

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Disertační práce

VYBRANÉ ETICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S LÉČBOU LIDÍ
S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM Z POHLEDU KŘEŠŤANSKÉ
ETIKY

Vedoucí práce: doc. Mgr. Jindřich Šrajer, Dr. theol.

Autor práce: Mgr. Miroslav Škoda

Studijní obor: Teologie

2020

Disertační práce v nezkrácené podobě

Prohlašuji, že svoji disertační práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů. Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 01.03.2020

Podpis:

Na tomto místě bych rád poděkoval svému školiteli doc. Mgr. Jindřichu Šrajerovi, Dr. Theol. za čas a úsilí, které věnoval metodickému vedení práce. Zároveň děkuji vedoucí Knihovny J. P. Ondoka na Teologické fakultě Jihočeské univerzity paní Ing. Evě Křížkové za její obětavost a vstřícnost, díky které se mi podařilo získat všechny potřebné podklady pro svou práci.

Obsah

Úvod.....	6
1 Uvedení do problematiky	8
1.1 Objasnění klíčových lékařských pojmů.....	8
1.1.1 Zdraví, nemoc, psychické onemocnění	8
1.1.2 Psychicky nemocný, Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)	10
1.2 Formy psychiatrické péče.....	13
1.2.1 Hospitalizace.....	13
1.2.2 Ambulantní péče	14
1.2.3 Od ústavní ke komunitní péči	15
1.3 Širší etická a teologická východiska léčby psychicky nemocných	19
1.3.1 Lékařská etika a modely duševních poruch: současné trendy, principy a kodexy.....	20
1.3.2 (Sociální) spravedlnost	28
1.3.3 Důstojnost člověka.....	31
1.3.4 Lidská práva.....	34
1.3.5 Vybrané pojmy z teologické antropologie.....	36
1.3.5.1 Rozum, svědomí, svoboda	37
1.3.5.2 Vykoupení, utrpení a hřích.....	39
2 Vybrané etické problémy spojené s léčbou lidí s psychickým onemocněním	44
2.1 Ve společnosti zachytitelné etické problémy ve vztahu k psychicky nemocným jako sociální skupině a jejich sociologická interpretace.....	44
2.1.1 Stigma psychické nemoci	46
2.1.2 Předsudky a diskriminace vůči psychicky nemocným	54
2.1.3 „Mystifikace“ a vedlejší účinky při léčbě psychofarmaky jako etický problém	59
2.1.4 Vybrané právní otázky v psychiatrii	62
2.1.4.1 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků	63
2.1.4.2 Kritický pohled na právní aspekty psychiatrické hospitalizace	66
2.1.4.3 Rozlišitelnost práv a povinností pacientů a problematičnost praxe.....	68
2.1.5 Etické otázky ohledně úrovně sociálního zabezpečení psychicky nemocných	72
2.2 Vybrané etické problémy ve vztahu psychicky nemocného a jeho blízkých.....	78
2.2.1 Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného dítěte a jeho blízkých	81

2.2.1.1	Poruchy rodičovské role	82
2.2.1.2	Mentální retardace	84
2.2.1.3	Pervazivní vývojové poruchy	88
2.2.1.4	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci	90
2.2.1.5	Schizofrenie	96
2.2.1.6	Závislost na nealkoholových drogách	101
2.2.1.7	Etické hodnocení a pohled křesťanské etiky na dítě v rodině	107
2.2.2	Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného dospělého v produktivním věku k sobě a k jeho blízkým	113
2.2.2.1	Alkoholismus	115
2.2.2.2	Návykové a impulzivní poruchy (nelátkové „závislosti“).....	121
2.2.2.3	Poruchy osobnosti a chování u dospělých	124
2.2.2.4	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy	132
2.2.2.5	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	142
2.2.2.6	Poruchy nálady (afektivní poruchy)	149
2.2.2.7	Etické hodnocení a pohled křesťanské etiky na dospělého člověka	153
2.2.3	Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného seniora k jeho blízkým	157
2.2.3.1	Představení fenoménu stáří a gerontopsychiatrie	158
2.2.3.2	Organické duševní poruchy, včetně symptomatických	159
2.2.3.3	Etické hodnocení a pohled křesťanské etiky na seniory	164
2.2.4	Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného a psychiatra	167
	Závěr	171
	Seznam použitých zdrojů	176

Úvod

Každá nemoc představuje zátěž pro pacienta i pro pečující okolí. Ne jinak je tomu u psychicky nemocných lidí. Ti přitom nepředstavují homogenní ani marginální¹ skupinu. Kromě různých typů psychických poruch se liší pacienti též stupněm závažnosti onemocnění.

Cílem této práce je poukázat na některé etické problémy spojené s léčbou lidí s psychickým onemocněním. U duševně nemocných se stává léčba, zvláště v případech chronického průběhu nemoci, dlouhodobou záležitostí, mnohdy doživotní. Interakce psychicky nemocného s lékařem a zdravotnickým personálem, ale i s rodinnými příslušníky či blízkými lidmi navozuje řadu etických otázek a problémů. Záměrem je tyto problémy analyzovat a navrhnout možnosti jejich řešení tak, aby péče o tyto pacienty byla eticky ospravedlnitelná. Jednotícím prvkem při posouzení etických problémů spojených s léčbou psychicky nemocných je v této práci pohled křesťanské etiky. Disertace se soustředí především na situaci psychicky nemocných v České republice. To ovšem nevylučuje možnost vycházet z cizojazyčných zdrojů a porovnávat situaci v České republice se státy ze stejného kulturního okruhu. V práci tak lze nalézt odkazy na literaturu z německého a anglo-amerického prostředí. Právě pohled do zahraničí slouží jako užitečná inspirace pro reflexi situace u nás.

Práce je členěna na dvě kapitoly. První kapitola uvádí do problematiky spojené s léčbou psychicky nemocných. Definují se v ní klíčové pojmy (zdraví, nemoc, duševní onemocnění, psychicky nemocný člověk, ...) Představeny jsou formy psychiatrické péče. Rovněž jsou zde představena širší filosofická a etická východiska léčby psychicky nemocných.

Vybrané etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných, které jsou předmětem druhé kapitoly, rozdělujeme dle typu mezilidských vztahů, ke kterým se primárně vztahují. Morální jednání se totiž realizuje především ve vztazích s druhými lidmi. V první části druhé kapitoly se zaměřujeme na celospolečenské problémy ve

¹ V roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích ošetřeno 652 780 lidí. Celkový počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2017 činil 57 877 lidí. Zpracováno podle: © ÚZIS ČR, 2018, Psychiatrická péče 2017 (on-line), dostupné na: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>, s. 13, 15. [citováno 12. 2. 2020]

vztahu k psychicky nemocným, jako sociální skupiny. Ve druhé části se pak zaměříme na vztah psychicky nemocných a jejich blízkých lidí. Zde již je nutné diferencovat lidi s duševní poruchou podle věku a podle typu psychického onemocnění. Tomu odpovídá i členění podkapitol v této druhé části druhé kapitoly.

V závěru práce se pokoušíme o syntézu popsaných etických problémů a jejich zhodnocení prizmatem křesťanské etiky.

Přestože posuzujeme jednotlivé etické problémy z pozice křesťanské etiky, je nutné v této práci zohlednit další etické přístupy. Ty jsou do značné míry determinovány profesní pozicí pomáhajícího. (Lékař je například ovlivněn a vázán lékařskou etikou. Její normativní vyjádření jsou obsahem různých deontologických kodexů.²) Přes všechny tyto etické přístupy, které nelze při zpracování tohoto tématu pominout, je jednotlivým prvkem této práce právě pohled současné katolické křesťanské etiky, ve které se zohledňují relevantní poznatky jednotlivých společenských věd a etických koncepcí. Její snahou je vnést a poměřit tyto poznatky s křesťanskými hodnotami, které mají svůj fundament v Písmu, Tradici církve a Učitelském úřadu katolické církve (Magisterium).

Každý zde uvedený etický problém resp. eticky problematický vztah je nejprve představen a popsán v širším kontextu. Následuje jeho hlubší analýza. V ní je třeba zohlednit většinou více přístupů k problému z různých vědních oborů. Až po této analýze lze přistoupit k morálnímu hodnocení situace a morální odpovědnosti zainteresovaných lidí z pohledu křesťanské etiky. Konečně je důležité ukázat možné řešení daného problému, které by bylo věcně správné, erudované a eticky ospravedlnitelné. Řešení etických problémů by přitom měla mít stále na zřeteli reálný stav věcí a aplikace navržených řešení by měla být v praxi uskutečnitelná.

² V oblasti moderní psychiatrie patří mezi nejvýznamnější takové kodexy tzv. „Madridská deklarace“, kterou v roce 1996 přijala Světová psychiatrická asociace. U nás byla tato deklarace přijata a podpořena Psychiatrickou společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Srov. BAUDIŠ, Pavel: Vývoj psychiatrie a etické normy. In BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. s. 14-15.

1 Uvedení do problematiky

První kapitola této práce má poskytnout vhled do problematiky duševních poruch, jejich léčby a popsat širší etická a teologická východiska, která je nutná zohlednit v péči o duševně nemocné. Je proto nezbytné vysvětlit zde klíčové pojmy, které nejsou vždy vnímány jednoznačně, a mnohdy se u nich nelze spokojit s jednou definicí. Dále jsou představeny formy psychiatrické péče. Především, že formy psychiatrické péče velmi úzce souvisí s organizací psychiatrické péče v naší zemi. V závěrečné části první kapitoly jsou popsána širší filosofická východiska léčby psychicky nemocných, která se opírají mimo jiné o tzv. modely duševních poruch. Rovněž zde budou představena širší etická a křesťanská teologická východiska. Tematizovány zde budou pojmy (sociální) spravedlnost, lidská důstojnost a lidská práva. V rámci teologické antropologie pak bude ve dvou podkapitolách představeno dalších šest obecnějších pojmů (rozum, svědomí, svoboda, vykoupení, utrpení a hřích), které jsou relevantní pro téma naší práce

1.1 Objasnění klíčových lékařských pojmů

V bezprostředně následujících podkapitolách jsou představeny a objasněny klíčové pojmy z oblasti medicíny, se kterými se budeme setkávat v celém textu disertace. Budou se v něm později vyskytovat i odborné lékařské termíny. Snahou je zde používat tyto termíny pouze v míře nezbytně nutné pro přesný popis reality. Tyto odborné výrazy budou vysvětlovány průběžně v textu v závorkách, v případě delších vysvětlení, v poznámkách pod čarou. V této podkapitole jsou vysvětleny obecnější a obsáhlejší pojmy, o kterých mají lidé jisté předporozumění, které se však může individuálně velmi lišit. Proto jsou představeny z více pohledů, jak je vnímají různé vědní obory či myšlenkové směry a teorie. Cílem je zprostředkovat čtenáři hlubší pohled na popisované pojmy, než který poskytuje běžné předporozumění.

1.1.1 Zdraví, nemoc, psychické onemocnění

Abychom mohli blíže určit, co je psychické onemocnění (duševní porucha), je třeba nejprve definovat obecné pojmy zdraví a nemoc. Zdraví nelze chápat čistě negativně jako protipól k nemoci ve smyslu výroku: „Tam, kde není nemoc, je zdraví.“ Zdraví není ani daný stav, ale je nutné dívat se na něj jako na proces s vlastní dynamikou.

Zdraví rovněž těžko posoudíme podle kritérií normálnosti, protože kritérium normálnosti samo o sobě neexistuje, ale je vždy vztaženo k prostředí, kultuře, etnické oblasti, které se mohou jednotlivě výrazně lišit. Přesto nám ale v následujícím odstavci poslouží pojmy normality a abnormality jako vhodná analogie k pojmům zdraví a nemoci.³

Při zohlednění výše řečeného platí, že „při normalitě máme na mysli projevy, které v určité etnické oblasti zaznamenáváme u většiny lidí. Zdraví je zvláštní případ normálního, má svůj subjektivní a objektivní aspekt. Choroba (porucha) je zvláštní případ abnormního, který se již kvalitativně liší od zdraví. Projevuje se příznaky v určitém seskupení a pořadí výskytu.“⁴

Dynamika zdraví a nemoci souvisí s přizpůsobivostí organismu na dané prostředí a jeho nároky. „Když přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví. Když rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc. (...) Podle toho, jak je jedinec schopen se vyrovnat s různými nároky prostředí, se hovoří o různých stupních zdraví.“⁵

Jiný pohled na nemoc má sociologie, která ji chápe jako specifickou deviaci. Na rozdíl od jiných společenských deviací však není následována negativními sankcemi, protože se od nich odlišuje kritériem osobní odpovědnosti. Nemoc se objevuje bez volního přispění nemocného. Sociální roli nemocného v tomto kontextu popsal T. Parson (1965) a dále ji rozpracoval E. Freidson (1970). Podle nich má role nemocného čtyři charakteristické rysy: „Za prvé je nemocný považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí. Za druhé je zproštěn svých dosavadních povinností. Za třetí je nemocný povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnost a konečně (za čtvrté) je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě.“⁶

Sociologií formulované specifické postavení nemoci vůči společenským deviacím předznamenává i specifické postavení duševní nemoci v rámci nemoci. Zatímco „u

³ Srov. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 22.

⁴ Tamtéž, s. 22-23

⁵ Tamtéž, s. 23.

⁶ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990, s. 15-16.

somatické nemoci jde o poruchy struktury a funkce orgánů, (...) u duševních nemocí (přírodně s výjimkou organických) o nic podobného nejde.“⁷ Je proto obtížné určit, co je psychická nemoc, i jakou metodou ji lze diagnostikovat. „Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. U velké části psychických poruch neznáme etiologii a patogenezi.“⁸ Obdobně se k rozpoznání psychické nemoci vyjadřuje Alberto Bondolfi: „Jediné, v čem jsme schopni se shodnout, je, že psychická nemoc může být i tam, kde nejsou prokazatelné organické příčiny, jako nakonec i v tom, že psychické poruchy nebo psychická nemoc mají rozličné podoby a stupně, které je velmi těžké rozlišit.“⁹

To, co nám umožňuje zařadit psychické poruchy do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), je nakonec právě pojetí nemoci jako sociální kategorie. Tato sociální kategorie je totiž „určená k označení stavu jedinců, o němž daná společnost předpokládá, že znemožňuje nositeli plnění obvyklých rolí, a který nemůže odstranit pouhým chtěním.“¹⁰ MKN pak představuje „seznam stavů majících společné právě uvedené předpoklady.“¹¹

1.1.2 Psychicky nemocný, Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

Pokud máme blíže určit, koho považujeme za psychicky nemocného, narážíme opět na problém diagnostiky a léčby takového člověka. Někteří lidé trpí psychickým onemocněním, ale nevyhledají odbornou pomoc. Takoví lidé mohou představovat velké riziko pro sebe i pro společnost (trestné činy, sebepoškozování, suicidální jednání). Za nevyhledáním odborné pomoci u těchto lidí často stojí společenský předsudek vůči psychiatrické péči, jakož i vůči samotné psychické nemoci. Obojí bývá předsudečně považováno za zahanbující.

⁷ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990, s. 19. Poznámka autora: S rozvojem lékařské vědy v oblasti diagnostiky se ukazuje, že velké množství psychických nemocí má svůj organický původ. Nemusí se jednat přímo o poruchy orgánů jako celku. Na úrovni buněk však zde hrají svou roli genetické dispozice, biochemické procesy, neurobiologické jevy a neurotransmiterové přenosy informací aj.

⁸ DUŠEK, K.- VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 21.

⁹ Alberto BONDOLFI, A. Ethische Wertungen des Suizids im Laufe der Geschichte: Übertretung des Tötungsverbot, Pathologie, ...? In PETER, H.-B. -. MÖSLI, P. (Hg.): *Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus*. Zürich: TVZ, 2003, s. 45n.

¹⁰ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 19.

¹¹ Tamtéž.

V praxi se však lze setkat i s opačným problémem, než který jsme právě popsali. „Za psychicky nemocné mohou být diagnostikováni i ti, kteří duševně nemocní být nemusí. Na vině je chybně určená diagnóza ze strany lékaře, což ovšem může být důsledek vlastního účelového jednání (simulace, agravace) „pacienta“¹²

Citlivý je i problém samotného označení jedince za psychicky nemocného. Dotyčného může totiž toto označení stigmatizovat a on sám ho může považovat za dehonestující. Abychom mohli definovat psychicky nemocného pro účely této práce, musíme udělat dílčí redukci tohoto pojmu. Za psychicky nemocného zde budeme podmíněčně považovat pouze toho, komu byla kompetentním odborníkem stanovena diagnóza podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10), její psychiatrické kapitoly. Diagnózy této kapitoly jsou označené písmenem „F“ a dvěma čísly oddělenými tečkou, které konkretizují popisovanou poruchu až na úroveň konkrétní diagnózy..(např. F 00.0 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem, nebo F 20.0 Paranoidní schizofrenie). V následujícím textu je představen hrubý přehled obsahu této klasifikace, která dělí psychická onemocnění na jedenáct základních skupin, které, jak jsme právě na příkladech ukázali, jsou ještě dále podrobněji specifikovány. Pro naši potřebu zde zatím postačí vyjmenovat zmíněných jedenáct skupin:

1. F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických;
2. F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek;
3. F20- F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy;
4. F30- F39 Poruchy nálad (afektivní poruchy);
5. F40-F 49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy;
6. F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory;
7. F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých;
8. F70-F79 Mentální retardace (duševní opožďení);
9. F80-F89 Poruchy psychického vývoje;
10. F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci;

¹² ŠKODA, Miroslav, Některé problémy a etické otázky spojené s pastoračními lidmi s psychickým onemocněním. *Caritas et veritas*. 2014, roč. 4. č. 1, s. 94.

11. F99 Nespecifikovaná duševní porucha.¹³

Zbývá ještě upřesnit, co diagnóza podle MKN-10, její psychiatrické kapitoly obecně vyjadřuje. „...Diagnostické kategorie klasifikačních systémů DSM-V¹⁴ nebo MKN-10 jsou považovány pouze za vstupní diagnostické hypotézy. V naprosté většině neznamena tedy diagnóza podle DSM-V nebo MKN-10 nozologickou jednotku, tj. „nemoc“ se specifickou etiopatogenezí, průběhem a možností predikce. Soudobé psychiatrické klasifikační systémy nedefinují „nemoci“, ale pouze „poruchy“, tj. syndromy, které jsou s větší určitostí vydělitelné od ostatních jevů, a je pravděpodobné, že by mohly reprezentovat nemoc.“¹⁵ Z právě uvedeného jasně plyne nebezpečí přecenění psychiatrické diagnózy, která v přísném slova smyslu neoznačuje nemoc, ale pouze poruchy (syndromy). I proto bývají psychiatři obviňováni, že stírají hranici mezi normou a chorobou, mezi psychicky nemocným a psychicky zdravým člověkem. U některých poruch (oligofrenie, poruchy osobnosti, organické duševní poruchy, neurózy) jsou hranice opravdu neostré, ale u pravých duševních chorob (psychóz) byla a je hranice zřejmá. Někdy ovšem je až během delší doby patrné, že tato hranice byla překročena. MKN-10 poskytuje poměrně jasná a přesná, jednoduchá pravidla pro diagnostiku psychopatologických stavů.¹⁶

Přes velký epistemologický pokrok, který MKN-10 znamená, poskytuje tato klasifikace pouze část informací potřebných k validnímu diagnostickému procesu. Tyto informace „odpovídají více méně průřezu psychopatologie v jednom časovém bodu, neberou v úvahu rodinu a osobní anamnézu, průběh a vyústění choroby, reakci na psychofarmaka, laboratorní vyšetření apod. Nevypovídají téměř nic o individuálním příběhu pacienta a jeho jedinečném prožívání sebe a okolního světa. Je zcela nezbytné i nadále respektovat tyto aspekty v diagnostickém procesu.“¹⁷ Současné psychiatrické

¹³ Zjednodušeno podle: Appendix MKN-10 – přehled všech kategorií, in HÖSCHL ,C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie* Praha: TIGIS, 2002. s. 837-843.

¹⁴ DSM – V (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti). Jedná se o další možnou klasifikaci duševních poruch, která se v současnosti oficiálně užívá v Severní Americe, ve většině zemí Jižní Ameriky, v Austrálii a na Novém Zélandě. Více k problematice klasifikace duševních poruch lze nalézt: SMOLÍK, Petr, Klasifikace duševních poruch, in HÖSCHL ,C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie* s. 329-339.

¹⁵ SMOLÍK, Petr, Klasifikace duševních poruch, in HÖSCHL ,C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie* s. 335.

¹⁶ Srov. BAUDIŠ, Pavel, Zdravotnictví, psychiatrie, psychologie, alternativní medicína. In BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 53.

¹⁷ SMOLÍK, Petr, Klasifikace duševních poruch, in HÖSCHL ,C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie* s. 337.

operační klasifikační systémy představují kompromisní, ale nezbytné řešení stávajících problémů v psychiatrii, mezi které patří oblast znalostí etiopatogeneze, průběhu a prognózy duševních poruch.¹⁸

1.2 Formy psychiatrické péče

Psychiatrickou péčí lze z pohledu její formy rozdělit na hospitalizaci a ambulantní péči. Jiné komplementární dělení k předchozímu představuje komunitní a ústavní péče. Vztahy mezi jednotlivými formami psychiatrické péče jsou v současné době dynamickou záležitostí a předmětem změn. Trendem ve vyspělých zemích za minulá desetiletí je snižování počtu lůžek v psychiatrických léčebnách, ve kterých je realizována ústavní péče. Místo ní se stále více uplatňuje komunitní léčba a ambulantní péče o psychicky nemocné. Forma psychiatrické péče ovšem závisí rovněž na typu a stupni závažnosti psychické poruchy. Přes moderní terapeutické postupy existuje řada pacientů, pro které je dlouhodobá léčba v psychiatrické léčebně jedinou možností.¹⁹ V následujícím textu představíme a částečně i porovnáme základní formy psychiatrické péče.

1.2.1 Hospitalizace

Hospitalizací se myslí lůžková péče, která se dále rozděluje dle délky pobytu pacienta v daném typu zařízení. Hospitalizaci můžeme rozdělit „na akutní krizovou (krátkodobá hospitalizace 3-5 dní v rámci krizových center), akutní péči hospitalizační na uzavřených nebo otevřených odděleních klinik, nemocnic a léčeben (4-6 týdnů) a následnou péči dlouhodobou většinou v psychiatrických léčebnách.“²⁰

Krátkodobá hospitalizace se děje v rámci krizové intervence. Tato forma hospitalizace „je někdy nezbytná pro zajištění včasné intenzivní a komplexní péče i diagnostiky, protože některé z klientů je nutné přeložit k další psychiatrické hospitalizaci.“²¹

¹⁸ Srov. SMOLÍK, Petr, Klasifikace duševních poruch, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie* s. 337.

¹⁹ Srov. SEIFERTOVÁ, Dagmar Hospitalizace. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 776.

²⁰ Tamtéž.

²¹ Tamtéž.

Akutní lůžková péče má tyto základní funkce: diferenciatně diagnostické posouzení stavu pacienta s návrhem jeho intenzivní léčby, ochrana pacienta před sebepoškozením a ochrana před poškozením ostatních ve všech oblastech sociálního fungování. Někdy je nutné chránit touto formou hospitalizace pacienta před prostředím, které vyvolalo či zhoršilo duševní poruchu.²²

V lůžkových zařízeních následné péče je režim přizpůsobený diagnostickému profilu pacientů. Důležité jsou všechny formy pracovních rehabilitačních aktivit a pracovní terapie. Rovněž nácvik a udržování sociálních dovedností v denním režimu má nezanedbatelný význam. Mohou se organizovat i krátkodobé rehabilitační pobyty mimo psychiatrickou léčebnu a schůzky v různě strukturovaných klubech. Nemělo by se zapomínat ani na sportovní aktivity.²³

Péči při hospitalizaci poskytuje nemocnému celý terapeutický tým, do něhož patří především psychiatři, zdravotní sestry, psychologové a sociální pracovníci. „Základním principem práce týmu je znát svoji vlastní zodpovědnost za pacienta.“²⁴ Provoz lůžkového zařízení se řídí podle provozního řádu. V něm jsou vymezena spolu s pravidly bezpečnostními, hygienickými, protiepidemickými i pravidla etická (Etický kodex ČLK, Helsinská deklarace, Luxorská deklarace, Charta práv psychiatrických pacientů, Správná klinická praxe). Samozřejmě se na tato lůžková zařízení vztahují platné právní normy týkající se zdravotnictví.²⁵ Ty upravují i vedení dekurzní dokumentace (= denní záznamy o průběhu nemoci) a chorobopisné dokumentace.

Během hospitalizace je třeba udržovat styk nemocného s rodinou a vrstevníky. To se děje jednak propustkami nemocných, o nichž rozhoduje ošetřující lékař podle stavu pacienta, ale i návštěvami blízkých osob pacienta v lůžkovém zařízení. Je povinnost v denním řádu zařízení vymezit čas na podávání informací příbuzným o stavu pacientů.²⁶

1.2.2 Ambulantní péče

Hlavním rysem ambulantní péče je skutečnost pravidelného docházení pacientů do zdravotnického zařízení, aniž by v něm museli nepřetržitě pobývat. Psychicky nemocní

²² Srov. SEIFERTOVÁ, Dagmar Hospitalizace. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 776.

²³ Srov. tamtéž, s. 780.

²⁴ Tamtéž, s. 776.

²⁵ Srov. tamtéž.

²⁶ Srov. tamtéž, s. 780.

do ordinací ambulantních psychiatrů, kde se nejčastěji tato forma péče v psychiatrii realizuje, docházejí v předem domluveném termínu. Samotnou vyšetřovací, ale i léčebnou metodou bývá většinou rozhovor a pozorování. Pozorováním a z formy a obsahu sdělení v rámci rozhovoru ze strany nemocného psychiatr obvykle pozná patologické příznaky duševní poruchy a bývá schopen určit diagnózu, resp. zjistit změny zdravotního stavu nemocného, pokud dochází do ordinace delší dobu.

Při vyšetření nelze opomenout ani anamnézu. Tímto termínem rozumíme „zjišťování údajů z minulosti jedince, které mají významný vztah k poznání osobnosti. (...) Jejím cílem je získání a kategorizace relevantních údajů z minulosti, které pomáhají vysvětlit současný stav. (...) Anamnézu snímáme metodou řízeného rozhovoru (...)“²⁷

Vedle rozhovoru, pozorování a anamnézy patří mezi klinické metody, tj. nestandardizované postupy, které nejsou psychometricky podloženy, rovněž analýza spontánních produktů. Jsou to výsledky činnosti zkoumané osoby, např. spontánní výtvarná či literární díla, amatérské výrobky z nejrůznějších oblastí. Obzvláště významné pro diagnostiku i léčbu jsou v tomto směru dopisy, deníky a jiné osobní dokumenty.²⁸ Důležitou součástí nejen ambulantní léčby je i farmakoterapie se svými specifickými etickými problémy. Těm je dále v této práci věnována samostatná podkapitola.

1.2.3 Od ústavní ke komunitní péči

Způsoby léčby a celkové péče o psychiatrické pacienty lze rozdělit na ústavní a komunitní péči. Ústavní péče má téměř výhradně formu lůžkové péče, která je velmi nákladná. Proto je dlouhodobý trend snižovat počty psychiatrických lůžek. S tím souvisí nutnost přesně naplánovat následnou ambulantní nebo komunitní péči.

Kontrast a jistý protiklad mezi ústavní a komunitní péčí nejlépe vynikne, když si popíšeme hlavní rysy těchto druhů péče o nemocné. Hlavním rysem ústavní péče „je dlouhodobější oddělení nemocných či postižených od jejich přirozených lidských společenství.“²⁹ Naproti tomu komunitní péče „využívá terapeutický a rehabilitační

²⁷ SVOBODA, Mojmír, Psychodiagnostika obecně, in SVOBODA, M. (ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. vyd.2. Praha: Portál, 2012, s. 51.

²⁸ Srov. tamtéž, s. 50-52.

