situacím a nelehkým životním událostem jsou vystaveni i jiní, tudíž na to nemocný není sám (Ocisková a Praško, 2015).

Nejen příběhy ostatních pacientů v rámci skupinové terapie, ale i různé autobiografické knihy či filmy vyobrazující osudy nemocí těžce zkoušených lidí jsou obrovským přínosem v procesu akceptování onemocnění, ale zároveň i odmítnutím

nálepky psychiatricky léčeného. To vše započne účinnou destigmatizaci (Snyder, 2000, cit. dle Ociskové a Praška, 2015, s. 271).

5.4.2 *Terapie psaním*

Další výraznou formou narativní terapie je Terapie dopisy, jíž se ve svém výzkumu věnuje Praško et al. (2009). Tímto způsobem lze terapeuticky pracovat s mnoha skupinami nemocných. Například s adolescenty, s poruchami příjmu potravy či psychotiky. Terapie formou dopisů se užívá ale také u lidí se somatickými obtížemi nebo v rámci rodinné terapie. Psaní dopisů pak posouvá terapii mimo terapeutickou místnost. Praško et al. (2009) hovoří ve své studii o možné emoční regulaci vlivem terapie dopisy.

Kulhánková (2017) ve své disertační práci zaměřené na narativní psychologii a psychoterapii hovoří o pozitivěch a negativěch psaného projevu. Psaní textu umožňuje lépe strukturovat popis jednotlivých událostí a uvědomění si i těch aspektů vlastního příběhu, které jsou jinak skryty v nevědomí. Psaní vyžaduje poněkud delší čas než ústní vyprávění, proto jsme po tento delší čas v kontaktu s emocemi, které se při strukturalizaci příběhu vyplavují a jsou proto uchopitelnější a lépe zpracovatelné. Navíc se k psanému projevu můžeme posléze vracet a sledovat tak plynule změnu našeho životního vyprávění.

Na druhou stranu svádí ale psaný projev k větší stylizaci a autokorekci. Tímto pak může být sdělení naopak sterilizováno o autentické projevy a proměněno pouze ve formální útvar (Kulhánková, 2017).

Jak píše Kulhánková (2017), při psaní jsme po delší čas v kontaktu s emocemi, ať již jsou jakkoli laděné. Na tomto místě bych ráda připojila i názor Skorunky (2016, s. 495) na roli emocí v rámci narativní terapie: „*Emoce jsou úzce spjaty s tím, jaký význam přikládáme životním událostem, různým dilematům, osobním potřebám a samozřejmě samotným emočním prožitkům*“. Díky emocím máme možnost nahlížet na život jako na smysluplný celek (Skorunka, 2016).

Dokonce i psaní o traumatizujících zážitcích a s nimi spojených hluboce negativních emocí má z dlouhodobého hlediska pozitivní efekt na pisatele. Účastníci takovéto studie se po zpětném hodnocení výsledků studie cítili šťastni, někdy uváděli, že jsou i šťastnější než před účastí ve výzkumu (Pennebaker a Seagal, 1999).

6 SIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB

„Podle lékařů je to chyba nemocného – moje chyba. Kdybych prej nebyla tak úzkostlivá, snadněji bych navazovala přátelství, ale to se lehkou řekne. Myslím si, že žádný doktor se nikdy nepokoušel s těžkým stigmatem na čele probojovat do nové skupiny lidí a že jeho přijetí do takové skupiny nemuselo záležet na slitování ani zruďnání zvědavosti“ (Greenberg, 1998, s. 215).

6.1 Úvod do problematiky stigmatu

„Společnost má tendenci duševně nemocné izolovat a obklopit je předsudkem, vycházejícím ze stereotypu duševní nemoci. Jsou pokládáni za nevypočitatelné a neschopné, za lidi, pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče a kterým nelze nic důležitého svěřit“ (Libiger in Raboch, Zvolský et al., 2001 s. 244–245).

Jestliže vcházíme do interakce s jinou, především pak nám cizí osobou, mnohdy máme tendenci podléhat prvnímu dojmu, který nám napomůže k poměrně rychlému odhadu jejích atribut (Goffman, 2003). Atributy v tomto případě chápeme jako námi připisované vlastnosti dané osobě (Hartl a Hartlová, 2010). Jestliže se bavíme o interpersonální komunikaci, je důležité poukázat na fakt, že hledání snadnějších – a pokud možno méně namáhavějších cest – je do určité míry lidskou doménou. Jedním takovým usnadněním, kterému často a vlastně i relativně ochotně podléháme, je tvorba **předsudků** a **stereotypů** (Goffman, 2003). Předsudkem rozumíme předem utvořený postoj k jistému objektu projevujícím se značně rigidně. Předsudek nebere ohledy na individualitu tohoto objektu a je velmi nesnadné ho přetransformovat. Pro jedince se zakořeněnými předsudky je nepohodlné přihlídnout k jiným alternativním vysvětlením. (Hayesová, 2007). Předsudek tedy můžeme chápat jako jakousi emočně zabarvenou **předpojatost** (Hartl a Hartlová, 2010). Předsudky obvykle nesou velmi silný emoční náboj, který vychází i z kulturního a společenského kontextu, a právě proto je velmi nesnadné proti předsudkům bojovat a měnit ustálené kolektivní stereotypní uvažování. Negativní předsudky objevující se v souvislosti s duševně nemocnými lidmi označujeme jako **stigmata**. V tomto kontextu se tedy stigma jeví jako relace mezi výše zmíněnými atributy a stereotypy, konkrétně je to rys, jenž se odlišuje od naší obecně nastavené představy nesoucí negativní konotaci (Goffman, 2003).

Chromý (in Höschl et al., 2004, s. 226) pak chápe stigma takto: „*Stigma je znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi.*“

Stigmatizace přitom není v dějinách naší západní kultury ani zdaleka něčím novým. **Stigma** původně pochází z řečtiny, kde se dříve užívalo pro vypálený cejch, jímž byli označeni horníci v dolech. Dnes termín stigma užíváme, ačkoliv samozřejmě jen metaforicky, k označení určité skupiny lidí – v našem případě k označení duševně nemocných osob (Baudiš a Libiger 2002).

V sociální psychologii se pak stigmatem rozumí označení jedince, které brání nebo značně komplikuje jeho návrat a znovu začlenění do společnosti (Hartl a Hartlová 2010). Stigmata také označovala místa protáta hřebíky na Kristově těle (Ocisková a Praško, 2015).

Stigma tedy popisujeme jako viditelný či očím nepřístupný znak, případně konkrétní osobu, izolovanou od plnohodnotného společenského života. Z historického hlediska bylo stigma duševně nemocných udržováno především strachem. Právě strach z neznáma, jež vyplňuje prázdná místa ve vědomostech členů tehdejší společnosti (samozřejmě s přihlédnutím k sociokulturním rozdílům a stupni vyspělosti daného společenství), vedl tehdejší společnost k přesvědčení o duševním onemocnění jako o trestu seslaném vyšší mocí. Psychicky nemocné osoby byly považovány za posedlé zlými démony, duchy a často se stávali oběťmi nejrůznějších rituálů, sloužících k očistě jejich hříchem protkané duše (Ocisková a Praško, 2015).

Na stigma můžeme nahlížet také z hlediska jeho působení. Pak hovoříme o stigmatu veřejném, osobním a strukturálním. **Veřejné stigma** je zastoupeno postoji dané kultury a mediálním obrazem. Náhled nemocného na sebe sama je pak reflektován v **osobním** (internalizovaném) **stigmatu**. Pod **strukturálním stigmatem** je možno si představit fungování nejrůznějších institucí, včetně například úřadů (Ocisková et al., 2014).

6.2 Přiblížení stigmatizace

„*Trvalo to ještě dva nebo tři měsíce, než jsem Janet pověděla o svém pobytu v léčebně, ale když jsem to konečně udělala, tvrdila jsem, že jsem byla hospitalizována kvůli depresím; nikdy jsem se ani náznakem nezmínila o psychóze nebo o svých strašlivých fantaziích. Moc jsem se styděla, nevěděla jsem, co by si o mně mohla myslet, a bála jsem se, že by mě mohla vnímat jako určitou hrozbu pro svou dceru*“ (Saksová, 2011, s. 107).

Duševní poruchy nejvýrazněji postihnuty stigmatem jsou psychózy. Dle Ociskové a Praška (2015) je tomu tak již z podstaty tohoto onemocnění. Psychotické onemocnění se projevuje poněkud bizarně. Halucinace a bludy nemocných, jež se v mírném slova smyslu vymykají plošné normě, vzbuzují ve většině lidí úzkost až strach. Proto jsou takto nemocné osoby ponejvíce vyčleňovány ze společnosti.

Vlivem přetrvávajícího stereotypního smýšlení společnosti, kterou jsou nemocní psychózou považováni za **nebezpečné a nevyzpytatelné**, dochází k izolaci těchto jedinců vedoucí k možnému zhoršení příznaků psychózy. Dochází tak k roztáčení nebezpečné spirály, ze které není téměř úniku (Ocisková a Praško, 2015; Libiger in Raboch a Zvolský et al., 2001).

Ukázka na počátku podkapitoly názorně ilustruje strach z reakce okolí, jež nevalně přijímá hospitalizaci na základě psychotického onemocnění, jelikož jsou duševní onemocnění stále spjata se s hluboko zakořeněným stereotypem o nebezpečnosti takovýchto pacientů. Stigmatem je přitom postihnuta celá rodina, která může dokonce bránit léčbě.

Podle Ociskové a Praška (2015) rodina mnohdy brání v léčbě nemocného z obavy o svou pověst. Rodina buď může na svého člena apelovat, aby se dal „dohromady“, nebo se naopak až příliš angažuje a pomáhá nemocnému situaci zajistit – pomáhá mu s vyřizováním, nákupy atd., jen nepřipouští, že by měl navštívit psychiatrii. Když už rodina přijme problém a dojde k hospitalizaci jejího člena, existuje podle Ociskové a Praška (2015) riziko, že ho mezi sebe již neintegruje. V tomto případě také může záležet na místě, kde byl dotyčný hospitalizován. **Hospitalizace** v psychiatrické nemocnici je více stigmatizující než umístění nemocného pouze na psychiatrické oddělení nemocnice (Janík, 1987 cit. dle Ocisková a Praško, 2015).

Rodina je ale také sama stigmatem hluboce zasažena. Mnohdy členové rodiny duševně nemocné osoby zažívají stejnou diskriminaci, ačkoli sami touto chorobou netrpí. V jedné studii zjišťovali její autoři vliv stigmatu i na ostatní, zdravé členy rodiny. Účastníci této studie často hovořili o tom, že stigma nemoci jejich příbuzného má na ně velmi výrazný vliv. Lidé, kteří věděli o tom, že jejich člen rodiny se potýká se závažným duševním onemocněním, prisuzovali negativní atributy i všem dalším členům rodiny. Členové rodiny čelící diskriminaci měli také celkově méně navázaných sociálních vztahů a svým způsobem se potýkali s izolací ze strany jejich komunity. Účastníci výzkumu také hovořili o stigmatizace ze strany zdravotnického personálu a celkově jeho neochotě

s nimi komunikovat. Rodina si tak připadala odtržená od problému a léčby svého člena (Sanden et al., 2015).

V další studii zabývající se obdobným tématem popisují rodiče obviňující reakci ze strany svého okolí. Rodiče byli mnohdy obviňováni z duševního onemocnění dítěte a často se cítili ukřivdění a bezmocní (Karnieli-Miller et al., 2013).

Podívejme se nyní na stigmatizaci trochu více z blízka. Ocisková et al. (2014) nahlíží na stigmatizaci z jiného úhlu pohledu nežli Thornicroft níže a popisuje tři základní komponenty, ze kterých se stigmatizace sestává. Jsou jimi **neznalost** (nedostatečné množství informací či informace neodpovídající skutečnosti), **předsudky** (představují postoje k duševní nemoci) a **diskriminace** (samotné chování, které svým charakterem poškozují osoby s dušením onemocněním).

O neznalosti hovoří Ocisková a Praško (2015) dále, když uvádějí výsledky výzkumu společnosti DEMA. V rámci výzkumu DEMA (2004) bylo osloveno 667 respondentů. Výzkum sledoval obecné povědomí veřejnosti o podobě schizofrenie. Z výzkumu plyne, že 19 % osob věří, že pro schizofrenii je typické rozpolcení osobnosti. Naopak o něco méně respondentů (7 %) přisuzuje nemocným schizofrenií bludy a halucinace, 11 % považuje nemocné schizofrenií za divné, 25 % respondentů považuje za vhodné, aby takto nemocné osoby byli zavřeny v psychiatrických nemocnicích a 46 % respondentů by bylo pro omezení jejich chování. Nemocných schizofrenií se pak bojí 13 % respondentů.

Jestliže chceme přispět ke snížení stigma duševní nemoci, musíme především působit edukačně na veřejnost. Lidé mají větší tendenci pomoci duševně nemocnému jedinci, jestliže jsou s jeho nemocí seznámeni. S touto problematikou úzce souvisí prezentace duševně nemocných v médiích. Součástí kapitoly o stigmatizaci schizofrenie je i nastíněn pohled na obraz duševně nemocných v mediálním prostředí.

6.2.1 Model stigmatizace podle Thornicrofta

Graham Thornicroft je britským profesorem komunitní psychiatrie, jenž část své kariéry zasvětil výzkumu stigmatizace duševních poruch a jejímu dopadu na kvalitu života nemocného. Jeho model komponent stigmatizace zde cituji dle Ociskové a Praška (2015, s. 24–25).

- **Značkování (Labelling)** – osoba s psychiatrickou poruchou je tzv. označkována nálepkou duševní poruchy a ostatní jedinci u této osoby nalézají charakteristiky, které se vymykají dané sociokulturní normě;

- **Stereotypie (Stereotyping)** – tato odlišná charakteristika je spojována s negativními osobnostními rysy a vlastnostmi;
- **Separace (Separating)** – v této fázi se formuje vědomí odlišnostmi mezi duševně nemocným a zdravým jedincem a přisouzení se k jedné nebo druhé skupině;
- **Ztráta pozice a diskriminace** – stigmatizovaní jedinci jsou považováni za méně hodnotné a jsou diskriminováni. Konkrétním aktem diskriminace může být až vyloučením ze společnosti.

6.3 Prožívané stigma – sebestigmatizace

„Ale v okamžiku, kdy jsem se nechala hospitalizovat na psychiatrickém oddělení, už předstírání, že jsem studentka, přestalo fungovat; teď jsem byla pacientka v psychiatrické léčebně. Duševně chorá“ (Saksová, 2011, s. 72).

Bylo by snadné sklouznout k myšlence, že stigmatizovaní jsou duševně nemocní pouze vnějším prostředím, ve skutečnosti tomuto sklonu také sami podléhají. Sami sebe nálepkují a tato jejich etiketa pak může být velmi výraznou překážkou bránící následné rehabilitaci a resocializaci nemocných zpět do společnosti (Baudiš a Libiger 2002).

A přehled 54 studií věnující se stigmatizaci skutečně potvrzuje rozsah sebestigmatizace a vnímané diskriminace, kdy se zhruba 65 % osob s duševním onemocněním vnímalo jako poškozeno stigmatizací a 56 % osob stigmatizací skutečně zažilo (Gerlinger et al., 2013). Táž studie také ilustrovala, že se téměř polovina osob s poruchou schizofrenního okruhu za svou diagnózu stydí (Gerlinger et al., 2013). S tím souvisí i zjištění Ociskové a Praška (2015) – podle projektu Indigo, za jehož realizací stojí Barbora Wenigová, se 54 % nemocných snaží své problémy před ostatními skrývat. Přitom internalizace stigmatu a stigmatizace mohou mít na život jedince až nedozírné dopady, jelikož se postupně vzdává svého sebepojetí a vlastní identity, následkem čehož ztrácí přesvědčení o vlastním hodnotovém systému, vzdává se naděje na obstojnější budoucnost (Brohan et al., 2010). Zmíněná změna postoje jedince k sobě sama pak mnohdy vyústí v rezignaci a dobrovolnou sociální izolaci, jež vedou ke zhoršení prognózy onemocnění (Ocisková a Praško, 2015).

Sebestigmatizace v zásadě probíhá ve 4 základních stupních. Nejprve si jedinec uvědomí společností udržované stereotypy vztahující se k duševním poruchám, posléze s nimi nemocný začne pomalu, ale jistě souhlasit, a především je započne vztahovat sám

na sebe, čímž se pouze utvrzuje v jejich platnosti. V konečném důsledku ho opouští naděje a pozitivní sebepojetí. Opouští rysy a charakteristiky, kterými byl definován doposud, zvnitřní si dané zjednodušené stereotypy (Corrigan et al., 2011 cit. podle Ocisková a Praško, 2015).

Lidé, kteří propadají sebestigmatizaci, mají tendenci ztotožňovat svou nemoc se svou vlastní identitou, tedy neberou ji jen jako jeden její dílčí aspekt, jednu charakteristiku. Internacionalizování nemoci v tomto rozsahu pak může mít negativní dopad na sebepojetí jedince. To může vést k tzv. *Proč se snažit efektu* (Why try effect). Podle Corrigan et al. (2012) může sebestigmatizace v tomto případě stát v cestě splnění životního snu a přání, protože má takto stigmatizovaný jedinec tak snížené sebevědomí a pocit bezmoci, že přestává mít důvod se o něco hodnotného vůbec snažit. V našem případě by to znamenalo: „*Jsem schizofrenik, tak proč se vůbec snažit si najít normální práci?*“ nebo „*Jsem nemocný, co vůbec ještě od života můžu chtít?*“ Duševně nemocní lidé se pod tíhou internalizovaného stigmatu mnohdy ani nepokoušejí ucházet se o lukrativní pracovní místa právě z přesvědčení o nízké úrovni vlastní hodnoty.

Přitom je práce pro mnoho vážně duševně nemocných lidí velmi podstatnou hodnotou. Jak uvádí Holoubková (2013) ve své práci *Psychotické nemocnění v kontextu životního příběhu* – informanti této studie považují práci za velice podstatnou část svého života a do jisté míry v ní po atace nemoci a ukončení hospitalizace nalézali smysl. Zároveň může být práce a pracovní podmínky příčinou relapsu onemocnění.

Co ale může naopak přispět ke snížení internalizovaného stigmatu? Výzkumy potvrzují, že rozhodujícím faktorem při snižování sebestigmatizace má tzv. **coming out**, tedy odhalení své psychiatrické diagnózy (Corrigan et al., 2012). Otevřeným vypravováním o své nemoci, snižuje obavy a úzkost. Navíc se zde otevírá podpora ze strany dalších osob majících podobnou zkušenost s duševním onemocněním, stejně tak jako ze strany členů rodiny. Jedinci, kteří odhalí svůj zdravotní stav a fakt, že jsou duševně nemocí a setkají se s přijetím okolí, jak je výše popsáno, mohou znovu získat pocit, že mají svůj život pevně ve svých rukou. Na druhou stranu se ale jedinci, kteří se takto veřejně odhalí, mohou setkat naopak s nepochopením a diskriminací. To je také často důvod, proč většina duševně nemocných lidí svou nemoc spíše drží v tajnosti.