²⁹ PROBSTOVÁ, V; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 184.

potenciál přirozených společenství lidí.“³⁰ Komunitní péče se prosazuje nejen u skupiny psychicky nemocných, ale i u jiných skupin zdravotního postižení a je vhodná i pro seniory. Na základě právě uvedeného lze definovat komunitní péči pro lidi s duševními poruchami velmi široce takto: „Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. (...) Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje jí však pozměněnou roli.“³¹

Rozvoj komunitní péče ve vyspělých zemích, který začal počátkem druhé poloviny dvacátého století je spojen s procesem tzv. deinstitucionalizace. Ten představoval redukci psychiatrických lůžek ve velkých nemocnicích a léčebnách, které měly částečně nahradit komunitní služby. I když celkově je systém komunitní péče dobře propracován a znamená pro psychiatrické pacienty velký přínos, nutno přiznat, že realizace přechodu od ústavní péče ke komunitní nebyla vždy hladká a pro některé pacienty měla v konečném důsledku negativní dopady. „Naši pacienti a klienti nebývají vždy dobře spolupracující a řada z nich po uzavření léčeben zůstane bezprizorní. Z pacientů se stanou bezdomovci.“³²

Existuje rovněž riziko viktimizace, izolace a horšího zabezpečení zdravotní péče po propuštění z léčebny. Proto organizace komunitní péče prochází stále vývojem, aby se minimalizovala tato rizika a dosáhlo se optimální kvality komunitní péče, která ve stále větší míře nahrazuje ústavní péči. S tím souvisí i nutnost vyhodnocovat komunitní péči. K tomu již došlo v některých vyspělých zemích (Anglie, Austrálie či Japonsko). Komunitní péče byla srovnávána právě v rámci procesu deinstitucionalizace s původní

³⁰ PROBSTOVÁ, V; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 184.

³¹ Tamtéž, s. 184-185.

³² SEIFERTO VÁ, Dagmar, Hospitalizace. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 776.

péči tradičního typu, kam patří především ústavní péče. Výsledky vyhodnocení a srovnání vyznívají vcelku pozitivně ve prospěch komunitní péče.³³

Komunitní péče má za sebou sice poměrně krátký, na druhou stranu však velmi intenzivní historický vývoj. „Původním konceptem byl tzv. systém komunitní podpory (community support systém - CSS). Poprvé ho definoval Národní institut duševního zdraví v USA ke konci sedmdesátých let. Znamená síť služeb a podpor, kterou je zapotřebí rozvinout, aby lidé s duševní nemocí mohli dostát uspokojení svých potřeb a mohl být rozvinut jejich potenciál, aniž by docházelo k jejich izolaci a vyloučení ze společnosti.“³⁴ Tento koncept, který využívá především profesionálních služeb, není však jediný. Existují systémy komunitní péče, které kladou důraz na přirozenou komunitu. Za příklad může posloužit tzv. síť podpory (framework for support). V tomto systému se ve větší míře využívá svépomoci (rodina, přátelé) a služeb, které slouží všem lidem (církve, sociální kluby, cestovní agentury). Potřeba profesionální intervence je minimalizována tím, že podpora pacientů směřuje k tomu, aby své životní problémy uměli a mohli řešit samostatně s využitím běžných služeb. Dále se potřeba profesionální pomoci snižuje „mobilizací“ samotné komunity k využití vlastní kapacity k podpoře duševně nemocných.³⁵

Právě uvedené dva příklady ukazují možné rozlišení služeb komunitní péče na neformální či poskytované i pro ostatní občany a služby specializované pro cílovou skupinu lidí s duševní nemocí. Specializované služby lze nazvat termínem „komunitní psychiatrie“. Specializovanými službami konkrétně myslíme ambulantní psychiatrické služby a týmy, denní stacionáře s psychoterapeutickými programy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby, rezidenční služby v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Charakteristickými vlastnostmi služeb komunitní psychiatrie jsou multidisciplinární týmy (psychiatri, psychologové, sociální pracovníci, zdravotní sestry apod.) Dále je to jejich regionalizace. Zodpovědný tým tak poskytuje péči ve vymezené lokalitě či regionu, který většinou kopíruje správní celek. Služby jsou

³³ Přechodem z ústavní na komunitní péči se zlepšily symptomy duševní nemoci, zlepšily se poruchy chování a zlepšily se i sociální funkce psychicky nemocných. Celkově se zlepšila kvalita života pacientů. Snížilo se množství užívaných psychofarmak. Přechod měl neutrální vliv na kriminalitu, násilné chování, sebevražednost a bezdomovectví duševně nemocných. Přímé náklady na komunitní péči nepřevyšovaly původní náklady na péči v léčebně. Srov. PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 190.

³⁴ PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 185.

³⁵ Srov. tamtéž, s. 187.

poskytovány, co nejbližší domovů pacientů, někdy i v jejich vlastním prostředí. Jsou mobilní, mají proaktivní a asertivní charakter (sami pracovníci se snaží vyhledávat a oslovovat pacienty). Zasazují se o dodržování občanských práv u pacientů.³⁶

Jedním z hlavních rysů komunitní péče je poskytování dlouhodobé podpory nemocným v přirozených podmínkách. Proto je komunitní služba indikována především chronickým pacientům, kteří jsou dlouhodobě postiženi psychickou nemocí. Je zřejmé, že komunitní péči potřebují především lidé se sníženou funkční kapacitou, kterou se rozumí schopnost dané osoby zvládat aktivity každodenního života, případně její pracovní schopnost. Lidé z takto specifikované cílové skupiny ovšem často sami nejsou schopni vyhledat pomoc v zařízení poskytující komunitní péči. Proto musí mít komunitní služby asertivní a proaktivní charakter, aby těchto služeb využívali lidé, kterým jsou určeny. Rovněž vzhledem k omezenosti finančních zdrojů bylo nutné zpřesnit, pro koho je komunitní péče určena. Z tohoto důvodu v USA v roce 1987 Národní institut pro duševní zdraví vytvořil definici tzv. závažné duševní nemoci (SMI - severe mental illness). Podle kritérií, která se ovšem časem měnila, byla tato definice do jisté míry určující pro poskytování některých psychiatrických služeb, kam patří i komunitní péče. Vzhledem k různému vymezení definice je poměrně široký i procentuální rozsah osob se SMI v populaci od 0,1 až po 5,4 %.³⁷

Mezi formy komunitních služeb konkrétně řadíme denní stacionáře, krizové služby, případové vedení (case management), asertivní komunitní léčba, psychiatrická rehabilitace. Pro úplnost je třeba doplnit specifické postupy, které si psychiatrická rehabilitace ve svém historickém vývoji vytvořila. V oblasti práce tak hovoříme o pracovní rehabilitaci, v oblasti bydlení se jedná o chráněná bydlení s různou intenzitou péče, byty „na půl cesty“ a podporované bydlení, kde je péče poskytována přímo ve vlastním bytě klienta. Specializované služby se týkají i oblasti volného času a patří mezi ně centra denních aktivit a uživatelské kluby. V neposlední řadě se podpora týká i vzdělávacích aktivit (podporované vzdělávání). Začátek duševního onemocnění velmi často spadá do doby vzdělávání a pacientům se mnohdy nepodaří své vzdělání dokončit. Je proto nutná trvalá podpora a asistence v edukační oblasti.³⁸

³⁶ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 188.

³⁷ Srov. tamtéž, s. 189-190.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 191-200.

Dosud jsme popisovali komunitní péči jako celek bez ohledu na její úroveň a rozvinutí v naší zemi. V České republice jsou komunitní služby poměrně málo rozvinuty. „Přestože došlo k určitému rozvoji komunitních forem psychiatrické péče za posledních 20 let, je komunitní péče doposud málo systémově zapojená do služeb o duševně nemocné. Netvoří logický propojený celek s ambulantními, lůžkovými a dalšími sociálními službami. Stále u nás nedošlo k deinstitucionalizaci jako v západních zemích a péče ve velkých lůžkových zařízeních a komunitních službách se často jeví jako paralelní. (...) Legislativa a odlišný způsob řízení mezi resorty sociálním a zdravotnickým ještě více prohlubují propast mezi „zdravotnickou“ a sociální“ částí komunitních služeb.“³⁹ Přitom služby psychiatrické rehabilitace mají ze své podstaty povahu přechodu mezi zdravotní a sociální péčí.

1.3 Širší etická a teologická východiska léčby psychicky nemocných

Přestože budeme posuzovat v této práci jednotlivé etické problémy z pozice křesťanské etiky, je vhodné učinit tak v širším kontextu a zohlednit další etické přístupy. Ty jsou do značné míry determinovány profesní pozicí pomáhajícího. Právě srovnáním např. lékařské etiky, ale i různých konceptů lidských práv a sociální spravedlnosti s křesťanskou etikou, resp. sociálním učením církve nám vznikne plastický obraz, na jehož základu se celková péče o psychicky nemocné realizuje. Samotná psychiatrie má svá filosofická východiska ve formě modelů duševních poruch a jsou v ní v současnosti patrné některé trendy resp. jevy, které nelze v našem diskurzu pominout. Psychická onemocnění nejsou jen zdravotním problémem, ale zasahují dalece do sociální sféry. Jen když vnímáme zdravotní a sociální dimenzi psychické nemoci ve vzájemné provázanosti, můžeme se přiblížit realitě, která je u našeho tématu komplexní. Přes všechny právě jmenované přístupy, které nelze při zpracování tohoto tématu pominout, je jednotícím prvkem této práce právě pohled současné katolické křesťanské etiky. Ta vychází především z teologické antropologie, ale zohledňuje rovněž relevantní poznatky jednotlivých společenských věd a jiných etických koncepcí. Její snahou je vnést a poměřit tyto poznatky s křesťanskými hodnotami, které mají svůj fundament v Písmu, Tradici církve a Učitelském úřadu katolické církve (Magisteriu).

³⁹ PROBSTOVÁ, V; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 201.

V dalším textu bude nejprve představena lékařská etika jako samostatná vědní disciplína, dále pak její základní etické principy, které ve svém důsledku umožňují, resp. usnadňují mravní rozhodování v konkrétních případech. Nelze opomenout ve výkladu deontologické kodexy, které představují její normativní vyjádření. Dále bude následovat v textu této podkapitoly objasnění pojmů důstojnosti člověka, lidských práv a sociální spravedlnosti a to z pohledu „sekulárního“, ale i pohledu sociálního učení církve. Jako zásadní filosofický pojem v tomto diskursu se jeví právě důstojnost člověka. Obsah tohoto pojmu je chápán různě, což vede v konečném důsledku k diametrálně odlišným etickým závěrům. Konečně pak přistoupíme k otázce, jak křesťanství chápe člověka. Až pak bude možné věnovat se tématu křesťanské etiky, kde formou srovnání s předchozími koncepty se pokusíme ukázat její přínos pro zkvalitnění péče o duševně nemocné.

1.3.1 Lékařská etika a modely duševních poruch: současné trendy, principy a kodexy

V současnosti může docházet při popisu a posuzování lékařské etiky a jejího významu k určitým nedorozuměním. Jedním z nich je přeceňování normotvorné role lékařské etiky. Ta je poměrně malá z následujícího důvodu: „V dnešní době nemá lékařská etika žádnou autoritu, o kterou by se mohla opřít, a proto profesionálové pracující v této oblasti nedostali právo o čemkoliv rozhodovat.“⁴⁰ Světská morálka se dnes vyvíjí spontánně bez vnějších regulativních zásahů. Věřící lidé sice i dnes cítí povinnost následovat nebo alespoň zohlednit učení církve a jejích odpovědných představitelů. V naší společnosti však křesťané tvoří menšinu, která je navíc nejednotná. V naší zemi je registrováno více církví a náboženských společností a ne vždy je mezi všemi křesťanskými denominacemi shoda v názoru (posouzení) a řešení konkrétních problematických okruhů z oblasti lékařské etiky. Ve výsledku je tedy do zákonných ustanovení, která jsou závazná pro všechny občany, vkládáno jen to, o čem existuje všeobecná uspokojivá shoda, a co lze upravit pomocí paragrafů.⁴¹

Specifikem lékařské etiky, kterou se odlišuje od exaktních věd, je skutečnost omezení suverenity objektivních dat. U exaktních věd jsou výsledky založené na

⁴⁰ ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. s. 110-111.

⁴¹ Srov. tamtéž, s. 111.

objektivních datech přijímány laickou veřejností jako fakta. Navrhovaná řešení v rámci lékařské etiky jsou však do značné míry subjektivně zabarvena. Metodika lékařské etiky spočívající v morálním rozvažování a výsledné řešení etického problému jsou ovlivněny názorovou pluralitou všech kvalifikovaných odborníků. Navíc musí být brán ohled i na názor laiků z řad nelékařů, kteří rovněž uplatňují své právo stát se aktivními účastníky rozhodovacího procesu. Na základě těchto specifík a odlišností se konstituovala lékařská etika jako svébytný lékařský obor.⁴²

Od roku 1991 je lékařská etika v České republice samostatným lékařským oborem, který se vyučuje na lékařských fakultách. Tento u nás poměrně mladý obor se musel částečně vymezit na jedné straně vůči ostatním lékařským disciplínám a na druhé straně vůči etice jako filosofické disciplíně. Lékařská etika nespočívá pouze v konkretizaci obecných normativů obecné etiky jako filosofické disciplíny, ale je do jisté míry autonomní. Jak jsme již uvedli, základní metodou oboru lékařské etiky je morální rozvažování, které spočívá „v argumentaci integrativního interdisciplinárního posouzení, která ovšem není garantována jmenovitě určitou odbornou erudicí.“⁴³

Významným dokumentem důležitým pro ustanovení lékařské etiky jako samostatného lékařského oboru v naší zemi je Důvodová zpráva.⁴⁴ V ní je vymezen předmět lékařské etiky formou problémových okruhů, které mají svůj zdroj ve vědě, výzkumu a lékařské praxi. V jejím závěru je popsáno zhutněným způsobem vlastní uspořádání lékařské etiky: „Lékařská etika tedy spočívá na třech, celek tvořících částech. Jednak jako skutečná sebereflexe medicíny, jednak jako určující soudnost v oblasti etických problémů medicíny a konečně jako reflektující soudnost v téže oblasti. Jakožto tento trojjediný celek se lékařská etika definuje vzhledem k obecné etice i k medicíně jakožto jejich organická součást.“⁴⁵

V psychiatrii jako svébytném lékařském oboru existují rozdílné přístupy k témuž pacientovi. Tyto přístupy se profilyovaly v průběhu celých dějin lidstva a mají dodnes velký vliv na morální posuzování a etické hodnocení v oboru psychiatrie. Problémy spojené s „šílenstvím“ byly a jsou dodnes v různých kulturách a společnostech řešeny různě. „Doklady o existenci jedinců, kteří byli svými současníky označováni za blázný

⁴² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 2002. s.46.

⁴³ Tamtéž, s. 46.

⁴⁴ Podstatnou část tohoto dokumentu lze nalézt: In HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. s. 47.- 51.

⁴⁵ Tamtéž, s. 51.

či šilence, lze najít bezesporu v nejstarších historických pramenech. Až na ojedinělé výjimky byli tito lidé považováni za méněcenné a jen zřídka – např. někteří tzv. proroci zastávali společenskou pozici jinou než periferní.⁴⁶ Tím však často končí shoda vědců. Na otázky, kdo byl považován za šilence nebo jak byl jeho stav vykládán a jak s šilencem bylo nakládáno, není jednoznačně shodná odpověď historiografů. „Nejpozoruhodnějším zjištěním sociologicky orientovaných analýz je skutečnost, že šilenství nebylo pojímáno až do nedávné doby jako jednotný fenomén – po tisíciletí existovala paralelně řada rozdílných koncepcí, které byly střídavě aplikovány na konkrétní případy, a to i v témž historickém období.“⁴⁷ Není proto překvapením, že i dnes se liší přístupy k jednomu pacientovi, nejen v různých zemích a kulturách, ale i v rámci jednoho kulturního okruhu nebo jedné země. Tyto rozdílné přístupy mají praktické dopady na současnou psychiatrickou praxi a jsou systematizovány v tzv. modelech duševních poruch. Jsou to „zjednodušené abstrakce jednotlivých teorií či hypotéz, které se v současné nebo minulé psychiatrii uplatňovaly.“⁴⁸ Karel Chromý popisuje osm takovýchto modelů.⁴⁹

Některé z těchto modelů jsou zde blíže představeny především proto, že rozdílně eticky posuzují pacientovu odpovědnost za své chování v nemoci, a také eticky posuzují a přisuzují konkrétní roli lidem (rodině, společnosti) v okolí nemocného.

Sociální role nemocného s jejími čtyřmi rysy, jak byla popsána v kapitole 1.1.1 této práce, odpovídá především modelu lékařskému (biomedicínskému). První rys jasně říká, že nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí. Morální odpovědnost pacienta za vznik nemoci i její průběh se zde vylučuje. „Chování postiženého je výrazem jeho nemoci, náprava se spatřuje v léčbě (...), prognóza závisí na diagnóze. (...) Jeho rodina má právo na informace a ukládá se jí spolupracovat s odborníky“⁵⁰ Ačkoliv lékařský model, který je nejvlivnější, vylučuje odpovědnost pacienta za vznik nemoci i za jeho chování v průběhu nemoci a dispensuje ho od běžných povinností, ukládá nemocnému jiné povinnosti vyplývající z role nemocného. Poslední dva ze čtyř charakteristických rysů

⁴⁶ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*. s. 9.

⁴⁷ Tamtéž, s. 9.

⁴⁸ Tamtéž, s. 27.

⁴⁹ Názvy těchto modelů jsou: morální model, model lékařský či biomedicínský, psychoanalytický model, defektový či handicapový model, rodinný interakční model, sociální model, psychedelický model, konspirační model. Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 27-37.

⁵⁰ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*. s. 29.

role nemocného, jsou povinnostmi nemocného. Naproti tomu první dva rysy vyjadřují výsady, kterých požívá nemocný.

Důležité srovnání s lékařským modelem nám nabízí historicky starší morální model.⁵¹ (Uplatňoval se především v první polovině 19. století v azylových domech původně nelékařským personálem.) V současnosti je podoba morálního modelu behaviorální. „Soudobá (behaviorální) verze modelu chápe (...) poruchu jako naučené dysfunkční chování. Mechanismus vzniku, na rozdíl od udržování, je nevýznamný a interpretace zbytečná. Náprava spočívá v odstranění nežádoucího chování pomocí pozitivních a negativních sankcí. (...) Společnost má právo bránit se před porušovateli norem, ale musí nabízet možnosti ke změně chování ve smyslu platných norem.“⁵² Morální model tedy s určitou mírou morální odpovědnosti pacienta, především během léčby, počítá.

Současná psychiatrická zařízení pracují z praktických i historických důvodů s využíváním prvků obou modelů. Očekává se větší pacientova iniciativa v průběhu léčby a rehabilitace. „Pro určité kategorie pacientů, které se rozrůstají, se nelze ubránit dojmu, že jsou přinejmenším spoluzodpovědní za své problematické chování.“⁵³

Psychoanalytický model je v morálním hodnocení odpovědnosti pacienta blízký lékařskému modelu. Společnost se má „dívat na zdánlivě nemorální chování (pacienta) jako na symptom emoční poruchy.“⁵⁴ Morálně závažný se však jeví psychoanalytický postoj, který nepřiznává žádná práva rodině (ani společnosti) v průběhu léčby. „Je třeba instituce, která zajišťuje analýzu a odděluje nemocného od rodiny, kde má jeho porucha původ.“⁵⁵ Z opačného stanoviska vychází rodinný interakční model.

Ostatní modely duševních poruch jsou méně vlivné. Jednotlivé modely jsou vhodné pro určitý druh pacientů. Na druhé straně je ovšem skutečností, že může být užitečná postupná aplikace různých modelů u téhož pacienta v průběhu jediné ataky onemocnění.⁵⁶

Lékařský model, který je nejvýznamnějším modelem u nás, s sebou přináší nové trendy, které mají významné etické konsekvence. Mezi tyto trendy patří především

⁵¹ Adjektivum „morální“ v daném výrazu je dnes nutno chápat spíše jako „psychologický“ či „interpersonální“. Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*. s. 27.

⁵² CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*. s.28.

⁵³ Tamtéž, s. 29.

⁵⁴ Tamtéž, s. 31.

⁵⁵ Tamtéž, s. 31.

⁵⁶ Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 33.

medicinizace a psychiatrizace. Medicinizací označujeme rozšiřování definice nemoci na problémy, které byly dříve pojímány a regulovány jinak. Předmětem medicinizace se stávají ve vyspělých zemích nejrůznější oblasti. Některé jevy, kterých se současná medicinizace týká, dříve nebyly problematizovány například pro jejich malý společenský význam či vysokou prevalenci. Vzestup medicinizace v současnosti úzce souvisí se stále vzrůstající prestiží povolání lékaře, a také s vysokým postavením zdraví v hodnotovém žebříčku. To má za následek přeceňování možností medicíny.⁵⁷

Typickou oblastí, kde se v současnosti uplatňuje medicinizační proces, je oblast dosud kvalifikovaná jako deviace jiného druhu. V této kategorii se nejedná o nežádoucí úchytky zdravotního stavu. Deviace jiného druhu spočívají v „porušení právních, morálních, případně náboženských norem.“⁵⁸ Důvody, proč je tendence tyto úchytky překvalifikovat jako nemoc, spočívají ve výše zmíněné prestiži lékařského povolání, kterou provází respekt. Oproti tomu jiné způsoby regulace chování členů společnosti ztrácejí svůj vliv a důvěru. Zatímco víra v lékaře, resp. v medicínu se zvyšuje, u společnosti klesá očekávání i důvěra v jiné regulační systémy.⁵⁹

Procesem medicinizace je zřejmě v největší míře zasažena oblast psychiatrie. K již zmíněným důvodům medicinizace přistupuje fakt, že „vymezení duševních nemocí bylo vždy dosti pružné, nezávislé většinou na biologických standardech, tudíž podléhající více než v somatické medicíně sociálním kritériím.“⁶⁰ Proto mluvíme přímo o psychiatrizaci některých stavů. Tyto stavy můžeme rozdělit do dvou skupin, které se liší především svou historií a důvodem k jejich psychiatrizaci.

Do první skupiny patří zejména ty stavy, které dříve regulovaly morální, právní či náboženské normy a trestaly jejich výskyt (např. nemírné pití, karban, krádeže, prznění dětí, žhárství). Do druhé skupiny patří původně nedevariantní jevy a stavy, které ale současná společnost považuje za nežádoucí a snaží se je označit deviantní nálepkou (např. workholismus, dětské zlobení, pohlavní naruživost). Do druhé skupiny můžeme zařadit i lidské činnosti, které se mohou stát zdrojem závislosti (např. sázkařství, internet, mobilní telefony, jogging).⁶¹

⁵⁷ Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 38-46.

⁵⁸ Tamtéž, s. 38.

⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 38-39.

⁶⁰ Tamtéž, s. 41.

⁶¹ Srov. CHROMÝ, Karel *Sociologie v psychiatrii*, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. (eds.), *Psychiatrie*, s. 222-223.

Některé tyto duševní poruchy jsou dosud mimo současnou klasifikaci na úrovni odborného lobbování. S velkou pravděpodobností ale časem budou do psychiatrické klasifikace přijaty. Proces medicinizace se totiž velmi prosazuje a jedná se většinou o jednosměrný trend směrem k „přijetí nových nemocí“.

Při etickém posuzování z pohledu současné lékařské etiky hrají stále větší a zásadní roli etické principy. Důvod pro tento trend je vcelku jasný. V současnosti nejsou již dostatečně přijímána mravní pravidla a etické kodexy, o kterých budeme psát níže. Ty se tak mnohdy stávají nefunkční. Heteronomní morálka je v současnosti na ústupu. Etické principy se jeví jako vhodná alternativa k těmto, pro mnohé lidi nic neříkajícím, morálním pravidlům, která jsou jim zvnějšku vnucována autoritou. Již jsme napsali, že současná lékařská etika ani takovou autoritou nedisponuje.⁶²

Etické principy jsou obecnější než konkrétní morální pravidla. Pomocí etických principů se dostáváme k vyšší úrovni morální argumentace. Jestliže například etická norma (morální pravidlo) říká „krást se nesmí“, pak etický princip tvrdí, že „člověk má právo na uchování vlastního majetku.“ Podobně je to s morálním pravidlem „lhát se nesmí“. Etický princip odpovídající tomuto pravidlu jde však dále a tvrdí, že „lež a podvod znevažují lháře i jeho oběť.“ Princip je ideou, kterou považujeme za správnou, a proto se jí necháme vést. Rozhodujeme se a jednáme podle ní. Princip musí být v souladu s hodnotovou strukturou jednajícího, aby podle něho svobodně jednal. Tím se blížíme k autonomní morálce, kdy se jedinec rozhoduje z vnitřního přesvědčení a ne z vnějšího příkazu.⁶³

Až dosud se mohlo zdát, že mravní principy a na nich založený teoretický konstrukt principialismu představují bezproblémový model. Výhodou mravních principů je skutečnost, že jsou vždy správné a platí za všech okolností. Problém ovšem představuje následující skutečnost: jednotlivé principy, které jsou samy o sobě dobré a správné, se dostávají do vzájemných sporů. Takový spor lze například ukázat na etickém problémovém okruhu zajištění zdravotní a sociální péče o chudé. První relevantní princip k tomuto problémovému okruhu lze formulovat takto: „Je správné a dobré postarat se o nemocné a chudé lidi.“ Druhý princip zní: „Je také správné chránit poctivě získaný soukromý majetek.“ Nelze ale pomoci nemocným a chudým, pokud formou daní či zdravotního pojištění neodebereme část poctivě získaného výdělku (majetku)

⁶² Srov. ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. s. 116.

⁶³ Srov. tamtéž, s. 116.

bohatším lidem. Aniž bychom zde blíže hledali řešení situace, vidíme jasně spor mezi dvěma správnými principy na daném předmětu etiky, který představuje zajištění péče o chudé ve zdravotní a sociální oblasti.⁶⁴

Principialismus byl vypracován jako konzistentní morální teorie již koncem 70. let 20. století v USA a v lékařské etice byl rozvinut v průběhu 80. let. Je spojen se jmény T. L. Beauchampa a J. F. Childresse, kteří působili v prestižním bioetickém centru při washingtonské Georgetownské univerzitě.⁶⁵ „Autoři identifikovali čtyři vůdčí principy, kterými je vedena práce lékaře a rozhodování v medicíně vůbec. Jsou to beneficence, nonmaleficence, respekt k autonomii nemocného a spravedlnost.“⁶⁶ Počet principů byl stanoven arbitrárně a není podstatou teorie principialismu. Tyto čtyři principy však pokrývají všechna nejdůležitější témata v medicíně. Podstatou teorie jsou již výše uvedené teze o nefunkčnosti mravních principů a norem, o faktickém užívání etických principů při rozhodování a o způsobech řešení sporů mezi jednotlivými principy.⁶⁷

Přesto, že etický principialismus svým způsobem oslabuje vliv etických kodexů v lékařství, nelze jejich existenci pominout. Jelikož tyto kodexy upravují především povinnosti lidí pracujících v jednotlivých profesích ve zdravotnictví, někdy se pro tyto soubory předpisů užívá souhrnný termín deontologické kodexy. Tyto kodexy mají za sebou dlouhou historii sahající až do starověku. Etické kodexy v medicíně zavazují k určitému chování osoby, na které se vztahují (lékaře, zdravotní sestry, vysokoškoláky nelékaře, ale i pacienty). Mezi nejstarší stěžejní etický kodex patří Hippokratova přísaha, která byla napsána kolem roku 400 př. n. l. Je dodnes dokumentem, který zakládá mravní kontinuitu všech etických kodexů v oboru lékařství.⁶⁸ Tak v naší zemi je dnes uplatňováno ve zdravotnictví více kodexů, které se liší především profesní

⁶⁴ Srov. ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. s. 116.

⁶⁵ Výsledky jejich práce jsou publikovány v knize: Beauchamp, T.L., Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 4th edition, New York, Oxford: Oxford University Press, 1994. (1st edition 1979); V našem textu se opíráme o komentář k jejich poznatkům, jak je uveden v: ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. s. 116.-117.

⁶⁶ ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. s. 117.

⁶⁷ Srov. tamtéž, s.116-117.

⁶⁸ „Hippokratova přísaha hrála v průběhu dlouhých staletí dominantní roli. K jejím novelizacím docházelo opakovaně, a to výrazně zejména po 2. světové válce. I když základní strategie, totiž, jak se má chovat lékař vůči pacientovi, kolegům a veřejnosti, byla v podstatě zachována, došlo k obsahové změně v nazírání povinnosti lékařů, případně dalších zdravotníků. Proto byly formulovány další kodexy, které navazují na klasickou Hippokratovu přísahu jen volně a prakticky respektují pouze její obecný důraz na mravnost.“ In HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. s.77.

skupinou, které jsou určeny.⁶⁹ V oblasti moderní psychiatrie patří mezi nejvýznamnější takové kodexy tzv. „Madridská deklarace“, kterou v roce 1996 přijala Světová psychiatrická asociace. U nás byla tato deklarace přijata a podpořena Psychiatrickou společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně.⁷⁰

Madridská deklarace je rozdělena do sedmi bodů (článků), ve kterých je formou povinností a doporučení rámcově navrženo žádoucí chování a přístup psychiatrů v situacích, které vyžadují etické rozhodování. Hned v prvním článku Madridské deklarace je apel na spravedlivé rozdělení lékařských zdrojů. Dalším z požadavků uvedených ve čtvrtém článku zmiňované deklarace je zabezpečení lidské důstojnosti a práv pacientů v případě, kdy vlivem psychické nemoci není schopen se sám nemocný vhodně rozhodnout.