6.4 Podoba duševní nemoci v médiích

Média výraznou měrou zkreslují obraz veřejnosti o duševních poruchách a přispívají k hlouběji zakořeněným stereotypům. Podle několika studií má pro formování dojmu na duševně nemocnou osobu větší vliv mediální prezentace nežli osobní kontakt s ní (Rose, 1998).

A nemocní si vliv mediálního obrazu na svůj život také velmi často uvědomují. Především poukazují na jeho výrazné odklonění od reality. Ocisková a Praško (2015) pro příklad uvádějí výzkum organizace Mind, jenž se zaměřil u 500 respondentů – nemocných schizofrenií – na vliv mediálního obrazu schizofrenie na jejich život. Téměř 75 % respondentů se domnívalo, že zprávy v médiích jsou zkreslené a přispívají k negativnímu náhledu na duševně nemocné. Polovina dotázaných pak uvedla, že tyto zprávy pak mají také negativní dopad na jejich vlastní život.

Existuje mnoho studií, které poukazují na vliv masových komunikačních prostředků v šíření dezinformací o duševně nemocných. Nawková et al. (2012) uskutečnili srovnání obsahových analýz mediálního prostředí ve třech různých evropských zemích. Zjistili například, že duševně nemocní jsou v médiích zobrazováni častěji jako pachatelé (29 %) než jako oběti trestní činnosti (9 %). Mediální obraz duševně nemocných konkrétně v českých médiích zpracovává i například diplomová práce Ivety Fanfulové (2015) – *Mediální obraz osob se schizofrenií*. Autorka diplomové práce podrobila analýze dva tuzemské deníky a došla ke zjištění, že nejvíce se o duševně nemocných píše v souvislosti s trestnou činností (73 %), z čehož největší podíl představovaly zprávy popisující konkrétně vraždy. Naopak žalostně málo zpráv se objevovalo v kontextu osvěty ohledně duševního onemocnění (8 %).

Holcnerová et al. (2010) dále pak například uvádějí studii realizovanou Coverdalem et al (2002), jež analyzovala obsah celkem 562 článků na téma duševního onemocnění. Zhruba 61 % článků se zabývalo násilným chováním duševně nemocných osob, jejich nebezpečností pro okolí a kriminalitou (47 %). Pozitivně vyznívalo pouze 27 % ze zkoumaných článků.

K obdobnému závěru dochází studie z USA, kdy se v kontextu duševních poruch objevovalo nebezpečí ve 39 % článků. Kolem 25 % příběhů bylo spojeno s tématem kriminality a 13 % se pak věnovalo sebedestruktivnímu jednání a sebevražedným tendencím duševně nemocných. Pouze 4 % článků pak prezentovaly duševně nemocné jako oběti zločinu (Corrigan et al., 2005).

Holcnerová et al. (2010) dále také předkládá studii (Thorton a Wahl, 1996). V rámci výzkumu se jedné skupině respondentů předložily novinové články značně stigmatizující osoby duševně nemocné. Druhá skupina respondentů dostala naopak články, kde byla zdůrazněna informace, jak vzácná je kriminální činnost lidí trpících duševní poruchou. Obě skupiny respondentů byly posléze dotazovány na postoje k duševně nemocným osobám. První skupina pocítovala vůči duševně nemocným více strachu a zastávala jejich větší restriktci.

Holcnerová et al. (2010) zároveň také poukazuje na nedostatky výše citovaného výzkumu. Měření nebylo dlouhodobé, tudíž nevíme nic o tom, zdali postoje respondentů zůstaly stálé v čase. Dále se také autoři výzkumu netázali na postoje respondentů k duševně nemocným osobám před přečtením předložených článků. Další výzkumy nemající tyto nedostatky ale jejich závěry potvrzují.

Stranou nestojí ani filmové snímky, které z větší části vykreslují duševně nemocné jako zcela vyšinité osoby, bez naděje na vyléčení, jako osoby, které je nutné do konce jejich života izolovat od ostatních (Ocisková a Praško, 2015). Diana Rose (1998) se ve svém výzkumu provedeném v UK orientovala na obsah televizního vysílání. I v rámci vysílání BBC1 s ITV je 65 % duševně nemocných zmíněno v kontextu kriminální a násilné činnosti.

6.5 Destigmatizace jako boj proti diskriminaci

Vzhledem k dopadům stigmatizace na kvalitu života stigmatizovaných, popřípadě diskriminovaných osob, se objevila v posledních letech obrovská vůle zasadit se o její limitaci. Téma Destigmatizace se také hojně objevuje v kontextu reformy péče o duševní zdraví, které je v rukou Ministerstva zdravotnictví ČR. „*Chceme snížit míru odmítání a stigmatizace ve společnosti a zlepšit sociální integraci*“ (Reforma péče o duševní zdraví, ©2017). Tak zní motto, které zdobí právě webové stránky reformy péče o duševní zdraví.

V první řadě bych ráda uvedla konferenci – *Od stigmatu k rovnosti (Beyond stigma towards equity)*, vztahující se k tématu stigmatizace, jež proběhla 15. října 2016 na území hlavního města Prahy. Hostila i takové kapacity v oblasti mapování stigmatizace duševně nemocných jako je například již zmíněný prof. Graham Thornicroft nebo současný

prezident Asociace pro rozvoj programů v oblasti duševního zdraví prof. Norman Sartorius (*Beyond stigma*, ©2016).

Dále můžeme uvést například *Týdny pro duševní zdraví (TDZ)*, které jsou konány již 27. rokem a probíhají každoročně od 10. září do 10. října. Cílem tohoto projektu je pak přiblížit duševní onemocnění široké veřejnosti a tím se pokusit změnit její postoj k duševně nemocným jedincům (*Týdny duševního zdraví*, ©2016).

Stopstigma je dalším projektem, který stojí za zmínku. Za vznikem těchto webových stránek je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Webové stránky předkládají příběhy a osobní zkušenosti lidí s duševním onemocněním. Pro snížení stigmatizace je podle *Stopstigmatu* důležitá především osvěta, která napomůže ke změně postojů společnosti, ale také změna na legislativní úrovni, která by omezila možnou diskriminaci duševně nemocných lidí (*Centrum pro rozvoj duševního zdraví*, ©2017).

Také nestátní nezisková organizace Green Doors, jež pomáhá duševně nemocným se znovuzaražením do pracovního procesu, se podílí na snížení stigmatu duševního onemocnění. Za pomoci organizace Green Doors a Antonína Kokeše vznikl roku 2013 osvětový projekt – *Čistá duše*. Každý rok se projekt realizuje v trochu jiném duchu. První ročník se například zaměřil na osoby se schizofrenií, jejich portréty a životní příběhy. Snahou tohoto počínu bylo přiblížit široké veřejnosti osudy lidí, jež postihla duševní choroba. V rámci dalšího ročníku vznikl časopis *Moje schizofrenie*, který představoval zaměstnavatele úspěšně zaměstnávající duševně nemocné osoby. (*Čistá duše*, ©2017; Green Doors, ©2017).

A v neposlední řadě projekt *Blázníš? No a!* probíhající pod záštitou Fokus Praha, který je ale realizován i v rámci Jihočeského kraje ze strany Fokus ČB. Jedná se taktéž o osvětový program, přinášející informace o problematice duševního onemocnění na půdu středních škol a gymnázií. Součástí tohoto programu je i představení studentům jedince se zkušeností s duševním onemocněním (FOKUS Praha, ©2017).

6.6 Pojetí normality

Tato práce se pokouší poukázat na hlavní etické aspekty literární výpovědi jedince trpícího určitým typem psychózy jako svědectví boje o normalitu. Prvořadou otázkou tudíž je, co pro nás vlastně ona normalita, určující tenkou hranici mezi zdravím a nemocí, je? Orel et al. (2012) poukazuje na fakt, že v oblasti psychiky je pak mnohem obtížnější nalézt onu dělicí čáru mezi zdravými projevy psychiky a těmi patologickými. Tudíž je

normalita stěžejním pojmem například v psychopatologii či psychiatrii. Bez představy o normalitě a její přibližné podobě by oba tyto obory nemohly vůbec existovat, jelikož se oba zabývají lidmi, kteří se jakési normě vymykají. Abychom k normalitě lépe pronikli, podíváme se na normalitu ze tří hledisek, ze kterých je nejčastěji charakterizována, a to z hlediska **statistického**, **funkčního** a **normativního** (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006).

Norma může být nahlížena ze statistického hlediska, v jehož případě se za normální považuje jev nejčastěji v populaci zastoupený. V tom případě popisujeme **normu statistickou**. V podstatě se jedná o jevy opisující průměr. Cokoliv se nachází nad průměrem či pod ním je vnímáno jako abnormální. **Funkční** pojetí normality zase poukazuje na to, že za normální je považováno to, co plnohodnotně funguje, tedy plní svou funkci. Poslední náhled na normalitu – **normativní**, nespočívá ani ve funkčnosti či četnosti daného jevu, ale rozhodujícím měřítkem se stává splnění či nesplnění předem dohodnuté, nejčastěji společenské či pracovní normy (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012).

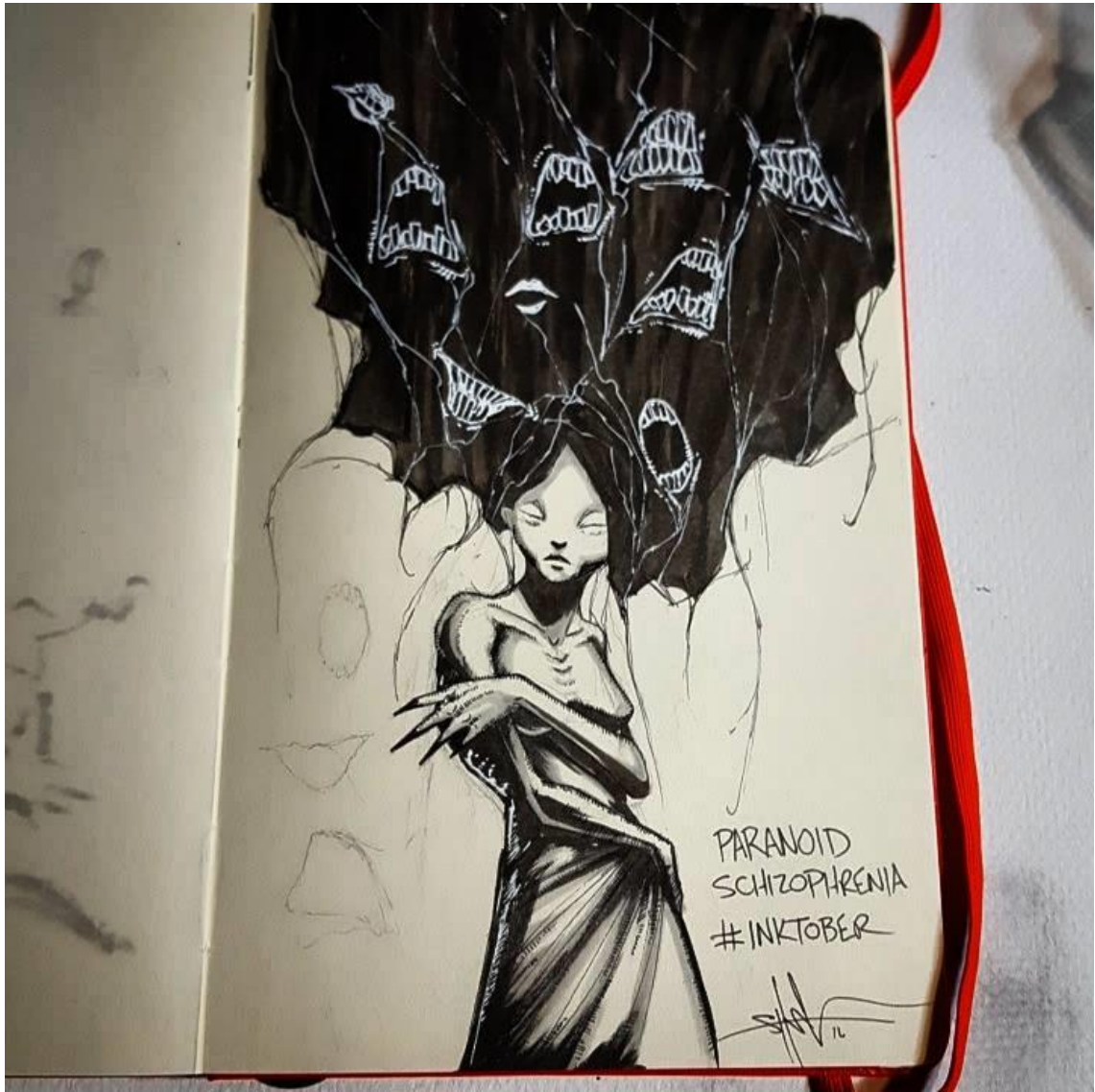
Mimoto popisujeme ale také **normu věkovou**, která zastupuje průměr v určité věkové skupině. Normu sociokulturní, normu etickou nebo **normu skupinovou** – kdy je určité chování v rámci dané skupiny tolerováno, ba i uznáváno, ale pro většinovou společnost může jít o jednání nepřijatelné (Orel et al., 2012).

Normalita se ale také velmi často chápe jako stav **zdraví**. Podle Sigmunda Freuda je člověk duševně zdravý, jestliže je schopen milovat, pracovat a hrát si. Tato jednoduchá, leč výstižná definice se pak především nejvíce přibližuje k funkčnímu, popřípadě normativnímu pojetí normality, jak ji popisujeme i dnes (Křivohlavý, 2001).

S dalším pohledem na normalitu nás seznamuje Susan Nolen-Hoeksema et al. (2012, s. 625–626), která předkládá následující komponenty, které by z pohledu psychologa měly k normalitě náležet:

- **Přiměřené vnímání reality** – normální jedinci nemají tendence přeceňovat své schopnosti, ale zároveň se nevyhýbají těžkým úkolům, mají střízlivý pohled na svět.
- **Schopnost ovládat své chování** – občasné impulzivní jednání je v pořádku, ale nesmí se jednat o trvalý charakteristický rys.
- **Sebeúcta a akceptace** – zde hovoříme o vědomí své hodnoty. Jedinci vymykající se normě pak mohou mít pocity méněcennosti a nepřijetí

- **Schopnost navazovat láskyplné** vztahy – Normální lidé jsou schopni navázat blízké a hluboké vztahy a nejsou lhostejní vůči ostatním lidem.
- **Činorodost** – pod činorodostí míníme, že normální lidé jsou schopni plnit každodenní požadavky a radovat se z různorodých činností.



© By Shawn Coss

II. EMPIRICKÁ ČÁST

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem této bakalářské práce je zdůraznit etické aspekty návratu psychicky nemocného do normálního života především s ohledem na reakce prostředí (např. rodiny, pracoviště, partnerů apod.) a upozornit tak na možnost sociální podpory nemocného a její význam v procesu uzdravování se.

Za specifikum této práce považuji náhled na návrat duševně nemocného zpět do společnosti nejen skrze polostrukturovaný rozhovor, ale také prostřednictvím autobiografické publikace. Jedná se o práci kvalitativního rázu, jež je charakteristická tím, že výzkumník v průběhu výzkumu nalézá nová a nová fakta, která začleňuje do stávajícího rámce – ačkoli se tedy výzkumná otázka nevěnuje přímo samotné literární tvorbě informantek, považuji za podstatné jí dále v práci věnovat samostatnou kapitolu.

Mimo základní cíl se také pohybuje VO2. Ta byla stanovena na základě seznámení se s příběhem informantek, avšak především po přečtení jejich knih. Velmi často narážíme v knihách na jejich osobní zpovědi na téma tělesného schématu, sebeobrazu. Otázka se tedy vztahuje k tomu, jestli existuje souvislost mezi schizofrenií, vlastním sebeobrazem a možným rozvinutím poruchy příjmu potravy?

Výzkumné otázky

Na základě výzkumného cíle byly formulovány a stanoveny tyto výzkumné otázky:

- VO1: Jaké jsou dominantní etické aspekty návratu duševně nemocného do běžného života?
- VO2: Jaké jsou specifické projevy psychické nemoci u žen, např. poruchy příjmu potravy?

8 METODIKA VÝZKUMU

8.1 Použité metody a techniky

Vzhledem k povaze mnou zvoleného tématu bakalářské práce byla k realizaci výzkumu zvolena **kvalitativní platforma**. Jedním z důvodů pro mé rozhodnutí je i hloubka náhledu do problému, kterou kvalitativní výzkum přináší. Kvalitativní strategie výzkumu s sebou nese tudíž poměrně podrobné informace, které nabízejí odpověď i na otázky ohledně vzniku daného fenoménu, což je v mnoha ohledech pro popis konkrétního jevu nesmírně cenné a přínosné (Hendl, 2016).

Strauss a Corbinová (1999) hovoří o kvalitativní formě studie jako o výzkumu, pomocí něhož se výsledků nedosahuje na základě analýzy kvantitativních dat, tedy statistickými metodami. Kvalitativní strategie je hojně užívána především v sociálních a psychologických vědách pracujících s člověkem jako objektem zájmu zkoumání – stejně jako tomu je u antropologie či fenomenologie (Strauss a Corbinová, 1999).

Případová studie

Konkrétně pak byla v souvislosti s kvalitativním designem zvolena případová studie, jež je jednou z možných variant realizace kvalitativního výzkumu. Jedná se o poměrně intenzivní zkoumání, které se pokouší ponořit do hloubky a opsat jediný či omezený počet případů týkající se zkoumaného jevu (Ferjenčík, 2010). V rámci této bakalářské práce budou popisovány dva případy.

8.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří dva výzkumné subjekty. Jsou jimi dvě informantky – dvě autorky analyzovaných knih. Markéta Bednářová (*Ve stínech za zrcadlem aneb O životě s psychózou*) a Markéta Dohnalová (*Homo psychoticus*). Původním výzkumným záměrem byla pouze obsahová analýza knih, ale posléze jsem se po konzultaci se svým vedoucím práce rozhodla oslovit autorky knih a pořádat je o setkání a rozhovor. Vzhledem ke specifiku výzkumu byl proveden záměrný účelový výběr.

Jedná se o dvě svobodné ženy středního věku, které mají společnou zkušenost s duševním onemocněním. Obě ženy se odhodlaly napsat o svém boji s duševní chorobou autobiografické pojednání, jež tato bakalářská práce bere jako autentický zdroj informací o návratu psychicky nemocného zpět do společnosti. Pro přehlednost uvedu, že Markéta

Dohnalová vydala svou knihu *Homo psychoticus* původně pod pseudonymem jako Michaela Malá. Jestliže je tedy v závorce za citací knihy uvedeno Malá, jedná se o Markétu Dohnalovou.

8.3 Metoda sběru dat

8.3.1 Technika získávání dat

Data se k potřebám bakalářské práce dají získávat různými způsoby. Miovský (2006) hovoří v kontextu kvalitativního výzkumu například o pozorování, dotazování nebo kvalifikovaném odhadu. Autorka této práce se i s ohledem na dané téma a jeho zpracovatelnost rozhodla pro metodu dotazování, konkrétně pak techniku rozhovoru.

Za interview je považován takový rozhovor, který je veden účelově, tedy s cílem získat nosná data a informace pro daný výzkum. Je tedy také součástí běžné mezilidské komunikace, ale mimo to slouží především jako výzkumníkův cenný nástroj. Tímto nástrojem bylo pak konkrétně polostrukturované (semistrukturované) interview, které prakticky pojí výhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Jádrem polostrukturovaného rozhovoru jsou jakási schémata či okruhy otázek, určující směr, kterým by se rozhovor měl ubírat. Posléze je na samotném výzkumníkovi, jak přesně rozhovor povede a jakým okruhům se bude věnovat více a které naopak téměř opomene (Miovský, 2006).

8.4 Metody zpracování dat

8.4.1 Metoda fixace dat

Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Rozhovor s Markétou Bednářovou je dlouhý 2 hodiny a 13 minut a rozhovor s Markétou Dohnalovou čítá 53 minut. Dále byla provedena volná transkripce rozhovoru a byly vyselektovány ty části rozhovoru, které se bezprostředně netýkaly výzkumu, případně u kterých si některá z dotazovaných informantek nepřála jejich zveřejnění. Podle Hendla (2016) se tedy jedná o shrnující protokol. Mezi délkou rozhovoru a množstvím získaných dat nebyla při transkripci nalezena souvislost.

8.5 Průběh výzkumu

Nejprve jsem přečetla obě knihy a udělala si nosné poznámky pro lepší představu o možné kategorizaci dat. Poté jsem prostřednictvím emailu kontaktovala obě

informantky, informovala je o mém výzkumném plánu a požádala o rozhovor. Následně proběhlo setkání. Oba rozhovory byly z organizačních důvodů vedeny ve stejný den a v témž městě – v Brně (květen 2016). Každá informantka si vybrala pro ni známé a příjemné místo tak, aby rozhovor mohl proběhnout co možná nejpřirozeněji. Po uskutečnění rozhovorů a jejich volné transkripci jsem se opět vrátila ke knihám a nyní je několikrát a důkladně přečetla.

8.6 Etické aspekty výzkumu

Informantky byly předběžně emailem informovány o druhu a povaze výzkumu. Byla jim předložena koncepce této bakalářské práce. Před rozhovory jsem se také obou dotázala, zdali mohu pořizovat audiozáznam a seznámila je s jeho výhodami. Dále jsem je upozornila na to, že jestliže se v průběhu rozhovoru dostaneme na téma, které by nerady posléze zveřejňovaly, téma do shrnujícího protokolu nepřepíši a nebude předmětem této bakalářské práce. Vzhledem k tomu, že rozhovor proběhl s autorkami knih o jejich literární tvorbě, nebylo nutné anonymizovat data informantek.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Na tomto místě bych ráda nastínila, jak samotná analýza dat probíhala. Nejprve jsem vypsalala důležité pasáže, jež se shodovaly i s okruhy z realizovaných rozhovorů. Tímto způsobem bylo prováděno u obou výzkumných objektů (úryvky z knih, transkripce rozhovorů) otevřené kódování podle Hendla (2016) a tím vznikly nosné kódy. Tyto segmenty textu byly pak buď doslovně přepsány, anebo parafrázovány do textu bakalářské práce, kde nyní tvoří jednotlivé kapitoly a podkapitoly v části *Analýza a interpretace dat*.

Přemýšlela jsem, zdali mám analyzovat data z obou metod sběru samostatně, či zvlášť. Nakonec jsem se rozhodla, že z hlediska přehlednosti – a hlavně celostního pohledu na danou problematiku – bude lépe zpracovávat oba prameny současně. Z obou zdrojů – jak z rozhovorů s autorkami, tak z jejich literárních děl byly – stanoveny a vybrány kategorie, které se navzájem překrývají. Tedy témata, která se objevují u obou autorek současně, v jejich osobních výpovědích i v autobiograficky zaměřených knihách.

Po úvaze jsem stanovila dvě dominantní oblasti zájmu. Prvním schématem je *Boj s duševním onemocněním*. Podíváme se tedy blíže na život člověka potýkajícího se s duševním onemocněním, v našem případě hovoříme o onemocnění psychotickém. V tomto okruhu jsou zařazené kategorie, jako je život před nemocí, uvědomování si nemoci, život s nemocí či návrat do běžného života. Některá z těchto témat obsahují také určité podkategorie, které se jich bezprostředně týkají.

Druhým schématem je *Psaní jako svérázná forma autoterapie aneb psaní nebo život*. Zde jsou popsány kategorie, jako je například samotná motivace k napsání knihy, význam psaní pro autorku v kontextu terapeutického účinku, reakce blízkých či reakce okolí na napsání knihy, v níž autorka odhaluje velmi osobní detaily ze svého života.

9.1 Schéma 1: Boj s duševním onemocněním

Obě knihy jsou především autentickým svědectvím o životě s psychózou. O úskalích s nemocí spojených a o svérázném boji za normalitu. Z mého pohledu je tedy podstatné nastínit, jak takový život vypadá a co konkrétně pro autorky knih představuje a obnáší život s takovou diagnózou.

Níže pod uvedenými kazuistikami jsou stručně popsány subjektivní příznaky onemocnění. Jednotlivé výňatky a citace z knih autorek, popisující příznaky psychotického onemocnění, jsou zařazeny především do kapitol náležících teoretickému základu. Učinila jsem tak pro lepší ilustraci jednotlivých kapitol věnujících se právě projevům psychotického onemocnění.

9.1.1 Než se zachvěla zrcadla aneb jak to bylo před nemocí

Nejprve bych ráda předložila stručné kazuistiky, které nastiňují situaci před vypuknutím onemocnění a zároveň i možné příčiny, jež mohly mít na duševní zdraví autorek mimo jiné vliv.

Kazuistika č. 1

Markéta Bednářová, 44 let, současná diagnóza: F25 – schizoafektivní porucha

Markéta Bednářová popisuje svůj život před nemocí jako více méně spokojený. Dětství považuje za své nešťastnější období, na němž byla největší skvrnou pouze sesterská rivalita, kterou časem vystřídala péče a vzájemný upřímný zájem. Rodina byla v dětství stabilní a plnila své základní funkce. Markéta občas trpěla konflikty s matkou, které vycházely téměř vždy z Markétiny neuspořádanosti a absence smyslu pro úklid a pro pořádek. Vždy měla pocit, že aby se vyrovnala ostatním, například ve škole musela vyvinout o hodně větší píli a úsilí než jiní. A její další popis dosavadního života naznačuje mírné známky workoholismu, který pramenil z odhodlání dosáhnout ocenění za odvedenou práci. Nemoc se objevila ve chvíli, kdy v Itálii, kde bydlela a pracovala pro paní Wagner, nabyla pocitu, že nepotřebuje tolik spánku. Postupně začala ubývat na váze, což působilo jako katalyzátor dalších bezesných nocí. Po zhruba 7 dnech bez spánku, což lékaři považují za téměř nemožné, se Markéta hroutí a propadá se fluidním příznakům schizofrenie. Tím začíná její příběh a cesta, kterou si musela razit životem s nálepkou duševního onemocnění.

Subjektivní příznaky onemocnění

Psychotické příznaky. Halucinace a bludy. Pocit vyvolenosti vyšší silou (mimozemšťany). Přesvědčení o vlastní slávě a důležitosti. Halucinace ohledně

rozřezávání a znovu sešívání vlastního těla. Přesvědčení o interakci lidí na bázi paralelních světů. Depresivní a manické příznaky.

Kazuistika č. 2

Markéta Dohnalová, 41 let, současná diagnóza: F25 – schizoafektivní porucha

Markéta Dohnalová prožila a vypráví sice odlišný příběh, ale v některých aspektech se velmi podobá tomu vyprávěnému výše. Markéta vyrůstala v neúplné rodině. Situace byla ještě ztížena alkoholismem jejího otce, který po rozvodu několikrát skončil hospitalizován na odvykací terapii. Nakonec ale svůj boj s alkoholem vyhrál. Markéta byla bystrým dítětem, které se rádo a rychle učilo. I z tohoto důvodu se následně ve škole často nudila. Její velkou oporou je kromě rodičů i její starší bratr, ke kterému vzhlíží díky jeho chvályhodné zručnosti. Markéta si v 5 letech prošla sexuálním zneužitím na dovolené v Jugoslávii. Ona sama, po letech terapie identifikovala tuto nešťastnou událost jako možný zdroj problémů s přijímáním potravy a odmítáním sebe sama jako dívky. Na základě těchto pocitů se jí posléze vyvinula porucha příjmu potravy – konkrétně mentální anorexie, kvůli níž musela být hospitalizována. Tou dobou již vídala svého anděla, ale o něm se nikomu ještě dlouhou dobu nezmínila. Touha nedospět a nepohodlí, které prožívala jako dívka, i když se spíše identifikovala s chlapeckou rolí, jí působily později obtíže v sexuálním životě. Nenávist k vlastnímu tělu ji vedla k automutilaci. Schizofrenie se Markétě D. naplno rozjela v průběhu vysokoškolských studií, když se o zkouškovém pouze učila, chodila pít s přáteli a už jí nezbýval čas na spánek. Aby se vydržela déle učit a udržela si rychlé životní tempo, začala experimentovat s drogami na bázi stimulantů. Tento zážitek ji dostal do velmi nepříjemného stavu, který, jak sama popisuje, se později objevoval i bez omamných látek.

Subjektivní příznaky onemocnění

Halucinace v podobě anděla, bezpohlavní a čisté bytosti, která Markétě slouží jako průvodce životem. Dále bludné příznaky – přesvědčení o ovlivňování hlavního světového a politického dění. Pocity paranoe a pronásledování. Později přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, díky kterým lze komunikovat s osobami z paralelních světů. Mimo jiné také depresivní stavy provázené pocitem marnosti.

9.1.2 Uvědomění si nemoci

Uvědomění si nemoci a smíření se s ní je důležitou součástí počátku zotavování se. Zároveň se ale jedná o velice bolestný okamžik, ve kterém nemocný ztrácí část své integrity. Tak to bylo i v případě obou autorek. Uvědomění si nemoci obě popisují jako zlomový okamžik v jejich životě.

Markéta Dohnalová například popisuje moment prozření v kontextu náhledu na svoje bludné přesvědčení, že prostřednictvím deníků komunikuje s důležitými činiteli světového dění a radí jim další vhodný postup. Takto komunikovala například s prezidentem Spojených států amerických. MD: „*Z poradkyně mocných jsem se stala schizofreničkou. Začala jsem si uvědomovat, že jsem byla a stále jsem nemocná*“ (Malá, 2015, s. 50).

Markéta D. zde uvádí, že se stala *schizofreničkou*. Existuje mnoho polemik, zdali je dobré tento termín používat, mnozí se spíše přiklánějí k termínu *nemocný schizofrenií*. To, že se autorka nazve schizofreničkou, může poukazovat na to, že nemoc je její dominantní charakteristikou. Naopak termín *člověk nemocný schizofrenií* naznačuje, že onemocnění je pouze součástí identity jedince, nikoliv její definicí.

Markéta B. si zase v jednu chvíli uvědomila, jak moc zasáhne psychóza do jejího dalšího života. MB: „*Musela jsem se smířit s tím, že už se nikdy úplně nevrátím do stavu před nemocí. I v době nejdelší remise, kdy se cítím poměrně dobře a jsem relativně zdravá a v pohodě, ovlivňuje nemoc moje každodenní vnímání a prožívání. Nikdy si nemohu být naprosto jistá, že mi mozek zobrazuje okolní svět skutečně věrně. Musela jsem přijmout skutečnost, že svoji realitu vnímám vlastně přes bludiště s pokřivenými zrcadly, která někoho prodlouží a jiného zmenší. Široké může být úzké, důležité zbytečné. Zrcadla jsou navíc velmi křehká, a proto se někdy bohužel stane, že prasknou, nebo se nečekaně rozletí na tisíc kousků*“ (Bednářová, 2013, s. 151).

9.1.3 Život s dušením onemocněním

„*Přestože vím, že nemoc se pravděpodobně zopakuje, snažím se nemyslet na skutečnost, že opět skončím v léčebně. Nedokázala bych s tímto vědomím žít. Děkuji za každý hezký nový den, snažím se užít si své reality, snažím se prožívat svůj život naplno*“ (Bednářová, 2013, s. 146).

Po první atace nemoci se autorkám svět doslova obrátil naruby. Samotné vyrovnávání se s faktem, že zrovna ony onemocněly tak závažnou duševní chorobou, je

paralyzující. Změny však přišly v mnoha oblastech života. Pobyt doma střídaly pobyty na uzavřeném oddělení psychiatrických nemocnic. Přátel ubývalo a udržet si jedno stálé zaměstnání se zdálo být nemožné. Dále se musely vyrovnat se stigmatizací okolí, popřípadě se sebestigmatizací. Život a životní tempo se náhle proměnilo.

Prožívání hospitalizací

Téma hospitalizace bylo dominantní především pro rozhovor s Markétou Bednářovou. Mnohdy shledávala chování personálu neohledupným. Uznává sice, že člověk v atace psychózy je mimo realitu a není lehké s ním jakkoli pracovat, zvláště pak, pokud je v ohrožení života, ale dále dodává, že každý má právo na lidskou důstojnost. MB: *„Když se můj stav zlepšil, přesunuli mě do klece. Velké postele s železnými vysokými postranicemi, kde je volný prostor po boku i shora vyplněný sítí. Neexistuje způsob, jak se z ní dostat bez pomoci. Pamatuji si, že jsem sestřičku prosila, aby mě z klece pustila, že potřebuji na záchod. Řekla: „Počůrejte se. Stejně to tak děláte vždycky!“* (Bednářová, 2013, s. 21)

Markéta B. tedy svým vyprávěním poukazuje na problematiku klecových lůžek z pohledu člověka, který v nich nějaký čas strávil. Zde by bylo třeba podotknout, že Česká republika byla jednou z posledních zemí Evropské unie, která jejich užívání roku 2007 definitivně zakázala. Do té doby však klecová lůžka představovala jakéhosi strašáka psychiatrické péče a způsobila mnohé hluboké šrámy už na tak křehké psychice pacientů psychiatrie. Jejich užitečnost uznává Markéta B. pouze v případech, kdy je jejich použití nezbytně nutné a selhávají jiné prostředky. Indikovat tento postup by měl podle Markéty B. pouze a jenom lékař a mělo by se jednat o řešení krátkodobého charakteru.

Dalším problémem lůžkové psychiatrické péče je nedostatek zdravotnického personálu, ale také například psychologů, kteří by se pacientům více věnovali. MB: *„Na odděleních pracuje nevyhovující počet lidí. Na individuální péči o pacienty je málo času. Za celé dva měsíce, které jsem proležela na uzavřeném oddělení, se mnou psycholog mluvil pouze dvakrát. Vůbec se mi nelíbilo, že na oddělení měli téměř stejný program pacienti s lepším stavem a těžké případy“* (Bednářová, 2013, s. 59).

Nedostatek psychologické péče a podpory mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, tedy z pohledu pracovníka v soc. službách pracujícího s lidmi s duševním onemocněním. Klienti si často stěžují na řídký kontakt s psychologem v průběhu jejich dlouhodobé hospitalizace. Mnozí přitom projevují intenzivní zájem o hlubší psychologickou podporu.

Vedle nedostatku kvalifikovaného personálu hovoří obě autorky také o neprofesionalitě některých z nich. Práce s duševně nemocnými, navíc v uzavřených podmínkách lůžkového zařízení, je extrémně náročná. Právě proto by ale zdravotničtí pracovníci pracující pod takovýmto tlakem měli důsledně dbát duševní hygieny jakožto prevence možného syndromu vyhoření. MD: *„Na oddělení byla velice nesympatická lékařka, kterou neměl nikdo rád a každý se jí bál. A ani ostatní personál nebyl nic moc. Arogance a povýšenost. Byla jsem svědkem toho, jak jedna zdravotní sestra zfackovala pacientku kvůli hlouposti. A tak jsem simulovala, že mi už nic není, aby mě propustili“* (Malá, 2015, s. 49).

S hospitalizací má zpravidla problém větší množství psychiatrických pacientů. Markéta B. popisuje svou snahu se jedné vyhnout takto. MB: *„Často jsem věděla, že už si nedokážu pomoci, ale přesto jsem se hospitalizaci bránila. Na uzavřené oddělení se nikomu nechce. Zážitky jsou opravdu drsné. Snažíte se zachránit. Maskujete svůj stav před svými nejbližšími, a tím svoji nemoc jen zhoršujete, více se ohrožujete na životě. Život na uzavřeném oddělení je tvrdý, ale v konečném důsledku vám tam dokáží opravdu pomoci“* (Bednářová, 2013, s. 147).

Medikace

Již v teoretické části práce byl nastíněn problém s užíváním medikace u pacientů se schizofrenií. Obě autorky ve svých knihách shodně popisují nevoli k jakékoliv dlouhodobé léčbě medikamenty. Popisují trpké začátky a také snahy medikaci vysadit, nebo ji alespoň omezit na snesitelné minimum. Snaha o zredukování farmakoterapie přitom často vyústila v nevyhnutelnou hospitalizaci. Léky mají především tlumící účinek, proto mohou nemocného omezovat v běžném životě. Postupem času začala Markéta D. léky vysazovat skutečně pomalu a pod lékařským dohledem. Nyní se jí daří hladinu léků držet níže.

MD: *„Nevím, jestli jsem byla takový lenoch už jako dítě, ale od doby, co jsem začala chodit do školy, jsem si zvykla, že mi stačí jet tak na dvacet procent svých možností. Na vysoké škole jsem to zvedla asi na čtyřicet procent, ale jinak byla vysoká škola jen jeden velký flám. Ale vzpomínám si, že když jsem řídila celý svět, když jsem byla ve spojení s mocnými politiky tohoto světa, tak tenkrát jsem možná jela na svých sto procent. A vydržela jsem to docela dlouho. Jenomže potom jsem dostala léky a ty ze mě udělaly chodící mrtvolu. Utlumenou mátohu. Teď si dávku antipsychotik pomalu snižuji a cítím,*

jak se mi vrací energie. Není to ještě úplně ono, na co jsem byla zvyklá, ale věřím, že se to zlepší. Jenom už nebudu řídit svět“ (Malá, 2015, s. 123–124).