Uvedli jsme zde pouze heslovitě dva články a jejich výběr byl právě takový proto, že se v nich operuje se třemi klíčovými pojmy, na nichž se zakládají důležité etické koncepce nejen ve zdravotnictví, ale i v sociální práci, s níž je problematika péče o psychicky nemocné úzce spojena. Tyto pojmy jsou: sociální spravedlnost, lidská důstojnost a lidská práva. Právě jejich bližším rozbořením a uvedením vzájemných vztahů mezi nimi se pokusíme přiblížit a reflektovat některé obecnější etické problémy včetně možných směrů, kterými se může ubírat jejich řešení. V textu se budou vzájemně prolínat pohledy zdravotnické, lékařské a ve velké míře i sociální. U léčby psychických nemocí je tento interdisciplinární přístup zohledňující jak zdravotní, tak sociální stránku problémů bezesporu nutný.

Pojmy spravedlnost, lidská důstojnost a lidská práva jsou vlastní rovněž křesťanské etice. Tematizována jsou především v rámci sociální nauky církve, která je shrnuta v Kompendiu sociální nauky církve, ale i v dalších církevních dokumentech. Z těch soudobých lze uvést například Katechismus katolické církve, Dokumenty II. vatikánského koncilu, ale i některé encykliky posledních tří papežů. V následujícím textu se pokusíme popsat tyto pojmy ze všech právě uvedených hledisek a pozic.

⁶⁹ Mezi takové kodexy patří například: Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex lékárníka, etické kodexy zdravotních sester a ošetrovatelek (ICN- kodex pro zdravotní sestry, Kodex sester, Etické normy v ošetrovatelském povolání), Etický kodex Práva pacientů. Více k tomu včetně plného znění těchto a dalších kodexů: In HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. s.75-112.

⁷⁰ Srov. BAUDIŠ, Pavel: Vývoj psychiatrie a etické normy. In BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. s. 14-15. Celý text Madridské deklarace v češtině lze nalézt například v: KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha : Triton, 2004. s. 232-234.

Podstatným fenoménem, ktorý nelze v kresťanském etickém diskurzu opomenout je svědomí, jemuž věnujeme pozornost v samostatné podkapitole.

1.3.2 (Sociální) spravedlnost

Spravedlnost jako jeden z principů lékařské etiky a kritérium morálního rozvažování v lékařství byla z historického pohledu tematizována nedávno. Teprve s technickým rozvojem a pokrokem v lékařských technologiích ve 20. století se postupně stávala otázka spravedlnosti aktuální i v medicíně. Dnešní lékařská věda dokáže podstatným způsobem ovlivňovat délku a kvalitu života. Jako základní nespravedlnost je považován stav, kdy kvalitní a delší život je dostupný pouze těm, kteří si ho mohou „koupit“ například tím, že si sami zaplatí nákladnou léčbu. „Život a zdraví jsou základní lidské potřeby, které podmiňují uspokojování všech ostatních potřeb, není proto přípustné dopřávat přínosy medicíny jenom jedné skupině lidí.“⁷¹ Proto začaly být budovány, částečně na principu solidarity, různé systémy zdravotního pojištění, aby se i nákladná lékařská péče dostala k co největšímu počtu potřebných pacientů. Od konce 20. století dochází k další akceleraci technického a technologického rozvoje v medicíně a léčba je stále finančně nákladnější. Situace dnes je taková, že žádný stát na světě již nemá dost prostředků k hrazení veškeré dostupné zdravotní péče všem svým obyvatelům. V současnosti tedy ideál spravedlnosti není vůbec jednoduché naplnit ani ve zdravotnických systémech nejvyspělejších zemí.⁷² Helena Haškovcová píše v této souvislosti o rozdílu mezi ideální medicínou (=lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky) a dostupnou medicínou, která sice respektuje postupy *lege artis*, ale která v různé míře zaostává za ideální medicínou. Tento rozdíl se stále zvyšuje a dochází tak dnes k dramatickému „rozevírání nůžek“. Jsou to především praktičtí lékaři, kteří zpravidla rozhodují o tom, komu bude poskytnuta forma ideální medicíny a komu nikoliv. Příslušnými odborníky byla pro případy krajní nouze vypracována kritéria „komu ano, komu ne“. Tyto systémy kritérií, které bývají nazývány „matematikou milosrdenství“, ovšem koncepčně neřeší rozpor mezi ideální a dostupnou medicínou. Je tomu tak proto, že popsáný problém je primárně ekonomický a do značné míry je falešně prezentován jako problém etický. Tato pseudoetická

⁷¹ ŠIMEK, J., *Lékařská etika*. s. 121.

⁷² Srov. tamtéž, s. 121.

prezentace problému zastíňuje jeho skutečnou podstatu a brání jeho řešení, které musí být koncepční a spočívá ve změně strategie veřejného zdravotnictví v delším časovém horizontu v tom smyslu, aby se výrazně zlepšila situace nejen pacientů ale i lékařů.⁷³

Pokusíme se nyní reflektovat pojem spravedlnosti z pozice sociální práce a sociální politiky státu. Zatímco v lékařské etice se často mluví o spravedlnosti bez jakéhokoliv přívlastku, pokud se na stejné etické problémy díváme prizmatem sociální práce či sociální politiky státu, hovoří se častěji o sociální spravedlnosti. Stále je diskutována otázka, jakou úlohu má mít sociální stát, aby byl spravedlivý. Výše jsme se již zabývali spravedlností z pohledu lékařské etiky v souvislosti s dostupnou a ideální péčí, která je ve své podstatě rovněž tématem sociálním a lze zde proto hovořit i o sociální spravedlnosti.⁷⁴

Názorové spektrum na roli sociální politiky státu je velmi široké. Schematicky lze rozlišit dvě krajní proti sobě stojící pozice. První klade důraz na společenskou odpovědnost státu a druhá na osobní odpovědnost jedince. První se přiklání ke stanovisku, podle kterého se má stát postarat o sociálně slabé, nemocné a jinak znevýhodněné občany přímo, pomocí systému sociálních dávek nejrozličnějšího druhu, aby se bezprostředně odstranila jejich nouze. V úplném extrému lze mluvit až o jakémsi „zaopatřovacím státu“. Druhá se naopak dovolává osobní odpovědnosti každého jednotlivce za svůj život a tvrdí, že stát má poskytnout pouze základní rámcové podmínky pro to, aby jedinec mohl rozvinout své schopnosti a realizovat sám svůj životní cíl. Umenšuje se zde společenská role státních institucí v jejich redistributivních opatřeních, ze kterých mají profit znevýhodněné sociální skupiny. Najít kompromisní řešení mezi těmito krajními stanovisky není jednoduché. Směr našeho uvažování velmi dobře vystihuje stručná teze z článku Romana Míčky: „Při hledání uměřeného konceptu spravedlnosti je třeba definování uměřené solidarity, která zabezpečí důstojnost člověka a přiměřený blahobyt, avšak nebude současně podkopávat jeho morálku a iniciativu.“⁷⁵ Ty mohou být přílišnou materiální podporou znevýhodněným ze strany státních institucí

⁷³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. s. 68-69.

⁷⁴ Psychicky nemocní lidé často potřebují sociální pomoc nejen ve formě dávek ze systému sociálního zabezpečení, ale například i ve formě poradenství, které je rovněž nedílnou součástí sociální práce. Psychická porucha nemocné mnohdy sociálně znevýhodňuje. Proto jsou lidé s duševním onemocněním jednou z cílových skupin sociální práce a lze tedy na ně vztáhnout obecnější principy sociální práce a politiky. Sociální práce se podílí na jejich léčbě (v širším slova smyslu), jejímž cílem je uzdravení nejen v přísně lékařském pohledu.

⁷⁵ MÍČKA, Roman, Sociální spravedlnost a lidská práva v sociální nauce církve. In *Sociální práce/Sociálna práca*, 2014, roč. 14, č. 4, s. 91.

ohroženy. Sociálně znevýhodněný člověk se tím stává nezdravě závislým na pomoci státu. Proto se dnes stále častěji operuje se sloganem „pomoc k svépomoci“, nebo s anglickým výrazem *empowerment*, který lze přeložit jako emancipace, nebo volněji jako uschopnění (k pomoci sám sobě). Je žádoucí z více důvodů, aby byla poskytnuta taková pomoc potřebným, která je výhledově učiní schopnými převzít úspěšně odpovědnost za svůj vlastní život tak, aby (v ideálním případě) nepotřebovali již čerpat pomoc ze sociálních dávek státu. V těchto úvahách nám zde nejde primárně o ekonomickou rovinu problému, ale o jeho morální dimenzi. Být jen pasivní příjemce sociální pomoci často způsobí, že tento příjemce ztrácí svou odpovědnost, autonomii a kreativitu.

Pojem spravedlnosti má své místo také v křesťanství. Pokusíme se nyní vztáhnout některé křesťanské zásady týkající se uplatňování hodnoty spravedlnosti v osobním i společenském životě na téma léčby psychicky nemocných. Budeme přitom vycházet ze sociální nauky církve, jak je podrobně rozpracována v Kompendiu sociální nauky církve.

Již jsme uvedli, že spravedlnost je důležitá hodnota, které na osobní rovině odpovídá uplatňování základní mravní ctnosti spravedlnosti. Ta se zakládá na vytrvalé a pevné vůli dávat Bohu a bližnímu to, co jim patří. Ze subjektivního hlediska se jedná o jasný postoj vůle, která uznává druhého jako osobu. Objektivně pak „spravedlnost představuje rozhodující kritérium mravnosti v oblasti meziosobních a společenských vztahů.“⁷⁶ Je důležité respektovat základní klasické formy spravedlnosti: směnnou, distributivní a zákonnou spravedlnost. Sociální spravedlnost je rozvinutím obecné spravedlnosti, která reguluje vztahy ve společnosti na základě zachovávání zákona. V dnešní době je spravedlnost obzvlášť důležitá, protože hodnota osoby, její důstojnost a její práva, přes proklamované záměry, je dnes ohrožena tendencí vidět a posuzovat osobu výlučně dle užitečnosti a majetku. Dochází pak k nepřípustné redukci spravedlnosti. Na základě této tendence může konkrétně docházet a dochází k nespravedlivému jednání s psychicky nemocnými. Z pohledu užitečnosti a majetku jsou neužiteční, chudí, a jako by se na ně ani hodnota spravedlnosti vlastně nevztahovala. Proto se ukazuje redukováná a pokřivená forma spravedlnosti, která má s pravou hodnotou spravedlnosti už jen pramálo společného, jako velmi nebezpečná.

⁷⁶ Papežská rada pro spravedlnost a mír (ed.). *Kompendium sociální nauky církve*: Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, čl. 201, s. 138

Abychom však dali spravedlnosti její plný a autentický význam, je třeba vyjít z křesťanské antropologie. „Spravedlnost totiž není jen pouhá lidská konvence, protože to, co je „spravedlivé“, není v původním smyslu vymezeno zákonem, nýbrž hluboce zakořeněnou identitou lidské bytosti.“⁷⁷ Čistě smluvní pojetí spravedlnosti je omezené a je proto důležité vnímat spravedlnost v kontextu solidarity a lásky. Sama spravedlnost nestačí. Může dokonce i ve výsledku popřít sama sebe, pokud se neotevře hlubší síle, jíž je láska. Jako důkaz potvrzený historickou skutečností se tak zformulovalo tvrzení: *summum ius, summa iniuria*. Do češtiny lze tento latinský citát volně přeložit takto: Nejvyšší právo vede k nejvyššímu bezpráví. I další hodnoty, jako je pravda nebo svoboda pramení z vnitřního zdroje lásky. „Láska předpokládá spravedlnost a zároveň ji překračuje.“⁷⁸ Spravedlnost musí být doplňována a ve velké míře korigována láskou, která v sobě nese znaky milosrdenství. To má ústřední úlohu v evangeliu, potažmo v celém křesťanství. Láska jako forma všech ctností je nejen inspirací pro chování jednotlivců, ale je též hybnou silou, která odkrývá nové způsoby řešení společenských problémů a umožňuje obnovovat struktury, společenské organizace a právní řády. Kompendium hovoří v této perspektivě o sociální a politické lásce.⁷⁹ I tato práce se v první části druhé kapitoly zabývá širšími společenskými problémy spojenými s léčbou lidí s psychickým onemocněním, zatímco v druhé části se zaměřuje na bližší mezosobní vztahy.

1.3.3 Důstojnost člověka

Dalším stěžejním pojmem, se kterým se často operuje v nejrůznějších etických kodexech, ale i jinde, je důstojnost člověka neboli lidská důstojnost. Ačkoliv se s ní můžeme setkat v dokumentech velmi často, jen málokdy je vysvětleno, co vlastně lidská důstojnost je, na čem se zakládá a co se s ní spojuje. Různé filosofické směry vnímají lidskou důstojnost rozdílně. Specificky pak zdůvodňuje její podstatu a původ křesťanství. Ve zkratce velmi trefně popisuje tři filosofické přístupy k lidské důstojnosti v rámci učení tří filosofů z různých historických epoch Marta Munzarová.

Důstojnost je jistá hodnota. Filosof Thomas Hobbes (1588-1679) chápal lidskou důstojnost jako jakousi tržní cenu člověka na základě jeho původu, postavení, moci,

⁷⁷ Papežská rada pro spravedlnost a mír (ed.). *Kompendium sociální nauky církve.*, čl. 202, s. 139.

⁷⁸ Tamtéž, čl. 206, s. 140.

⁷⁹ Srov. tamtéž, čl. 207, s. 141.

síly, bohatství, talentu, výkonu a jiných schopností. Tato tržní cena se přisuzuje člověku stejně, jako se přisuzuje jiným věcem. V takovém případě mluvíme o lidské důstojnosti jako o hodnotě přisuzované zvenčí.⁸⁰

Jinak chápal lidskou důstojnost starověký filosof Marcus Tullius Cicero (106-43 př. n. l.) Důstojnost v člověku sice předpokládal, ovšem vnímal ji dynamicky. Vnitřní důstojnost člověka získává svou hodnotu tím, že se rozvíjejí vlastnosti osoby, které si zasluhují úctu (např. šlechtnost, moudrost, odvaha), a tím zároveň důstojnost stvrzují. Zde se jedná o odvozenou, získávanou a rozvíjející se důstojnost.⁸¹

Dalším filosofem, který podstatně ovlivnil novověké myšlení, je Immanuel Kant (1724-1804). Kant „definuje důstojnost (Würde) jako respekt, který on sám má k ostatním nebo jiní mohou chtít od něj.“⁸² Podle Kanta se tedy nejedná o žádnou tržní cenu, protože neexistuje žádný ekvivalent, za který by bylo možno lidskou důstojnost vyměnit. Ačkoliv se dnes z jeho filosofie vyzdvihuje především osobitý přístup k autonomii člověka, je nutné si uvědomit, že síla autonomie člověka je zakořeněna v inherentní lidské důstojnosti, kterou máme proto, že jsme lidé.

Křesťanství rovněž považuje lidskou důstojnost za inherentní, přisuzovanou každému člověku. Zdůvodnění tohoto všeobecného nároku na lidskou důstojnost nacházíme již ve Starém zákoně, kde se v knize Genesis praví, že Bůh stvořil člověka ke svému obrazu a podobě (srov. Gn 1, 26-27). Je zřejmé, že právě a jedinečně inherentní chápání této hodnoty, umožňuje etické rozvažování slučitelné s křesťanskou doktrínou.

Lidská důstojnost ovšem skrývá i svůj dynamický prvek. Ten spočívá v povolání člověka být Božím obrazem „Toto povolání s sebou nese úkol (člověk Božím obrazem není, nýbrž je k němu stvořen- má se jím tedy stávat): poznávat a milovat svého Stvořitele a vládnout nad stvořením. Ovšem (!) k Boží slávě a při uchování vlastní cti a slávy.“⁸³

Lidská svoboda rovněž úzce souvisí s důstojností lidské osoby, protože jí dodává vznešenost. Pravá svoboda je „nevšední znamení Božího obrazu v člověku“ (GS čl. 17). Svoboda není svévole, ale do značné míry její opak, který vede člověka ke svobodné

⁸⁰ Srov. MUNZAROVÁ, Marta, Důstojnost člověka v kontextu lékařství. In: PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 51

⁸¹ Srov. tamtéž, s. 52.

⁸² Tamtéž, s. 52.

⁸³ KOLÁŘOVÁ, Lucie, K pojetí člověka v *Gaudium et spes*. In ŠRAJER, J., KOLÁŘOVÁ, L. a kol. *Gaudium et spes. Padesát let poté*. Brno: CDK, 2015, s. 111-112.

volbě dobra.“⁸⁴ Svobodně jedná ten, kdo jedná z hlubokého osobního přesvědčení, nikoliv však ten, který je v zajetí vášní a jedná ze slepého vnitřního popudu nebo z vnějšího donucení. Na skutečnosti svévole v lidském rozhodování vidíme, že i lidská svoboda je narušena hříchem. Proto každý člověk potřebuje Boží milost, aby se jeho svoboda očistila a nasměrovala k Bohu.

Přes skutečnost přítomnosti hříchu v lidském životě, má člověk lidskou důstojnost jen proto, že je člověk. Může být v jakémkoliv stavu postižení či omezení, ale na jeho důstojnosti to nic nemění. Pokud totiž přistoupíme na výše zmiňované (nekřesťanské) koncepty přisuzované či získávané lidské důstojnosti, které zdaleka nejsou jen otázkou historie, dostáváme se na „velmi tenký led“. Člověk, který dle těchto konceptů ztrácí či vůbec nemá lidskou důstojnost (například v důsledku těžké duševní poruchy), může být usmrcen (eutanazie) nebo s ním může být zacházeno devalvačně. Příkladem toho jsou různé formy diskriminace.

Jednou z forem diskriminace, která zraňuje důstojnost člověka, je nerovný přístup k práci. O tématu práce pojednává encyklika sv. Jana Pavla II. *Laborem exercens*.⁸⁵ Tento papež v ní formuluje přesvědčení církve, podle něhož práce představuje základní rozměr pozemské existence člověka. Papež píše o práci také z hlediska předmětu, ale mnohem více se soustředí na práci z hlediska jejího podmětu (subjektu), kterým je člověk. Vychází přitom opět z biblického termínu Božího obrazu, kterým je člověk. Ten je osobou, a tedy subjektem práce, prvním základem její hodnoty i jejím konečným cílem.⁸⁶ Pro naši potřebu je důležité zmínit, že celý jeden článek této encykliky je věnován vztahu osob tělesně nebo duševně postižených (handicapovaných) a práce. O postižených lidech v této souvislosti píše: „I takoví lidé jsou plně lidskými subjekty a mají odpovídající vrozená, posvátná, neporušitelná práva, která přes omezení a utrpení, vepsaná do jejich těla a mohutností, zdůrazňují důstojnost a velikost člověka. (...) Postižená osoba je jedním z nás a plně se podílí na našem lidství. Je nanejvýš nedůstojné člověka a je popřením společné lidské přirozenosti připouštět ke společenskému životu, a tedy i k práci, pouze osoby plně schopné, protože děje-li se to,

⁸⁴ KOLÁŘOVÁ, Lucie, K pojetí člověka v *Gaudium et spes*. In ŠRAJER, J., KOLÁŘOVÁ, L. a kol. *Gaudium et spes. Padesát let poté*. Brno: CDK, 2015, s. 112.

⁸⁵ JAN PAVEL II. *Laborem exercens*. *Encyklika o lidské práci*. 14. 9. 1981. Praha: Zvon, 1991.

⁸⁶ Srov. DŘÍMAL, Ludvík, „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11) Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku. In OPATRŇÝ, A. BARTUŠKOVÁ, L., DŘÍMAL, L. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2016. s. 26.

páchá se závažná forma diskriminace: totiž diskriminace ze strany silných a zdravých vůči slabým a nemocným. Práce ve smyslu objektivním musí být i tady podřízena důstojnosti člověka, podmětu práce, a ne hospodářské výhodnosti.“⁸⁷ Připomeňme ještě jeden důvod, proč je práce pro nemocné, a obzvlášť pro psychicky nemocné, zásadně důležitá. V mnoha případech má práce pozitivní dopad v procesu uzdravení psychicky nemocného. Proto jako nedílná součást terapeutických procesů a technik existuje i ergoterapie, čili léčba pomocí (formou) práce.

V křesťanství patří pojem lidské důstojnosti s jejími charakteristickými rysy k ústředním konceptům hned z několika důvodů. „Jelikož z tváře každého člověka vyzařuje něco z Boží slávy, důstojnost každého člověka před Bohem představuje základ důstojnosti člověka vzhledem k ostatním lidem. Tato skutečnost je mimo to nejhlubším základem rovnosti a bratrství mezi lidmi nezávisle na rase, národnosti, pohlaví, původu, kultuře a společenské třídě.“⁸⁸ Uznání této důstojnosti je nezbytnou podmínkou umožňující společný i osobní pokrok všech. Při tomto pokroku je nezbytné podporovat a pomáhat těm posledním. Mezi takové patří i lidé s duševním onemocněním.

1.3.4 Lidská práva

S chápáním lidské důstojnosti je úzce spojen i koncept lidských práv. Lidská práva mají ve své podstatě garantovat, aby byla zachována lidská důstojnost každého jednotlivce ve společnosti. V současných debatách o konceptu lidských práv vidíme silné pnutí, které spočívá v různých názorech na to, co jsou lidská práva, resp. co vše lze mezi lidská práva počítat. Názorová škála je široká od několika málo základních lidských práv (právo na život, právo na svobodu, právo na majetek apod.) až po velké množství nejrůznějších sociálních práv a nároků lidí, které je typické pro utilitaristický liberalismus.

Dokument Mezinárodní teologické komise Důstojnost a práva lidské osoby⁸⁹ z roku 1983 hovoří o hierarchii lidských práv a rozlišuje tato práva na tři stupně: 1. skutečně základní, předstátní a nezcizitelná práva (např. právo na život), 2. práva nižší úrovně,

⁸⁷ JAN PAVEL II.. *Laborem exercens: encyklika Jana Pavla II. o lidské práci ze 14. září 1981*. Praha: Zvon, 1991. čl. 22, s. 55-56

⁸⁸ Papežská rada pro spravedlnost a mír (ed.). *Kompendium sociální nauky církve*. čl. 144, s. 101.

⁸⁹ Důstojnost a práva lidské osoby, In Pospíšil, Ctirad, Václav (ed.) *Dokumenty Mezinárodní teologické komise věnované morální teologii a etice*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakl., 2010 s. 45, s. 64.

kam je možné zařadit určitá občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva, která zpřesňují některá základní práva. Tato zpřesňující práva jsou již historicky a kulturně podmíněna, 3. Ještě na nižší úrovni stojí jistá práva, která lze nazvat „ideálními požadavky“. Ta nepředstavují nezcizitelný imperativ, ale vyjadřují spíše určité požadavky, nároky a touhy lidí. Jejich praktická aplikace je relativní.⁹⁰

Postupné rozšiřování lidských práv nepředstavuje pozitivní jev. Chybí totiž kritéria, podle kterých bychom jasně odlišili od všelidských, základních a univerzálních práv práva partikulární, která jsou dějinně, civilizačně a ekonomicky podmíněna. Partikulární práva mohou být v politice snadno zaměněna za svévolné požadavky vlivných nátlakových uskupení. Kritická vyjádření na toto téma zaznívají rovněž ze strany církve. Papež Benedikt XVI. otevřeně kritizuje zmnožování umělých lidských práv na úkor základních práv v encyklice *Caritas in veritate*: „V současnosti jsme svědky tíživého protikladu. Na jedné straně se vymáhají práva mající nahodilý a postradatelný ráz, přičemž se nárokuje jejich uznání a šíření ze strany veřejných struktur, a na druhé straně jsou zneuznávána a pošlapávána elementární základní práva velké části lidstva (...) Tato souvislost spočívá v tom, že jsou-li individuální práva zbavena rámce povinností, jež jim dávají plný smysl, stávají se pomatenými a spouštějí spirálu prakticky neomezených požadavků, zbavených jakýchkoli kritérií.“⁹¹ Roman Míčka v článku *Sociální spravedlnost a lidská práva v sociální nauce církve* velmi přesně popisuje důsledky, které má vytváření nových partikulárních lidských práv: „Jejich expanze původní sílu ideje lidských práv s jejím univerzálním rozměrem zásadním způsobem oslabuje a činí z ní bojiště partikulárních postojů a zájmů. Přísněji řečeno – z ideje lidských práv se mnohdy stává nástroj politického boje, prosazování úzce skupinových zájmů, ba i prostředek politické tyranie.“⁹²

Abychom správně pochopili toto názorové pnutí a stanovisko resp. pozici křesťanské nauky v tomto směru, je nutné se tázat po zdroji lidských práv. Kompendium sociální nauky církve jasně deklaruje: „Poslední zdroj lidských práv nespočívá pouze ve vůli lidských bytostí, v realitě státu, v politických pravomocích,

⁹⁰ Srov. MÍČKA, Roman, Sociální spravedlnost a lidská práva v sociální nauce církve. In *Sociální práce/Sociální práca*, s. 87

⁹¹ BENEDIKT XVI. *Caritas in veritate. Lásky v pravdě*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, čl. 43 s. 57.

⁹² MÍČKA, Roman, Sociální spravedlnost a lidská práva v sociální nauce církve. *Sociální práce/Sociální práca*, , s. 88.

nýbrž v člověku samotném a v jeho Stvořiteli.“⁹³ Lidská práva vycházející z tohoto zdroje jsou všeobecná, nezrušitelná a nezcizitelná. Všeobecná jsou proto, že se vztahují na všechny lidské bytosti bez jakékoli výjimky z hlediska času, místa a subjektu. Nezrušitelná jsou díky osobě člověka a jeho důstojnosti, ve kterých mají svůj původ. Nezcizitelná jsou pak proto, že žádný člověk nemůže zbavit těchto práv druhého člověka, aniž by spáchal násilí na jeho přirozenosti.⁹⁴

Stále tedy platí základní postulát k lidským právům ze strany církve: „Úsilí o vymezení a prohlášení lidských práv představuje jednu z nejvýznamnějších aktivit směřujících k účinnému respektování nevyhnutelných požadavků lidské důstojnosti.“⁹⁵ Stvrzením těchto práv se má dosáhnout uznání a prosazení lidské důstojnosti jako charakteristiky, kterou Bůh Stvořitel vtiskl svému tvoru.

Lidská práva, resp. práva obecně úzce souvisí s povinností a odpovědností. V lidském společenství přirozenému právu člověka odpovídá povinnost druhých lidí toto právo uznávat a mít ho v úctě. Zde dochází k rozporu, na který poukazuje učitelský úřad církve. Lze jej popsat následovně. Práva se sice prosazují, ale neodpovídá jim uznání příslušné odpovědnosti a z ní plynoucí povinnosti. Kdo prosazuje vlastní práva, ale na své povinnosti zapomíná, ten staví a zároveň boří „stavbu“ práv.⁹⁶

Určení lidských práv a jejich uvedení do praxe je tedy složitý proces, který má svá pravidla. V současnosti se zde projevují rozpory a vznikají problematické situace, jak jsme se na ně snažili upozornit v této podkapitole. Nicméně to neznamená rezignaci na koncept lidských práv. Je ale důležité jej chápat v celé šíři a v souvislostech, které jsou pro jeho správnou realizaci nezbytné.

1.3.5 Vybrané pojmy z teologické antropologie

Nyní představíme ve stručnosti zásadní pojmy křesťanské antropologie, které nám poslouží jako podklad úvah křesťanské etiky nad péčí o psychicky nemocné. V našem textu upozorníme jen na nejdůležitější pravdy o člověku, jak je představuje křesťanská doktrína.

⁹³ Papežská rada pro spravedlnost a mír (ed.). *Kompendium sociální nauky církve*. čl. 153, s. 106.

⁹⁴ Srov. tamtéž.

⁹⁵ Tamtéž, čl. 152, s. 105.

⁹⁶ Srov. tamtéž, čl. 156, s. 108-109.

V textu jsme již vícekrát zmiňovali lidskou důstojnost, která má svůj původ v člověku stvořenému k Božímu obrazu. Je zde ale i skutečnost lidského hříchu, v jehož důsledku je člověk rozdělen v sobě samém. Toto rozdělení člověka mezi dobro a zlo je mimo jiné důvodem, proč se nám celý lidský život, individuální i kolektivní, jeví jako dramatický zápas mezi dobrem a zlem, mezi světlem a tmou. Tato principiální ambivalentnost v člověku vede k hledání jeho pravé důstojnosti, která unese i lidskou slabost. „Člověk je stvořen k Božímu obrazu ve svatosti, avšak je nakloněn i ke zlému – což se dozvídáme ze Zjevení a potvrzuje nám to i vlastní zkušenost. (...) S hříchem je třeba počítat v individuální i kolektivní rovině lidského života.“⁹⁷ Člověk je totiž bytostí vztahovou a sociální, která existuje v jednotě duše a těla.