Takto Markéta D. píše o nutnosti užívat léky ve své knize. MD: *„Léky pro nás představují nutné zlo. Snad menší zlo než sama nemoc, ale pořád zlo. V léčebnách většinou musíte na sestřičku vypláznout jazyk, aby viděla, že jste lék opravdu spolkli. Ani pacienti v léčebnách je nechtějí brát. A proč? Ty léky vás úplně změní. Nejen že vás připraví o váš svět, ale mají i jiné nežádoucí účinky“ (Malá, 2015, s. 124).*

I proto je v současné době snaha vyvíjet medikamenty s co možná nejméně patrnými vedlejšími účinky, za účelem zvýšení kvality života duševně nemocných osob.

Takto vypadá zkušenost s biologickou léčbou Markéty B. MB: *„Haloperidol je opravdu silný prášek. Jeho vedlejší účinky jsou katastrofální. Ale nutno říci, že pokud jste v nejhorším stavu, kdy už nic jiného nezabírá, tak právě tento lék je schopen pomoci. Vypadáte po něm však, jako byste byli drogově závislí. Celé tělo se silně chvěje. Špatně vidíte. Není vám dobře. Po dalších práscích jsem zase ztloustla. Motala jsem se v začarovaném kruhu, ze kterého nebylo možné vyskočit“ (Bednářová, 2013, s. 58).*

9.1.4 Návrat do běžného života

„Pokud se člověk vrátí domů a je připoután na vozíček, dostane se mu velké lítosti a účasti od okolí. Ale pokud se vrátíte z psychiatrické léčebny, dostanete zkrátka cejch“ (Bednářová, 2013, s. 24).

Cílem mnoha sociálních služeb zabývajících se prací s osobami s duševním onemocněním je umožnění, a především usnadnění jejich návratu zpět do chodu běžného života. Takovýto návrat však není ničím snadným. Duševně nemocní se nezdávkou setkávají s odmítavým či dokonce diskriminačním přístupem ze strany svého okolí. V této části práce se budeme zabývat návratem do běžného života, ale i jeho překážkami. Jednou z nich je například stigma duševní nemoci. Problematickou oblastí je mimo jiné i návrat do pracovního procesu.

Takto komentuje svůj návrat po hospitalizaci Markéta B. MB: *„Tím jsem byla velmi zklamaná. Bylo to velmi zraňující. Myslela jsem, že největší boj jsem vybojovala v nemocnici, ale není to tak“ (vlastní výzkum).*

Markéta B. hovoří také o tom, že jednou z věcí, které jí nemoc vzala, jsou její přátelé. Postupně se někteří z nich zcela vytratili z jejího života, a to v období, které považuje za velice citlivé. MB: *„Měsíce, které jste prožila v psychiatrické léčebně, byly pro vás*

drastické. Přijdete domů. Máte ještě velmi citlivou a poraněnou duši. Těšíte se na příbuzné a kamarády. A najednou zjistíte, že okolí vás začíná vyřazovat. Jako by snad šílenství bylo prudce nakažlivé. Stává se to navíc v době, kdy kamarády, přátele a známé přímo zoufale potřebujete. Ještě slabá jste ponechaná napospas boji, který už nevedete pouze sama se sebou, ale teď nově navíc se svým okolím“ (Bednářová, 2013, s. 24).

Druhá z autorek – Markéta D. – přirovnává svůj návrat mezi většinovou společností k zajímavé metafoře. Hovoří o mostu ze světa šílenství, s nímž ji pomáhá její terapeut jako zprostředkovatel kontaktu s druhým břehem, tedy se světem nepokřiveným duševním onemocněním. MD: *„Zhruba třikrát týdně jsem chodila do stacionáře. Nežila jsem. **Přežívala jsem** ze dne na den. Kromě ročního období pobytů na psychiatriích jsem neustále jezdila jednou týdně za psychoterapeutem za doktorem A. Společně jsme stavěli most ze země šílenství do světa zdravých lidí. Most odněkud někam, z jedné strany na druhou, ze strachu k přátelství, z vesmíru na pevnou zem, přes hory smutku a bolesti. Stavěli jsme duševní most“ (Malá, 2015, s. 51).*

Záměrně jsem se v předchozím odstavci vyvarovala označením druhého břehu jako straně *normálních lidí*. Konkrétně s Markétou D. byl pojem normality poměrně stěžejním tématem. Na otázku, co pro ni představuje slovo normální, odpověděla následovně. MD: *„Někde jsem kdysi četla, byla to nejspíš nějaká psychologická kniha, že normální je ten, který je schopen pracovat, milovat a těšit se z toho. Takže milovat jsem schopná, těšit se ze života taky a pracovat? Na tom pracuju. Ráda bych časem pracovala jako sociální pracovnice a pomáhala duševně nemocným lidem“ (vlastní výzkum).*

Problematiku stanovení normality pak doplňuje autorka o zajímavé myšlenky o úhlu pohledu na svět. MD: *„Přemýšlím o životě v jiné perspektivě. Dívám se na svět svým pohledem. Proč to měnit? Vždyť i ten můj pohled může být pro někoho zajímavý. Prostě jiný úhel pohledu. Je a není mi v mém světě dobře. Kdybych nenahlédla na svět z druhé strany, tak by mě ani nenapadlo, že je můj svět ‚nemocný‘. Vadí mi má nemoc, nebo nevadí? Jak kdy. Proč mi otevírali oči? Proč mi řekli: ‚díváš se špatně‘? Dívám se jinak. Ale jestli špatně...?“ (Malá, 2015, s. 167)*

Snaha začlenit se do většinové společnosti mnohdy však také naráží na mantinely samotného nemocného. Markéta D. dále rozvíjí svou metaforu o duševním mostu a naráží na fakt, že jí souží strach z neznámého. MD: *„Na své straně to bezpečně znám. Znam spousty míst, kde se dá schovat, každý kout, každý kamínek, spadlý list...tam se ztratit nemohu. Ale co na straně doktora B.? Tam žít neumím. Zkoušela jsem to, ale nedopadlo*

to dobře. Musela jsem se vrátit. Do země šílenství, do krajiny za zrcadlem. Do svého světa. Do jiné reality. Mojí reality. Mám strach tuhle zemi opustit. Ta „normální“ realita mě prostě neláká. Tu nemám prozkoumanou. Tam se bojím“ (Malá, 2015, s. 167).

Kromě reakce okolí působí proti znovu začlenění také křehký duševní i fyzický stav nemocného po ukončené hospitalizace. MD: *„Momentálně jsem po atace psychózy na neschopence doma. Není mi moc dobře. Akutní psychóza odezněla. Přesto se cítím nejistá, lehce zranitelná, celá rozklepaná. Ven chodím jen s pejskem. Na psychoterapii mě přítel buď vozí autem, nebo se mnou musí jet tramvají, a to se ho držím za ruku opravdu jako malá. Snažím se něco dělat i doma. Vařit, prát a věšet prádlo, umývat nádobí... ale věřte mi, i takové běžné věci mě teď dost vyčerpávají. A tak hodně ležím“ (Malá, 2015, s. 163).*

Markéta B. popisuje situaci téměř totožně. MB: *„Rekonvalescence po takové atace je opravdu náročná. Všechno se sice vrací do normálních kolejí, ale hodně pomalu. Moc pomalu. Nemoc potřebuje čas. Hodně času. Byla jsem příliš netrpělivá. Odmítala jsem se smířit s potřebou dlouhého odpočinku. Nechácala jsem, že nic neuspěchám. Není divu, že se můj spěch obrátil proti mně“ (Bednářová, 2013, s. 45).*

Opakované ataky schizofrenie se prokazatelně podepisují na stavu nervové soustavy. S každou další atakou může docházet k deficitu kognitivních funkcí, ale také právě k celkovému oslabení nervové soustavy, které se může projevovat nepříjemným třesem, jenž může být sám o sobě pro duševně nemocného stigmatizující. MB: *„Zprvu jsem se domnívala, že třes je následkem léčby. Ale dnes si myslím, že jeho pravým důvodem nejsou léky, přestože u všech, které beru, je uveden jako vedlejší účinek. Moje nervová soustava je opotřebovaná, už toho zažila příliš. Nevydržím žádnou zátěž“ (Bednářová, 2013, s. 49).*

Následky četných psychotických atak pak přitahují nežádoucí pozornost okolí, které se posléze nemocného straní. MB: *„Jezdila jsem hodně vlakem a dávala si vždy kávu z automatu, byl to takový můj cestovní rituál. Dnes si kávu nedám. Naposledy jsem upoutala pozornost celé čekárny. Ruka se mi trásla tak, že mi kelímek s kávou spadl na zem“ (Bednářová, 2013, s. 149).*

Problém s třesoucíma rukama a nemožností udržet v klidu kelímek s kávou se může v měřítku negativních vlivů, jež s sebou duševní onemocnění přináší jevit jako banální. Ale není tomu tak. Každá taková situace a odmítavá reakce okolí přispívají k obtížnosti znovu začlenění a tím i ke zhoršení kvality života nemocného.

Přes všechny hořkosti, které obě autorky ve snaze porazit zákeřné duševní onemocnění prožívají, mají obě ženy za sebou podporu milující rodiny. Markéta D. v rozhovoru popisuje obrat, jímž prošel postoj její rodiny k duševnímu onemocnění poté, kdy byla lékařem užita metoda psychoedukace, tedy podrobné seznámení rodinných příslušníků s podobou a charakterem psychotického onemocnění. MD: *„Moje první diagnóza byla mentální anorexie a rodiče si mysleli, že jim to dělám schválně, že si chci vynutit pozornost, že chci, aby se mi více věnovali. Poté jsem dokončila školu a nastoupila do práce, pomalu se mi začala rozjíždět paranoidní schizofrenie, ale to mi nikdo neřekl, i přes to, že jsem navštěvovala psychiatra. Ten na nic nereagoval, stejně tak psycholog. Když jsem pak byla prvně kvůli schizofrenii hospitalizovaná, tak asi po měsíci napsal jeden psychiatr mým rodičům dopis, že jsem vážně duševně nemocná a jestli by nebyli ochotni přijet do nemocnice a nezúčastnili se takového sezení, rodinné terapie. A oni přijeli a ta sezení byla vážně užitečná, protože rodiče pochopili, že jsem vážně nemocná a že jim to nedělám na truc, přijali to“* (vlastní výzkum).

Návrat do pracovního procesu

„Přes všechny těžkosti, které pro mě psychická nemoc znamenala, jsem chtěla pracovat, jako zdravý člověk“ (Bednářová, 2013, s. 133).

Práce je podstatnou součástí života člověka. Frankl vymezuje tři základní hodnoty, které se podílejí na vnímání smysluplnosti vlastního života. Jednou z nich je tvůrčí hodnota, jež může být právě realizována prostřednictvím práce a uspokojivého zaměstnání. Následují hodnoty prožitkové a postojové, přicházející na řadu ve chvíli, kdy není možné naplňovat hodnotu spojenou s tvůrčí a produktivní činností. Jestliže se u jedince nenaplní ani jedna z hodnot, dochází k tzv. existenčnímu vakuu, potažmo ztrátě smyslu vlastní existence. Tato má interpretace Franklových myšlenek je sice příliš povrchní, nicméně poukazuje na práci a možnost jejího vykonávání jako na jeden ze základních kamenů lidského bytí.

Obě autorky jsou velmi houževnaté ženy, jež práce vždy vnitřně naplňovala. Zkušenost duševní nemoci je však částečně v rámci pracovního trhu diskriminuje. Návrat zpět do práce popisují obě spíše negativně, ačkoliv se najdou světlé výjimky. Markéta B. má za to, že duševní onemocnění se dá ve vztahu k práci utajit jen po nějaký čas. Jestliže dojde k hospitalizaci a člověk je nějaký čas mimo dění, lidé se začnou ptát. A po čase se

jim jasně, že jde o nějakou formu duševního problému. Poté se zaměstnavatel snaží pracovní pozici obsadit někým jiným.

Markéta B. v jednom zaměstnání příliš dlouho nevydržela. Budování kariéry ve víceméně pravidelných intervalech přerušovaly četné hospitalizace. Zde je ale jeden příklad úspěšného návratu, který sama popisuje. MB: „*Pracovala jsem ve firmě Bosch v Jihlavě, ale pak jsem se zhroutila. Tři měsíce jsem strávila v nemocnici a mám za to, že to bylo kvalitní terapií Mgr. Šťastného, který mě přesvědčil, že stigmatizují sama sebe, že návrat je možný. Ten návrat nebyl chtěný jen z mé strany, byl i ze strany zaměstnavatele, který se mnou byl spokojený a chtěl mi podat pomocnou ruku. Tak jsem se tam vrátila na další rok*“ (vlastní výzkum).

Ačkoliv její zaměstnavatel i kolegové věděli, že je Markéta B. hospitalizovaná kvůli psychotickému onemocnění, umožnili jí návrat zpět do zaměstnání. Autorka popisuje, že ji nikdo z kolegů nedal nikdy znát žádný negativní postoj ani se o nemoci nezmiňoval. Po roce se opět hroutí a tentokrát již zaměstnání opouští definitivně. Mnoho zaměstnavatelů ale takovouto vstřícností neoplývá. Obě ženy se často setkaly s postoji, jež jim znemožňovaly se na původní místo vrátit.

Věnovat se původnímu zaměstnání nebylo mnohdy možné ani z hlediska úbytku sil, který nemoc zapříčinila. S tím má problém především Markéta D., jež pociťovala jistou degradaci své osoby prací, kterou vnímala jako pod její úroveň. Markéta D. vystudovala obor geodézie a kartografie na MU v Brně. Vlivem onemocnění však postupem zjistila, že se profesi nemůže věnovat a v rámci své rehabilitace počala pracovat v tréninkové kavárně, fungující pod neziskovou organizací Práh Brno. Práce ji bavila, ale nemohla se v ní realizovat. Nyní studuje opět MU, obory sociální práce a genderová studia. Je odhodlána stát se sociálním pracovníkem a pomáhat lidem se zkušenostní s duševním onemocněním. MD: „*Jsem možná i trapná svými pokusy pracovat. Než jsem dostala invalidní důchod, vystřídala jsem za dva a půl roku sedm zaměstnání. A teď? Pracuji v kavárně. Ale víte co... mě to tam docela baví. Sice je to práce ‚pod mou úroveň‘, ale alespoň nějaká práce. Alespoň se snažím*“ (Malá, 2015, s. 115).

MD: „*Doktor B. mi napsal neschopenku. Na jak dlouho, to uvidím. Já nevím. Jak dlouho se budu ‚flákat‘ doma, než si to v té hlavě zase trochu srovnám? Týden, maximálně dva. A zpátky do práce. Do kavárny. Kam jinam? Jsem přece psychotička. Jakou jinou práci bych mohla zvládnout?*“ (Malá, 2015, s. 143)

Dále ve své knize Markéta D. líčí svou nepříjemnou zkušenost. Když se ucházela o zaměstnání, které by zároveň naplnilo i její umělecké touhy, setkala se s odmítavým přístupem právě pouze na základě svého onemocnění. MD: *„Čím déle jsem si s paní majitelkou vykládala o svém vztahu k umění, tím víc ve mně naděje rostla. Až do chvíle, než se mě zeptala, na co mám plný invalidní důchod. Řekla jsem jí, že na duševní onemocnění. V tu chvíli jsem v její tváři uviděla, jak se lekla. Doslova lekla. Ještě jsem jí na její přání večer poslala e-mailem pár fotek svých obrazů a čekala jsem, až mi druhý den zavolá, jak slíbila. A dopadlo to tak, jak jsem čekala. Řekla mi ne. Že vzhledem k mým duševním problémům se rozhodla pro někoho jiného. Hodně mě to mrzelo. Cítila jsem smutek a vztek, že jsem duševně nemocná, že to mnoho lidí považuje za překážku mého případného zaměstnání a že je v lidech zakořeněný strach z psychických nemocí“* (Malá, 2015, s. 99).

Nálepka duševního onemocnění může být tak významná, že zastíní všechny ostatní kvality uchazeče o zaměstnání, v našem případě Markéty D. Tato forma diskriminace na pracovním trhu pak může vést nemocného k postupnému přesvědčení, že nemá cenu se dále snažit. Dojde ke stažení jedince mimo společnost, ale především k jeho stagnaci na poli pracovním. Nezaměstnanost je pak sama o sobě další stigmatizující nálepkou, jež přispívá k izolaci nemocného od většinové společnosti.

9.1.5 Stigmatizace duševního onemocnění

Stigmatizace je stále výrazným tématem v oblasti duševního zdraví, proto se snímáním stigmatu z duševně nemocných osob věnuje bezpočet projektů. Ono stigma nasedá nejen na osobní život nemocných, ale také na jejich kariéru, jak bylo popsáno v předchozí kapitole.

Obě autorky shodně hovoří o zkušenostech se stigmatizací či sebestigmatizací. Na otázku ohledně aktuálních vlivů stigmatizace odpovídá Markéta D. následovně. MD: *„Ted' už s ní problém nemám, ale když jsem se začala léčit, měla jsem pocit, že to mám snad napsané na čele. Měla na to vliv právě i ta moje paranoidní schizofrenie, ale když jsem šla po ulici, měla jsem pocit, že mě všichni sledují, že vědí, že jsem schizofrenička. Ale dnes se již se stigmatem nijak moc neseťkávám“* (vlastní výzkum).

Významně se na kvalitě života obou žen podílela především sebestigmatizace. MD: *„Stejně mám pocit, že mým hlavním problémem jsou lidé. Jejich nepochopení, netolerance a snaha izolovat duševně nemocné. Nebo se izolují sama? Před celým*

světem? Jeden projekt na podporu schizofreniků se jmenuje ‚Schizophrenia Open The Door‘. Ano. Potřebuji otevřít ty pomyslné dveře naproti lidem a přestat se bát“ (Malá, 2015, s. 143).

Markéta D. uznává, že lidé na ni sice skutečně reagovali přehnaně, na druhou stranu, vycházelo to z jejího podezřívavého chování a neschopnosti udržet oční kontakt.

Zajímavý pohled na sebestigmatizaci popisuje Markéta B., která problém stigmatu řešila i v rámci své terapie s psychologem. MB: „Můj psycholog říká, že stigmatem zatěžuje člověk hlavně sám sebe. A pokud se budu stigmatizovat sama, budou i ostatní. A ono to tak skutečně je. Ať jsem si prošla jakýmkoliv zaměstnáním, pořád jsem musela lhát. Lhala jsem o svém zdravotním stavu, protože pro člověka s takovouto diagnózou je jakákoliv lukrativní nabídka zaměstnání nemyslitelná. A to jsem nechtěla lhát, ale chtěla jsem normálně pracovat. Takže jsem v podstatě 20 let schovávala svou nemoc, utíkala jsem z bytů, tam kde mě nikdo nezná a utíkala jsem asi hlavně sama před sebou. A čím víc toho bylo ve mne, tím víc to bolelo. A tím psaním knihy najednou všechno vyplavalo na povrch, ke všemu jsem se přiznala a bylo mi najednou líp“ (vlastní výzkum).