1.3.5.1 Rozum, svědomí, svoboda

Jako důležité atributy spojené s člověkem lze uvést rozum, svědomí a svobodu. Rozum člověka není omezen jen na smyslové jevy, ale jeho inteligence je schopná postihnout rozumové jádro skutečnosti. Nezasťává se však, že tato inteligence je následkem hříchu zčásti zatemněna a oslabena. Vytoužený cíl lidského života vidí křesťané ve své spáse, ve vykoupení Kristem a ve věčném životu s Bohem.

Instance lidského svědomí, které „je nejtajnější střed a svatyně člověka, v ní je sám s Bohem, jehož hlas mu zaznívá v nitru“⁹⁸, je společná všem lidem. Díky svědomí mohou křesťané i ostatní lidé spolupracovat při hledání pravdy a řešení mnoha mravních problémů. „Mravní svědomí je soud rozumu, kterým lidská osoba poznává mravní jakost konkrétního činu, který se chystá vykonat, který právě koná anebo vykonala. Člověk má ve všem, co říká a dělá, povinnost řídit se věrně tím, o čem ví, že je spravedlivé a správné. Člověk vnímá a poznává příkazy božského zákona prostřednictvím úsudku vlastního svědomí.“⁹⁹

Svědomí však není statická instance, nýbrž má svou dynamiku. Proto je nutné svědomí vychovávat a formovat. „Důstojnost lidské osoby zahrnuje a vyžaduje správné mravní svědomí. Mravní svědomí zahrnuje vnímání zásad mravnosti („synderesis“), jejich uplatnění v okolnostech daných prostřednictvím praktického rozlišování důvodů a

⁹⁷ KOLÁŘOVÁ, Lucie, K pojetí člověka v *Gaudium et spes*. In ŠRAJER, J., KOLÁŘOVÁ, L. a kol. *Gaudium et spes. Padesát let poté*. s. 112.

⁹⁸ *Gaudium et spes*, pastorální konstituce o církvi v dnešním světě, čl.16. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : ZVON, 1995,.

⁹⁹ *Katechismus katolické církve*. Praha : ZVON, 1995. §1778,s. 450.

dober a konečně úsudek týkající se konkrétních skutků, které se mají vykonat nebo které už byly vykonány. Pravda o mravním dobru, vyhlášená zákonem rozumu, se prakticky a konkrétně poznává rozumným úsudkem svědomí.“¹⁰⁰ Existuje tedy velmi úzká vazba mezi rozumem a svědomím. Katechismu katolické církve dále konstatuje, že výchova svědomí je celoživotní úkol. Ne vždy jsou úsudky svědomí správné. Svědomí může vést i k mylnému úsudku, který není ve shodě s rozumem a s Božím zákonem. Povinnost člověka poslouchat úsudek vlastního svědomí platí, pokud tento úsudek je jistý. Mravní svědomí může být totiž v nevědomosti. Tuto nevědomost lze mnohdy přičítat osobní odpovědnosti, zejména, „když se člověk málo stará o hledání pravdy a dobra a jeho svědomí se vlivem návyku na hřích ponenáhlu stává téměř slepým.“¹⁰¹ Na druhou stranu, pokud je nevědomost nepřekonatelná nebo člověk není odpovědný za mylný úsudek, nelze mu za těchto podmínek přičítat zlý čin, který z takového mylného úsudku vzešel. Stále však zůstává zlo, útrapy a nepořádek, jako důsledky takového činu. To je dostatečný důvod, proč se snažit o očistu mravního svědomí od jeho omylů.¹⁰²

Svoboda je další ústřední pojem. Ona dodává lidské důstojnosti její vznešenost. Jak ale chápe křesťanství svobodu? „Pravá svoboda jako „nevšední znamená Božího obrazu v člověku“ (GS čl. 17), tedy opak svévole, vede člověka ke svobodné volbě dobra.“¹⁰³ Svobodně jedná ten, kdo jedná z hlubokého osobního přesvědčení, nikoliv však ten, který je v zajetí vášní a jedná ze slepého vnitřního popudu nebo z vnějšího donucení. V tomto ohledu se často člověk s duševním onemocněním stává opravdu nesvobodným, protože duševní porucha pro něho často představuje jistou formu zajetí a omezení. Tak kromě toho, že svoboda je narušená hříchem a je proto nutná Boží milost, aby se svoboda nasměrovala k Bohu, je svoboda člověka negativně ovlivněna i patologickými projevy psychické nemoci. Svoboda je předpokladem skutečnosti, že člověk je mravní subjekt. Pouze pokud člověk jedná svobodně, lze jeho skutky mravně hodnotit. Ty pak mohou být dobré nebo špatné. Aby člověk byl odpovědný za své skutky v plné míře, musí tyto skutky být plně dobrovolné. Vymezeno negativně to znamená: „Přičitatelnost a odpovědnost za nějaké jednání může být snížena a dokonce potlačena neznalostí,

¹⁰⁰ *Katechismus katolické církve*. §1780, s. 450.

¹⁰¹ *Gaudium et spes*, pastorální konstituce o církvi v dnešním světě. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. čl. 16.

¹⁰² *Srov. Katechismus katolické církve*. §1793, s. 453

¹⁰³ KOLÁŘOVÁ, Lucie, K pojetí člověka v *Gaudium et spes*. In ŠRAJER, J., KOLÁŘOVÁ, L. a kol. *Gaudium et spes. Padesát let poté.*, s. 112.

roztržitostí, násilím, strachem, návyky, bezuzdnými vášněmi a jinými psychickými nebo sociálními činiteli.“¹⁰⁴.

1.3.5.2 Vykoupení, utrpení a hřích

Další tři pojmy, nad kterými se zde budeme zamýšlet, jsou vykoupení, utrpení a hřích. Tématem vykoupení člověka se z novějších církevních dokumentů zabývá encyklika Jana Pavla II *Redemptor hominis*¹⁰⁵. Klíčovou postavou antropologie sv. Jana Pavla II. je Kristus Vykupitel. Podobně jako v pastorální konstituci *Gaudium et spes* se i v této encyklice objevuje vůdčí myšlenka, kterou lze vystihnout větou: Pouze pohled na Ježíše Krista a jeho život umožňuje člověku, aby plně pochopil sám sebe. Jinak řečeno: „Člověk může porozumět sobě samému a dosáhnout pravé a plné svobody až tehdy, jestliže (a do jaké míry) se obrací a otvírá Ježíši Kristu, který se s ním spojil svým vtělením.“¹⁰⁶ Hlavním důvodem a motivem oboustranného vztahu člověka a Krista je láska, která je provázána touhou člověka po pochopení sebe sama. Ze strany člověka platí: „Člověk nemůže žít bez lásky. Je sám sobě nepochopitelnou bytostí a jeho životu chybí smysl, nepozná-li lásku, nesetká-li se s ní, nezakusí-li ji, nepřivlastní-li si ji nějak a neprokazuje-li ji sám aktivně druhým. Proto právě Kristus Vykupitel – jak jsme již řekli – zjevuje člověka člověku samému. A to je také - můžeme-li se tak vyjádřit- lidská složka v tajemství vykoupení. V ní člověk nalézá svou vlastní velikost, důstojnost a hodnotu svého lidství. (...) Člověk, který chce důkladně pochopit sám sebe – a to nejen podle bezprostředních, částečných, často povrchních a dokonce jen zdánlivých měřítek vlastního bytí - musí se přiblížit ke Kristu i se svým neklidem a nejistotou, se svou slabostí a hříšností, se svým životem a smrtí. Musí – abychom tak řekli – vstoupit, proniknout do Krista celou svou bytostí a vstřebat do sebe veškerou skutečnost jeho vtělení a vykoupení, aby tak znovu našel sám sebe.“¹⁰⁷

V souvislosti s naším tématem etických problémů spojených s léčbou psychických onemocnění nám jako podstatná skutečnost vystupuje do popředí lidské utrpení. O jeho smyslu v lidském životě z křesťanského pohledu pojednává Jan Pavel II v apoštolském

¹⁰⁴ *Katechismus katolické církve*. §1735, s. 442.

¹⁰⁵ JAN PAVEL II. *Redemptor hominis*. Encyklika Vykupitel člověka ze 4. března 1979. Praha: Zvon, 1996.

¹⁰⁶ DŘÍMAL, Ludvík, „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11) Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku. In OPATRŇÝ, A. BARTUŠKOVÁ, L., DŘÍMAL, L. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. s. 23.

¹⁰⁷ JAN PAVEL II. *Redemptor hominis*. čl. 10., s. 22-23.

listu *Salvifici doloris*.¹⁰⁸ Již v jednom z prvních článků tohoto apoštolského listu papež zdůrazňuje, že jsou různé formy utrpení a žádná z nich se nedá nijak oddělit od pozemského života člověka. Samotný pojem „utrpení“ je jednoznačně vlastní lidské přirozenosti, ačkoliv i živočichové mohou trpět například bolestí. Nemohou ji však rozumově reflektovat. Papež k tomu píše: „Utrpení je totiž staré jako lidstvo samo, neboť vyjadřuje hloubku člověka až po jistou hranici, a svým způsobem ji převyšuje. Zdá se, že utrpení směřuje k povýšení člověka. Je totiž jednou z věcí, které jsou ‚určeny‘ k tomu, aby člověk překonal sám sebe, k čemuž je nepochybně tajemně a skrytě povolán.“¹⁰⁹ S utrpením je úzce spjata bolest, ke které se papež rovněž vyjadřuje: „Lidská bolest totiž vzbuzuje soucit, ale také působí úctu a svým způsobem nahání strach: skrývá se v ní totiž určitá tajemná síla“¹¹⁰. Právě úcta má přední místo v papežových úvahách o bolesti a utrpení. Zdůrazňuje také, že tematizace utrpení vyplývá z největší potřeby srdce a zároveň i z požadavku víry, přičemž oba motivy jsou si blízké a doplňují se. „Potřeba srdce nám přikazuje, abychom překonávali strach, a požadavek víry (...) nám poskytuje téma, pro něž se odvažujeme dotknout se toho, co se zdá být v každém člověku nedotknutelné; neboť trpící člověk je obklopen nepostižitelným tajemstvím.“¹¹¹

Problém lidského utrpení kromě bolesti souvisí i se zlem, s jeho zakoušením, kterým člověk trpí. Křesťanství chápe zlo odlišně od jiných kulturních a náboženských tradic, ve kterých se často lidská existence považuje za jakési zlo, od něhož je třeba se osvobodit. „Křesťanství vyznává dobro jako podstatu existence všeho, co je (...). Člověk je kvůli zlu postižen utrpením, jež je jakýmsi znetvořením dobra. Lze říci, že člověk trpí proto, že nesdílí nějaké dobro, od něhož je určitým způsobem vzdálen nebo o které se připravil. A nejvíce trpí tehdy, když by měl být v obvyklém běhu věcí účasten tohoto dobra, ale ve skutečnosti není“¹¹².

Lidé všech dob se nepřestávají ptát po smyslu utrpení. V křesťanství je to právě osoba Ježíše Krista, která dává odpověď na otázku smyslu utrpení. Odpověď dává Kristus ze svého kříže, ze samého středu svého vlastního utrpení. Trpící člověk však

¹⁰⁸ JAN PAVEL II. *Salvifici doloris*. *Apoštolský list o křesťanském smyslu lidského utrpení z 11. února 1984*. Praha: Zvon, 1995.

¹⁰⁹ Tamtéž, čl. 4., s. 8.

¹¹⁰ Tamtéž.

¹¹¹ Tamtéž, čl. 4., s. 8-9.

¹¹² Tamtéž čl. 7., s.13

často potřebuje dlouhý čas a trpělivost, aby mohl naznačenou odpověď vnitřně přijmout.¹¹³ „Bere-li člověk na sebe svůj kříž a spojuje se duchovně s křížem Kristovým, odhaluje se mu spásný význam utrpení, který tím proniká od Krista k člověku do té míry, že se může stát jeho osobní odpovědí. Tehdy nachází člověk ve svém trápení vnitřní pokoj a dokonce duchovní radost.“¹¹⁴

V teologických úvahách ovšem můžeme jít ještě dál. Církev pohlíží na trpící bratry a sestry jako na nositele své nadpřirozené síly. „Účastníci Kristova utrpení mají ve svých strastech zvláštní podíl na nekonečném pokladu vykoupění světa a mohou jej sdílet s ostatními. Čím více je člověk ohrožen hříchem a čím více ho svazují provinění, která s sebou nese dnešní svět, tím větší je i význam lidského utrpení.“¹¹⁵

Domnívám se, že člověk může (a nemusí) k přijetí vlastního utrpení ve výše naznačených perspektivách vnitřně dorůst a rozhodně nelze tyto postoje zevnějšku nařídit. Utrpení stále zůstává tajemstvím a povinností lidí je utrpení bližních odstraňovat, nebo alespoň mírnit. V *Salvifici doloris* se nejedná rozhodně o jakousi masochistickou oslavu utrpení, ale o reálně vykreslenou situaci, v níž se trpící člověk nachází. Úvahy uvedené v tomto apoštolském listu představují nabídku, jak může člověk se svým utrpením duchovně nakládat. Nutným předpokladem k přijetí takové nabídky je živá a otevřená křesťanská víra, která se může přijetím utrpení ještě více prohloubit. Může ovšem nastat i opačný extrém, kdy bolest a utrpení povedou ke vzpouře proti Bohu a ztrátě víry. Odstraňování utrpení a bolesti tak zůstává stále nejen křesťanským, ale i hluboce lidským úkolem.

Problematika hříchu a zla je dalším podstatným tématem teologické antropologie. Původ hříchu a zla je biblicky úzce spjat s prvotním hříchem. Toto vyprávění o pádu Adama a Evy se nachází ve třetí kapitole knihy Genesis. Užívá se v něm obrazné řeči, která však odkazuje k prvotní skutečné události na počátku dějin člověka. „Přestože nám details prvotního hříchu zůstávají skryté, víme, že k němu došlo a že svým neblahým vlivem poznamenal a poznamenává celé lidské dějiny“¹¹⁶. Pojednání o

¹¹³ Srov. DŘÍMAL, Ludvík, „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11) Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku. In OPATRŇY, A., BARTUŠKOVÁ, L. a DŘÍMAL, L. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. s. 28.

¹¹⁴ Tamtéž.

¹¹⁵ JAN PAVEL II. *Salvifici doloris*. čl. 27, s. 42.

¹¹⁶ DŘÍMAL, Ludvík, „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11) Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku. In OPATRŇY, A., BARTUŠKOVÁ, L. a DŘÍMAL, L. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. s. 39.

prvotním hříchu v Katechismu předchází ještě popis pádu andělů. Hřích padlých andělů „spočívá ve svobodném rozhodnutí těchto stvořených duchů radikálně a neodvolatelně odmítnout Boha a jeho vládu“¹¹⁷. Tato vzpoura nachází ohlas i ve vyprávění o prvotním hříchu, kdy se pokušitel obrací na Adama a Evu slovy: „Budete jako Bůh“ (Gn 3,5).

Prvotní hřích lze chápat jako zkoušku svobody, ve které člověk neobstál. Přátelství s Bohem totiž nelze člověku vnutit. Člověk jej dostal od svého Tvůrce darem a může jej přijmout jen ve svobodě. Logicky zde zůstává možnost dar přátelství s Bohem odmítnout. Svobodná podřízenost a vděčná oddanost člověka jsou konstitutivní prvky přátelství s Bohem.

Zbývá zodpovědět otázku, co tedy znamená obraz prvotního hříchu, kdy člověk pojedl plod ze stromu poznání dobra a zla. Odpověď je celkem přesně vystižena v následujícím textu Katechismu: „Tímto hříchem dal člověk přednost sám sobě před Bohem a tím pohrdl Bohem: zvolil sám sebe proti Bohu, v rozporu s tím, co vyžaduje jeho stav stvořeného tvora, a tedy i jeho vlastní dobro. Člověk byl stvořen ve stavu svatosti a určen k tomu, aby byl Bohem zcela „zbožštěn“ ve slávě. Sveden ďáblem chtěl být „jako Bůh“, avšak „bez Boha a před Bohem, ne podle Boha.“¹¹⁸

Bezprostřední důsledky prvotního hříchu, který je vlastně paradigmatem každého hříchu v dějinách, jsou zejména: ztráta přátelství s Bohem a jeho milosti, sobecká dychtivost (žádostivost = lat. concupiscentia) a sklon k ovládnutí jednoho člověka druhým, zničení souladu s tvorstvem a konečně vstup smrti do lidských dějin.¹¹⁹ Po prvním hříchu se v dějinách začíná hřích šířit velmi rychle a masivně. Proto Písmo i církevní tradice mluví o přítomnosti a všeobecnosti hříchu v lidských dějinách. Nejde však jen o prosté páchaní dalších hříchů, ale také o předávání lidské přirozenosti v padlém stavu v důsledku prvotního hříchu. Katechismus upozorňuje na nebezpečí popírání pravdy o poraněné lidské přirozenosti. Popírání této skutečnosti je příčinou velkých omylů v oblasti výchovy, politiky, sociální činnosti a v oblasti mravní.¹²⁰

V KKC je „vedle“ či spíše „proti“ všeobecnosti hříchu (jako důsledku hříchu prvního člověka) představena univerzalita spásy v Kristu. Můžeme dokonce říci, že z křesťanského pohledu nás hřích zajímá právě do té míry a v takovém rozsahu, v jakém

¹¹⁷ *Katechismus katolické církve*. §392, s.108-109.

¹¹⁸ Tamtéž, §398, s.110.

¹¹⁹ Srov. tamtéž, §399- §400, s.110.

¹²⁰ Srov. tamtéž, §3407, s.113.

souvisí s naukou o vykoupení Kristem- soteriologií. Význam hamartologie (nauky o hříchu) nelze tedy chápat v nějakém senzačním zviditelnění hříchu či jeho démonizaci. Hamartologie slouží ve svém posledním cíli k plnějšimu pochopení významu spásonosné oběti Ježíše Krista. Nauka o hříchu je rubem skutečnosti, o které hovoří Bible jako o evangeliu čili radostné zprávě. Křesťanské poselství je pozitivní a optimistické, ale není naivní či nerealistické, aby přehlíželo závažnost hříchu. Tu nám dosvědčuje rovněž obecně lidská zkušenost.

Pohledem na křesťanskou svatost bude uzavřen náš stručný přehled pojmů z teologické antropologie. Křesťanská svatost představuje plnost křesťanského života a dokonalost lásky, ke které jsou povoláni všichni křesťané. Výstižně je povolání ke svatosti popsáno těmito slovy: „Křesťan jako člověk nikdy nedosáhne dokonalosti Boží; avšak tím, že se křtem stal adoptivním synem či dcerou nebeského Otce a dostal účast na Božím životě, je na cestě k dokonalosti, nakolik usiluje o duchovní pokrok, zaměřený na stále užší spojení s Kristem.“¹²¹ Tomuto úsilí o vlastní svatost nemusí být nutně psychická nemoc na překážku. Lze ji v kontextu svatosti chápat jako zkoušku, nebo dokonce jako „kříž“, který je nutné nést. Skrze psychické onemocnění může dojít k růstu víry, ale může dojít i k její ztrátě. Psychické onemocnění totiž působí utrpení svému nositeli, ale i okolí. Kdo však vytrvá ve zkouškách a utrpení do konce, má živou naději ve věčnou spásu. Ta je posledním cílem člověka.

¹²¹ DŘÍMAL, Ludvík, „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11) Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku. In OPATRŇY, A., BARTUŠKOVÁ, L. a DŘÍMAL, L. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. s. 48.

2 Vybrané etické problémy spojené s léčbou lidí s psychickým onemocněním

Etických problémů, které se pojí s léčbou psychicky nemocných, je mnoho a jsou různorodé. V této kapitole se zaměříme na ty etické problémy, které se týkají většího počtu psychicky nemocných¹²² a zároveň výrazně ovlivňují jejich kvalitu života a soužití s okolím. Schematicky je rozdělujeme podle typu mezilidských vztahů, ve kterých psychicky nemocní žijí.

V první podkapitole reflektujeme vztah společnosti k psychicky nemocným jako sociální skupině. Tento vztah je poznamenán stigmatizací psychicky nemocných, jejich rodin, ale i lékařského oboru psychiatrie. Zahrnuje i předsudky vůči lidem s duševní poruchou. K tomuto vztahu patří rovněž problematika terminologických posunů některých výrazů, která velmi dobře ilustruje rozdíl mezi odborným diskursem a náhledem veřejnosti na psychická onemocnění a jejich nositele. Své místo zde mají také vybrané právní otázky v psychiatrii, léčba psychofarmaky či sociální zabezpečení psychicky nemocných, které na sebe rovněž váží etické otázky.

Následně budou reflektovány etické otázky, které vyvstávají ve vztazích psychicky nemocného (dítě, sourozenec, otec/matka, manžel/manželka, senior) k blízkým lidem. U uvedených vztahů bude nutné diferencovat rysy a patologické projevy konkrétních typů psychických poruch. Bez tohoto přihlídnutí k typu psychického onemocnění nelze totiž adekvátně eticky posoudit daný vztah, resp. etický problém.

2.1 Ve společnosti zachytitelné etické problémy ve vztahu k psychicky nemocným jako sociální skupině a jejich sociologická interpretace

Modely duševních poruch, jak jsme o nich psali v podkapitole 1.3.1 této práce, popisují různé vnímání duševní nemoci a přístupy k psychicky nemocným ze strany odborné veřejnosti, která je přímo zainteresována v jejich léčbě. Duševně nemocní se ale často

¹²² Jsou typy psychických onemocnění, které jsou ve společnosti hojně rozšířené. Patří mezi ně zejména deprese, úzkostné a neurotické poruchy. Rovněž psychotické poruchy nejsou řídké se vyskytujícími onemocněními. Na druhou stranu některé psychické poruchy, které sice mohou být z lékařského, ale i mediálního hlediska zajímavé, se týkají jen několika promile populace. Jako příklad lze uvést poruchy pohlavní identity.

pohybují v běžném sociálním prostředí, kde dochází k interakci mezi nimi a širokou veřejností. Jaké „modely“ a zákonitosti se v současnosti uplatňují mezi veřejností ve vztahu k duševně nemocným a jaké etické problémy z nich vyplývají? Na tuto nelehkou otázku se pokusíme v celé této kapitole alespoň částečně odpovědět.

Velkým přínosem pro popis a pochopení postavení psychicky nemocných ve společnosti jsou sociologické výzkumy. Ty mají svůj historický počátek v období kolem 2. světové války v USA, kdy se prováděly v rámci epidemiologie. Sociologická analýza nemoci se pak vytváří od počátku 50. let 20. století.¹²³ V dalším textu bude upřena pozornost na jevy zjištěné a popsané sociologickými výzkumy duševních poruch, které mají významné etické důsledky a dopady na život psychicky nemocných i na to, jak tyto nemocné vnímá společnost. Velkým přínosem sociologie pro pochopení vztahu psychicky nemocných a široké veřejnosti bylo vytvoření tzv. nálepkovací (značkovací) teorie. Původní anglický název této teorie zní „labeling“ (nálepkování).

Tato teorie vychází z poznatku, že osudy jedinců s problematickým chováním jsou často negativně určeny okamžikem, kdy je jejich jednání nějakým způsobem kategorizováno. Tak může takový jedinec dostat „nálepku“ např. přepracovanost, „stres“, duševní nemoc. Nálepkování se uskutečňuje na laické i odborné úrovni, přičemž každé se řídí rozdílnými zákonitostmi. Na odborné úrovni je nálepkování častější a má zásadnější dopad na život označeného. Klasická medicína považovala okamžik označení jedince diagnózou za přínosný, protože zakládá předpoklady pro adekvátní léčbu. Nálepkovací teorie však zdůrazňuje negativní stránku nálepkování na život pacienta. Jako uzlový bod je zde chápáno právě označení nemocného psychiatrickou diagnózou. „Subjekt se dostává do nové role, v níž je jeho (i dávné) chování nově hodnoceno ve smyslu nemoci, (...) je mu vnucena stigmatizovaná role, brání se mu opustit ji bez ohledu na nepokračování problematického jednání, je veden ke změně konceptu sebe samého, okolí i on jsou nepříznivě ovlivněni příslušným stereotypem, vzniknou krajně nepříznivé podmínky při pokusech o reintegraci. (...) Člověk platí za péči a vyléčení stigmatizací.“¹²⁴

Nutno říci, že nálepkovací teorie ani ve své nejradiálněji verzi nepopírá účast biologických faktorů v osudném řetězu událostí kolem nálepkování. „Nálepkovací

¹²³ Srov. CHROMÝ, Karel, Sociologie v psychiatrii, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 218.

¹²⁴ Tamtéž, s. 221.

teorie tedy není v rozporu s představou biologické etiologie té či oné psychózy. Rozdíl je ve významu, který biologickým faktorům připisuje v osudech nemocného.¹²⁵ Jedná se tedy o komplementární přístup, jenž může být využit i lékaři ztotožňujícími se s lékařským modelem duševních poruch.

Jak už bylo výše zmíněno, v lékařském modelu nemoci je vyloučena osobní odpovědnost pacienta za vznik a trvání jeho nemoci, včetně jeho chování během onemocnění. Zůstává ovšem velmi nejasná hranice mezi nemocí a tím, co nazýváme deviacemi jiného druhu, jak o tom svědčí trend medicinizace, ve kterém se, velmi zjednodušeně řečeno, z deviací jiného druhu „stávají“ nemoci. Dojem naprosto jasné hranice mezi nemocí a deviacemi jiného druhu se ukázal jako nepřesný – existují nemoci, které jako by stály mezi deviací s předpokládanou volní účastí subjektu a nemocemi, jak jsou vnímány v lékařském modelu¹²⁶. „Jsou totiž zdravotní poruchy, u nichž jako by se předpokládal přece jen určitý podíl viny subjektu (alespoň na vzniku stavu) a u nichž je i odezva na pomezí podpory a negativních sankcí. Jde o nemoci stigmatizované.“¹²⁷ Lidé trpící stigmatizovanou nemocí se setkávají s různým stupněm odmítání, což je v rozporu k obvyklé povinnosti cítit s nemocnými a pomáhat jim. Subkategorie stigmatizovaných nemocí přibližuje jejich nositele postavení nemravů a porušovatelů společností uznávaných norem. Jako konkrétní příklady lze uvést lidi závislé na psychoaktivních látkách či hazardní hráče.

2.1.1 Stigma psychické nemoci

Velký problémový okruh ve vztahu veřejnosti a duševně nemocných bezesporu představuje stigma psychické nemoci. V dalších odstavcích této podkapitoly bude etymologicky vysvětlen pojem „stigma“ a jeho současné užívání v psychologii a sociologii. Na tento výklad pak bude navazovat vysvětlení problematiky primárního a sekundárního stigmatu u psychicky nemocných (s důrazem na pacienty trpící schizofrenním typem onemocnění), jejich blízkých, a jeho zvládnutí. Dále zde budou představeny čtyři dimenze stigmatizace psychicky nemocných a snaha o destigmatizaci

¹²⁵ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 54.

¹²⁶ Srov. CHROMÝ, Karel, *Sociologie v psychiatrii*, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 219.

¹²⁷ Tamtéž.

psychiatrických pacientů. Závěr podkapitoly pojednávající o stigmatu je věnován etické reflexi tohoto fenoménu.

Stigma je původem řecké slovo. Staří Řekové jím označovali „tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného. Tyto znaky se vyřezávaly či vpalovaly do těla a upozorňovaly, že jejich nositel je otrok, zločinec či zrádce – osoba pošpiněná, rituálně nečistá, již je radno se vyhýbat, a to zejména na veřejnosti.“¹²⁸ V období křesťanství výraz získal další metaforické vrstvy: odkazoval k tělesným znakům svatosti v podobě rozkvetlých květů na pokožce nebo ran podobných těm, které měl Ježíš na svém těle při ukřižování. Od této náboženské narážky se začal užívat v lékařství, kde poukazoval na tělesné znaky fyzické poruchy. Dnešní sociologicko-psychologické použití slova stigma má blíže k svému původnímu řeckému významu. „Vztahuje se však spíše k hanbě samé než k jejímu tělesnému důkazu. Došlo navíc k posunům ohledně toho, jaké typy hanby budí pozornost.“¹²⁹

Byl to až sociolog Erving Goffman, který v roce 1963 vydal publikaci *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Teprve v sedmdesátých letech 20. století po pozvolné recepci jeho díla se pojmy stigma a stigmatizace staly běžné v jejich sociologicko-psychologickém významu. Jako současnou sociologickou definici stigmatu lze uvést následující: „Stigma je znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi. Zdrojem stigmatu může být viditelná vlastnost (např. deformita těla), nebo okolnost neviditelná (např. příslušnost k určité skupině lidí).“¹³⁰ Odmítáním je pak myšlena snaha vyhýbat se stigmatizovaným jedincům v různých situacích (bydlení, pracoviště, zájmové činnosti, partnerské vztahy). Dle povahy stigmatu se liší také míra odmítání.

Duševní porucha jako stigma má širokosáhlé výrazně negativní dopady na společenský život, léčbu i vlastní prožívání stigmatizovaného jedince. Stigma se však netýká pouze subjektu s duševní poruchou, ale zasahuje i osoby, které o psychicky nemocné pečují. Do této skupiny lidí patří příbuzní, přátelé, známí, kolegové z práce, ale i osoby, které jsou s psychicky nemocným spjatí profesně, tzn. psychiatři, zdravotní

¹²⁸ GOFFMAN, E. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003, s. 9.

¹²⁹ Tamtéž.

¹³⁰ CHROMÝ, Karel, Sociologie v psychiatrii, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 220.

sestry, sociální pracovníci, učitelé zvláštních škol a další pečující. Dopad na rodinu nemocného je nesporný. Případná hospitalizace jednoho člena rodiny na psychiatrickém oddělení vrhá špatné světlo i na ostatní členy. Vyzařování stigmatu týkající se odborného personálu v důsledku vede k relativně nízké prestiži psychiatrie jako vědního oboru.¹³¹ Stigma psychické nemoci můžeme tedy rozdělit na primární stigma, týkající se přímo psychicky nemocných a sekundární (připsané) stigma,¹³² které se vztahuje na osoby pečující o tyto pacienty. Nejvíce patrné je primární stigma u psychotických onemocnění schizofrenního typu. Pro jeho závažnost a důsledky je nutné proti němu aktivně vystupovat.

Závažné psychické poruchy jsou nemocemi, o kterých se, pokud možno, nemluví. Když už se o nich musí mluvit, bavíme se spíše o „depresích“ než o „psychózách“ a už vůbec ne o psychózách schizofrenního typu. Ty patří mezi veřejností k nejvíce tabuizovaným a stigmatizovaným onemocněním a jsou nejvíce zatíženy předsudky a diskriminací. Většina lidí pojem schizofrenie zná, často však neví, co si pod ním mají představit. Proto alespoň ve stručnosti je zde předložena obecná definice této nemoci. „Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie je typicky procesuální choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti. Je to závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení (formálními i obsahovými), vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí. Jde tedy o poruchu téměř všech psychických funkcí.“¹³³

Po dlouhou dobu platilo, že kromě nejužší rodiny a přátel by nikdo neměl poznat uzdraveného nemocného ze schizofrenie nebo pacienta, který našel cestu, jak uspokojivě žít s touto nemocí. Kdo se uzdravil, úplně nebo částečně, z této nemoci, už o ní nemluví. Toto subjektivně pochopitelné chování ovšem má společenské důsledky. Celá desetiletí se nesnížila obava z této nemoci, z jejich nositelů, a přetrvávala nedůvěra v jejich úspěšnou léčbu. Asmus Finzen ve své publikaci zmiňuje pouze dva příklady lidí se schizofrenií, jejichž životní příběhy vešly do širšího veřejného povědomí. Je to příběh nositele Nobelovy ceny za ekonomii z roku 1994 Johna Forbesa Nashe, který

¹³¹ Srov. Tamtéž.

¹³² V anglofonní literatuře se užívá pro sekundární stigma výraz „stigma by courtesy“, jehož český překlad (stigma ze slušnosti či čestné stigma) však nevystihuje podstatu tohoto stigmatu.

¹³³ OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, Praha: Grada Publishing, 2015, s. 45.

trpěl schizofrenií. Jeho životní příběh byl zfilmován, stejně jako biografie sochařky jménem Dorothea Buck, která je známá v německy mluvícím prostředí.¹³⁴

Závažnost problému stigmatizace lidí trpících schizofrenním onemocněním spočívá v jeho rozšíření. „Většina jedinců s diagnózou schizofrenie se musí vypořádat s nějakou formou stigmatizace. Stigmatizace odkazuje na stereotypní sadu negativních postojů, zavádějících přesvědčení a obav z diagnózy schizofrenie, které jsou ovlivněny tím, jak je tento syndrom chápán ostatními. Pohled veřejnosti na schizofrenii je utvářen nedostatkem znalostí, předsudky a diskriminujícím chováním (...)“¹³⁵

Tato situace nezůstává bez povšimnutí odborných organizací v oblasti psychiatrie. „Světová psychiatrická asociace považuje problém stigmatu schizofrenie za závažný jev a vyhlásila program na jeho potírání. Cílem programu je zbavit nemocné diskriminace a posílit autonomii nemocného a jeho právo spolurozhodovat o sobě samém. Program je zaměřen na potírání předsudků o schizofrenii. Klade si za úkol vysvětlit nejen nemocným a veřejnosti, ale především veřejným činitelům a politikům, že schizofrenie je léčitelná, že neznamena ve většině případů nepochopitelné násilné chování a že není důvod k celoživotní rezignaci. (...) Destigmatizace nespočívá jenom ve změně postojů, ale i v legislativních opatřeních. Napomáhá jí využívání možností péče mimo lůžková zařízení, ve stacionářích, krizových centrech a střediscích, které nemocným pomáhají bránit skluzu v sociální kompetenci.“¹³⁶

Stigmatizaci nelze jednoduše označit jako postupný, kontinuální proces, při kterém jedinec „získává“ své stigma. Proces a prožitek stigmatizace probíhá rozdílně dle povahy stigmatu. Stigmata se rozdělují do třech základních kategorií, tzv. stigmatypů: vrozené stigma, stigma získané prostřednictvím nemoci a stigma příslušnosti k menšině (etnické, náboženské apod.) Přes některé shodné rysy všech tří stigmatypů se vzájemně liší jak formou uvědomování si stigmatu, tak formou, jak tato stigmata zvládat a jak s nimi nakládat. Goffman označuje toto zvládnutí stigmatu či zacházení s vlastním stigmatem z pozice jeho nositele anglickým slovem „management“. Stigma psychického onemocnění se stává „druhou nemocí“ a proto její „management“ se stává samozřejmým úkolem v péči o psychicky nemocné.

¹³⁴ Srov. FINZEN, A. Stigma psychische Krankheit. zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisung und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 2013, s. 11-12.

¹³⁵ OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch, s. 52.

¹³⁶ LIBIGER, Jan, Schizofrenní poruchy, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 399.

Nositel stigmatu je často diskreditovaný, pokud je atribut jeho stigmatu zjevný, nebo alespoň diskreditovatelný, pokud atribut stigmatu není ihned zjevný. V druhém případě stále hrozí nebezpečí z prozrazení handicapu, omezení či nemoci, které stigmatizují jejich nositele. Proto se snaží diskreditovatelní v mnoha případech skrývat původ svého stigmatu, a tak předejít přímé diskreditaci. Psychicky nemocní, kteří svou poruchu zakládající stigma tají, žijí pod trvalým tlakem, že nakonec vyjde najevo. To je také důvod, proč někteří psychicky nemocní nevyhledají odbornou pomoc. Pokud totiž bude o ně pečovat větší množství lidí, kteří jejich „tajemství“ znají, logicky se zvyšuje míra přímé diskreditace, ale třeba i porozumění či ohledů. Při úspěšném utajování zdroje svého stigmatu nemohou nemocní počítat s ohleduplností a pochopením vůči nim z důvodu své nemoci, protože o ní okolí neví. Skrývání nemoci může některé problémy sice řešit, jiné se však mohou stupňovat. Cena za utajení může být neúměrně vysoká a může v důsledku zhoršovat i průběh onemocnění. K nejobtížnějším společenským výzvám tak pro psychicky nemocné v rekonvalescenci patří najít mimo okruh nejbližší rodiny lidí, kterým mohou důvěřovat a svěřit se se svou nemocí beze strachu z odmítnutí. Při chybném odhadu situace může být následkem to, čeho se nemocný nejvíce obává: jeho diskreditace tím, že své stigma odhalil a zrada z případného rozšíření „tajemství“ mezi další lidi.¹³⁷

Zvládnutí stigmatu se netýká pouze přímo postižených jedinců, kteří jsou jím primárně postiženi, ale i jejich blízkých, kteří trpí sekundární stigmatizací. Výše v této podkapitole jsme již uvedli, že stigma psychické poruchy postihuje i okolí psychicky nemocného. Stigma se rozšiřuje, jako by bylo nakažlivé, a přenáší se na lidi, kteří s ním přijdou do bližšího kontaktu. Sekundární stigmatizace je jen jedna část z komplexu společenských problémů, se kterými jsou konfrontováni blízcí lidé nemocného. Jinou částí je rozpad sociálních vazeb mezi stigmatizovanými a širším okolím. To může dokonce přisuzovat vinu sekundárně stigmatizovaným za stav primárně stigmatizovaného. U psychických nemocí se jedná o nařčení ze zneužívání návykových látek, trestnou činnost, patologický vztah rodičů k dětem i mezi partnery či prostě o způsob výchovy. Izolovanost v důsledku rozpadu sociálních vazeb často vede k nemožnosti obrátit se na třetí osoby s prosbou o radu a pomoc. Sekundárně stigmatizovaným pak nezbývá nic jiného než se pokoušet stigmatizaci, kterou

¹³⁷ Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit*. s. 47-48.

společenským připsáním získali, vlastními silami zvládnout. Činí tak ve svém vlastním zájmu, ale také v zájmu primárně stigmatizovaných, se kterými jsou spojeni, aby je mohli účinně podporovat i nadále.¹³⁸

Kromě příbuzných nemocného se sekundární stigmatizace týká i pracovníků v oboru psychiatrie. Profese psychiatra má nízkou prestiž. Je známou skutečností, že psychiatři jsou ostatními lékaři často podceňováni a jedná se s nimi devalvačně. Jednou ze strategií zvládnutí jejich stigmatu může být přejmenování v tom smyslu, že se sami začnou raději nazývat např. psychoterapeuty než psychiatry. V Německu existují vedle sebe v jednom systému psychiatrická a psychoterapeutická zařízení. Tento systém umožňuje právě toto výhodné přejmenování. Psychoterapeuti stojí totiž výše na společenském žebříčku a nejsou zatíženi stigmatizací.¹³⁹

Jiní zaměstnanci v oboru chápou, že mohou sekundární stigma pouze zmírnit, když zlepši situaci jim svěřených pacientů. V ideálním případě by skutečně dobrá pečující a léčebná praxe ovlivnila pozitivně obraz psychiatrie u veřejnosti. Proto se také angažují v potírání primární stigmatizace.¹⁴⁰

Starší, dnes již kromě extrémních případů zneužití překonaný, přístup k vyrovnání se se sekundárním stigmatem spočíval v distancování se psychiatrů od psychicky nemocných. „‘Páni kliniky‘ vládli nad nemocnými; Oni chránili společnost před jejich ‚nebezpečností‘ a vedli často život na způsob dobrých panovníků.“¹⁴¹

Stigmatizace psychicky nemocných se projevuje v několika rovinách. První z nich představuje zkušenost stigmatu a diskriminace na interpersonální úrovni v rámci společenských vztahů. Tato rovina konkrétně zahrnuje problémy se zmenšením společenských kontaktů mezi stigmatizovanými (primárně i sekundárně) a okolím. Dále pak je to problém s připisováním viny a hanby. Patří sem i výše naznačené konsekvence spojené s utajováním nemoci. Druhá rovina se týká metaforického a faktického zacházení s pojmem nemoci v médiích, které má vliv na samotné postižené. S tím souvisí rozšiřování stereotypů a předsudků vůči nemocným. Třetí rovinu představuje strukturální diskriminace působením stigmatu na společenský rámec. Sem spadají legislativní úpravy a opatření, které se týkají například nedobrovolné hospitalizace,

¹³⁸ Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit*. s. 52-54.

¹³⁹ Srov. tamtéž., s. 57-58.

¹⁴⁰ Srov. tamtéž., s. 58.

¹⁴¹ Tamtéž., s. 58.

donucovacích prostředků a různých dalších forem společenského nátlaku. Poslední čtvrtou rovinu stigmatizace představují omezení v přístupu k jistým sociálním rolím a funkcím.¹⁴² Toto systematické rozdělení slouží především k lepšímu pochopení stigmatizace a může být teoretickou základnou pro její zvládnutí jedincem, který je primárně či sekundárně stigmatizovaný. Rovněž může sloužit k reflexi tohoto fenoménu na celospolečenské úrovni.

Pro označení procesu zbavení stigmatu psychicky nemocných vznikl v psychiatrii umělý výraz „destigmatizace“. Stigma se totiž projevuje jako „druhá nemoc“, která se přidává k samotnému psychickému onemocnění. Jelikož se nazývá „nemocí“, je třeba ho léčit.

Zcela vykořenit stigma a předsudky je nereálné, protože tyto jevy mají základy v obecném nastavení společenských mechanismů. Sociologické pojmy stereotyp či kategorizace popisují vztahy v normální společnosti a do jisté míry jsou obsahy těchto pojmů přirozené a nutné k jejímu fungování. Zůstává tedy otázka, jak se stigmatizací bojovat, když ji nelze zcela vymýtit. Částečnou odpověď jsme již zde poskytli v tom smyslu, že stigma na osobní rovině je třeba zvládnout. To znamená, umět se stigmatem zacházet tak, aby mělo na dotčenou osobu co nejmenší negativní dopad.

Boj proti stigmatizaci ovšem představují i veřejné kampaně a programy, které se realizují většinou z popudu odborníků a jejich organizací. Výše jsme zde již zmínili Světovou psychiatrickou asociaci a její program na potírání stigmatu schizofrenních onemocnění. Většinou mají tyto akce za cíl upevnit postavení nemocných osvětou veřejnosti. Je zřejmé, že tyto pokusy jsou extrémně obtížné a náročné, protože se v nich nejedná o nic menšího, než je změna nastavení a chování celé společnosti. Méně náročné, ale o to účinnější je přímo a cíleně oslovit část společnosti, která je více zainteresována ve vztahu k psychicky nemocným a může jim pomoci. Tuto část společnosti představují politicky odpovědné osoby na všech úrovních, žáci, učitelé, policisté, lidé ze sousedství psychosociálních zařízení a ústavů, zaměstnavatelé a další. Hamburský psycholog Thomas Bock proto zformoval koncepci „antistigmatické kampaně zdola“.¹⁴³

¹⁴² Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit.*, s. 54.

¹⁴³ Srov. tamtéž, s. 9.

Stigmatizace má dlouhou tradici. Proto „je nebezpečné věřit iluzi, že stigmatizace jako společenský fenomén může být odstraněna.“¹⁴⁴ Pokud je stigma přítomné v jednoduchých společnostech, stejně jako v komplexních, v historických, stejně jako v současných, pak je na místě otázka, zda stigmatizace jistých jedinců s jistými tělesnými, psychickými nebo sociálními vlastnostmi není nutností. S tím spojenou otázkou zůstává, zda označení a vyobcování „jinak vychovaných“ není jedním z předpokladů pro zachování aktuální sociální identity „normálních“. Argumenty pro kladné zodpovězení těchto otázek nacházíme například ve studii¹⁴⁵ etnometodologa Harolda G. Garfinkla o předpokladech úspěšných degradačních obřadů. Hlavní její teze, jak je komentuje A. Finzen, spočívají v tom, že k zachování a podpoře vlastní identity je nutné se s členy vlastního společenství identifikovat a vůči jiným se vymezit, obzvláště pokud jsou vnímáni jako odlišní. Vlastní společenství pak tyto „jiné“ skepticky vyobcuje ze svého středu a svou identitu chápe jako lepší a mocnější. K tomu slouží sociální mechanismy, které jsou nazvány „degradačními obřady“. Tyto společenské rituály jsou údajně nutné, aby zajistili společenskou návaznost. Je nutným znakem společenských organizací možnost vzbudit u svých členů pocit hanby. Možnost odebrání identity patří k sankcionálním mechanismům všech společenských sdružení. Ta možnost je, dle autora studie, sociologický axiom, který chybí jen ve zcela demoralizovaných společnostech.¹⁴⁶

S právě uvedenými tezemi nemusíme zcela souhlasit, ale nelze je ani ignorovat. Domníváme se, že tyto mechanismy opravdu existují. Jde o to, jak je budeme interpretovat. Zároveň je dobré upřesnit, jaká „jinakost chování“ tyto mechanismy uvede do chodu. Nežádoucí společenské chování je v nejjemnější formě jen „společenská deviace“, výrazněji pak je hodnoceno kriminální jednání či duševní porucha. Za ještě závažnější nežádoucí společenské chování je považováno porušení tabu. Nejvíce nebezpečné chování spočívá však ve zradě a násilí ohrožující samotnou existenci společenství. Velkou roli v posuzování chování hrají společenské normy, flexibilita a tolerance konkrétního společenství. Podle nich bude například ten samý člověk v jednom společenství trpět jako samotář a „outsider“ a v jiném upálen jako

¹⁴⁴ FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit.*, s. 41.

¹⁴⁵ GARFINKEL, H. Conditions of Successful Degradation Ceremonies. in *American Journal of Sociology*, 61, 1956, s. 420-424.

¹⁴⁶ Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit.* s. 42.

čaroděj. Někde bude psychicky nemocný léčen, jinde vyobcován ze společnosti a v krajním případě dokonce fyzicky zlikvidován, jak tomu bylo v nacistické Třetí říši.¹⁴⁷

Symbolický obsah všech stigmatizovaných chorob, který je pro nás platný, je ukotven v iracionalitě a v našem světě pocitů. Je třeba se ptát, zda se nám daří ten iracionální podíl obsahu pochopit a v rámci svého jednání kontrolovat. To platí i pro samotné pracovníky v psychiatrii. Není sice v jejich moci stigmatizaci ze společnosti vymýtit, ale tím, že svým pacientům vysvětlí tento negativní fenomén a naučí je ho zvládat, pomohou nejen postiženým ale i jejich příbuzným. Nutným předpokladem je, aby sami tito pracovníci byli pravdiví a nepodléhali předsudkům, které mohou být specifické vzhledem k jejich profesi.¹⁴⁸

Především lékaři si organizují svůj „profesionální svět“ pomocí kategorií, kterými jsou mimo jiné diagnózy. O funkčnosti diagnóz se vedou spory. Někteří odborníci se domnívají, že diagnózy páchají více škody než užitku například tím, že přehlížejí člověka jako individuum s jeho specifickými potřebami a problémy. Rovněž diagnóza často slouží jako „spouštěč“ diagnózu následujících postojů k dané osobě, které se vyznačují odtažitostí a podporují klinický typ vztahu. Na druhou stranu bez diagnózy nelze ani do diskursu založenému na psychiatrické literatuře vstoupit, protože ten se jeví smysluplný pouze za předpokladu, že duševní nemoci jsou oddělené od duševního zdraví. Liší se však především medicínské pojetí uzdravení od uzdravení, které by si přál sám člověk s duševní nemocí. Pro některé lékaře uzdravení spočívá ve vymizení symptomů nemoci za pomoci medikace. Opomínají tak nesespecifické faktory tzv. přirozené faktory uzdravování, mezi které patří čas, vztahy, životní události a změny, šok, zaměstnání, nové zájmy, přístup k penězům a bydlení. Osobní uzdravení je pro nemocné více než jen vymizení symptomů. Spočívá v osobním životě, jenž má hodnotu a smysl.¹⁴⁹

2.1.2 Předsudky a diskriminace vůči psychicky nemocným

S bezprostředně předcházející podkapitolou, ve které jsme se zabývali stigmatem a z něho plynoucích etických problémů, velmi úzce souvisí eticky relevantní téma

¹⁴⁷ Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit.*, s. 42-43.

¹⁴⁸ Srov. Tamtéž, s. 18.

¹⁴⁹ Srov. JANSKÁ, Vlasta, *Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním, Sociální práce/Sociálna práca.* 2008, roč.8, č.1 s. 66.

předsudků a diskriminace vůči psychicky nemocným. Po etymologickém vysvětlení vývoje pojmu předsudek, se zaměříme na sociologický pojem stereotyp, protože na něm je v jistém slova smyslu předsudek založen. Dále stručně představíme a reflektujeme některé myšlenky G. W. Allporta, který svým monumentálním dílem na téma předsudků, položil už v polovině 50. let 20. století odborný základ, na který se dodnes odvolávají autoři zabývající se tematikou předsudků. Allport již uvažuje o pojmu diskriminace, který dále budeme reflektovat s použitím definice diskriminace, jak je uvedena v dokumentech OSN. Předsudky a diskriminace jako předstupně k procesu stigmatizace jsou popsány v závěru této podkapitoly.

České slovo předsudek má svůj původ v latinském podstatném jménu *praeiudicium*. Ve starověku toto slovo znamenalo to, co dnes označujeme slovem precedent, tedy úsudek, který se opírá o dřívější rozhodnutí a zkušenost. Později v angličtině toto slovo (angl. prejudice) označovalo úsudek předčasný či ukvapený. Až v současnosti dostal tento výraz emocionální nádech přízně či nepřízně, který předčasný a nepodložený úsudek provází. Předsudek může opravdu být buď příznivý (pro) anebo nepříznivý (proti). Častější a společensky závažnější jsou však nepříznivé předsudky, a proto v této podkapitole předsudkem budeme myslet především nepříznivé a odmítavé postoje a přesvědčení.¹⁵⁰

Předsudky a předsudečné postoje vůči psychicky nemocným se daří odstraňovat jen pozvolna. Historicky se až teprve ve 20. století daří protežovat a uplatňovat fakta, která prokázala psychiatrie. Voltairův citát výstižně vyjadřuje primární postavení předsudku: „Předsudek vstoupil na kazatelnu první, teprve za ním následoval rozum; to je normální postup lidského ducha.“ Chamfort oceňuje svými slovy význam boje proti předsudkům: „Kdo zničil, byť jen jeden předsudek, je dobrodincem lidstva.“¹⁵¹

K tomu, abychom blíže popsali předsudky, je třeba nejprve vysvětlit sociálně-psychologický pojem stereotyp. „Stereotypy jsou v pojetí sociální psychologie rigidní pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin na základě tradic a předsudků. Stereotyp umožňuje rychlou kategorizaci¹⁵² a ovlivňuje očekávání a chování lidí, a to i

¹⁵⁰ Srov. ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*, Praha: Prostor, 2004. s. 38.

¹⁵¹ Srov. BAUDIŠ, Pavel: Zdravotnictví, psychiatrie, psychologie, alternativní medicína, in: BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 52.

¹⁵² Kategorizace je proces přiřazování objektu k určitému pojmu, jež umožňuje získat předem informace, které nelze bezprostředně vnímat. Srov. JANSKÁ, Vlasta *Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním*, in *Sociální práce/Sociální práce*. s. 63.

v situacích, kdy vlastní zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné. Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (sedlák, intelektuál, „kavárenský povaleč“, tělesně handicapovaný, duševně nemocný), popřípadě i celých národů a ras (Žid, černoch nebo třeba Rom).“¹⁵³ Vstupní informace, na kterých se stereotyp zakládá, mohou být zkreslené a založené na historkách typu „říká se“, nebo jsou založeny na pravdě, která je však chybně generalizována. Předsudek navíc obsahuje morální hodnocení a je směsí příznivého a nepříznivého postoje, který je ve vztahu k příliš zobecněnému přesvědčení.¹⁵⁴ Postoj a přesvědčení jsou dvě základní složky uspokojivé definice předsudku. Jedna z možných, vhodných definic předsudku tedy může znít: „Příznivý či nepříznivý postoj vůči osobě anebo věci, který člověk zaujímá předem, bez opravdové zkušenosti nebo bez ohledu na ni.“¹⁵⁵

Předsudky vůči psychicky nemocným jsou často založeny na stereotypu jedince s duševní poruchou, což je ustálená lidová představa o duševně nemocném. Tento stereotyp bývá vyjadřován veskrze negativními adjektivy jako nevypočitatelný, nespolehlivý, iracionální, nebezpečný. Ve skutečnosti tento stereotyp vystihuje jen malou část jedinců s duševní poruchou. Jeho existence má však dalekosáhlé negativní důsledky¹⁵⁶ Rovněž se tím vytváří velký rozdíl v rozpoznávání duševní nemoci laikem a odborníkem. Laikovi často tento stereotyp slouží jako „diagnostické kritérium“. S nadsázkou lze říci, že existují dva různé „světy“, v nichž je psychická nemoc vnímána odlišně. Jedním z nich je předsudečný svět laiků vycházející ze zmíněného stereotypu a druhým odborný svět profesionálů (psychiatrů, psychologů), kteří ovšem mohou být zatíženi profesionální deformací. Cílem osvěty je mimo jiné popularizovat odborné poznatky o duševních nemocech tak, aby se svět laiků vymanil ze svých předsudečných postojů. Neznalost a předsudky totiž mají neblahý vliv na chování lidí, kteří jsou jimi ovlivněni. „Přítomnost předsudků predikuje diskriminující chování výrazněji než výše uvedené stereotypy.“¹⁵⁷ V následujícím odstavci budou popsány nepřátelské akce, jimiž se předsudky založené na stereotypu manifestují.

¹⁵³ OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch, s. 22.

¹⁵⁴ Srov. JANSKÁ, Vlasta Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním, in *Sociální práce/Sociálna práca*. s. 63.

¹⁵⁵ ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*, s. 38.

¹⁵⁶ Srov. CHRŮMÝ, Karel Sociologie v psychiatrii, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 219.

¹⁵⁷ OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch, s. 26.

G. W. Allport ve svém díle *O povaze předsudků* charakterizoval pět stupňů nepřátelských akcí, jimiž se předsudek projevuje. Tyto stupně Allportovy škály jsou řazeny od nejmírnějších akcí po nejráznější. Nejprve zde tyto stupně vyjmenujeme a dále si každý z nich krátce popíšeme. Allportova škála se skládá z těchto stupňů: 1. Osočování, 2. Vyhýbání se, 3. Diskriminace, 4. Fyzické napadání, 5. Vyhlazování.

K prvnímu stupni lze konstatovat: „Většina lidí, kteří mají předsudky, o nich také mluví. V rozhovoru se stejně smýšlejícími přáteli a občas i mezi cizími lidmi mohou o svém antagonismu mluvit svobodně. Mnoho lidí ve svých nesympatiích nikdy nezajde dál.“¹⁵⁸

Ve druhém stupni se nositel předsudku vyhýbá příslušníkům neoblíbené sociální skupiny, a to i za cenu nesnáží, které mu to může působit. Nositel předsudku zde přímo neubližuje této skupině a břemeno přizpůsobení se a vyhýbání bere celé na sebe.

Ve třetím stupni diskriminace již „provádí zaujatá osoba nežádoucí rozlišování aktivním způsobem. Pokouší se vyloučit všechny příslušníky určité skupiny z některých druhů zaměstnání, z obytných čtvrtí, zbavit je politických práv, příležitostí ke vzdělání či zábavě, odepřít jim kostely, nemocnice či některé jiné sociální výhody. Institucionalizovanou formou diskriminace je segregace, prosazovaná právně nebo obecnou zvyklostí.“¹⁵⁹

Čtvrtý stupeň fyzického napadání je spojen se stupňováním emocí, kdy předsudek vede k násilným nebo polonásilným činům. Na nejvyšším pátém stupni projevu předsudku stojí lynčování, pogromy, masakry a genocidy.

Allport se v citovaném monumentálním díle zabývá především etnickými předsudky. Je však skutečností, že mechanismy a zákonitosti, které popisuje, jsou z velké části platné i pro předsudky vůči skupině psychicky nemocných.¹⁶⁰

Právě rozdíl mezi druhým a třetím stupněm Allportovy škály tzn. rozdíl mezi vyhýbáním se a diskriminací nám pomůže určit, co je a co není diskriminace. Je častým jevem, že se rozcházíme s lidmi, kteří nám nepřipadají v nějakém ohledu rovnocenní s námi. Pokud se my jim vyhýbáme, stěhujeme se my pryč od nich, není to diskriminace. „K diskriminaci dochází pouze v případě, že jedincům nebo celým skupinám odpíráme

¹⁵⁸ ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*, s. 46-47.

¹⁵⁹ Tamtéž, s. 47.