Zraňující byl pro Markétu B. i postoj rodiny, která se za duševní onemocnění a stav, ve kterém se nacházela, styděla. MB: „V psychiatrické léčebně nemůžete mít u sebe mobil, pokud to nedovolí lékař. Štvalo mě to. Rodiče si nepřáli, abych měla jiné návštěvy než příbuzné. Měli strach, že se ztrapním. Mě to mrzelo. Hodně jsem si přála s někým popovídat. Byla bych vděčná za jakoukoliv návštěvu“ (Bednářová, 2013, s. 81).

O duševním onemocnění se stále na veřejnosti příliš nehovoří. Už jenom téma psychiatrie může obsahovat určité stigma. Mnoho lidí se psychiatrickým ordinacím obloukem vyhýbá, jelikož nesnesou pomyslení, že by je tam někdo blízký mohl spatřit. MD: „Třeba moji rodiče nemají moc dobrý pocit, když se třeba na ulici bavíme o psychiatrii, bojí se, že to někdo zaslechne a co si pomyslí. Ale já se za to nestydím. Někdo má zlomenou nohu a někdo je duševně nemocný. Nechci říct, že je to to samé, duševní onemocnění má svá specifika, ale je to taky nemoc. Takže jsem se přestala stydět za svou nemoc, když se mě někdo zeptá, jak se žije psychicky nemocnému člověku, tak jsem ochotná o tom klidně vyprávět. Alespoň sama za sebe, přeci jenom netuším, jak to mají ostatní lidé“ (vlastní výzkum).

S negativními reakce mi Markéta D. po odhalení diagnózy setkala i v prostorách panelového domu, kde žije. Spoustu sousedů se ale naopak chovalo velmi empaticky a přátelsky. Není tedy přesné tvrdit, že odsouzení druhých lidí je všude přítomné, naopak

obě autorky hovoří o jistém zlepšení v souvislosti s osvětovou činností. MD: „*Bydlíme v paneláku a prostě někteří lidé o mně díky mé knize ví, že jsem psychicky nemocná, a když je pozdravím, tak se na mě dívají s takovým despektem, ale odpoví mi, to jo. S některými sousedy se mi ale podařilo dát do řeči víc a poznali, že jsem vlastně normální ženská. Teď se se mnou baví naprosto normálně a přirozeně*“ (vlastní výzkum).

Život s psychotickým onemocněním přinesl ale oběma ženám cennou zkušenost. Především se teď po vydání knihy za svou nemoc již nestydí a samy aktivně bojují s nálepkami, jež nemocné schizofrenií různě škatulkují. MB: „*Dnes se již nebojím o nemoc hovořit. A co důležitější – vůbec se za ni nestydím. Jsem schopná a ochotná odpovědět na všechny otázky týkající se mé nemoci, jejího průběhu a prožitků s onemocněním spojených. Copak by se někdo styděl za to, že si zlomil nohu? Nebylo by to divné? A není divné stydět se za jakoukoli nemoc? I psychickou?*“ (Bednářová, 2013, s. 25)

Stigmatizace duševně nemocných je i dnes rozšiřována médii. Především pak zprávami ohledně trestné činnosti takto nemocných osob. Právě takový názor mají obě autorky. MD: „*Je to o tom, že lidé nemají zkušenost. Znají fakta o duševně nemocných pouze z médií, ze špatných zpráv. Každý špatný mediální obraz duševně nemocné skutečně poškozuje. Například, když se stane nějaká smutná událost, jako ve Žďáru. Rozbírala jsem to s panem profesorem Höschem a jen 10 % duševně nemocných osob je nebezpečných sobě nebo svému okolí, což je o hodně menší procento než v běžné populaci a že naopak, daleko častěji, jsou duševně nemocní lidé oběťmi trestných činů. Jsou oběťmi podvodníků a lichvářů. Takže ten mediální obraz, utvářený o duševně nemocných, nechápu*“ (vlastní výzkum).

Markéta B. si mediální zkreslení a prezentování psychicky nemocných osob jako nebezpečných bere velmi osobně. MB: „*Ten předsudek o psychicky nemocných lidech a o tom, že jsou nebezpeční, mne hrozně moc dlouho bolel. Považuji se za hodně citlivou osobu, psychicky mne může vykoledit i velká radost, proto mne to tak zraňuje. Nikdy jsem nikomu nic neudělala*“ (vlastní výzkum).

Ve své knize se k danému tématu také vyjádřila. MB: „*Pochopitelně jsou mezi psychicky nemocnými lidmi psychopati a agresori. Ale jsou mezi nimi i lidé čestní a hodní. Často psychicky nemocné obviňujeme, že mohou být nebezpeční. Mnohdy přitom ignorujeme skutečnost, že zdraví lidé v našem okolí umí být mnohem krutější*“ (Bednářová, 2013, s. 26).

9.1.6 *Shrnutí kapitoly*

Navrácení duševně nemocného zpět do normálního života je velmi obtížné. Proti jeho úspěšnému zařazení nestojí jenom netolerantní postoj společnosti, ale mnohdy důsledky nemoci samotné, jež ubírají tolik sil, že znovu zařazení není ihned možné. Stěžejním problémem je užívání tlumící medikace, která může být v očích pacienta taktéž překážkou návratu. Víme ale, že tomu tak ve skutečnosti není, a ví to nyní i obě autorky. A toto uvědomění jde ruku v ruce se stabilizací zdravotního stavu a předcházením relapsů nemoci. Právě snaha vyhnout se relapsům, a především pak nechtěné hospitalizaci, je společná oběma ženám.

Duševně nemocní se setkávají s diskriminací ze strany zaměstnavatelů, jež se obávají zaměstnat takto nemocnou osobu. Takové odmítnutí pak zasazuje další ránu na duši a prohlubuje sebestigmatizaci. Stigmatizováni jsou duševně nemocní jak rodinou a blízkými, tak veřejným míněním, a v neposlední řadě také mediálním obrazem. Obě autorky ho považují za velmi zkreslený a vnímají ho bolestně.

9.2 Schéma2: Psaní jako svérázná forma autoterapie aneb psaní nebo život

„Kdysi jsem četla jednu knížku s názvem Psaní nebo život. Tak nějak to vnímám i já. Pokud chci žít, musím ze sebe dostat, co se mi honí hlavou. Ať už je to šílený psychotický svět dospělé nemocné ženy, nebo vzpomínky a pohřbené emoce malé uplakané holčičky“ (Malá, 2015, s. 160).

Existuje mnoho způsobů, jak ventilovat svoje nejnítěrnější představy, myšlenky či emoce. Mnozí lidé vyhledávají přítomnost druhých. Vyprávějí o svých vnitřních pochodech a tím si pomáhají třídit vlastní propletené myšlenky. Na této bázi funguje i terapie, jak si ji klasicky představujeme. Někteří se se stresem a náročnými životními událostmi vyrovnávají pomocí sportu. Popadnou tenisky a za několik málo minut je již utěšuje jen ozvěna vlastních kroků a tlukot srdce. Emoce se dají hravě přenést na plátno nebo jiný materiál sloužící uměleckým účelům, a stejně tak přenecháváme své myšlenky prachobyčejnému papíru. Psaní deníků nebo například fiktivních povídek, prózy nebo naopak poezie, dovoluje stejně tak jakousi katarzi, očistu. Dalším tématem, na které jsem se v průběhu rozhovorů, ale také při analýze textu zaměřila, je právě psaní a jeho možné terapeutické dopady, které byly zmíněny již v rámci teoretické základny této práce.

9.2.1 *Motivace ke psaní*

Nejprve se podívejme, jak se každá z autorek vůbec dostala k myšlence napsat a publikovat knihu.

Pro Markétu Bednářovou to byl sen a způsob seberealizace. Zkrátka jednoho dne se jí vnukla myšlenka, že napíše knihu o své nemoci a s tímto nápadem se svěřila terapeutovi. Ten nebyl proti, ale zároveň byl skeptický ohledně ochoty nakladatelství takovou knihu vydat. Nicméně stalo se a Markéta dostala nabídku nejprve od nakladatelství Portál, posléze od Tritonu, kde byla kniha i skutečně vydána. Myšlenka tedy od začátku sledovala záměr knihu vydat.

Takto popisuje svůj hlavní motiv k vydání knihy Markéta Bednářová: *„Jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla napsat knihu o své nemoci a jít s vlastní kůží na trh, byla i myšlenka: Mohu udělat něco pro to, aby lidé, kteří jsou na tom psychicky opravdu špatně, dostali odpovídající péči? Dnešní medicína dokáže těmto pacientům pomoci, ale tato pomoc je vyvážena velmi tvrdými podmínkami. Po skončení poslední hospitalizace jsem se musela opakovaně sama sebe ptát: Opravdu je rok 2009? Nedostala jsem se někam do starých časů?“* (Bednářová, 2013, s. 144)

Zacházením s pacienty v průběhu hospitalizace bylo častým tématem, ke kterému se v průběhu našeho rozhovoru Markéta B. vracela. Na základě toho jsem se téma hospitalizace a její význam v životě duševně nemocného člověka rozhodla zařadit do okruhu zájmů této práce.

Naopak Markéta Dohnalová tento úmysl z počátku vůbec neměla. Kniha vznikla z deníkových zápisků, které byly určeny především lékařům, s nimiž si dopisovala, ale také sloužily jako podklady na další terapeutickou hodinu. MD: *„Začala jsem sepisovat jakoby vzpomínky z dětství. Bylo toho ve mně hodně. Tak jsem to dávala na papír jako takovou přípravu na další psychoterapeutický sezení. V podstatě to byl deník. Deník zahrnující vše, co se mi ten týden, co jsem se neviděla s panem doktorem stalo, i toho, co se mi honilo hlavou, co mě tíží a trápí a co je potřeba řešit.“* (vlastní výzkum). Zápisky tedy původně sloužily především ke komunikaci.

Onen lékař také navrhl, že by bylo zajímavé vydat poznámky, deník, jako knihu. A tak se Markétě D. začala rodit v hlavě myšlenka na podobu takové knihy. MD: *„Další pan doktor, se kterým jsem byla v kontaktu skrze email, mi navrhl, abych se takto pokusila napsat knihu. Poradil mi, abych si představovala, že sedím v křesle naproti němu a já mu*

vyprávím svůj příběh. Proto se na mnoha místech v mé knize objevuje oslovení tohoto pana doktora, ke kterému v knize vlastně promlouvám“ (vlastní výzkum).

Hlavní motiv pro vydání knihy pro Markétu Dohnalovou. MD: *„Chtěla bych ostatní psychicky nemocné motivovat. Dodat jim odvalu a sílu, aby to nevzdávali. I s duševním onemocněním se dá studovat, pracovat a žít. Mít svoje sny“ (vlastní výzkum).*

9.2.2 Význam psaní a jeho terapeutický účinek

Obě autorky se shodují, že psaní samotné má velmi intenzivní očistný účinek, avšak bez onoho vynesení knihy na světlo světa a její publikace by rozhodně nedocílily stejného terapeutického účinku.

Markéta D. hovoří o tom, že psaní se stalo běžnou součástí jejího života a psaní pak pro ni bylo samozřejmostí i po vydání knihy. Dle svých slov v tom zkrátka přirozeně pokračovala a nyní chystá již svou třetí knihu. O své první knize hovoří především jako o autoterapii, ale druhá kniha, která se v době rozhovoru připravovala k vydání, má primárně jiný účel.

MD: *„A teď probíhá korektura mé druhé knihy, ve které píšete o svém studiu. Vyprávím, jaké to je studovat se schizoafektivní poruchou, kdy se někdy potýkáte s mánií a jindy zase s depresí. Jak se s ní žije. Jak se s takovým onemocněním dělají zkoušky. **Takže první knížka byla spíš autoterapie, ale ta druhá a třetí vznikají, aby ukázaly, jak se s takovou nemocí vlastně žije a jestli má smysl se o něco snažit. Nejen si říct, mám invalidní důchod a nic jiného v životě nedokážu“ (vlastní výzkum).***

Vrátím-li se k terapeutickému účinku psaní, pro Markétu D. byl rozhodující především prožitek sdílení. Tedy, když si její poznámky mohl někdo přečíst – většinou přítel nebo pan doktor, se kterým si dopisovala, a především, když o nich mohla poté s někým hovořit. MD: *„Zapišu si, co se mi honí hlavu, co se mi ten den stalo, a srovnám si myšlenky. Píšete, co mě štve nebo naopak z čeho mám radost. Pak to ale pošlu příteli na mail. Něco mi k tomu řekne, následně se o tom můžeme třeba ještě půl hodiny bavit – a velmi důležitá je tam právě ta zpětná vazba. Stejně jako je důležitá v psychoterapii“ (vlastní výzkum).*

MD: *„Zkrátka je pro mě zpětná vazba klíčová. Myslím, že kdybych to měla psát jen tak do šuplíku, tak by to pro mě nemělo takový význam“ (vlastní výzkum).* Uzavírá Markéta D.

Markéta B. vnímá terapeutický účinek obdobně. Od začátku ji psaním knihy provázela pohnutka k jejímu vydání. Tedy již dopředu počítala s tím, že se svým životním příběhem vyjde ven, mezi ostatní. Proto ji největší užitek přinesl především onen pocit sdílení a promluvení o životě sužovaném duševní nemocí. MB: *„Samotné psaní samozřejmě mělo svůj efekt, ale to, že jsem to sdílela a stála jsem si zatím i pod svým jménem, bylo asi ještě důležitější“* (vlastní výzkum).

Tento efekt jde ruku v ruce dozajista i s motivací Markéty B. k napsání knihy – snahou změnit přístup v péči o psychiatrické pacienty v průběhu hospitalizace, se kterým má neblahé zkušenosti.

9.2.3 Reakce blízkých a rodiny na psaní knihy

Reakce blízkých osob se také úzce pojí s tím, jestli byla kniha vydána pod pseudonymem, nebo zda si autorka na přebalu publikace ponechala své jméno. V prvním případě je při vydání knihy rodina, stejně tak jako autorka sama, skryta pod pseudonymem, tudíž na ni publikace knihy zprvu neměla až takový dopad.

Vzhledem k tomu, že kniha byla zprvu pro Markétu Dohnalovou pouze deníkovými zápisky, při rozhodnutí ji vydat se rozhodla pro použití pseudonymu. MD: *„Pseudonym byl nápad pana doktora, se kterým jsem si o knize dopisovala. Vznikl ve chvíli, kdy jsem zvažovala, jestli knihu vydat či nevydat. Kniha je velmi osobní, odhaluje moji duši, přátele, rodiče. Proto mi navrhl, abych využila pseudonymu. Stejně tak na to pohlíželi i mí rodiče. Chtěla jsem chránit sebe i svou rodinu. Ale na FB se už pomalu poodhaluji, že se jedná o jednu a tu samou osobu.“* (Vlastní výzkum)

Markéta D. tedy sice knihu vydala pod fiktivním jménem, ale postupem času došla k rozhodnutí, že se chce za svou knihu postavit. Na své facebookové stránce se již po nějaký čas prezentuje svým vlastním jménem, i když při autorských čteních vystupuje sama za sebe. Takto popisuje reakci svých blízkých na vydání první knihy. MD: *„Zajímavá byla jejich první reakce na moji první knihu. Pověděli mi, že o spoustě věcí ani nevěděli a že si mysleli, že už jsem zdravá. Mysleli si zkrátka, že se ta nemoc dá úplně vyléčit. Vysvětlila jsem jim, že léčba spočívá především v tom, že se sama se sebou srovnám, naučím se s tou nemocí žít. A že až tohle zvládnou, tak budu moct žít mezi ostatními lidmi a oni to na mě třeba ani nepoznají. Hrozně se tomu divili, vždyť se prý vždycky, když k nim přijedu, chovám tak normálně“* (vlastní výzkum).

Kniha tedy napomohla k hlubšímu pochopení nemoci a jejího prožívání. Rodina a Markéty D. blízcí mohli nyní nahlédnout do jejích myšlenek a niterných pocitů. Rodinné vztahy se tímto podle Markéty D. utužily.

Markéta B. byla taktéž postavena před rozhodnutí, zda knihu vydat pod svým jménem, či nikoliv. Toto rozhodnutí konzultovala nejen s rodinou, ale také se spoluautorkou své knihy Libuší Horkou, která knihu editovala a také do ní přispěla několika svými básněmi. MB: „*Už tehdy Triton nadnesl otázku, zdali budu chtít knihu publikovat pod svým jménem, nebo využiji nějakého pseudonymu. Paní Horká byla toho názoru, že jestliže si za tím, co jsem napsala, skutečně stojím, mám to vydat pod svým pravým jménem*“ (vlastní výzkum).

Tolik k otázce pseudonymu; a takto popisuje Markéta B. reakci jejích blízkých na vydání její knižní prvotiny. MB: „*Nebyli proti. Rozhodně řekli, že je to moje věc a že mi do toho nehodlají zasahovat. Jen táta řekl, že to číst nebude, i přes to jsem ho pak načapala, jak si knihu tajně pročítá v autě. Ale hrozně mi fandil, a když se uskutečnil dotisk, tak měl velikou radost*“ (vlastní výzkum).

Také ale hovoří o prvotním strachu, který předcházel oznámení rodině a o jejím úmyslu publikovat své životní zkušenosti. MB: „*Bála jsem se reakcí. Paradoxně se ale stalo, že po zveřejnění knihy se vztahy v rodině naopak zlepšily a urovnaly. Moje rodina nevěděla, co se mi v hlavě odehrává, a po přečtení knihy měli lepší představu o tom, co jsem prožívala. Do té doby mohli vnímat pouze a jenom tu vnější stránku nemoci a v podstatě se jenom domnívali, co já si myslím a co se ve mne děje*“ (vlastní výzkum).

Zkušenost obou autorek s tzv. „coming out“ fenoménem je téměř totožná. Přes prvotní nevoli a strach rodiny z následků takového odhalení se dočkaly obě podpory. Markéta B. dokonce hovoří o tom, jak je na ní otec nyní pyšný.

9.2.4 Reakce okolí a autorská čtení aneb kniha jako dveře do světa duševně nemocných

Rozhovor s oběma autorkami se nakonec často stáčil k autorským čtením, která obě uvedly jako podstatný terapeutický faktor při zotavování z duševní nemoci. Napsání a vydání knihy je jednou věcí, ale autorské předčítání a osobní kontakt s lidmi, kteří knihu četli a jsou podrobně obeznámeni se životem autorky knihy, je věcí druhou.

Autorská čtení zprostředkovávají přímou interakci mezi autorem a čtenářem. Obě autorky popisují tento druh interakce jako velmi intenzivní a naplňující. MB: „*Kniha mi*

prostě hrozně moc pomohla, stejně tak ta samotná autorská čtení, na kterých jsem se dozvídala, že nejsem rozhodně sama, kdo má takové potíže s nemocí jako je schizofrenie“ (vlastní výzkum).

Autorské čtení je jednou z možností, jak získat **zpětnou vazbu**, která je pro obě ženy nesmírně důležitá. Zároveň dochází k jakémusi prožitku **kolektivního sdílení** utrpení, které umocňuje empatii a pochopení zúčastněných osob. Sdílení mnohdy zmenšuje bolest. Děje se tak proto, že žijeme s vědomím, že nejsme sami, kdo se potýká s podobnými problémy. Dochází tedy k podobnému terapeutickému účinku, který sledujeme v průběhu skupinově vedených terapií.