¹⁶⁰ Důkazem tohoto tvrzení může být historický fakt, že psychicky nemocní lidé tvořili v hitlerovském Německu jednu z prvních skupin, která byla režimem masově fyzicky likvidována. V tomto případě se jasně jedná o pátý, nejvyšší stupeň Allportovy škály projevu předsudků.

stejné zacházení, o které zřejmě stojí. Jsou to případy, kdy podnikáme kroky, abychom dostali příslušníky cizích skupin ze svého sousedství, školy, pracoviště nebo země. Restriktivní smlouvy, bojkoty, sousedské tlaky, legální segregace v některých státech, „gentlemanské dohody“ - to vše jsou diskriminační nástroje.“¹⁶¹

Pokud se různé zacházení (odpírání stejného zacházení) opírá o individuální vlastnosti, nemělo by být klasifikováno jako diskriminace. „Stejného zacházení“ se může dožadovat zločinec, psychotik (!)¹⁶² nebo nepoctivý člověk a my jim je bez výčitek svědomí můžeme odepřít.“¹⁶³ Oficiální memorandum OSN definuje diskriminaci takto: „Pod diskriminaci spadá jakýkoli postoj, který vychází z rozlišování na základě přirozených nebo společenských kategorií a nijak nesouvisí ani se schopnostmi či přednostmi jedince nebo s jeho skutečným chováním.“¹⁶⁴ „Rozlišování, které nebere v úvahu specifické vlastnosti jedince, ho poškozují.“¹⁶⁵

Předsudky společně s úsudky a diskriminací patří podle Asmuse Finzena¹⁶⁶ k předstupňům procesu, který nazýváme stigmatizací. Úsudek vynášíme na základě všeobecného porozumění a s ohledem na rozumné uvážení všech relevantních argumentů. Předsudek toto kritické uvážení nepotřebuje, a to i přesto, že se nezakládá na zkušenosti. Je jaksi apriori k volnému použití. Předsudek vyrůstá z libovolných vjemů a pozorování, které se do našeho světa hodnot svévolně dosadí, aniž bychom o tom museli mnoho přemýšlet. Předsudek lze tak chápat jako předem ohodnocený úsudek, který je zaměřen na nějaký čin a má pro něj definitivní význam. Je to nejméně reflektované mínění bez rozumného zhodnocení všech relevantních charakteristik osoby či vlastností skutečnosti. Nelze opomenout, že výraz „předsudek“ je ve všední řeči velmi pohrdlivý a označuje se jím často negativní kritika k nějakému problému nebo činu. Z psychologického hlediska ten termín označuje nastavení vůči skupinám, které má své negativní afektivní (nepřátelství), kognitivní (stereotyp) a s jednáním spojené

¹⁶¹ ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*, s. 82-83.

¹⁶² Tím však není řečeno, že psychicky nemocné není možné diskriminovat. Allport v této části poukazuje na to, že usuzování podle individuálních vlastností jedince nezakládá diskriminační postoj. Pokud ale psychicky nemocné hodnotíme jako celek, jehož jedinci mohou být a jsou diskriminováni už jen na základě toho, že jsou psychicky nemocní, jedná se o diskriminaci. Nutno také připomenout, že originál Allportovy knihy *O povaze předsudků* vyšel v roce 1954, a jak již bylo v textu řečeno, kniha je zaměřena především na etnické předsudky.

¹⁶³ ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*, s. 83.

¹⁶⁴ *The Main Types and Causes of Discrimination: (Memorandum submitted by the Secretary-General)*. New York.: United Nations, 1949. United Nation Publication; Sales No.: 1949. XIV. 3, s. 88.

¹⁶⁵ ALLPORT, G.W. *O povaze předsudků*, s. 83.

¹⁶⁶ Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit*. s. 26-27.

(diskriminace) komponenty. V tomto smyslu jsou zpevněné předsudky a diskriminace předstupně ke stigmatizaci.¹⁶⁷

2.1.3 „Mystifikace“ a vedlejší účinky při léčbě psychofarmaky jako etický problém

Léčba psychofarmaky patří dnes k základním prostředkům, které má psychiatrie k dispozici, aby pozitivně ovlivnila zdravotní stav psychicky nemocného. S léčbou psychofarmaky se pojí některé (etické) problémy. Jako výchozí problém lze uvést správnou volbu psychofarmaka psychiatrem, což není primárně etický, nýbrž odborný problém, kdy je lékař vázán postupovat „lege artis.“¹⁶⁸ Váže se ale k němu i získání souhlasu pacienta s nasazením léku a jeho další spolupráce při užívání (dávkování, (postupné) nasazování/ vysazování psychofarmak). Tyto problémy mají již svou etickou relevanci.

Psychofarmakoterapií rozumíme léčbu pomocí psychofarmak. Slovo „psychofarmakon“ vzniklo spojením dvou řeckých slov: „psyché“ (duše) a „farmakon“ (lék). S básnickou nadsázkou by možná šlo napsat, že se jedná o „léky pro duši“. Medicína ovšem vyžaduje přesnější a méně poetické definice. Psychofarmaka jsou látky, „které působí především na centrální nervový systém a tím ovlivňují psychické funkce člověka.“¹⁶⁹ Historicky se počátek moderní psychofarmakoterapie datuje do 50. let 20. století, kdy se začaly v psychiatrické praxi prosazovat první (spíše náhodně) uměle syntetizované látky (chlorpromazin a později imipramin). Od té doby do současnosti se mnoho ve výrobě a užívání psychofarmak změnilo. Jsou vytvářeny molekuly, které specificky a selektivně ovlivňují funkci mozku, potažmo celé nervové soustavy. Zvyšuje se účinnost těchto léčiv a při jejich vývinu se klade důraz i na omezení jejich nežádoucích účinků.¹⁷⁰

¹⁶⁷ Srov. FINZEN, A. *Stigma psychische Krankheit*. s. 26-27.

¹⁶⁸ Současná definice „lege artis“ se nalézá v zákoně č. 372/2011 Sb. § 4 odst.5: „Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“

¹⁶⁹ MASOPUST, Jiří Biologická léčba duševních poruch-psychofarmaka, in HOSÁK, L.; HRDLÍČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 428.

¹⁷⁰ Srov. MASOPUST, Jiří Biologická léčba duševních poruch-psychofarmaka, in HOSÁK, L.; HRDLÍČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 428.

U veřejnosti dnes dochází k polarizaci postojů k užívání psychoaktivních látek včetně psychofarmak. Velký podíl na této polarizaci má mediální prostředí. „Na jedné straně stoupá počet osob s opatrným až zcela odmítavým postojem k užívání léků ovlivňujících psychiku, a to včetně indikovaného předpisu, na druhé straně se rozšiřuje počet těch, kteří mají drogovou minulost či zkušenost a tendenci užívat psychofarmaka stejně nekontrolovaným, nebezpečným a toxikomanickým způsobem. Řada pacientů má zdrženlivý až zcela odmítavý postoj k předpisu syntetických psychofarmak nejen z obav ze závislosti, často přehnaných a spojovaných i s léky, u nichž návyk nehrozí (např. u antidepresiv), ale také kvůli pocitu, že se s nimi děje něco, co sami nemohou ovlivnit nebo řídit. (...) Dá se říci, že na pozadí diskuze o tom, zda brát či nebrat léky v případě, že to psychiatr doporučil, se odehrává diskuze o tom, zda se stát, či nestát psychiatrickým pacientem. (...) Psychoanalyticky orientované koncepce dokonce hovoří i o tom, že časné manifestace nežádoucích účinků nebo jejich intenzita mohou souviset s přenosovými a odporovými fenomény vůči preskribujícímu psychiatrovi.“¹⁷¹ Při léčbě psychofarmaky je důležitá důvěra pacienta k psychiatrovi. Ta podmiňuje dobrou spolupráci pacienta při léčbě – complianci. Je morální povinností lékaře předem seznámit pacienta s nežádoucími účinky předepisovaného psychofarmaka. Zatajování, neúplné informace, bagatelizování nežádoucích vedlejších účinků může velmi zkomplikovat nejen medikamentózní léčbu psychické poruchy, ale může otrást a v krajním případě i zničit křehký terapeutický vztah pacienta a lékaře založený právě na důvěře pacienta v lékaře a jeho pomoc. Následující vlastní kazuistika dokládá, jak může psychiatr necitlivým způsobem bagatelizovat vedlejší účinky psychofarmaka:

U nezletilého pacienta (16 let) po propuknutí druhé ataky schizofrenního onemocnění byl nasazen při hospitalizaci lék Thioridazin (antipsychotikum ze skupiny fenothiazinů). Jeho vedlejším účinkem může být i nárůst hmotnosti pacienta, ke kterému, díky nedostatku fyzické aktivity při hospitalizaci, v tomto případě došlo velmi rychle. To mělo za následek i vznik strií¹⁷² na těle. Když matka pacienta projevila znepokojení nad tímto tělesným stavem svého syna, psychiatr na to reagoval slovy: „Maminko, když Vás trápí jenom tohle, tak už je to v pořádku.“

¹⁷¹ DUŠEK, K; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 385.

¹⁷² „Strie = pajizévka. Trhlínka v kůži, která se objevuje při jejím napínání rychlým zvětšením příslušné části těla. (...)“ In VOKURKA, M.; HUGO, J *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualizované vydání, Praha: Maxdorf, 2011, s. 436.

Není tedy správné nežádoucí účinky psychofarmak bagatelizovat, nýbrž je nutné je zvládnout. Následující stručné popisy konkrétních nežádoucích účinků psychofarmak a způsoby jejich zvládnutí představují pouze hrubý rámeček, ve kterém nelze detailně popsat celou problematiku spojenou s nežádoucími účinky. Konkrétních nežádoucích účinků je celá řada a v základu souvisí s mechanismem působení konkrétních léků. Není zde však cílem tyto mechanismy podrobně vysvětlovat. V následujícím textu se pouze dotkneme nejzásadnějších momentů, které mají závažné etické dopady.

Základním pravidlem by mělo být to, že „léky, které vyvolávají výrazné nežádoucí účinky, by měly být vysazeny.“¹⁷³ V případě mírných vedlejších účinků se lékaři nabízí několik možností: „počkat několik dnů až týden, jestli ustoupí, snížit dávku preparátu na několik dnů, jestliže je to nutné, a pak znovu upravit dávkovací schéma (např. v případě sedace podat většinu preparátu ve večerních hodinách), předepsat lék, který bude působit jako antidotum¹⁷⁴ (...), nebo léčbu přerušit.“¹⁷⁵ Nežádoucí účinky si mohou vynutit i změnu podávaného přípravku za jiný. Tato výměna má svá odborná pravidla a je závislá ve značné míře na konkrétním typu psychofarmaka. Pro pacienta může představovat tato výměna jisté riziko. Proto se například při této „výměně léků“ u ambulantních pacientů plánovaně zvyšuje četnost jejich návštěv u psychiatra. V některých případech je nutné pacienta při změně léků hospitalizovat, aby byl během procesu převodu na jiný lék neustále pod kontrolou odborníků. Žádoucím předpokladem ze strany lékaře je získat pacientovu důvěru a přimět ho ke spolupráci na léčbě.

Jako konkrétní příklad velmi rozšířeného vedlejšího účinku některých psychofarmak (incizivních antipsychotik) lze uvést extrapyramidové poruchy. Mezi ty patří příznaky parkinsonoidu, akatizie a dystonie, tardivní dyskineze, tardivní dystonie a další. Parkinsonoid se projevuje svalovou ztuhlostí, třesem, pomalými pohyby, duševním zpomalením, ztrátou reflexů týkajících se vzpřímené polohy těla, vegetativní dysfunkcí, afektivní oploštělostí. Akatizie je popisována neklidem, rozechvěním, pocházením, agitovaností, možným vyústěním v sebepoškození nebo v agresivní jednání. Dystonii pak představuje bolestivá křeč, svalový spasmus, který často postihuje svaly hlavy, šíje a může ovlivnit řeč a polykání (...) Tardivní dyskineze je

¹⁷³ DUŠEK, K; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. s. 387.

¹⁷⁴ „Antidota = protijedy, látky užívané při otravě (intoxikaci) k zneškodnění či odstranění účinků jedu. (...)“ In: VOKURKA, M.; HUGO, J *Praktický slovník medicíny*. s. 25.

¹⁷⁵ DUŠEK, K; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. s.387.

charakteristická opakovanými mimovolnými stereotypními nebolestivými pohyby. Tardivní dystonie zahrnuje pomalé, kroutivé pohyby a abnormní držení těla Z uvedeného popisu je zřejmé, že extrapyramidové poruchy představují závažný vedlejší účinek. Některé z jeho příznaků mohou pacienta velmi omezovat až zneschopňovat a tím zvyšovat i jeho stigmatizaci, protože jsou pro okolí na první pohled patrné. K potlačení extrapyramidových poruch se užívají léky patřící do skupiny anticholinergik.¹⁷⁶

Vedlejších účinků jednotlivých psychofarmak je celá řada: suchost sliznic, snížené/zvýšené pocení, sedace (utlumení), přírůstek hmotnosti ale i kardiovaskulární problémy atd. Snahou při vývoji moderních přípravků je odstranit či alespoň snížit nežádoucí účinky při zachování účinnosti preparátu.

Užívání psychofarmak není však jediným způsobem léčby psychických poruch. Důležité je léčba psychofarmaky v návaznosti na psychoterapii. „Podle publikovaných prací je samotná farmakoterapie úspěšná v první fázi léčení až v 60 % případů, do 12 měsíců je ale bez relapsu pouze 20 % pacientů. Samotná psychoterapie je zejména u těžších hospitalizovaných depresivních pacientů účinná méně, asi ve 40 %. Společně ale dosahují remise u cca 75 % pacientů, po roce zůstává v remisi asi 60 % pacientů. Psychoterapie musí být rámcem, ve kterém se realizuje veškerá lékařská péče. Ani ordinace psychofarmak nezbavuje lékaře povinnosti věnovat se pacientovi psychoterapeuticky. Integrace farmakoterapeutického a psychoterapeutického přístupu musí být samozřejmostí.“¹⁷⁷

2.1.4 Vybrané právní otázky v psychiatrii

Dosud jsme se zabývali etickými problémy, které jsou sice závažné, ale v přísně právním smyslu mohou být jen stěží kodifikovány a soudně vymáhány. Existují ale rovněž právní otázky, které se týkají psychicky nemocných a psychiatrické péče o ně. Některé situace a jednání v této oblasti upravují příslušné právní normy a jejich porušení může mít i trestně právní důsledky pro dotčené osoby. Tyto situace kromě etického rámce mají i rámec právní. Souvislost obou rámců je popsána v následujícím odstavci.

¹⁷⁶ Srov. DUŠEK, K; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 447-448.

¹⁷⁷ Tamtéž, s. 387.

Právní problematika v psychiatrii úzce souvisí s etickými aspekty. Ty se vzájemně prolínají. Některé z těchto norem se však přímo odvolávají na etickou dimenzi lékařského povolání. V zákoně č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách) je v §49 odst. (1) písm. a) patří mezi povinnosti zdravotnického pracovníka mimo jiné řídit se etickými principy.¹⁷⁸ Etický kodex České lékařské komory (Stavovský předpis č. 10 z roku 1991 – týká se pouze lékařů) je jedním z „etických dokumentů“, u kterého platí, že hrubé porušení jeho pravidel může být nahlíženo též jako porušení právní povinnosti. Nelze tedy uvažovat o lékařské etice jako o jakémsi vágním neurčitým étosu, který je sice slušné dodržovat, ale toto dodržování není právně vynutitelné. V celé řadě případů platí opak ve smyslu právního základu etických zásad, jejichž nedodržení v medicíně může mít vážné právní důsledky.¹⁷⁹ Přesto se domníváme, že etické otázky jsou mnohem širší a nemohou být všechny předmětem právních norem. Právní normy představují v tomto směru minimum morálky.

V této podkapitole stručně představíme tři právní okruhy otázek v psychiatrii: 1. povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, 2. právní aspekty psychiatrické hospitalizace, 3. práva a povinnosti pacientů, resp. práva duševně nemocných. Výběr jsme omezili na témata, u kterých se zřetelně projevuje jejich etický aspekt a patří k nejzávažnějším a nejvýraznějším. Rozhodně si však text nenárokujeme být vyčerpávajícím pojednáním o právních otázkách v psychiatrii.

2.1.4.1 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Při kontaktu s nemocným a pro získání jeho aktivní spolupráce je důležitým předpokladem navození stavu důvěry nemocného (nejen) v ošetřujícího lékaře. K tomu slouží mimo jiné i mlčenlivost zdravotnických pracovníků o skutečnostech, které se dověděli při vyšetřování a léčení nemocného. Kromě toho, že mlčenlivost je etickým imperativem (např. v Etickém kodexu České lékařské komory - Stavovském předpisu č. 10), je také upravena právními normami a stává se tedy právní povinností.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Zákon 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách) je v §49 odst. (1) písm. a): „Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy.“

¹⁷⁹ Srov. MACH, Jan, Právní souvislosti. Lékařská etika- právní aspekty. In PTÁČEK, R..; BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 472.

¹⁸⁰ Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997, s. 87.

Důležitou právní normou, která zavazuje k mlčenlivosti pracovníky ve zdravotnictví je Zákon č.372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách). Konkrétně v §51 („Zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami“) odst. 1 tohoto zákona je uvedeno: „Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ Toto základní ustanovení definuje široce, a přitom přesně předmět mlčenlivosti. Vyvrací se tak rozšířený mýtus, že se mlčenlivost vztahuje pouze na informace o zdravotním stavu nemocného.

Z povinné mlčenlivosti však existuje několik výjimek. Jednou z nich je sdělení skutečnosti se souhlasem ošetřované osoby. Další je sdělování nebo oznamování skutečností určených jinými právními předpisy (dříve tzv. oznamovací povinnost), sdělování údajů a jiných skutečností pro potřeby trestního řízení. Rovněž povinnost uložená zákonem, která spočívá v překažení nebo oznámení trestného činu se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti. Dále je v §51 odst. 5 uvedeno, kdo vše jsou nositeli této povinné mlčenlivosti. Ve zkratce a zjednodušeně lze říci, že jsou to všichni, kteří ve zdravotnickém zařízení spolupracují na vyšetření a léčbě nemocného.

Důležitou skutečností pro zdravotnické pracovníky, především pak lékaře, kteří komunikují primárně s okolím pacienta, je, že trestní řád nadřazuje zákonem uloženou povinnost mlčenlivosti nad povinnost vyhovět dožádání orgánů činných v trestním řízení (dále OČTŘ). V praxi se někdy stává, že OČTŘ vyžadují písemně informace o pacientech a odvolávají se přitom na §8 odst. 1 trestního řádu, ve kterém je uvedena povinnost vyhovovat dožádání OČTŘ při plnění jejich úkolů. „Nicméně v odst. 4 téhož paragrafu je uvedeno, že povinnost dle odst. 1 lze odmítnout s odkazem na povinnost zachovávat zákonem uloženou povinnost mlčenlivosti (s výjimkou povinného oznámení nebo překažení trestného činu). (...) OČTŘ si musí k získání informací pro trestní řízení zajistit: „souhlas pacienta nebo souhlas soudce dle §8 odst. 5 trestního řádu nebo posudek znalce v oboru zdravotnictví.“¹⁸¹

Existují jisté rizikové situace pro zdravotníky, ve kterých může dojít k porušení mlčenlivosti. Mezi tyto situace patří především: „společné vizity (porušování soukromí před ostatními pacienty); informování cizích osob (pojistitele, zaměstnavatele nadřízeného) bez souhlasu pacienta; poskytnutí informací státním orgánům (např.

¹⁸¹ ŠVARC, Jiří, Právní problematika v psychiatrii, in HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 594.

Policii ČR), byť na jejich žádost; informování cizích osob telefonicky; informování sdělovacích prostředků; poskytnutí informací jiným lékařům, u kterých k tomu neexistují žádné důvody vyplývající z jejich pracovního zařazení; praxe oznamovat policii paušálně „útěky“ pacientů umístěných v ústavu – takové porušení mlčenlivosti je třeba odůvodnit některým zákonným ustanovením (...)“¹⁸²

Než tedy psychiatr sdělí informace o pacientovi třetí osobě, měl by si sám kladně odpovědět na tyto otázky, které vlastně evokují zákonné výjimky z mlčenlivosti: „Mám souhlas pacienta (či jeho zákonného zástupce) k podání informací? Mám oznamovací povinnost danou zákonem (nejen vyhláškou)? Podávám návrh oprávněný zákonem? Umožňuji nahlížení do dokumentace nebo pořizování kopií oprávněným osobám? Pokud si na tyto otázky nemůže kladně odpovědět, má zákonem stanovenou mlčenlivost a nesmí žádné informace o pacientovi poskytnout!“¹⁸³

Z podrobné specifikace celé problematiky povinné mlčenlivosti v §51 uvedeného zákona je jasné, že se jedná o velmi důležitou oblast, která chrání soukromí nemocného. Na druhé straně výjimky zohledňují veřejný a státní zájem stejně jako nutnou kooperaci mezi zdravotníky a zdravotnickými zařízeními, která by bez nich nebyla myslitelná.

Ochrana soukromí pacienta, nebo případné právní postihy za nezachování povinné mlčenlivosti nejsou však jedinými důvody k jejímu zachování. Zejména v psychiatrii je důležitý terapeutický vztah lékaře a pacienta. Pacientovo sdělení důvěrných informací, které mohou být pro pacienta bolestné, stigmatizující nebo jinak nepříjemné, lékaři, závisí na kvalitě důvěrného terapeutického vztahu. Právě princip zachování důvěrnosti, ale i princip dobročinnosti a zásada neškodit zakládá etickou povinnost mlčenlivosti lékaře vůči třetím osobám. Povolení sdělovat informace o pacientovi jiným lidem musí být explicitně (v písemné formě) vyjádřeno samotným pacientem. Informovanému souhlasu podléhá i výměna informací s rodinou, školou nebo zaměstnavatelem. Přestože zachování důvěrnosti může být obtížné a svým způsobem může bránit spolupráci s dalšími subjekty, které se podílejí na léčbě psychicky nemocného nebo jsou jinak zainteresováni ve vztahu k nemocnému (např. rodina, zaměstnavatel, škola), je nutná

¹⁸² ŠVARC, Jiří, Právní problematika v psychiatrii, in HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.*, s. 594-595.

¹⁸³ Srov. tamtéž, s. 595.

práce psychiatra se všemi těmito subjekty, které tvoří přirozené sociální prostředí pacienta a na komunikaci s nimi nelze rezignovat.¹⁸⁴

2.1.4.2 Kritický pohled na právní aspekty psychiatrické hospitalizace

Právní postavení psychicky nemocných má svá specifika plynoucí právě z jejich psychické poruchy. Tito lidé totiž nemohou za určitých okolností činit adekvátní rozhodnutí a v důsledku své psychické poruchy se někdy dostávají do konfliktu s právními předpisy, ale i společenskými zvyklostmi. Jednají pak ke škodě své či společnosti. V takových situacích je mnohdy optimální řešení psychicky nemocného hospitalizovat.¹⁸⁵ Vedle povinné mlčenlivosti je proto dalším důležitým etickým tématem psychiatrická hospitalizace a její právní aspekty.

V psychiatrických zařízeních v České republice lze schematicky rozlišit tři kategorie hospitalizace. První z nich je dobrovolná hospitalizace, u které platí analogické podmínky jako v nepsychiatrických lůžkových zařízeních. Druhou představuje sociální hospitalizace, což je ve své podstatě služba sociální péče, která je poskytována zdravotnickými zařízeními. Eticky nejproblematictější je ovšem třetí kategorie, kterou lze nazvat nedobrovolnou hospitalizací, a které se zde budeme blíže věnovat.¹⁸⁶

V psychiatrii lze nedobrovolnou hospitalizaci přesněji označit jako hospitalizaci bez souhlasu duševně nemocného. Hospitalizace bez souhlasu občana má u nás širší vymezení, protože se týká rovněž provádění vyšetřovacích a léčebných výkonů bez souhlasu nemocného, a to nejen v psychiatrii. Příkladem mohou být výkony u taxativně vymezených infekčních a parazitálních nemocí, a také pohlavních nemocí.¹⁸⁷

Hospitalizaci bez souhlasu pacienta právně upravuje, (stejně jako problematiku povinné mlčenlivosti), Zákon č.372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách). V § 38 odst. 1 a 2 tohoto zákona je uvedeno: „(1) Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže mu bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče, je nařízena izolace, karanténa, nebo léčení podle zákona o ochraně

¹⁸⁴ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana, Etické principy a profesionalita v psychiatrii. In PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 135.

¹⁸⁵ Srov. BAŠTECKÝ, Jaroslav, Soudní psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 826.

¹⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 827.

¹⁸⁷ Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997, s. 99.

veřejného zdraví, je podle trestního řádu nebo občanského soudního řádu nařízeno vyšetření zdravotního stavu, ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas. (2) Nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům lze bez souhlasu zákonného zástupce hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.“

V §40 odst. 1 písm. a) a odst. 2 tohoto zákona je uložena oznamovací povinnost poskytovatele vůči soudu v případě nedobrovolné hospitalizace takto: „(1) Poskytovatel oznámí soudu do 24 hodin hospitalizaci pacienta podle § 38 odst. 1 písm. b) a c); obdobně postupuje, jestliže pacient nebo zákonný zástupce pacienta souhlas odvolal a nadále existují důvody pro hospitalizaci bez souhlasu, b) (...)”¹⁸⁸ (2) Hospitalizace a dodatečné omezení pacienta se soudu neoznamuje, jestliže byl souhlas ve lhůtě do 24 hodin prokazatelným způsobem dodatečně vysloven.“

Jaroslav Baštecký ve své publikaci *Psychiatrie, právo a společnost*¹⁸⁹ popisuje tři etapy nedobrovolné hospitalizace duševně nemocných: etapa vymezení indikací (viz zde citovaný Zákon č. 372/2011 Sb. §38 písm. 1) a 2)), etapa bezprostředního zákroku a etapa převzetí a držení občana v ústavu zdravotní péče bez jeho souhlasu. Právní ukotvení postupů a lhůt v těchto etapách je svázáno s dalšími právními předpisy, které zde není nutné uvádět a citovat.

Pokud člověk trpí psychotickým onemocněním v jeho progresi (např. ataka schizofrenního onemocnění), jedná se o velmi vážný stav. Zdá se vhodné, aby sám nemocný nahlédl svou situaci alespoň do té míry, aby vyslovil dodatečně souhlas se svou hospitalizací, jak je uvedena v Zákoně č. 372/2011 Sb. §39 odst. 2, který je výše citován. Baštecký k tomu přidává podnětné úvahy vycházející z jeho zkušenosti psychiatra: „Autor se domnívá, že při změně postojů té části nemocných, kteří dříve či později přistoupí na dobrovolné léčení, hraje významnou roli několik činitelů. Jsou to především psychofarmakoterapie, psychoterapie, socioterapie. Aplikace psychofarmak,

¹⁸⁸ §40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách se týká oznamovací povinnosti u dodatečného omezení pacienta v zařízení, tudíž se přímo nedobrovolné hospitalizace netýká. Proto ho zde necituji - pozn. autora.

¹⁸⁹ Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. s. 100-105.

zejména v počátečních, tzv. útočných dávkách, docílí u části nemocných během několika hodin až dní - i když tedy nikoliv do původně stanovených 48 a nyní 24 hodin limitujících hlášení - výrazné zlepšení psychopatologie včetně zlepšení náhledu na duševní poruchu, a to vede bezprostředně i ke změně jejich postojů k léčení. (...). Na základě vlastních i literárních zkušeností se autor již dříve domníval, že by bylo užitečné prodloužit lhůtu k hlášení nad 48 hodin, a pochopitelně nyní se mu jeví lhůta 24 hodin jako naprosto nerealistická, i když má za cíl chránit práva občanů. (...)“¹⁹⁰

Ročně u nás dochází přibližně k 40 000 – 50 000 přijetí do psychiatrických lůžkových zařízení. Asi u 20 % přijímaných nemocných se jedná o nedobrovolné přijetí. Asi u poloviny z nich se nedobrovolné přijetí během prvního týdne hospitalizace změni v dobrovolné. Nemocný totiž nahlédne v této době svůj stav pravdivě a reálně a sám i písemně potvrdí souhlas s dalším léčením.¹⁹¹

Psychiatrii a psychiatrům naše společnost svěřuje značná práva a odpovědnost. Ty jsou však regulovány jistými pravidly. Je třeba si uvědomit, že se zde nejedná jen o ochranu pacienta, ale rovněž o ochranu psychiatra, potažmo dalších zdravotnických pracovníků. Nedobrovolné přijetí je pro nemocného dobrodiní, nikoliv trest. Musí však být při něm dodržována a přiznána ostatní práva nemocného.¹⁹²

2.1.4.3 Rozlišitelnost práv a povinností pacientů a problematičnost praxe

Mezi práva všech pacientů patří v první řadě základní občanská práva. Ta jsou ukotvena ve Všeobecné deklaraci lidských práv a svobod, v Listině základních práv a svobod a v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. Všechny tyto dokumenty OSN jsou součástí českého právního řádu. Dále jsou práva nemocných zakotvena v Ústavě České republiky a dalších právních normách.¹⁹³ Mezi nimi zaujímá důležité místo právě Zákon č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách), jehož některá ustanovení jsou základem následujícího textu. Samozřejmě existují i další normy upravující práva pacientů. Jako příklad lze uvést Práva pacientů (Kodex vyhlášený v ČR

¹⁹⁰ BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. s. 110-111.

¹⁹¹ Srov. BAUDIŠ, Pavel, Práva duševně nemocných, nedobrovolné přijetí, dokumentace, in BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 77.

¹⁹² Srov. tamtéž, s. 77.

¹⁹³ Srov. BAŠTECKÝ, Jaroslav, Soudní psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 827.

25. 2. 1992). Práva v tomto kodexu do značné míry kopíruje výše uvedený zákon o zdravotních službách, a proto se mu zde nebudeme více věnovat. Zde se budeme zabírat pouze vybranými právy a povinnostmi pacientů vyplývajících ze Zákona č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách) části čtvrté nadepsané: Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

V publikaci *Psychiatrie a pedopsychiatrie*¹⁹⁴, která slouží jako výukový materiál pro mediky, jsou práva pacientů dle zmíněného zákona rozdělena do čtrnácti bodů. Není zde cílem všechny body vyjmenovat, či dokonce podrobně rozebírat a komentovat. Vybereme pouze ty, které považujeme za eticky nejdůležitější. Citace jsou podle právě zde zmiňovaného učebního textu, ze kterého vycházíme, a které jsou psané srozumitelnější formou než paragrafy samotného zákona. V závorce jsou však doplněny přesným odkazem na místo v Zákoně č. 372/2011 Sb., kde si lze přečíst přesné doslovné znění.

Prvním z těchto práv je právo pacienta „na zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li zákon jinak“¹⁹⁵ (§ 28 odst. 1) Dalším je právo „na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, která je definována jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“¹⁹⁶ (§28 odst. 2 a §4 odst. 5)

Další uvedené právo pacienta má silný etický náboj a má chránit důstojnost a soukromí pacienta. Je to právo „na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.“¹⁹⁷ (§28 odst. 3 písm. a) Také má pacient právo, „znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zúčastněných na poskytování zdravotních služeb“.¹⁹⁸ (§28 odst. 3 písm. g)

Velmi důležité právo, které v oblasti psychiatrické péče je obzvláště relevantní, je právo „na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při

¹⁹⁴ HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015.

¹⁹⁵ ŠVARC, Jiří, Právní problematika v psychiatrii, in HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 589.

¹⁹⁶ Tamtéž., s. 589-590.

¹⁹⁷ Tamtéž., s. 590.

¹⁹⁸ Tamtéž.

zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“¹⁹⁹ (§28 odst. 3 písm. k)
U psychiatrických pacientů, je nezbytné zmínit i právo „přijímat návštěvy a duchovní péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a jinými právními předpisy.“²⁰⁰ (§28 odst. 3 písm. j)²⁰¹

Některá z uvedených práv neplatí u pacientů ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Důležitý je rovněž „vnitřní řád“ zdravotnických zařízení, který může práva pacientů uvedená v zákoně upravit (omezit).²⁰² Znamená to tedy, že nelze tato práva uplatňovat vždy a všude a rozhodně neabsolutně. Dále je nutné si uvědomit, že uvedená práva pacientů musíme respektovat, nikoli zajišťovat (natož finančně hradit). Například mezi práva pacientů patří rovněž právo „vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele nebo zdravotnického pracovníka (...)“ (§28 odst. 1 písm. c). Ty ale, stejně tak jako služby překladatelů a tlumočnicků, nemusí zajišťovat (původní) poskytovatel a ani je finančně nehradí.²⁰³

Povinností pacienta je v Zákoně č.372/2011 Sb. rozhodně méně než jeho práv. Proto zde vyjmenujeme všechny tyto povinnosti, které se pacientovi ukládají. Pacient je povinen „prokázat na žádost zdravotnického pracovníka svou totožnost průkazem totožnosti; stejnou povinnost má každá návštěva a osoba uplatňující právo na informace o pacientovi (zákonný zástupce, osoba blízká). Jestliže pacient nebo zmíněná osoba odmítne prokázání totožnosti, může zdravotnický pracovník odmítnout poskytnutí služby (nejde-li o neodkladnou péči).“²⁰⁴ (§41 odst. 3 a 4)

Další povinností, kterou pacientovi ukládá zákon je „pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o zdravotním stavu, o službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, o užívání návykových látek a

¹⁹⁹ ŠVARC, Jiří, Právní problematika v psychiatrii, in HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 590.

²⁰⁰ Tamtéž.

²⁰¹ Vzhledem k důležitosti tohoto práva pro tuto práci zde uvádím přesné znění §28 odst. 3 písm. j): „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak.“

²⁰² Srov. Jiří ŠVARC, Jiří, Právní problematika v psychiatrii, in HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 590.

²⁰³ Srov. tamtéž., s. 590.

²⁰⁴ Tamtéž, s. 591.

dalších podstatných skutečnostech.²⁰⁵ (§41 odst. 1 písm. d) Pacient má rovněž povinnost „dodržovat navržený léčebný postup“.²⁰⁶ (§41 odst 1 písm. a) Individuálním léčebným postupem se rozumí „diagnostická rozvaha, návrh léčby včetně léčebného režimu a doporučení dalšího postupu zdravotních služeb“²⁰⁷ (§3 odst. 3). Pacient je také povinen „uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění.“²⁰⁸ (§41 odst. 1 písm. c) Jako poslední povinnost v našem výčtu uvádíme povinnost pacienta „podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.“²⁰⁹ (§41 odst. 1 písm. e)

Dosud jsme se zabývali právy a povinnostmi pacientů bez většího ohledu na typ onemocnění. Psychiatričtí pacienti však představují specifickou skupinu, protože si jsou svých práv vědomi pouze výběrově nebo je vůbec nechápou. Většinou je nedokáží sami prosadit, a tak představují v tomto směru velmi zranitelnou skupinu. To jsou také hlavní důvody, proč jsou práva duševně nemocných ještě zvlášť tematizována v dalších dokumentech. Zde zmíníme pouze dva novější dokumenty.

První je tzv. Madridská deklarace, která byla schválena Světovou psychiatrickou asociací v Madridu 25. 8. 1996.²¹⁰ Ta posunula pravidla a povinnosti psychiatrů dále směrem ve prospěch práv psychicky nemocných. „Zdůraznila právo na nejlepší možný způsob léčení duševních poruch, nejmenší možné omezování osobní svobody a na rovnoměrné rozdělování finančních zdrojů. Dále na povinnost držet krok s vědeckým pokrokem, na partnerský vztah v terapeutickém procesu. Při neschopnosti pacienta činit rozhodnutí pak požaduje spolupráci s příbuznými. Léčení proti vůli pacienta by se mělo provádět pouze při ohrožení života nemocného nebo jeho okolí, a to vše v nejlepším zájmu pacienta. Dále vybízí k obezřetnosti v situacích, kdy psychiatr vstupuje do situace jako třetí osoba (např. při žádosti rodičů či příbuzných o intervenci). Opět zdůrazňuje nezbytnost důvěrnosti informací, ale i etiku psychiatrického výzkumu. V

²⁰⁵ ŠVARC, Jiří, Právní problematika v psychiatrii, in HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 591.

²⁰⁶ Tamtéž.

²⁰⁷ Tamtéž.

²⁰⁸ Tamtéž.

²⁰⁹ Tamtéž.

²¹⁰ Její psychiatrickou část lze v českém překladu nalézt například: In KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, 2.vyd., Praha: Triton, 2004. s.232-234.

dalším textu se Madridská deklarace ještě zabývá eutanázií, mučením, asistencí při popravě, ovlivňováním výběru pohlaví během těhotenství a transplantací orgánů.²¹¹

Druhým dokumentem je Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Tu v roce 1996 schválil a zveřejnil výbor Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně. „V ní je kladen důraz na zachování důstojnosti člověka, zlepšování prostředí psychiatrických zařízení, co nejmenší omezovací prostředky, komunikaci s okolím, široké informace o léčebných možnostech, o právním postavení, o předávání do jiné péče, o možnosti odmítnout léčení, o spolupráci v léčbě, o možnostech stížností aj.“²¹² Výbor Psychiatrické společnosti doplnil však tuto listinu ještě důležitým názorem, že „psychiatrický pacient je podroben pouze takovým omezením práv a svobod, která stanoví zákon proto, aby bylo zajištěno uznání a zachování práv a svobod ostatním a vyhověno spravedlivým požadavkům morálky, veřejného pořádku a obecného blaha“²¹³. Zdůvodnění tohoto názoru spočívá ve skutečnosti chorobných projevů některých pacientů, které narušují právo jiných (rodiny, příbuzných, dětí, spolupracovníků) nebýt ničen a deptán neléčeným duševně nemocným. Zde může dojít ke střetu práv a svobody nemocného s právy lidí v jeho okolí, která musí být rovněž respektována.²¹⁴

2.1.5 Etické otázky ohledně úrovně sociálního zabezpečení psychicky nemocných

Psychicky nemocný člověk potřebuje často materiální či finanční pomoc ze strany státu. Důležité je proto ukotvení této pomoci v legislativních normách (zákony, vyhlášky apod.). Tyto normy týkající se pomoci zdravotně postiženým, včetně lidí s psychickým onemocněním, lze obecně zahrnout do pojmu sociální zabezpečení. To se netýká pouze zdravotně postižených, ale zahrnuje širší spektrum sociálních událostí,²¹⁵ ve kterých lidé

²¹¹ BAUDIŠ, Pavel, Vývoj psychiatrie a etické normy., in. BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, s. 14-15.

²¹² Tamtéž, s. 14.

²¹³ Tamtéž.

²¹⁴ Srov. tamtéž.

²¹⁵ „Sociální zabezpečení poskytuje pomoc lidem v případě nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, těhotenství a mateřství, rodičovství, úmrtí živitele“ ŠIMÁK, Martin, Úvod do práva sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. 2.aktualiz. vyd., Praha: Triton, 2013, s. 24.

potřebují pomoc. Sociální zabezpečení (pomoc) se vykonává skrze konkrétní sociální systémy.²¹⁶

V další textu se zaměříme konkrétněji na ty skutečnosti sociálního zabezpečení, které se vztahují na lidi s duševním onemocněním. Mezi druhy sociálních událostí relevantních pro psychicky nemocné řadíme zejména nemoc, úraz, pracovní neschopnost, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a invaliditu. Poslední dvě jmenované jsou obzvlášť významné pro chronicky psychicky nemocné pacienty, a proto je blíže vysvětlíme. Jako významná a citlivá nejen z etického, ale i existenčního hlediska pro pacienty se stává činnost lékařské posudkové služby (LPS), která je v této podkapitole rovněž zahrnuta. V závěru podkapitoly se pokusíme eticky reflektovat úroveň sociálního zabezpečení psychicky nemocných. Kritériem posouzení zde bude míra přínosu, kterou materiální a finanční podpora pro psychicky nemocné představuje.

Nejprve představíme právní termín „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav“, který označuje sociální událost zásadní pro poskytnutí sociální pomoci. „Dosahuje-li zdravotní postižení osoby určité intenzity, blíže určené v jednotlivých právních předpisech (...) a současně trvá po dobu minimálně 1 roku, jedná se o tzv. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Při existenci této sociální události vzniká nárok na některou z dávek systému sociální pomoci (příspěvek na zvláštní pomůcku nebo výhody držitelů průkazů TP, ZTP nebo ZTP/P dle zákona č.329/2011 Sb., příspěvek na péči dle zákona č.108/2006 Sb.) nebo sociálního zabezpečení (invalidní důchody dle zákona č.155/1995 Sb.)“²¹⁷ Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav může trvat několik let a může jít i o stav trvalý. Nepříznivost zdravotního stavu musí splňovat jistá kritéria, abychom o ní mohli uvažovat v právním slova smyslu. Musí se projevat „podstatným snížením až výpadkem fyzických, duševních nebo smyslových schopností, nezbytných pro práci/výdělečnou činnost.“²¹⁸ Mluvíme tehdy o nepříznivém dopadu na fyzický potenciál pojištěnce. Nepříznivost se ovšem může též promítat do omezené schopnosti, resp. neschopnosti využívat kvalifikačního potenciálu, kterým se myslí dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti získané v dosavadních zaměstnáních, ve kterých

²¹⁶ Mezi hlavní z nich patří sociální pojištění, sociální zaopatření (podpora), sociální pomoc a sociální služby. Srov. ŠIMÁK, Martin, Úvod do práva sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 25.

²¹⁷ ŠIMÁK, Martin, Úvod do práva sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 35.

²¹⁸ KAHOUN, Vilém, Důchodové pojištění. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 265.

pojištěnec ale již není schopen dále pracovat vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Proto je třeba chránit tyto lidi na trhu práce, případně jim upravit pracovní podmínky.

Pokud vede nepříznivý zdravotní stav k významnějšímu poklesu schopnosti osoby soustavně se věnovat výdělečné činnosti, mluvíme o invaliditě. „Invalidita jako posudkově medicínská kategorie systému důchodového pojištění je kategorií vícerozměrnou, neboť obsahuje zdravotní, pracovní, sociální, právní i ekonomické skutečnosti. Základní a výchozí příčinou invalidity je vždy zdravotní postižení, (...)“²¹⁹ Invalidita, stejně jako nepříznivý zdravotní stav, může mít trvalý charakter, pokud je zdravotní postižení závažnější. Invalidita je příčinou buď úplné neschopnosti pracovat, nebo schopnosti pracovat jen v omezeném rozsahu dle míry poklesu pracovní schopnosti.²²⁰ Důsledkem poklesu pracovní schopnosti je pokles až výpadek příjmů ze soustavné výdělečné činnosti oproti období před vznikem invalidity. Příjem osoby dotčené invaliditou musí být nahrazen či doplňován ze systému sociálního pojištění (invalidní důchody), případně ze systému sociální podpory (příspěvek na bydlení) či sociální pomoci.

Invalidita je dynamickou, nikoliv statickou, kategorií. Stupeň invalidity se může v konkrétním případě zvýšit, ale i snížit, případně může dojít k zániku invalidity. Invalidita zohledňuje v čase kromě zdravotního stavu též schopnost pracovat, dosaženou kvalifikaci a rovněž rozsah a charakter pracovního zapojení pojištěnce. Kromě samotné léčby je snahou záměrně rozvíjet a zlepšovat rehabilitaci, reedukaci, rekvalifikaci, adaptaci a nácvik nových pracovních schopností a dovedností. U invalidity prvního a druhého stupně je úkolem posudkového lékaře, mimo jiné, stanovit, zda a jak je pojištěnec schopen využít zachované pracovní schopnosti tzn. v jaké intenzitě, rozsahu a s jakými nároky na schopnosti a kvalifikaci. Pokud není již schopen pracovat ve svém oboru, musí posudkový lékař stanovit, zda je posuzovaný schopen rekvalifikace na jiný druh práce.²²¹

²¹⁹ KAHOUN, Vilém, Důchodové pojištění. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 264.

²²⁰ „Právní úprava, daná zákonem č.155/1995Sb., o důchodovém pojištění, rozlišuje, s účinností od 1. 1. 2010, invaliditu (a invalidní důchod) ve třech stupních, a sice v rozsahu poklesu pracovní schopnosti o 35 až 49% (I. stupeň), o 50 až 69% (II. stupeň) a nad 70% (III. stupeň).“ ŠIMÁK, Martin, Úvod do práva sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 35.

²²¹ Srov. KAHOUN, Vilém, Důchodové pojištění. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 265. Více k tématu posuzování invalidity lze nalézt: ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010.

Na základě stupně invalidity může být přiznána dávka invalidního důchodu, která je pro mnoho chronicky psychicky nemocných existenčně nepostradatelná. Rozhodnutí o přiznání této dávky vydává Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ). Musí mu předcházet písemná žádost pojištěnce, případně jeho rodinných příslušníků.²²² Tu s nimi sepisuje příslušná okresní/Pražská správa sociálního zabezpečení (OSSZ/PSSZ), která je územní organizační složkou ČSSZ. Zdravotní stav pojištěnce je nejprve zjišťován u jeho ošetřujícího lékaře. Posouzení zdravotního stavu a poklesu pracovní schopnosti přísluší opět místní OSSZ/PSSZ, která tuto činnost vykonává prostřednictvím lékařské posudkové služby (LPS). „Posudek OSSZ/PSSZ vypracovaný posudkovým lékařem je jedním z podkladů pro rozhodnutí o dávce – invalidním důchodu.“ (???- doplnit citaci) V současnosti je LPS pro účely systému sociálního zabezpečení vykonávána především v organizačních strukturách orgánů rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), ale nejen v nich. Týká se rovněž rezortů obrany, vnitra, spravedlnosti a financí – tzv. silových rezortů. „Hlavním úkolem lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení je tedy posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti a podávání posudků o zdravotním stavu a o některých důsledcích z něj vyplývajících. Tyto posudky slouží jako podklady (resp. jeden z podkladů) pro rozhodnutí o některé ze sociálních dávek či o jiných benefitech poskytovaných z jednotlivých systémů sociální ochrany.“²²³

Pro naše téma je důležitá především LPS vykonávaná ČSSZ prostřednictvím OSSZ/PSSZ.²²⁴ Ta posuzuje mimo jiné invaliditu, změnu stupně invalidity, ale také dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nemocného člověka. „V roce 2011 měla rezortní lékařská posudková služba 392 systemizovaných lékařských míst a na jejich plnění se

²²² „Pokud pojištěnec není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen samostatně podat žádost o invalidní důchod, mohou s jeho souhlasem a na základě potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu pojištěnce podat tuto žádost rodinní příslušníci.“ KAHOUN, Vilém, Důchodové pojištění. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 267-268.

²²³ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, Posudková činnost lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 254.

²²⁴ Kromě LPS při OSSZ/PSSZ zřizuje MPSV posudkové komise MPSV. „Posudkové komise MPSV jsou typem kolektivního posudkového orgánu, neboť posudkové závěry o zdravotním stavu a pracovní schopnosti posuzovaných osob pro účely vymezeného okruhu opravných řízení přijímají komisionálně. Posudkové komise MPSV (jako výkonný druhoinstanční posudkový orgán) vykonávají lékařskou posudkovou činnost pro účely pojistných a nepojistných sociálních systémů.“ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, Posudková činnost lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 252-253.

fyzicky podílelo 433 lékařů. (...) V činnosti lékařské posudkové služby vykonávané na OSSZ je použita kombinace výkonu lékařské posudkové činnosti kmenovými lékaři (jako zaměstnanci správy sociálního zabezpečení) a smluvními lékaři.²²⁵ Výstupy (posudky) z lékařské posudkové činnosti slouží především samotným systémům sociální ochrany a těmi jsou u nás podle platné právní úpravy pouze orgány státní správy (správní úřady).

Posudkovou činnost v sociálním zabezpečení je třeba pojímat jako veřejnou službu, což je v souladu s celkovým náhledem na výkon veřejné správy. LPS v sociální oblasti si ponechává autoritativní prvky, které vycházejí zejména z nezbytnosti ochrany určitého druhu veřejných zájmů v této oblasti. Dále si přiblížíme LPS a její činnost z pohledu posuzované osoby, jejích práv, povinností a pravidel, která se na ni vztahují.²²⁶

Osoba, která žádá o dávku z některého systému sociálního zabezpečení, svou žádost podává u příslušného správního orgánu. Tento orgán pak dává požadavek LPS na posouzení zdravotního stavu žadatele. Posudek slouží orgánu, který řízení vede, jako jeden z podkladů pro jeho rozhodnutí (tzv. prohlídka zjišťovací). Posudek musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu žadatele a musí odpovídat posudkovým kritériím zakotveným v právních předpisech. Vychází z lékařských zpráv a posudků odborných lékařů. LPS může rovněž posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila odbornému vyšetření (např. psychologickému) či přímo vyšetření jejího zdravotního stavu v určeném zdravotnickém zařízení. To je povinno na vyžádání vyšetření provést a je i jeho povinností zapůjčit zdravotní dokumentaci posuzované osoby pro účely práce LPS. Orgán LPS provádí také opětovné posouzení zdravotního stavu (tzv. kontrolní lékařskou prohlídku). Ta má ověřit, zda zdravotní stav osoby, která již požívá sociální dávku, i nadále odpovídá kritériím pro její pobírání. Posuzovaná osoba má povinnost součinnosti s orgánem LPS a na jeho výzvu je povinna podrobit se dalšímu vyšetření, jak jsou výše v tomto odstavci uvedena. Pokud se nepodrobí požadovaným vyšetřením, může jí být dávka zastavena (jde-li o poživatele dávky),

²²⁵ ČELEDVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, Posudková činnost lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 251- 253.

²²⁶ Srov. tamtéž, s. 255.

anebo řízení o žádosti o takovou dávku může být přerušeno, případně zastaveno (jde-li o žadatele o dávku).²²⁷

Je zřejmé, že všechna tato práva, povinnosti a omezení slouží jednak veřejnému zájmu a také mají zabránit subjektivnímu rozhodování, které by mohlo vést k nezákonným praktikám (např. korupci). Pro mnoho psychicky nemocných je získání sociální dávky naprosto klíčové. Platí to ovšem také v přísně subjektivním smyslu takové výpovědi, která může představovat touhu mít invalidní důchod a nepracovat. LPS posuzuje zdravotní stav, na jehož základu buď opravdu vzniká objektivní nárok na sociální dávku dle zákonných kritérií, jež jsou vcelku podrobná, anebo prostě tento nárok nevzniká.

Z dosud uvedených skutečností by se mohlo zdát, že problematika sociálního zabezpečení nemá žádný větší etický přesah. Systém sociální pomoci je v naší zemi nastaven, kritéria pro tuto pomoc stanovena a kompetentní osoby podle těchto kritérií posuzují psychicky nemocné a rozdělují tuto pomoc. Zásadní etická otázka se týká efektivity této pomoci pro uzdravení a úspěšnost léčby psychicky nemocných. Rozhodně zde neplatí přímá úměrnost, ve které větší materiální pomoc znamená automaticky lepší terapeutické výsledky.

Díky sociální pomoci se mnohdy utvrzuje závislé postavení psychicky nemocného na jejím systému. Zároveň se tím podporuje paternalistický přístup k pacientovi namísto přístupu partnerského, který je v současnosti prosazován. Pacient přestává být odpovědný a kreativní, stává se pasivním a nadměrně závislým na lékaři a sociální pomoci. Oslabují se tím rovněž přirozené sociální mechanismy pomoci v rodině, mezi přáteli a neformální solidarita mezi lidmi. Lidé s duševní poruchou mohou dokonce nabýt až jakéhosi přesvědčení, že jejich nemoc je zásluhou, za kterou jim patří odměna v podobě sociální pomoci. Taková přesvědčení a postoje mohou brzdit a někdy i znemožnit dosažení plnějšiho uzdravení pacienta. Brzdí se tím však především autonomie pacienta.

Opačný extrém představuje vyhraněný partnerský přístup mezi lékařem a pacientem. Jde o způsob, jak pojmáme partnerství mezi lékařem a pacientem. „Skutečné partnerství musí být přece prověřeno celou řadou životních a většinou

²²⁷ Srov. ČELEDVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, Posudková činnost lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení. In KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. s. 255.

krizových situací. (...) Řada odborníků je přesvědčena o tom, že partnerství mezi lékařem a pacientem nemůže být skutečné, ale vždy a výhradně profesionální. (...) Vzdělanostní asymetrie mezi lékařem a pacientem trvá.“²²⁸

Kromě paternalistického a partnerského modelu je zejména v sociálních službách rozšířen i tzv. klientský neboli zákaznický model. Tento model se někdy začíná uplatňovat i ve zdravotnictví. Zákaznická služba je však rozdílná od lékařské péče, ve které je osobní angažmá lékaře cennou devizou pro pacienta. To právě činí z odborných dovedností lékaře „umění léčit“.²²⁹

Má-li být léčba duševně nemocného úspěšná, je nutná vyváženost mezi právě uvedenými extrémními přístupy k pacientovi. Žádný z nich není možné absolutizovat. Součástí lékařské profese je najít optimální přístup ke každému pacientovi, tak aby výsledky léčby byly, co nejlepší. Systém sociálního zabezpečení má být rovněž založen na principu beneficence pro uživatele tohoto systému. Bez důkladného rozlišování a zvažování jednotlivých možných postupů, nelze účinně psychicky nemocným pomáhat. Není to pouze otázka množství finančních prostředků, které uživatel získá ze sociálních systémů. Sociální pomoc je třeba poskytovat cíleně s ohledem na skutečný prospěch člověka, který o ni žádá, resp. ji potřebuje.

2.2 Vybrané etické problémy ve vztahu psychicky nemocného a jeho blízkých

V této podkapitole nejprve popíšeme vztah mezi duševně nemocným a jeho rodinou. Tento vztah se zásadně liší podle toho, jakou sociální roli v rodině duševně nemocný zastává. Sociální role je z velké míry určována věkem jedince. Proto je tato podkapitola strukturována tak, aby postihovala tři základní vývojové fáze lidského jedince: dětství, dospělost a stáří. Samozřejmě se dle věku a sociální role psychicky nemocného mění i etické problémy, které jeho vztahy provázejí. Spektrum psychických poruch se ve věkových skupinách rovněž liší. Existují typické psychické poruchy projevující se v dětství, jiné poruchy mají nástup v adolescenci, jiné v dospělém věku a konečně existují i psychické poruchy typické pro stáří.

²²⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Etika a komunikace v lékařské praxi*. In PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 34.

²²⁹ Srov. tamtéž, s. 34.

Schematicky lze zdůraznit určité momenty v rodině, které mají zásadní vliv na psychicky nemocného člena, a které určují „nastavení“ takové rodiny v delším časovém horizontu. Jedním takovým okamžikem můžeme označit rozpoznání nemoci u jednoho ze členů rodiny. Dalším je přístup rodiny k nemocnému v době po diagnostikování jeho duševní poruchy. Rodina se vyrovnává s novou situací podle schémat, která popisují chování členů v malých skupinách, kam můžeme sociologicky rodinu zařadit.

Jedním z klíčových zjištění je, že rodina velmi pozdě rozpozná duševní nemoc u vlastního člena. „Členové rodiny jako by byli poslední, kterým možnost duševní nemoci jednoho z nich přišla na mysl, obvykle až po spolupracovnících a přátelích. Čím je vztah k nějaké osobě bližší, tím je menší pohotovost k interpretaci jejího jednání ve smyslu duševní nemoci.“²³⁰ První příčinu této zákonitosti můžeme nalézt v hloubce znalosti blízké osoby. Díky ní se projevuje ve větší míře možnost přijatelných výkladů jejího chování, které je u vzdálenějšího okolí již posuzováno jako projev duševní nemoci. Druhá příčina spočívá v „haló efektu“, který s sebou přináší stigma duševní nemoci. Stigma se neomezuje jen na příslušného jednotlivce, jak již bylo řečeno v podkapitole 2.1.1, ale postihuje i lidi kolem. „Rodina se může obávat hanby, která jí vznikne ze zveřejnění duševní nemoci jednoho člena.“²³¹

V odpovědi na otázku, jaký bude přístup rodiny k psychicky nemocnému členovi po diagnostikování psychické poruchy, nám pomůže opět nálepkovací teorie (angl. labeling), kterou jsme již zmiňovali v úvodu kapitoly 2.1 Nálepkování v rodině má významnou roli, protože ztotožnění blízkých osob s deviantní nálepkou může být pro subjekt rozhodující v přijetí deviantní identity. V malých skupinách, potažmo v rodinách, byly popsány dva odlišné typy reakcí na deviantní chování: vylučovací reakce a začleňovací reakce. Která z nich nastane, záleží na několika předpokladech. Pokud skupina předpokládá deviantní chování svého člena za nebezpečné a trvalé, bez vyhlídky na nápravu, převáží většinou vylučovací reakce, která se projevuje omezenou interakcí a skryvanou hostilitou. Pokud skupina předpokládá ovlivnitelnost devianta a situační podmíněnost jeho jednání, dojde spíše k začleňovací reakci, ve které se interakce zesiluje a vyvíjí se tlak na devianta bez hostilních projevů. Důležitý je rovněž časový faktor týkající se hospitalizace duševně nemocného. Pokud jsou hospitalizace

²³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 471-472.

²³¹ CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 62.

dlouhé a mnohačetné, bývá příčina nemoci chápána jako „vnitřní“ a chování ostatních členů se projevuje hostilitou (vylučovací reakce). Pokud onemocnění trvá krátce, je velký vliv přikládán přechodnosti stavu a vnějším vlivům. Projevuje se pak soucit s pacientem, ba dokonce i strach z následků hospitalizace.²³²

Pokud chceme eticky reflektovat začleňovací a vylučovací reakci rodiny vůči psychicky nemocnému členovi, je nutné se hlouběji zamyslet nad právě zmiňovanými předpoklady. Začleňovací reakce rodiny se jeví jako žádoucí, protože má větší terapeutický potenciál. Rodina má naději, že se její nemocný člen uzdraví a že ona mu v tom jako společenství může pomoci. Začleňovací reakce ovšem přináší i tlak na nemocného ve smyslu úpravy jeho chorobných projevů směrem k normálnímu chování a jednání. Tento tlak a nárok vzhledem k charakteru nemoci může být nemocným pocíťován negativně a někdy nemůže z objektivních důvodů (symptomy nemoci nebo vedlejší účinky léčby) vyhovět požadavkům rodiny.