MD: *„Ted', když je kniha vydaná, tak dělám autorská čtení, čte ji spousta lidí, od kterých tu zpětnou vazbu nemám. Ale naopak i spousta neznámých lidí mi potom řekne, jak na ně ta knížka zapůsobila, jak jim pomohla nebo jak je něčím šokovala. Když za mnou pak po autorském čtení přijdou, je to pro mě velmi silný zážitek“ (vlastní výzkum).*

Obě autorky se shodují, že převážná většina účastníků autorských čtení jsou buď lidé s duševním onemocněním, nebo jejich blízcí, kteří se duševní chorobě snaží lépe porozumět. Nicméně se nyní snaží přesunout přednášky i více mezi zdravou a neerudovanou populaci. Jedním z důvodů je také snaha sejmut stigma z duševního onemocnění, které je ve společnosti stále velmi rozšířené.

Osobní zkušenost, tedy kontakt s duševně nemocnou osobou tváří tvář, může toto stigma zdárně omezovat. Na otázku, zda je osobní kontakt s nemocným přínosný, odpověděla takto. MB: *„Rozhodně je to lepší. Ta osobní zkušenost se mnou ten náhled trochu mění. Je to mnohdy tím, že lidé nemají o této nemoci informace, zkrátka toho o ní moc neví a je to tak, že se lidé neznámých věcí bojí. Takže bych byla ráda, kdyby moje kniha i tohle trochu změnila či nějak ovlivnila“ (vlastní výzkum).*

I proto by Markéta Dohnalová nejenom ráda rozšiřovala rádius svých přednášek, ale především předstoupila před své spolužáky na FSS MU a zprostředkovala jim svou zkušenost s duševním onemocněním. Má za to, že osobní kontakt s ní jakožto představitelkou duševně nemocného člověka by mohl pomoci k pochopení duševní nemoci i mezi studenty VŠ. Zároveň se ale obává reakce svých spolužáků a možného odsouzení z jejich strany, kterému ale zároveň hodlá čelit přímo.

MD: *„Ted' plánuji další takové čtení před studenty oborů psychologie, sociálních věd a žurnalistiky, budou mezi nimi i mí spolužáci, tak jsem velmi zvědavá. Bude to takový můj „coming out“. Především, jak zareagují, až před nimi předstoupím a vyjdu s tím, že*

jsem nemocná, ale jsem jednou z nich. Vážně jsem na to zvědavá, ale mám trochu i obavy. Ale i kdyby někdo reagoval negativně, tak to přijmu, jsem se svým životem spokojená a mám alespoň možnost dokázat, že i s duševním onemocněním se dá studovat Fakulta sociálních studií. Uskuteční se to v říjnu a už se na to těším“ (vlastní výzkum).

Reakce na vydání knihy i na autorská čtení jsou autorkami líčeny převážně velmi kladně. Jen zřídka kdy se setkávají s negativním přístupem.

MD: *„Samé kladné, rozhodně. Mnoho dalším duševně nemocných lidí mi poté sdělilo, že si v knize našlo tolik společných věcí, věcí, kterými si sami s nemocí prochází. Že prožívají to samé. Hodně takových lidí mi za knížku děkuje, že ji nechali přečíst svým rodičům, svým partnerům, aby si dokázali představit, jak psychoticky nemocný člověk uvažuje a že když má nějaký blud, kterému věří, jak si kolem něj dokáže vykonstruovat celý svět, ve kterém všechno do sebe zapadá a pro něj to působí naprosto věrohodně, a přitom to vlastně není pravda. Takže jsem se vlastně vážně zatím setkala jen s pozitivními reakcemi na knihu a vážně mne to setkávání s těmi lidmi dobývá energií. Když se vrátím domů, tak jsem ještě tak týden nabitá, nabuzená, plná elánu“ (vlastní výzkum).*

9.2.5 Shrnutí kapitoly

Oběma autorkám změnilo vydání knihy rapidně život. Nejen že jim kniha pomohla k znovunalezení vlastní hodnoty, která byla pošlapána následkem nemoci, ale také jim více pootevřela dveře zpět do společnosti. Přiblížením příběhů takto nemocných lidí dochází ke zmírňování jejich stigmatizace. Také vztahy k blízkým osobám se teď zdají pevnější a stabilnější. Rodina obou žen se až skrze knihu skutečně seznámila se světem duševně nemocného člověka. Došla k uvědomění, že duševní onemocnění není sprintem, ale maratonem, kterým je nemocný vyzýván každým dalším dnem svého života. Kniha mimo jiné také přináší určitou katarzi a ventilaci emocí. A působí terapeuticky v tom smyslu, že napomáhá smíření se s vlastní nemocí jako součástí životního údělu.

10 DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zdůraznit etické aspekty návratu psychicky nemocného do normálního života především s ohledem na reakce prostředí (např. rodiny, pracoviště, partnerů apod.) a upozornit tak na možnost sociální podpory nemocného a její význam v procesu uzdravování se. K umožnění dosažení stanoveného cíle byly formulovány dvě výzkumné otázky. Ta první se dotazuje na specifické etické aspekty návratu duševně nemocného do běžného života. Druhá otázka je cílena na oblast sebepojetí žen trpících psychózou v kontextu možného rozvinutí poruchy příjmu potravy.

Pro výzkumné účely byla zvolena kvalitativní strategie. Data byla sbírána pomocí metody dotazování, konkrétně pak technikou polostrukturovaného rozhovoru, u něhož došlo k volné transkripci a následné analýze. Dalším zdrojem cenných dat byla analýza autobiografické publikace.

Výzkumné otázky bych mohla vzhledem k cíli práce zodpovědět takto:

VO1: Jaké jsou dominantní etické aspekty návratu duševně nemocného do běžného života?

Při návratu do běžného života musí vážně duševně nemocný člověk čelit tlaku rodiny, společnosti, ale také vlastním nárokům na svou osobu, tedy i internalizaci stigmatu. Ze stran společnosti se setkává se stigmatizujícím a mnohdy až diskriminujícím jednáním, jak v osobním, tak v profesním životě. Pro úspěšný návrat je podstatné pevné a bezpečné rodinné zázemí, ze kterého může nemocný čerpat.

VO2: Jaké jsou specifické projevy psychické nemoci u žen, např. poruchy příjmu potravy?

Na druhou výzkumnou otázku nebyla po zvážení dostupných informací hledána odpověď. Důvody pro mé rozhodnutí jsou uvedeny dále v diskusi.

Vágnerová (2014, s. 319) předkládá ve své publikaci tuto definici schizofrenie: „Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“ Pěč a Probošová (2009) spatřují hlavní problém u psychotického onemocnění právě v narušení osobnostní

integrity, tedy vědomí já, jež je nezbytné k utváření vlastního sebepojetí. Narušení osobnostní integrity pak mnohdy kráčí ruku v ruce s narušením interpersonálních vztahů a vlivem bizarního chování nemocného až k sociální izolaci. A právě s izolací a nepochopením okolí se v průběhu svého života setkávají i dvě autorky, jež jsou zkoumaným předmětem této bakalářské práce.

Schéma 1: Boj s duševním onemocněním je první oblastí, která byla vytyčena v průběhu vzniku této práce. Nejprve jsem se zaměřila na život před onemocněním obou autorek, jelikož mne zajímaly možné faktory, jež se mohly spolupodílet na propuknutí závažné duševní choroby. Ze životních příběhů autorek je patrné, že těsně před prvním vypuknutím floridních příznaků psychotického onemocnění byly obě vystaveny značné zátěži. Obě shodně popisují především nedostatek spánku. Markéta Bednářová pak hovoří i o drastické dietě, ale hlavně o pobytu mimo domov. Markéta Dohnalová zase o experimentaci s drogami a značnému stresu v průběhu zkouškového období na vysoké škole. Oba tyto příběhy pak korespondují s tzv. **bio-psycho-sociálním** modelem vzniku schizofrenie, jak ho uvádí Orel et al. (2012). V jejich knihách i rozhovorech se taktéž objevuje téma jejich citlivosti a křehkosti. Tyto osobnostní dispozice, tedy vulnerabilita a hypersenzitivita, se mohou dle Doubka et al. (2008) spolupodílet na rozvinutí psychické poruchy podobného charakteru.

Subjektivní příznaky onemocnění jsou pak oběma autorkami prožívané ve shodě se zjištěním autorů jako je například uvedení příznaků nemoci Bankovskou Motlovou a Španielem (2013), popis schizofrenie Vágnerovou (2014), Kučerovou (2010) nebo Vackem (1996).

Uvědomění si nemoci a smíření se s ní je důležitou součástí počátku zotavování se. Zároveň se ale jedná o velice bolestný okamžik, ve kterém nemocný ztrácí část své integrity. Tak to bylo i v případě obou autorek. UVědomění si nemoci obě popisují jako zlomový okamžik v jejich životě. Markéta Dohnalová popisuje své první skutečné uvědomění si nemoci takto: MD: „*Z poradkyně mocných jsem se stala schizofreničkou. Začala jsem si uvědomovat, že jsem byla a stále jsem nemocná*“ (Malá, 2015, s. 50). Na tomto úryvku z knihy Markéty Dohnalové může sledovat změnu vlastní identity tak, jak o ni hovoří Brohan et al. (2010) v kontextu počínající internalizace stigmatu. Stejně tak o tomto počátku sebestigmatizace hovoří i Corrigan et al. (2012), který poukazuje na fakt, že lidé propadající sebestigmatizaci tendenčně zaměňují svou nemoc za svou identitu. Tím u nemocných dochází k pocitu bezmoci a naděje, že se tento stav někdy

změní. Markéta Bednářová si také plně uvědomuje, že s příchodem psychózy se její život rapidně změnil. Popisuje smíření s faktem, že se již nikdy nevrátí do stavu před nemocí. Uvědomění si přítomnosti onemocnění a následné smíření se s ním je přitom určujícím faktorem pro úspěšnou léčbu duševního onemocnění.

Na **Život s duševním onemocněním** jsem v této práci nahlížela optikou především problematiky biologické léčby a nutných hospitalizací.

Právě hospitalizace byly dominantní tématem v rozhovoru s Markétou Bednářovou, jež na ně vzpomíná jen velmi nerada a svým způsobem byly tyto její zážitky z uzavřeného oddělení i motivem a jakým si katalyzátorem k napsání její knihy. MB: „*Když se můj stav zlepšil, přesunuli mě do klece. Velké postele s železnými vysokými postranicemi, kde je volný prostor po boku i shora vyplněný sítí. Neexistuje způsob, jak se z ní dostat bez pomoci. Pamatuji si, že jsem sestřičku prosila, aby mě z klece pustila, že potřebuji na záchod. Řekla: „Počůrejte se. Stejně to tak děláte vždycky!“* (Bednářová, 2013, s. 21) Na tomto místě bych ráda podotkla, že dnes si naše psychiatrická péče vede lépe. Dnešním trendem je redukce počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích, a naopak zakládání ambulantních lůžek (Pěč, 2007). Kromě toho je péče vracena do domácího, přirozeného prostředí a zaštiťována komunitně, například prostřednictvím Českobudějovického FOKUSU z. ú. (FOKUS, 2016). I přes to je ČR stále kritizována za neadekvátní užívání, jak tisíců prostředků (medikamentů), tak i například za kurtování k postelím, izolační místnosti nebo již zmíněné zneužívání klecových lůžek (Chaloupská a Maňourová, 2014).

Dalším problémem poskytování psychiatrické lůžkové péče je podle autorky nedostatek kvalitního personálu. Markéta Dohnalová dokonce předstírala, že se jí daří dobře a je již v pořádku, jen aby byla propuštěna do domácí péče a nemusela již čelit nepříjemné lékařce. Na tomto příkladu vidíme, že i kvalita a povaha personálu jsou zásadní pro celý proces zotavování. V psychiatrických léčebnách je i nedostatek psychologické péče. S tímto mohu na základě své zkušenosti práce s duševně nemocnými lidmi jakožto pracovník v sociálních službách souhlasit. Klienti si často stěžují, že se za svou hospitalizaci viděli s psychologem pouze párkrát, a to jen na nezbytně dlouhou dobu (kvůli vytíženosti přítomného psychologa). Obecně se chce většina pacientů hospitalizaci vyhnout nebo alespoň doufají, že bude co možná nejkratší. Markéta Bednářová popisuje, že se hospitalizaci mnohdy bránila, i když už věděla, že neexistuje jiné východisko. Svůj pravý zdravotní stav maskovala i před nejbližšími, jen aby

nemusela být hospitalizována. Zároveň ale přiznává, že tímto počínám si způsobovala zhoršení průběhu nemoci i její následky.

Další součástí léčby, tudíž i života s psychózou, je užívání **medikace**. Obě autorky popisují nevoli předepsanou medikaci užívat. Přitom nejsou samotné, kdo alespoň v některé fázi onemocnění léčbu antipsychotiky odmítal. Mnoho nemocných schizofrenií je na tom obdobně. Na vině jsou podle Probové a Pěče (2014) především poměrně silné vedlejší účinky psychofarmak, která máme k dispozici. Probová a Pěč (2014) jmenují mezi dominantními vedlejšími účinky především vnitřní tenzi a neklid, nebo naopak intenzivní únavu. Dále se pak například, v případě antipsychotik II. generace, hovoří o prudkém přírůstku na váze. Kučerová (2010) pak v souvislosti s užíváním medikace hovoří o tzv. tarditivní dyskineze, jež se projevuje mimovolnými pohyby ať již v obličejové oblasti, nebo po celém těle. Strach specificky právě z této poruchy popisuje Saksová (2011) ve své knize *Střed se hroučí zevnitř*. Tyto mimo volní záškuby pak samozřejmě mohou přispívat ke stigmatizaci duševně nemocných osob, jelikož přispívají k repertoáru chování, jež ostatní lidé vnímají jako nehodící se či divné. Takto popisuje svou zkušenost s léky Markéta Dohnalová ve své knize. MD. „*Léky pro nás představují nutné zlo. Snad menší zlo než sama nemoc, ale pořád zlo. V léčebnách většinou musíte na sestřičku vypláznout jazyk, aby viděla, že jste lék opravdu spolkli. Ani pacienti v léčebnách je nechtějí brát. A proč? Ty léky vás úplně změní. Nejen že vás připraví o váš svět, ale mají i jiné nežádoucí účinky*“ (Malá, 2015, s. 124). Obě autorky se po dlouhém boji nakonec s nutností užívání medikace smířily. Aktivně se ale snaží snížit její dávkování, aby tolik neovlivňovala jejich fungování v běžném životě. I má zkušenost s klienty je obdobná. Tlumící účinek léků je pro drtivou většinu lidí velmi obtěžující, především vezmeme-li v potaz, že takto utlumení chodí do zaměstnání, starají se o domácnost. Je lákavé vysadit léky ve stabilizované fázi nemoci. Ke stabilizaci ale bohužel dochází za pomoci medikace. Jestliže je vysazena, nebo snížena bez zásahu lékaře, může dojít k narušení tak těžce hledané rovnováhy a hrozí zde opět riziko relapsu.

Návrat do běžného života je pro tuto práci stěžejní kapitolou. Zahrnuje problematiku návratu do běžného života s přihlédnutím na těžkosti, se kterými se nemocný musí po své cestě vypořádat. V této cestě mu stojí stigmatizující společnost, jež ho svou nálepkou izoluje od ostatních, ale také nemocný sám, jenž si onu nálepku zvnitřní. „*Pokud se člověk vrátí domů a je připoután na vozíček, dostane se mu velké*

lístosti a účasti od okolí. Ale pokud se vrátíte z psychiatrické léčebny, dostanete zkrátka cejch“ (Bednářová, 2013, s. 24).

Stigmatizace není přítomna pouze v osobním a společenském životě obou autorek, ale také v tom pracovním. Takto komentuje svůj návrat po hospitalizaci Markéta B. „*Tím jsem byla velmi zklamaná. Bylo to velmi zraňující. Myslela jsem, že největší boj jsem vybojovala v nemocnici, ale není to tak*“ (vlastní výzkum). Markéta Bednářová byla situací po návratu z hospitalizace velmi zklamaná. Postupně zjistila, že ve velmi citlivém období svého života ztratila většinu přátel. Druhá autorka Markéta Dohnalová přirovnává období po hospitalizaci k přežívání ze dne na den. Neměla pocit, že skutečně a plnohodnotně žije.

Markéta Dohnalová ale zároveň přiznává, že sama sobě byla překážkou návratu. Svět bez nemoci – běžný svět – byl pro ni neprobádaným územím. Spíše se uměla orientovat v prostředí duševní nemoci.

Kromě nepřijetí okolím čelí duševně nemocný i dalším limitům, jež brzdí jeho opětovné začlenění do společnosti. Velkou překážkou je především křehký psychický a fyzický stav po ukončení hospitalizace. MB: „*Rekonvalescence po takové atace je opravdu náročná. Všechno se sice vrací do normálních kolejí, ale hodně pomalu. Moc pomalu. Nemoc potřebuje čas. Hodně času. Byla jsem příliš netrpělivá. Odmítala jsem se smířit s potřebou dlouhého odpočinku. Nechácala jsem, že nic neuspěchám. Není divu, že se můj spěch obrátil proti mně*“ (Bednářová, 2013, s. 45). Markéta D. hovoří o své rekonvalescenci obdobně. Popisuje období nesamostatnosti, kdy je po hospitalizaci odkázána především na péči svého přítele, protože nemá dostatek energie.

V průběhu rozhovoru o návratu do normálního života jsem se s Markétou Dohnalovou pozastavila vůbec nad termínem **normalita**. Na mou otázku po tom, co považuje za normální, odpověděla následovně: „*Někde jsem kdysi četla, byla to nejspíš nějaká psychologická kniha, že normální je ten, který je schopen pracovat, milovat a těšit se z toho. Takže milovat jsem schopná, těšit se ze života taky a pracovat? Na tom pracuju. Ráda bych časem pracovala jako sociální pracovnice a pomáhala duševně nemocným lidem*“ (vlastní výzkum). Normě se věnuje ve své práci například Orel et al. (2012), když poukazuje na fakt, že v oblasti psychiky je pak mnohem obtížnější nalézt onu dělicí čáru mezi zdravými projevy psychiky a těmi patologickými. Z hlediska statistického, funkčního a normativního pohlíží na normu například Svoboda, Češková a Kučerová

(2006). Z tohoto pohledu se zdá definice funkční normy neblíže podobná tomu, jak si normalitu vykládá Markéta D.

Jako pozitivní popisují obě autorky přístup rodiny po jejich návratu. A právě rodina hraje důležitou roli v léčbě duševně nemocného. Přitom pro rodinu je oznámení psychiatrické diagnózy jejího člena stejně zatěžující jako pro samotného nemocného.

Bohužel i rodina může stigmatizovat nemocného. Markéta Bednářová například popisuje, že ač k ní rodina měla od počátku vstřícný a milující postoj, z obavy z možné stigmatizace Markétu v nemocnici izolovali. Nepovolili jí žádné návštěvy kromě nejbližší rodiny a nepřáli si, aby u sebe měla telefon a kontaktovala tak své přátele.

Matka Markéty Dohnalové si zase nepřála na veřejnosti hovořit o dceřině nemoci a zpravidla se cítila velice nepříjemně, když v konverzaci na ulici padlo slovo psychiatrie. Podle Markéty se její matka bála, co si lidé pomyslí.

Nejprve si rodina všímá ne příliš výrazných odchylek od chování svého člena, ale nepřikládá jim velkou důležitost. To se podle Motlové a Koukolíka (2004) a Doubka et al. (2008) děje již ve fázi s prodromálními příznaky onemocnění. Jak poukazuje Vágnerová (2014), schizofrenie významnou měrou narušuje rodinnou dynamiku. Rodina se po nějakou dobu ocitá v nejistotě, kterou prohlubuje samotná laická neznalost onemocnění i jeho případné léčby. Největší obrat popisuje Markéta Dohnalová u svých rodičů po absolvování psychoedukace, kterou jim Markétin ošetřující lékař nabídl. Její rodina byla tudíž vyvedena z nejistoty způsobené nevědomostí ohledně původu a podstatě nemoci tak, jak o ní hovoří Vágnerová (2014). Navíc pochopili, že jim to Markéta D. nedělá na truc, ale že je skutečně velmi vážně psychicky nemocná. Tehdy poprvé přijali její diagnózu.

Programy psychoedukace vznikly na základně četných zjištění, že jestliže se pacient vrátí po hospitalizaci do prostředí, které je k němu hostilní, nerozumí jeho nemoci a tomu, co nyní prožívá, dochází častěji ke zhoršení příznaků, relapsu a nutnosti další časné hospitalizace (Praško et al., 2005; Praško et al., 2011). Psychoedukace tedy rodinným příslušníkům pomohla uspořádat si informace o duševním onemocnění jejího člena (Markéty D.) a hlavně jim pomohla vžít se do toho, co Markéta D. po hospitalizaci prožívala. Pekkala a Merinder (2002) potvrdili v rámci své metaanalýzy výzkumů zabývající se psychoedukací její účinnost. Ta snižuje nejen riziko možného relapsu, ale také podporuje psychosociální fungování jedince v rámci rodiny. Jestliže rodina o nemoci více ví, lépe se zapojuje do procesu léčby (Ocisková a Praško, 2015).

V představě plnohodnotného života hraje v návratu do běžného života podstatnou roli i **návrat zpět do pracovního procesu**. Pro obě autorky je práce stěžejním bodem jejich života, stejně tak dle práce Holoubkové (2013) i pro mnoho dalších psychicky nemocných lidí. Často se ale v této oblasti setkávají s mnoha problémy. Markéta Dohnalová se kvůli nemoci musela vzdát práce ve vystudovaném oboru. Obě ženy vystřídaly mnoho zaměstnání, jelikož jim nemoc znemožňovala zůstat déle. Jejich boj s duševní nemocí je velmi vyčerpávající, proto je nutné, aby pracovaly s upravenou pracovní dobou nebo například na chráněných pracovních místech. Rozsáhlým problémem je především stigmatizace. Markéta D. ve své knize popisuje, jak byla odmítnuta na lukrativní pracovní pozici jen kvůli tomu, že ke konci pohovoru sdělila potenciální zaměstnavateli, proč má invalidní důchod. Nakonec se obě ženy realizují v šíření svého životního příběhu skrze literární tvorbu a Markéta D. nyní studuje sociální práci a genderová studia na MU, aby sama mohla přispět lidem, kteří svádějí v životě podobný boj.

Stigmatizace duševního onemocnění je stále aktuálním problémem v oblasti duševního zdraví. A ona stigmatizace se nese více či méně všemi tématy praktické části bakalářské práce. Nyní obě ženy stigmatizaci již příliš nepocítují, ale mají s ní bohaté zkušenosti. Důležitým momentem pak bylo uvědomění si, že pravděpodobně stigmatizují především samy sebe. Jakmile si toto Markéta B. uvědomila, dokázala se vypořádat i s tlakem okolní společnosti. S prožitkem autorek se sebestigmatizací korelují i výsledky mnoha studií a znalosti odborníků. Viz například Baudišovo a Libigerovo (2002) pojetí sebestigmatizace. Dále pak s výzkumnou studií, jež se zaměřila na pocíťované stigma a diskriminaci (Gerlinger et al., 2013) nebo například s popsáním dopady internalizovaného stigmatu na léčbu podle Ociskové a Praška (2015) či se změnou identity, jak ji popisuje Brohan et al. (2010).

S narušením osobnostní integrity a se změnou identity pak souvisí i tzv. *Why try effect* (Corrigan et al., 2012). Podle Corrigan et al. (2012) může sebestigmatizace v tomto případě stát v cestě splnění životnímu snu a přáním, jelikož má takto stigmatizovaný jedinec tak snížené sebevědomí a pocit bezmoci, že přestává mít důvod se o něco hodnotného vůbec snažit. Tento efekt sledujeme také v úryvku z knihy Markéty Dohnalové. „*Doktor B. mi napsal neschopenku. Na jak dlouho, to uvidím. Já nevím. Jak dlouho se budu flákat doma, než si to v té hlavě zase trochu srovnám? Týden, maximálně*

dva. A zpátky do práce. Do kavárny. Kam jít? Jsem přece psychotička. Jakou jinou práci bych mohla zvládnout?“ (Malá, 2015, s. 143)

Ocisková et al. (2014) ve své práci definují stigmatizaci. Ta se skládá z neznalosti, předsudků a diskriminace. Jejich rozdělení složek stigmatizace pak koresponduje s mými zjištěními v této bakalářské práci. Především bych se ráda pozastavila u neznalosti, z níž mohou pramenit jisté předsudky jako zjednodušené závěry. Markéta D. popisuje nepříjemnou zkušenost s lidmi z jejího domu. Někteří se jí kvůli povědomí o její nemoci vyhýbají. S tímto jednáním okolí mají obě autorky bohaté zkušenosti. Zároveň ale zjistily, že když je mají lidé možnost poznat osobně a více do hloubky, předsudky a s nimi spojená stigmata se zmírňují.

Výzkum společnosti DEMO z roku 2004 zobrazuje, jak pokřivený náhled má na schizofrenii needukovaná populace. Respondenti vypovídali, že lidé takto nemocní jsou nebezpeční a měli by být zavřeni v psychiatrických léčebnách či jinak omezení na svobodě. Na principu edukace a prohlubování znalosti o duševních nemocech funguje většina destigmatizačních kampaní, jež jsme si v teoretické práci jmenovali (Fokus Praha, 2016; Fokus ČB, 2016, Green Doors, 2016).

Se stigmatizujícím postojem společnosti souvisí především **mediální obraz duševně nemocných** prezentovaný mediálním světem. Obě autorky se shodují, že média svým obsahem duševně nemocné poškozují. Široká veřejnost má podle nich jen omezené množství informací o duševní nemoci a většinu z nich získává prostřednictvím médií.

Názor autorek je pak ve shodě s výsledky mnoha výzkumných projektů orientovaných na téma medializace duševního onemocnění. Rose (1998) uvádí, že média mají na utváření dojmu větší vliv nežli autentický osobní kontakt. Ocisková a Praško (2015) citují výsledky výzkumu Mind, jenž došel k závěru, že tři čtvrtiny respondentů považovaly zprávy za zkreslené, a polovina z pěti set dotázaných respondentů uvedla, že tyto zkreslené zprávy mají negativní dopad na jejich životy.

Další výzkumy potvrzují, že duševně nemocní jsou médiem ve větší míře zobrazováni jako pachatelé trestné činnosti a nebezpečné osoby (Nawková et al., 2012; Fanfulová, 2015; Holcnerová et al., 2010; Corrigan et al., 2005). Tento fakt se pak osobně dotýká především Markéty Bednářové. „*Pochopitelně jsou mezi psychicky nemocnými lidmi psychopati a agresori. Ale jsou mezi nimi i lidé čestní a hodní. Často psychicky nemocné obviňujeme, že mohou být nebezpeční. Mnohdy přitom ignorujeme skutečnost, že zdraví lidé v našem okolí umí být mnohem krutější“ (Bednářová, 2013, s. 26).*

Další oblastí výzkumu této bakalářské práce je **Schéma 2: Psaní jako svérázná forma autoterapie aneb psaní nebo život**. Obě autorky sáhly po peru, aby mohly odvyprávět svůj příběh. Každá z nich byla sice hnána jinou motivační silou, avšak jejich příběhy jsou si v lecčems podobné. Pro Markétu Bednářovou bylo napsání knihy splněným snem – proto ji již od počátku psala se záměrem nabídnout ji nakladatelství. Především by prostřednictvím knihy ráda změnila přístup k duševně nemocným.

Markétě Dohnalové sloužilo psaní spíše jako forma deníku a komunikace s jejím doktorem a blízkými. Pro vydání knihy se rozhodla později a pod pseudonymem, kterého se později vzdala. Markéta Dohnalová pak popisuje svůj motiv k vydání knihy takto: *„Chtěla bych ostatní psychicky nemocné motivovat. Dodat jim odvalu a sílu, aby to nevzdávali. I s duševním onemocněním se dá studovat, pracovat a žít. Mít svoje sny“* (vlastní výzkum)

Význam psaní a jeho terapeutický účinek. Obě autorky se shodují, že psaní samotné má velmi intenzivní očištný účinek, avšak bez onoho vynesení knihy na světlo světa a její publikace by rozhodně nedocílily stejného terapeutického účinku. Na tomto místě bych se ráda vrátila k poznatkům, jež předkládá Corrigan et al. (2012) o snižování stigmatizace prostřednictvím tzv. *Coming out* fenoménu. Otevřeným vyprávěním o své nemoci, snižuje obavy a úzkost. Navíc se zde otevírá podpora ze strany dalších osob majících podobnou zkušenost s duševním onemocněním, stejně tak jako ze strany členů rodiny. Jedinci, kteří odhalí svůj zdravotní stav a fakt, že jsou duševně nemocí, a setkají se s přijetím okolí, jak je výše popsáno, mohou znovu získat pocit, že mají svůj život pevně ve svých rukou (Corrigan et al., 2012). Autorky tedy vnímají výrazněji sdílení svých zkušeností s ostatními než akt samotného psaní.

Takto se k významu psaní vyjádřila Markéta D. *„Zapišu si, co se mi honí hlavu, co se mi ten den stalo a srovnám si myšlenky. Piši, co mě štve nebo naopak z čeho mám radost. Pak to ale pošlu příteli na mail. Něco mi k tomu řekne, následně se o tom můžeme třeba ještě půl hodiny bavit, a velmi důležitá je tam právě ta zpětná vazba. Stejně jako je důležitá v psychoterapii“* (vlastní výzkum). Markéta B. to vnímá obdobně. *„Samotné psaní samozřejmě mělo svůj efekt, ale to, že jsem to sdílela a stála jsem si zatím i pod svým jménem, bylo asi ještě důležitější“* (vlastní výzkum).

Obecně vzato je ale terapeuticky velmi podstatné již samotné psaní, jak potvrzují Pennebaker a Seagal (1999) ve své studii, ve které prokázali, že již 15 minut psaní denně má velmi podstatný terapeutický účinek. Praško et al. (2009) hovoří o tzv. terapii dopisy.

Té je pak podobné dopisování mezi Markétou D. a oním lékařem. Podle Praška et al. (2009) pak dochází k rozšíření terapie mimo ordinaci a prohloubení účinků terapie. A Markéta D. popisuje, že zápisky, jež si zapisovala, pak dále rozebírala na svých sezeních nebo se k nim různě vracela, jestliže měla potřebu si něco dalšího srovnat v hlavě. S tím koresponduje i zjištění Skorunky (2016), že při psaní jsme v delším kontaktu se svými emocemi. Následně je ale také možné se k nim vracet a nahlížet na ně z jiné perspektivy.

Dalším zájmem práce bylo zjistit **reakci blízkých a rodiny na napsání knihy**. V obou případech utužilo vydání knihy rodinné vztahy. Rodina Markéty D. do té doby netušila s čím vlastně přesně Markéta bojuje a považovala Markétu již za vyléčenou. Díky knize si rodinní příslušníci uvědomili, že schizoafektivní porucha je onemocnění na celý život. Markéta D. měla tedy po vydání knihy k rodině zase o trochu blíže. Markéta B. má s rodinou podobnou zkušenost. *„Bála jsem se reakcí. Paradoxně se ale stalo, že po zveřejnění knihy se vztahy v rodině naopak zlepšily a urovnaly. Moje rodina nevěděla, co se mi v hlavě odehrává, a po přečtení knihy měli lepší představu o tom, co jsem prožívala. Do té doby mohli vnímat pouze a jenom tu vnější stránku nemoci a v podstatě se jenom domnívali, co já si myslím a co se ve mne děje“* (vlastní výzkum).

To, že rodiny obou autorek vydání knihy přijaly více či méně kladně, není až tak překvapivé, vzhledem k tomu, že se členové rodiny velmi vřele stavěli k oběma ženám, i když jim byla sdělena psychiatrická diagnóza. I zde je vidět, jak podstatný vliv má pak nejenom rodina na léčbu, ale především sebepojetí nemocného v jeho cestě za zotavením.

Reakce okolí a autorská čtení jsou dalším důležitým zlomem v životě obou autorek. Rozhovor s oběma autorkami se nakonec často stáčil k autorským čtením, která obě uvedly jako podstatný terapeutický faktor při zotavování z duševní nemoci. Díky autorským čtením měly autorky možnost sdílet svou zkušenost s dalšími lidmi v přímé interakci. Markéta Bednářová popisuje tento akt sdílení následovně. *„Kniha mi prostě hrozně moc pomohla, stejně tak ta samotná autorská čtení, na kterých jsem se dozvíдалa, že nejsem rozhodně sama, kdo má takové potíže s nemocí jako je schizofrenie“* (vlastní výzkum).

Reakce na svoji knihu a autorské čtení pak popisují obě autorky především kladně. Většina lidí, kteří na jejich knihy reagují jsou buď také duševně nemocní, nebo jsou rodinnými příslušníky takto nemocných osob. Cílem Markéty D. je nyní především

působit také na širší veřejnost, která nemá o nemoci takové povědomí, a snažit se tím působit na společnost antistigmatizační.

Jako mnohé další kvalitativní projekty má i tento předkládaný výzkum své **limity**. Jedním z nich je bezesporu nereprezentativní vzorek informantů. Vzorek dvou osob, v tomto případě autorek analyzovaných knih, je záměrně výběrový. Navíc obě ženy mají poměrně vysoké IQ a vysokou míru sebereflexe, což nemusí být společným znakem všech lidí nemocných schizofrenií. Ráda bych podotkla, že není příliš takových autorů, kteří by otevřeně hovořili o svém onemocnění a zároveň se snažili edukativně působit na společnost. Nesnažím se tedy tento svůj výzkum pokládat za reprezentativní a obecně platný a aplikovatelný, ale jako hlubokou sondu do života dvou žen, jež trpí duševním onemocněním a o svém boji napsaly působivé vyprávění. Vznikly tedy dvě případové studie, jež jsou možná trochu netypicky interpretovány společně.

V průběhu výzkumu (což kvalitativní strategie dovoluje) jsem si také uvědomila, že přínosnější pro výsledky práce by bylo užití narativního rozhovoru místo užitého polostrukturovaného. Obě informantky by mohly mít ještě více prostoru k vyprávění a sdílení vlastní zkušenosti s napsáním knihy.

Dále je třeba zmínit, že tato práce je pojímána pouze z pohledu autorek analyzovaných knih, nikoli celé společnosti. Tato skutečnost pak ještě více prohlubuje například subjektivitu vnímání stigmatizace ve společnosti. Z mého pohledu by mohl být zajímavý výzkum, jenž by se naopak zaměřil na názor veřejnosti na vydání takto tematicky laděných knih, a to jak duševně nemocných čtenářů, tak v tomto ohledu zdravé populace.

Dalším **nedostatkem** práce, kterého jsem si vědoma, je také nezodpovězení VO2: *Jaké jsou specifické projevy psychické nemoci u žen, např. poruchy příjmu potravy?* Dle mého názoru jsem si položila výzkumnou otázku, která již příliš odbíhala od zadaného tématu. Z časových důvodů, ale také z hlediska rozsahu práce, nebylo možné se této otázce věnovat a po pár pilotních otázkách v rozhovorech s autorkami jsem usoudila, že skutečně nehraje podstatnou váhu v této bakalářské práci. Dovolila jsem si to tak pod záštitou kvalitativní koncepce, jež dovoluje jisté odchylky od původního výzkumného plánu, v případě, že se tak výzkumník rozhodne pod tlakem nových informací.

Za přínos a paradoxně i nedostatek mé bakalářské práce pak považuji její rozsah. Uvědomuji si, že překračuji rámeček povoleného a obvyklého rozsahu prací tohoto typu, ale myslím, že v rámci hloubkového vhledu do tématu je toto prodloužení adekvátní. Délka

této práce je také způsobena mým osobním zájmem o tuto oblast a mimo jiné také mým paralelním studiem oboru psychologie na PF JU.

Věřím, že hlavním **přínosem** mé bakalářské práce je přiblížení situace návratu vážně duševně nemocného zpět do koloběhu normálního života, v tomto konkrétním případě z pohledu dvou mimořádných žen, které se rozhodly, že jim nemoc nevezme jejich píli. Bakalářská práce může posloužit jako inspirace pro další výzkumné projekty, které se zaměří na vliv autobiografické tvorby a jejího terapeutického účinku nejen na jejího autora, ale také na celou společnost. Dále by mohla sloužit jako možná učební opora při seznamování studentů sociální práce s duševním onemocněním, avšak především jako rychlý vhled do problematiky stigmatizace. Mimo to doufám, že sama tato bakalářská práce ponese jistý antistigmatizační nádech a pomůže minimálně k zamyšlení nad současným smýšlením společnosti o lidech s vážných duševním onemocněním.

Mám za to, že téma práce bylo zvoleno velmi aktuálně, jelikož je nyní trendem přesouvat péči o duševně nemocné z lůžkových zařízení do přirozeného prostředí klientů. **Sociální pracovníci** jsou pak průvodci, kteří pomáhají takto nemocným lidem zařadit se do běžného fungování. Nyní jsou také součástí multidisciplinárních týmů, které zajišťují ambulantní a terénní péči svým klientům v rámci nově vznikajících Center duševního zdraví (CDZ). Vznik těchto center pak jako budoucí sociální pracovník a psycholog osobně velmi podporuji. Aktuálnost práce spatřuji mimo jiné i právě ve faktu, že v posledních pár letech u nás přibývá knih, jež jsou svědectvím boje s duševní poruchou a zároveň působí výchovně na společnost.

Pro zlepšení situace duševně nemocných osob se nejvhodnější cestou zdá být pokračování v destigmatizační a osvětové činnosti. Ať již se jedná o projekty, jež jsem zmínila v teoretické části práce, nově vznikající projekty nebo publikaci dalších knih autobiografického charakteru. Dále by byla vhodná regulace zkreslujícího mediálního obsahu. Ale také neopomíjení psychoedukace rodin, aby mohly pro nemocného připravit příjemné zázemí pro jeho bezpečné zotavování. A samozřejmě také vstřícný přístup ošetřujícího personálu jak k rodinám, tak ale také samozřejmě k samotným pacientům.

Pracuji s lidmi s duševním onemocněním jako pracovník v sociálních službách v neziskové sféře. Díky psaní této práce jsem si utřídila mnoho myšlenek. Mimo to mi tato práce také pomohla k prohloubení empatie s takto nemocnými klienty.

11 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat a přiblížit dominantní etické aspekty návratu duševně nemocného zpět do běžného života, a to pomocí analýzy dvou knih a taktéž rozboru polostrukturovaných rozhovorů s jejich autorkami.

Z výzkumu plyne, že duševně nemocný člověk se ve své snaze o normalitu střetává s předsudky protkanou společností. Naráží tedy na obecné stereotypy, jež se pojí s duševním onemocněním, a tento fakt je pak překážkou pro plnohodnotné zařazení zpět mezi společnost. Zároveň se ale ukazuje, že tyto předsudky stírá osobní setkání a kontakt s nemocným jedincem – například v podobě autorských čtení knih líčící boj s psychickou poruchou. Kromě toho je vliv stereotypů omezován další antistigmatizační činností, jež je nyní hojně iniciována.

Se stigmatizací souvisí i diskriminace na trhu práce, která z ní bezprostředně vychází. I ta může být účinně regulována právě opatřeními antistigmatizačního charakteru.

Další bariérou úspěšného návratu může být sama rodina a blízcí nemocného. Přitom výzkumy ukazují, že právě stabilní a bezpečné rodinné zázemí je neopomenutelným faktorem v léčbě poruch schizofrenního okruhu. Výzkum ukazuje, že jestliže byla rodina nemocného důkladně seznámena s povahou jeho onemocnění formou psychoedukace, lépe se smířila s diagnózou svého člena rodiny a podílela se na jeho zotavení. A i jiné četné výzkumy potvrzují význam rodinné psychoedukace v procesu léčby. Psychoedukace snižuje stres a napětí, které v rodině po oznámení diagnózy vzniká.

Jak jsme zjistili, úspěšnému návratu brání také léčba sama. Obě autorky potvrzují, že s užíváním medikace mají četné obtíže. V jejich knihách stále a znovu narážíme na pasáže, kdy došly k rozhodnutí vysadit farmaka. A stejně tak jsme stále a znovu sledovali, jak se neuvážené vysazení medikace stalo poukázkou na opětovný návrat zpět do nemocnice. Jak říká Markéta Dohňalová, užívání léků je pro schizofrenika nutné zlo.

Život s duševním onemocněním je o mnoho těžší, než si mnozí dokáží představit. Člověk, jehož duševní choroba postihla, pak nebojuje pouze s ní, ale při svém pokusu o návrat do společnosti bojuje také s odmítavými postoji ostatních. A své o tom vědí Markéta Bednářová a Markéta Dohňalová, dvě neobyčejné ženy a autorky knih, jež nám přibližují podobu právě onoho návratu do normálního života.

Psaní knihy se pro ně stalo jakousi osobní formou autoterapie. Zároveň nám ostatním kniha slouží jako jakási symbolická brána vedoucí do světa nemocných. Jsme vtaženi příběhem autorek. Získáváme jiný pohled na duševní onemocnění než ten předkládaný drtivou většinou médií a zjišťujeme například, jaké to skutečně je být zavřený v psychiatrické léčebně a stát tváří v tvář ponížení, jež pramení z prožitků a záchvatů, které s sebou léčba nemoci přináší. Zároveň máme ale možnost si uvědomit, že obě nejsou žádnými kriminálníky, násilnými monstry či ukázkou z panoptika. Naopak. S příběhem vlastního života nás seznamují dvě velmi inteligentní a laskavé ženy, které nemají s výše jmenovanými stereotypy z hola nic společného.

Napsání knihy oběma autorkám usnadnilo návrat do běžného života, ať již vydání knihy pomohlo urovnat rodinné vztahy nebo pomohlo autorkám se profesně realizovat. Otevření se jistě nebylo jednoduché, ale můžeme říci, že se oběma vyplatilo. Psaní knihy pomohlo k utřídění myšlenek a zpracování hlubokých emocí a prožitků, umožnilo autorkám znovuprožití mnohých událostí, ale tentokrát jinak a v odlišném světle, což jim pomohlo se lépe vyrovnat se jejich tíživou situací.

12 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F., 2017. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 3.vyd. Praha: Mladá fronta. 157 s. ISBN 978-80-204-4287-1.
2. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, M., 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
3. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J., 2002, *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
4. Blázníš? No a? *FOKUS Praha* [online]. Praha, © 2016 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/vzdelavame/blaznis-no-a>.
5. *Beyond Stigma: Towards equity* [online]. © 2016 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://beyondstigma.cz/cz>.
6. BROHAN, E., et al., 2010. Experiences of Mental illness Stigma, Prejudice, and Discrimination: a Review of Measures. *BMC health serv Res* [online]. 10, 80-90. [cit. 2017-02-12] DOI: 10.1186/1472-6963-10-80. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851715>.
7. BRUNER, J., 2004. Life as narrative. *Social research* [online]. 71 (3), 691-710. [cit. 2017-02-27]. ISSN 0037-783x. Dostupné z: http://ewasteschools.pbworks.com/f/Bruner_J_LifeAsNarrative.pdf.
8. COHEN, R., 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
9. CORRIGAN, P. W., RAO, D. 2012. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 57(8), 464-469. [cit. 2017-02-27]. ISSN 07067437. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/>

10. CORRIGAN, P. W., et al., 2005. Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. *Psychiatric services* [online]. 56 (5), 551-556. [cit. 2017-02-27]. ISSN 1557-9700. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Patrick_Corrigan2/publication/7866740_Newspaper_Stories_as_Measures_of_Structural_Stigma/links/02e7e5162f9eb08c18000000.pdf.
11. ČERMÁK, I., 2002. Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“). In: *Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert. 11 – 25.
12. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14.3.2006 o sociálních službách ve znění zákona č. 206/2009 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 - 1289. ISSN 1211-1244.
13. ČEŠKOVÁ, E., 2006. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29). In: SVOBODA, M. (Eds.), et al. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. S 181-195. ISBN 80-7367-154-9.
14. ČEŠKOVÁ, E., 2007. *Schizofrenie a její léčba* 2. vydání. Praha: JESSENIUS MAXDORF. 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1.
15. Čistá duše. *Green Doors* [online]. Praha, © 2017 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/cs/projekty/cista-duse>.
16. Čistá duše: osvětový projekt o schizofrenii. *Čistá duše* [online]. ©2017 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.cistaduse.cz>.
17. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*, ©2017. [online]. American Psychiatric Association. [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
18. DOUBEK, P., et al., 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-156-1.
19. DURECOVÁ, K., 2004. Behaviorální terapie. In: VYMĚTAL, J., et al. *Obecná psychoterapie*. 2 vyd. Praha: Grada. S. 183–205. ISBN 80-247-0723-3.

20. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-9.
21. FANFULOVÁ, I., 2015. *Mediální obraz osob se schizofrenií*. České Budějovice. *Diplomová práce*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce.
22. FERJENČÍK, J., 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
23. FOKUS České Budějovice [online]. © 2017 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.fokus-cb.cz>.
24. FREEDMAN, J., COMBS, J., 2009. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-549-3.
25. GERLINGER, G., et al., 2013. Personal Stigma in Schizophrenia Spectrum Disorders: a Systematic Review of Prevalence Rates, Correlates, Impact and Interventions. *World psychiatry* [online]. 12 (2), 155-164. [cit. 2017-02-12] DOI: 10.1002/wps.20040. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683268/pdf/wps0012-0155.pdf>.
26. GOFFMAN, E., 2003. *Stigma; poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. 167 s. ISBN 80-86429-21-0.
27. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
28. HAYESOVÁ, N., 2007. *Základy sociální psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-80-7367-283-6.
29. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
30. HOLCNEROVÁ, P. et al. 2010. Obraz duševních poruch v tištěných médiích. *Psychiatrie* [online]. 14 (2), 21-26. [cit. 2017-02-27]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=671>.

31. HOLOUBKOVÁ, E., 2013. Psychotic Disorders in the Context of Life Stories. *Proceedings of the Conference on Qualitative Approach & Methods in Human Sciences*. [online]. Databáze: Academic Search Ultimate. [cit. 2017-02-27]. 27-35. ISBN 9789788086178. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=8a70f6a5-a171-427a-83f7-60beb5049530%40sessionmgr4009&hid=4001>.
32. HÖSCHL, C. et al., 2004. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
33. CHALOUPSKÁ, M., MAŇOUROVÁ, A., © 2014. Psychiatrické léčebny v Česku stále využívají klecová lůžka i kurtování, čelí za to kritice. In: *Rozhlas.cz*. [online]. Rozhlas.cz. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/psychiatricke-lecebny-v-cesku-stale-vyuzivaji-klecova-luzka-i-kurtovani-celi-za-to-kritice--1368475
34. CHROMÝ, K., 2004. Sociologie v psychiatrii. In: HÖSCHL, C. et al. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis. s 224–232. ISBN 80-900130-7-4.
35. CHRZ, V., 2009. Narativní imaginace a metafora. *Československá Psychologie* [online]. 53(4) 325-335 [cit. 2017-02-27]. ISSN: ISSN 0009062X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=cf462717-e9e0-49e7-8535-a2453b2d1cc5%40sessionmgr103&hid=115>.
36. KALINA, K., 2001. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
37. KARNIELI-MILLER, O. et al. 2013. Family Members' of Persons Living with a Serious Mental Illness: Experiences and Efforts to Cope with Stigma. *Journal of Mental Health*. [online]. 22(3), 254–262 [cit. 2017-04-08]. ISSN 1360-0567. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35e9ab1e-510f-4afc-909a-46781612e393%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4214>.
38. KRATOCHVÍL, S., 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7367-122-0.

39. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
40. KUČEROVÁ H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2045-6.
41. KULHÁNKOVÁ, R., 2017. *Narativní psychologie a psychoterapie*. Praha. Rigorózní práce. FF UK.
42. LÁTALOVÁ, K. et al., 2015. Schizofrenní psychózy. In: LÁTALOVÁ et al. *Suicidialita u psychických poruch*. Grada Publishing. S. 31–48. ISBN 978-80-4305-9.
43. LÁTALOVÁ, K. et al., 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-4305-9.
44. LIBIGER, J., 2001. Schizofrenie. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén. 227–251 s. ISBN 80-7262-140-8.
45. MAHROVÁ, G. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
46. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., 2002. *Psychiatrie; učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
47. MALÁ, E., 2002. Schizofrenie. In: MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie; učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. S. 58-63. ISBN 80-7178-700-0.
48. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá revize k 1. 1. 2009*. 2. vyd. Praha: Bomton Agency. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
49. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
50. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F., 2004. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-277-3.

51. NAWKOVÁ, L. et al., 2012. The Picture of Mental Health/Illness in the Printed Media in Three Central European Countries. *J health commun* [online]. 17 (1), 22–44. [cit. 2017-02-12] ISSN: 10810730 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314842>.
52. NOLEN-HOEKSENA, S. et al., 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. vyd. Praha: Portál. 888 s. ISBN 978-80-262-0083-3.
53. OCISKOVÁ, M. et al., 2014. Stigmatizace a sebestigmatizace u osob se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110 (5). s. 250–258. ISSN 1212-0383.
54. OCISKOVÁ, M. PRAŠKO, J. et al., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. 374 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
55. OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
56. PAVLOVSKÝ, P. et al., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
57. PEKKALA E, MERINDER L., 2011. Psychoeducation for Schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews. [online].The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. [cit. 2017-02-27]. DOI: 10.1002/14651858.CD002831. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Jun_Xia14/publication/51224026_Psychoeducation_for_schizophrenia/links/554887920cf2b0cf7acecbfa.pdf.
58. PENNEBAKER, J. W., SEAGAL, J. D., 1999. Forming a story: the health benefits of narrative. *J Cl, in Psychol* [online]. 55 (10), 1243-1254. [cit. 2017-02-12] DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11045774>.
59. PĚČ, O., 2007. Sociální psychiatrie – živé i zatracované téma. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 103 (4), 167. [cit. 2017-01-15]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2007_4_167.pdf

60. PĚČ, O., PROBSOVÁ, V. (eds.), 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
61. PRASKO, J. et al., 2012. Existential Perspectives and Cognitive Behavioral Therapy. *Act Nerv Super Rediviva* [online]. 54 (1), 3-14. [cit. 2017-02-27]. ISSN 1337-933X Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Daniela_Jelenova/publication/268435793_Existential_perspectives_and_cognitive_behavioral_therapy/links/54c63cf90cf2911c7a57b82e.pdf
62. PRASKO, J. et al., 2011. Psychoeducation for Psychotic Patients. [online] *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 155(4) 385-395. [cit. 2017-02-27]. DOI 10.5507/bp.2011.008 Dostupné z: <https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&q=Psychoeducation+for+Psychotic+Patients&btnG>.
63. PRASKO, J. et al., 2009. Therapeutic Letters–Changing the Emotional Schemas Using Writing Letters to Significant Caregivers. *Act Nerv Super Rediviva* [online]. 51(3-4), 163-167. [cit. 2017-02-27]. ISSN 1337-933X Dostupné z: <http://www.rediviva.sav.sk/51i34/163.pdf>.
64. PRAŠKO, J. et al., 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
65. PRAŠKO, J. et al. 2005. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Medical Tribune Group. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
66. PRAŠKO, J. et al., 2001. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.
67. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., 2010. Kognitivně behaviorální terapie. In: VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. S. 195–234. ISBN 978-80-7367-682-7.

68. PROBISOVÁ, V., PĚČ, O, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
69. RABOCH, J. et al., 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
70. Reforma péče o duševní zdraví: strategie reformy psychiatrické péče. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. 2017 [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz>.
71. ROE, D. et al., 2010. Talking About Life and Finding Solutions to Different Hardships: A Qualitative Study on the Impact of Narrative Enhancement and Cognitive Therapy on Persons With Serious Mental Illness. *The Journal of nervous and mental disease*. [online].198 (11), 807-812. [cit. 2017-02-12] doi:10.1097/NMD.0b013e3181f97c50. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208263/>.
72. ROSE, D., 1998. Television, Madness and Community Care. *Journal of Community* [online]. 8(3), 213-228 [cit. 2017-04-08]. ISSN 10529284. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=cf462717-e9e0-49e7-8535-a2453b2d1cSc5%40sessionmgr103&hid=115>.
73. SANDEN, R. et al., 2015. Stigma by Association Among Family Members of People with a Mental Illness: A Qualitative Analysis. *Journal of Community* [online]. 25(5), 400-417 [cit. 2017-04-11]. DOI: 10.1002/casp.2221. ISSN 10529284. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=8a70f6a5-a171-427a-83f7-60beb5049530%40sessionmgr4009&hid=4001>.
74. SKORUNKA, D., 2010. Narativita a psychoterapie. In VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. s. 561–582. ISBN 978-80-7367-682-7.
75. SKORUNKA, D., 2016. Narativní tónina v psychoterapii.; od psychologické k post-psychologické perspektivě. [online] *Československa Psychologie*. 60 (5) 482–499 [cit. 2017-02-27]. ISSN: 000-062x. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/David_Skorunka/publication/309808781_Nar

ativni_tonina_v_psychoterapii_od_psychologicke_k_post-
psychologicke_perspektive/links/5824458208aeabc4f898aea4.pdf.

76. *Spolupráce s WHO*, ©2016. [online]. ÚZIS. [cit. 2016-11-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas/mezinarodni-spoluprace/spoluprace-who>.
77. Stopstigma. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha, © 2017 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod>.
78. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce; Boskovice: Albert. 228 s. ISBN 80-85834-60-x.
79. SVOBODA, M. (Eds.) et al. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
80. ŠLEPECKÝ, M., ZIBRÍNOVÁ, L., 2009. Tréning sociálních schopností. In: PĚČ, O., PROBSOVÁ, V. (eds.). *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
81. *Týdny duševního zdraví* [online]. Praha, © 2016 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.tdz.cz>.
82. VACEK, J., 1996. *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta. 416 s. ISBN 80-204-0535-6.
83. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
84. VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.), 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
85. VYMĚTAL, J. et al., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2 vyd. Praha: Grada. 339 s. ISBN 80-247-0723-3.

Prameny

86. BEDNÁŘOVÁ, M., 2013. *Ve stínech za zrcadlem, aneb, O životě s psychózou*. Praha: Triton. 179 s. ISBN 978-80-7387-663-0.
87. GREENBERG, J., 1998. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Praha: Triton. 277 s. ISBN 80-85875-52-7.
88. MALÁ, M., 2015. *Homo psychoticus*. Praha: Triton. 208 s. ISBN 978-80-7387-845-0.
89. SAKS, E., 2011. *Střed se hroutí zevnitř: mé putování šílenstvím*. Praha: Triton. 334 s. ISBN 978-80-7387-470-4.
90. SYŘIŠŤOVÁ, E., 2005. *Puklý čas a smích absolutní vlády*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka. 186 s. ISBN 80-85880-40-7.

13 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: okruhy otázek k rozhovoru

1. Co Vás vedlo k napsání Vaší knihy? Jaký byl tedy prvotní impuls této myšlenky?
2. Existuje někdo, kdo je pro Vás v tomto ohledu inspirací?
3. Je pro Vás podstatnější samotné psaní nebo šlo především o zveřejnění Vašeho příběhu?
4. Jak byste svými slovy popsala, co Vám vydání knihy přineslo?
5. Jak se Vaši blízcí stavěli k záměru, že vydáte svou knihu jako příběh Vašeho života?
6. Jak se již na publikovanou knihu dívají Vaši blízcí?
7. Jak se díváte na současnou situaci ve společnosti ve vztahu k psychicky nemocným?
8. Ve své knize hovoříte o zkušenostech se stigmatizací, můžete mi o tom povědět více?
9. Máte osobní zkušenost se stigmatizací, popřípadě jakou?
10. Jak si myslíte, že Vaše kniha může zapůsobit na společnost?
11. A konkrétně na jakou část společnosti?
12. Myslíte si, že tento stav společnosti můžou podobné počiny jako vydání Vaší knihy změnit?
13. Jaké jsou reakce na Vaši knihu?
14. Jaký zaujímáte postoj k autorským čtením?
15. Litovala jste svého rozhodnutí knihu vydat a zveřejnit tak svůj životní příběh?
16. Jak se díváte na podobné svědectví někoho jiného?