Vylučovací reakce se jeví jako eticky problematická už proto, že při ní dochází k více či méně skrývanému nepřátelství a odporu. Jsou to pocity bezvýhodnosti a zmaru, které rodina pocíťuje nad neutěšeným psychickým stavem svého člena. Projevy nemoci může rodina vnímat i jako své ohrožení (a v některých případech tomu tak opravdu je). Rodina má poskytovat zázemí a bezpečí všem svým členům, a pokud to narušuje psychicky nemocný člen a ostatní nemají možnost jeho chorobné projevy ovlivnit, jeví se jako účelná vylučovací reakce rodiny.

Křesťanská etika, která se kromě jiných zdrojů, zakládá na výpovědích Bible, se musí vyrovnat i s některými jejími „problematickými“ texty. Pro námi popisovanou situaci je jedním takovým, jak níže vysvětlíme, Ježíšův výrok o lásce k nepřátelům: „Slyšeli jste, že bylo řečeno: „Oko za oko a zub za zub“. Ale já vám říkám: Neodporujte zlému. Spíše naopak: Když tě někdo udeří do tváře, nastav mu i druhou.“(Mt 5, 38-39).

Můžeme z výše uvedeného vyvodit, že vylučovací reakce rodiny a její (skryté) nepřátelské chování k psychicky nemocnému členovi je v příkrém rozporu s uvedenými verši z evangelia? Domníváme se, že rozhodně ne. V konečném důsledku může totiž být vylučovací reakce rodiny až jakýmsi jejím „pudem sebezáchovy“, který není v rozporu s láskou k nepřátelům.

²³² Srov. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc*, s. 63-64.

Všimněme si, jak je v biblickém textu formulována věta: „Když tě někdo udeří do tváře, nastav mu druhou“. Tento výrok je formulován ve druhé osobě singuláru. Jedná se tedy o jednotlivce – „ty“. Jednotlivec v rodině, má ovšem odpovědnost za ostatní členy rodiny, i když v různé míře, podle toho jaké v ní má postavení. Nemyslíme si, že je eticky obhajitelné „nastavit tvář“ bližního ve své rodině z důvodů projevů psychické nemoci jejího člena, který se chová například agresivně či manipulativně. Nelze páchat nespravedlnost tím, že budu omlouvat zlo. Nadto citované biblické verše ukazují spíše na problematiku msty vůči nepřátelům.

Kromě uvedené argumentace je třeba zvážit, zda nepřátelské (hostilní) chování rodinných příslušníků opravdu vyjadřuje skutečnost, že psychicky nemocný člen je nepřítelem pro zbytek rodiny. Vylučovací reakce rodiny to zcela explicitně nevyjadřuje. Mnohem více než nepřátelství je motivem této reakce obava o zbytek rodiny a její soudržnost. Svou roli hraje rovněž pocit zmaru vůči chorobným projevům v chování a jednání nemocného, se kterými si ostatní členové rodiny neví rady.

2.2.1 Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného dítěte a jeho blízkých

Rodina jako instituce a nejdůležitější sociální skupina, ve které člověk žije, má pro vývoj dítěte nenahraditelný význam. Psychická onemocnění, podobně jako sociálně patologické jevy, bývají podmíněny komplexem různých biopsychosociálních faktorů. Negativní působení rodiny na jedince však zaujímá v tomto komplexu faktorů zásadní roli, a je velmi často příčinou zdravotně a sociálně patologických jevů. Pozitivní působení rodiny naopak představuje prevenci před vznikem psychických poruch u dítěte a pomoc v obtížích, které s sebou psychická porucha přináší. Ačkoliv na léčbě psychicky nemocných se podílí různé uměle vytvořené zdravotní a sociální instituce, podpora rodiny, přesněji řečeno fungující rodinné zázemí, představuje rámec, bez kterého je léčba velmi obtížná.

V dalším textu si nejprve popíšeme vztah psychicky nemocného dítěte a jeho rodiny z pohledu sociologie. Budeme se zabývat problematickým okruhem, který můžeme souhrnně označit jako poruchy rodičovské role. Patří mezi ně dysfunkce až afunkce rodiny, problém anomální osobnosti rodičů, (často přímo porucha osobnosti jednoho nebo obou rodičů), v jehož důsledku nemohou, neumějí či nechtějí správně pečovat o své děti a sami se dopouštějí asociálního a antisociálního chování. Dále do

tohoto okruhu problémů patří otázka po úplnosti rodiny a konečně syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte známý pod anglickou zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect)²³³.

V další části této podkapitoly se budeme věnovat popisu závažných psychických poruch, které jsou typické svým vznikem v dětském věku a adolescenci. Jsou to především vývojové poruchy, mentální retardace, autismus, poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci, schizofrenie a závislost na nealkoholových drogách. I zde má přístup rodiny podstatný vliv nejen na vznik poruchy, ale především na úspěšnost léčby. Postupně Jednotlivé problémy popíšeme a v závěru podkapitoly se pokusíme je reflektovat ve světle křesťanské etiky.

2.2.1.1 Poruchy rodičovské role

Pokud rodina nedostatečně plní svou roli a její fungování provází patologické jevy, mluvíme o dysfunkční rodině. V případě úplného ochromení funkce rodiny, kdy ani v nejmenším neplní svou roli, se jedná o afunkční (nefunkční) rodinu. Funkčních rodin je v populaci kolem 85%. Kolem 12-13% rodin lze nazvat jako problémové. Tyto rodiny však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Dysfunkční rodiny pak tvoří asi 2% a afunkční rodiny 0,5% z celkového počtu rodin.²³⁴ Patologickým projevem dysfunkčních a afunkčních rodin bývá především psychická deprivace, resp. subdeprivace. Patologické vztahy v rodině a především špatný postoj matky k dítěti mohou znemožnit naplnění základních potřeb dítěte, jak biologických, tak psychických. Psychické potřeby lze konkretizovat v pěti vitálních potřebách²³⁵, které byly dosud definovány a výzkumně ověřeny. Uspokojování těchto vitálních potřeb se přednostně a nejlépe realizuje právě ve funkční rodině. Nejsou-li psychické potřeby uspokojovány, vzniká stav, který nazýváme psychickou deprivací. Případů psychické deprivace v současnosti ubývá. Místo ní ale převažuje psychická subdeprivace. Na rozdíl od psychické deprivace, při subdeprivaci nejsou depriváčnické příznaky tak výrazné, určité a

²³³ Srov. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 156.

²³⁴ Srov. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie*. s. 158-159.

²³⁵ 1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. 2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech. 3. Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů. 4. Potřeba společenského uplatnění a hodnoty. 5. Potřeba „otevřené budoucnosti“. Srov. DYTRYCH, Z.; HRDLÍČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in : HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 788.

dramatické. Jednotlivé lehké a jemné odchylky působící nenápadně se stávají závažné až v jejich souhrnu, kdy se může projevit jejich společenská závažnost. Ta spočívá ve ztrátě vnitřní jistoty a vyrovnanosti dítěte, v narušení jeho vztahu k sobě samému a k jeho sociálnímu okolí (v dětství k rodině a přátelům, v dospělosti pak k partnerovi, vlastním dětem, ale i ke spolupracovníkům). V dospělosti mívají často tyto v dětství deprivovaní jedinci potíže s uspokojováním potřeb svých dětí a vystavují je rovněž psychické deprivaci. U takových jedinců se zvyšuje nebezpečí nezvládnutí rodičovské role, a je u nich vyšší pravděpodobnost rozvodu. Složitější otázkou, která přesahuje rámec této práce, je, proč některé děti byly negativně ovlivněny psychickou deprivací, resp. subdeprivací na celý život, zatímco z jiných dětí za stejně nepříznivých podmínek vyrostly harmonické osobnosti.²³⁶

Problematická soužití mezi oběma rodiči jsou provázeny častými hádkami a neshodami a mnohdy končí rozvodem. Pro vývoj dítěte je rozvod jeho rodičů závažným patogenním činitelem, který se obzvláště silně projevuje v období pubescence a adolescence. Rozvodem se dítěti v tomto vývojovém období rozpadá prostředí bezpečí a důvěry, kterou nadměru potřebuje vzhledem k svému dospívání. Protože se nedokáže plně zorientovat v této kritické situaci, dochází u něho ke vzniku pocitu křivdy a k rozčarování. To se promítá do utváření jeho životních hodnot. Takové děti pak poměrně často selhávají při řešení obtížných životních situací a obracejí se k alkoholu, k drogám a projevují se u nich závažné patologické formy chování.²³⁷ Příčinou nezdravého vývoje dítěte v rodině může být i porucha osobnosti u jednoho nebo obou rodičů.

Jedním ze závažných důvodů onemocnění dítěte v rodině může být jeho týrání a zneužívání. „V současné odborné literatuře je syndrom zneužívaného a týraného dítěte uváděn pod zkratkou CAN (child abuse and neglect) (...). Jeho „definice do sebe zahrnuje jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a následkem kterých dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.“²³⁸ Můžeme dále blíže specifikovat jednotlivé typy zneužívání a týrání dítěte, které mohou nastat i v rámci rodiny. Patří sem tělesné a

²³⁶ Srov. DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 788.

²³⁷ Srov. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie*. s. 159.

²³⁸ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in : HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 789.

citové týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání. Tyto způsoby chování a jednání ze strany dospělých prvoplánově přímo ohrožují vývoj dítěte.

Existují ale i některé typy týrání, které se nezdají tak „přímočaré“ a na první pohled zjevné, přesto však mohou mít devastující vliv na zdravý vývoj dítěte. Jedním takovým způsobem týrání je sekundární viktimizace, která bývá také někdy nazývána „systémové týrání“. „Je působeno systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Příkladem takového týrání je nadbytečné a necitlivé vyšetřování dítěte, nevhodné terapeutické postupy, poškozování dítěte zkušenostmi, které získává jako svědek při soudních sporech, zbytečné a alibizmem motivované odebírání dětí rodinám.“²³⁹ Rodina zde může být v roli oběti. Může ale také sama systému zneužít proti dítěti (např. vleklé soudní spory mezi rozvádějícími se manžely, které zasahují traumaticky jejich děti.) Velmi specifickou formou týrání dítěte je Múchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy). Rodiče v těchto případech „vymýšlejí nebo uměle navozují u dítěte příznaky onemocnění s cílem nechat ho opakovaně vyšetřovat, léčit, hospitalizovat.“²⁴⁰

2.2.1.2 Mentální retardace

Většina lidí má jakési povědomí o tom, co je mentální retardace, ale toto povědomí bývá často zatíženo předsudky. Mentální retardace je totiž jedna z obzvláště stigmatizujících poruch. Proto považuji za nutné nejprve představit medicínské definice této závažné poruchy. Pro srovnání zde uvádím dvě vzájemně komplementární definice z odborných publikací: „Mentální retardace je globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince.“²⁴¹ Vágnerová pak ve své monografii ji definuje následovně: „Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“²⁴² Mentální retardace je vrozená (na rozdíl od demence, která vzniká později, a pro kterou je charakteristický úbytek již získaných schopností) a trvalá.

²³⁹ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 789-790.

²⁴⁰ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 790.

²⁴¹ Tamtéž, s. 803.

²⁴² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 289.

Trvalost retardace ovšem nevylučuje možnost určitého zlepšení v závislosti na etiologii poruchy a na kvalitě péče.

Pro mentální retardaci je typické snížení IQ jedince. Není to však zdaleka jediný znak. U mentální retardace se jedná o celý komplex narušení adaptivního chování. Narušení chování nemusí být na první pohled u lehké mentální retardace nápadné, pokud se jedinec pohybuje v chráněném prostředí s výraznou podporou.²⁴³ V praxi ale může nastat zcela protichůdná situace, kterou představuje sociální poškození vývoje rozumových schopností. Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, nelze hovořit o mentální retardaci. V těchto případech nedošlo k poškození centrální nervové soustavy, (které je konstitutivním znakem mentální retardace), ale příčinou stavu je nedostatek přiměřených podnětů. Tento stav není vrozený a nemusí být trvalý.²⁴⁴

Chování mentálně retardovaných je často nápadné a okolím není kladně přijímáno. Pokud chceme hodnotit určité chování jako poruchové, nebo dokonce chceme morálně posuzovat jeho vhodnost či nevhodnost, musí být splněna některá kritéria. Jedním z nich je podmínka, že jedinec je schopný porozumět obecně platným hodnotám a normám a chápe jejich podstatu. V mnoha případech není u mentálně postižených tato podmínka splněna. Následující popis nám pomůže nahlédnout a pochopit motivy nápadného chování těchto lidí. „Lidé s lehčím stupněm postižení sice obvykle vědí, jak by se měli v běžných situacích chovat, ale nelze od nich pokaždé očekávat standardní reakce. Důvodem je odlišné zpracování informací a sklon k jinému způsobu reagování.“²⁴⁵ Jejich myšlení je velmi rigidní, což se projevuje v chování, problémy s hodnocením a reagováním na nové situace a různé okolnosti, které situaci modifikují. I na malou změnu může takový jedinec reagovat nepřijatelně pro okolí. Navíc nestačí, aby jedinec normy a pravidla chápal, ale měl by se dokázat podle nich chovat. Protože se mentálně postižení řídí především emocionálními impulzy, je snížena jejich schopnost sebeovládání, resp. není u nich rozvinuta. Afektivní nepřiměřené reakce mohou být u nich známkou pro ně nadměrné zátěže a projevem neschopnosti reagovat

²⁴³ Srov. DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 803.

²⁴⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 292.

²⁴⁵ Tamtéž, s. 297.

zralejším způsobem. Nepříjemné a někdy i agresivní reakce jsou pro ně obranou v situaci, které nerozumí, a kterou nejsou schopni zvládnout přijatelnějším způsobem.²⁴⁶

Pro sexuální chování těchto lidí je příznačné nerozpoznání společenských norem. Je u nich běžné veřejné obnažování, masturbace a nezvyklé sexuální chování, které není způsobeno úchylkou, nýbrž je dané mentální úrovní.²⁴⁷ Autostimulace nejrůznějšího druhu a automatizmy (např. kývání tělem), které jsou nápadné a trvají dlouhou dobu, jsou většinou obrannými mechanismy, kterými jedinec uvolňuje své napětí z nepříjemných podnětů, nebo působí naopak jako náhradní zdroj podnětů.²⁴⁸

U mentálně retardovaných lidí v období adolescence, resp. mladé dospělosti se někdy zvyšuje sklon k agresivnímu jednání. Agresivní reakce mohou mít různé příčiny: nezvládnutý stres, reakce na negativní postoje okolí, reakce na omezení, kterým jedinec nerozumí, ale i organické poškození mozku, které může zvýšit dráždivost a impulzivitu. Kriminální chování není u mentálně retardovaných běžné, ale můžeme se s ním setkat především u mladších mentálně postižených mužů. Tyto činy nebývají plánované ani připravované, jsou často infantilní, založené na neschopnosti se ovládat.²⁴⁹

Z forezního hlediska, kromě lehké mentální retardace, se vylučuje trestní odpovědnost mentálně retardovaných. U lehčích forem, kdy při trestném činu šlo o pudové či zkratkové jednání, soudní znalci zvažují, zda byly sníženy či zcela vymizely ovládací a rozpoznávací schopnosti pachatele. Dle tohoto posouzení lze případně, řečeno právnickým termínem, přiznat nepřičetnost.²⁵⁰

Mnohem větší riziko však představuje nejrůznější zneužívání mentálně retardovaných, kdy se stávají oběťmi jednání druhých lidí. „Přetrvávající závislost, neschopnost diferencovat míru přiměřenosti chování nejen vlastního, ale i jiných lidí, nekritičnost a sugestibilita jsou příčinou skutečnosti, že mentálně postižení mohou být snadno manipulováni, zanedbáváni, týráni či různým způsobem zneužíváni. Velmi často se nedovedou bránit a mnohdy si ani neuvědomují, že by se bránit mohli. Leckdy vůbec

²⁴⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 297-298.

²⁴⁷ Srov. DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 805.

²⁴⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 298.

²⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 297-298.

²⁵⁰ Srov. DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 805.

nevědí, na co má jiný člověk ve vztahu k nim právo.“²⁵¹ V případě dysfunkčních či sociálně problematických rodin je toto riziko značné.

Léčba a péče o mentálně postižené musí počítat se skutečností, že mentální retardace je trvalé postižení a nelze jej vyléčit. Mentálně retardovaní jedinci dosahují své maximální intelektové úrovně poměrně brzy (před 15. rokem života). Lze ale u nich dosáhnout sice pomalého, ale stabilního rozvoje. Stagnace vývoje nebo dokonce úbytek již získaných kompetencí může souviset s typem postižení, ale může být i důsledkem výchovného zanedbávání.²⁵² Péče o mentálně retardovaného je těžký úkol pro rodinu, odborníky, kteří jsou zainteresováni v léčbě a rehabilitaci o takového člověka, ale i pro širší veřejnost. Ta má na tuto skupinu mentálně retardovaných ambivalentní názor. Metodou sémantického diferenciálu bylo zjištěno, jak lidé charakterizují mentálně retardované pomocí adjektiv. Vedle negativních charakteristik jako např. mladý tlustý, neobratný, impulzivní a emočně labilní, zazněla také pozitivní vyjádření jako např. přátelský, srdečný a důvěřující.²⁵³

Problematika péče o mentálně retardované je velmi složitá. Přijetí diagnózy mentální retardace u malého dítěte rodiči je u nich provázeno psychologickými reakcemi, které známe i z jiných případů sdělení diagnóz nevléčitelných nemocí. První reakcí je popření, druhou agrese, hněv či hledání viníka, třetí apatie a beznaděj až konečně může dojít k akceptaci stavu a smíření. I později mohou rodiče propadat beznaději například z toho, jak malé výsledky jejich výchovné snažení přináší. Cílem veškeré léčby a rehabilitace u těchto lidí je „dosáhnout maximální funkce a ‚fungování‘ dítěte nebo adolescenta v rámci jeho defektu. Je to těžký úkol – úkol na celý život.“²⁵⁴

U poruch psychického vývoje většinou rodina nemá přímý vliv na vznik onemocnění. Etiologie je dána především geneticky nebo dysfunkcí centrálního nervového systému. Pro etické posouzení a zhodnocení však musíme doplnit, že mohou vzniknout u dítěte příznaky téměř shodné s poruchou psychického vývoje, které ovšem mají sociokulturní podklad. „Právě uvedenou tezi lze konkrétně vyložit na problematice dyslexie, která patří mezi poruchy psychického vývoje, přesněji mezi specifické vývojové poruchy školních dovedností (SVPŠD) „Školní obtíže v důsledku nižší

²⁵¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 309.

²⁵² Srov. tamtéž, s. 303.

²⁵³ Srov. tamtéž, s. 307-308.

²⁵⁴ DYTRYCH, Z.; HRDLÍČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 806.

inteligence dítěte, zanedbání školní docházky, nevhodné výukové metodiky či jiných vnějších okolností se ze SVPŠD vylučují.²⁵⁵ Eticky významné je tak odlišení vývojové dyslexie od pseudodyslexie, „která označuje obtíže ve čtení nikoliv na podkladě organickém, nýbrž sociokulturním.“²⁵⁶ Domníváme se, že právě u pseudodyslexie se můžeme oprávněně odvolávat na morální odpovědnost rodiny nebo i společenských organizací a institucí (škola). Plyne z toho, že samotné poruchy psychického vývoje nejsou přímo morálně přičitatelné, ale že podobné důsledky, které mají tyto poruchy, mohou být vyvolány jinými činiteli. V těchto případech lze mluvit o morální odpovědnosti za stav dětí, např. v důsledku zanedbávání či týrání, který však není důsledkem poruchy psychického vývoje.

2.2.1.3 Pervazivní vývojové poruchy

Další podskupinu vývojových poruch představují pervazivní vývojové poruchy. Mezi nejzávažnější z nich patří dětský autismus (F84.0) Dětský autismus je vrozená porucha, která vzniká v důsledku organického poškození mozku. Přesnější etiologie není dosud jednoznačně vymezena a je předmětem různých hypotéz. Poruchu charakterizuje psychopatologie ve třech hlavních oblastech: kvalitativní narušení sociální interakce, narušená komunikace (a hra) a omezené stereotypní chování a zájmy.²⁵⁷ U autistických dětí dochází k poruše socializace, protože trpí nedostatkem sociálního porozumění a interakce. „Autistické děti neprojevují žádný zájem o sociální kontakt, chovají se, jako by ostatní lidé ani neexistovali. (...) Autistické děti nejsou schopny empatie, nerozumějí emočním projevům jiných lidí, nedovedou odhadnout jejich pocity a ladění. Nejspíš si vůbec neuvědomují, že něco takového existuje.(...) Pro tyto děti je typická neschopnost projevit někomu emoční vztah. Nevytváří se obvyklá citová vazba k matce či k dalším členům rodiny. (...) Nechápu význam mezilidských vztahů, specifíčnost a vzájemnost, kterou se liší od kontaktu s věcmi.“²⁵⁸ Konkrétně můžeme popsat projevy autistického chování dítěte následovně: je netečné, mluví stále o jedné věci, neodhadne reálné nebezpečí, opakuje slova (echolálie), přílišná aktivita nebo pasivita, točí a hází věcmi, obliba v neobvyklých předmětech, „předstírá“ hluchotu, bizarní pohyby, nevyhledává

²⁵⁵ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 808.

²⁵⁶ Tamtéž.

²⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 810.

²⁵⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 319-320.

oční kontakt, mnohdy v některé činnosti abnormálně vyniká, nepřiměřený smích, odmítá mazlení, necitlivý k bolesti, používá ruky druhého.²⁵⁹ O každém z těchto příznaků a projevů bychom mohli napsat podrobné zdůvodnění, proč k němu dochází. Není to však cílem této práce. Zde uvedená charakteristika autizmu nám stačí k tomu, abychom v následujícím odstavci přistoupili k sociálním důsledkům tohoto onemocnění pro život postiženého, ale i jeho rodiny.

Prognóza léčby autizmu není příliš dobrá ani při včasné diagnostice, která bývá stanovena většinou do tří let věku dítěte. „V dospělosti zůstávají přibližně dvě třetiny takto postižených závislých na péči rodiny nebo instituce. I tehdy, když se jejich stav celkově zlepší, přetrvávají problémy v komunikaci, sociální odtažitost a podivné chování.“²⁶⁰ Specifická farmakologická léčba dětského autizmu neexistuje. Její pomocí lze jen upravit některé dílčí poruchy chování. Důležitá je behaviorální psychoterapie a speciálně-pedagogické působení stejně jako terapeutická práce s rodinou. Pro rodiče jsou příznaky autizmu jejich dítěte velmi zatěžující. Obtížně přijatelná je pro ně především lhostejnost dítěte. Neméně zraňující je pro celou rodinu stigmatizace onemocnění veřejností. „Laická veřejnost tyto děti obvykle posuzuje stejným způsobem jako mentálně retardované a jejich nestandardní reakce (např. lhostejnost k lidem či různé automatismy a agresivní projevy) považuje za pouhou nevychovanost. Proto bývají ve větší míře stigmatizováni i jejich rodiče, je jim neoprávněně přisuzována vina nejen za vznik, ale i za aktuální chování dítěte. Rodiče autistických dětí mohou po určité době, v důsledku negativních zkušeností, interpretovat veškeré reakce okolí generalizovaně jako nepřátelské.“²⁶¹ Taková rodina se pak může snadno dostat do sociální izolace. Proto, kromě pomoci odborníků, jsou velmi užitečná rovněž i svépomocná sdružení rodičů autistických dětí, kde si mohou rodiny poskytnout vzájemnou podporu, sdílet své prožitky a vyměňovat si zkušenosti.²⁶²

²⁵⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 321.

²⁶⁰ Tamtéž, s. 327.

²⁶¹ Tamtéž, s. 328.

²⁶² Srov. tamtéž, s. 329 - 330.

2.2.1.4 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci, které jsou v MKN-10 kódovány značkami F 90- F 98, lze blíže rozdělit na následující podskupiny: hyperkinetické poruchy (F90), poruchy chování (F91), smíšené poruchy chování a emocí (F92), emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93), poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94), tikové poruchy (F95) a jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci (F98).²⁶³ Stejně jako v předchozích odstavcích se i zde budeme zabývat jednotlivými podskupinami poruch, a to s ohledem na etické problémy, které s sebou přinášejí pro malé pacienty i jejich rodiny.

Hyperkinetické poruchy zahrnují zejména diagnózy porucha aktivity a pozornosti (F90.0) a hyperkinetická porucha chování (F90.1). Poněkud zvláštní postavení má, i v českém prostředí hojně užívaná, anglická zkratka ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder = syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou), která sice koresponduje s diagnózou F90.0 v MKN-10, ale má širší pojetí. Je užívána v klasifikaci Americké psychiatrické společnosti DSM -5 z roku 2013.²⁶⁴ Poruchu aktivity a pozornosti (F90.0) lze považovat za podskupinu ADHD. Časté terminologické změny, ale i změny celých konceptů hyperkinetických poruch, jsou jednou z příčin, proč jsou dosud u nás tyto poruchy nedostatečně diagnostikovány a léčeny. Další důvody tohoto stavu lze nalézt například v organizaci diagnostiky a péče o děti s těmito poruchami, ve které nejsou jasné kompetence jednotlivých odborníků (dětské psychiatry, dětské neurologové, dětské psychologové, pediatri, pedagogicko - psychologické poradny).²⁶⁵

Hyperkinetické poruchy v současnosti řadíme k neuro-vývojovým poruchám. Etiopatogeneze se skládá ze zevních (negenetických) faktorů, mezi které patří například

²⁶³ Srov. Appendix MKN-10 – přehled všech kategorií. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 842-843.

²⁶⁴ Srov. Poznámka pod čarou č. 14 v kapitole 1.1.2. Psychicky nemocný, Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) této práce.

²⁶⁵ HRDLÍČKA, M., DUDOVÁ, I., Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. In HOSÁK, L.; HRDLÍČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 357-358.

perinatální komplikace a úrazy a genetické faktory. Nejnověji se uvažuje i o vlivech ekologických (spad těžkých kovů, radioaktivita).²⁶⁶

Pro stanovení diagnózy hyperkinetické poruchy (F90.0, případně F90.1) se požaduje, aby byly přítomny tři základní symptomové okruhy: 1. nepozornost, 2. hyperaktivita, 3. impulzivita. Ve svých konkrétních projevech jsou tyto symptomy velmi těžce akceptovatelné okolím a to nejen ve školním prostředí, které je však citlivým indikátorem těchto poruch. Učitelé charakterizují chování dítěte s hyperkinetickou poruchou takto: „Stále mluví, vyhrkne, co chce, co jej zrovna napadne, přerušuje druhé, skáče do řeči, drmolí si sám pro sebe, pošťuchuje a provokuje druhé, šaškuje, pitvoří se, poutá pozornost, má počmárané, pošpiněné, zmuchlané, roztrhané sešity, knihy, pracuje s extrémními výkyvy, jednou na jedničku, jindy na čtyřky, pětky.“²⁶⁷ Rodiče referují o chování dítěte s hyperkinetickou poruchou rovněž poměrně negativně: „Je jako z hadích ocásků, všude šmejdí, rejdí, stále někam leze, všechno rozhází, shodí, často něco rozbije, šlápne do každé louže, z venku se vrací umazaný, potrhaný, s rozbitými koleny, hlavou, má časté úrazy.“²⁶⁸

U těchto dětí dochází k sociální maladaptaci. Z důvodů neadekvátní sebekontroly, familiárnosti nepřislušné věku a neschopnosti souhry s vrstevníky, jsou děti s diagnózou F90 odmítány všude (doma, ve škole, ve sportu, v kolektivu dětí i dospělých). Tím se zpětně zhoršuje další sociální vývoj dítěte. „Frustrace ze sociální neúspěšnosti a snížená tolerance ke stresu vede k šaškování, negativizmu, dysforii²⁶⁹, později k poruchám chování (ke lhaní, krádežím, necitlivosti ke zvířatům a lidem, k riskování, hazardu, bláznivým sázkám, agresivním jízdám na motorkách, k honičkám s auty, často kradenými) a ještě později k delikvenci (v 60-75%), v poslední době často spojené se zneužíváním návykových látek.“²⁷⁰

Hyperkinetická porucha chování musí kromě diagnostických kritérií pro poruchu aktivity a pozornosti naplňovat i některá kritéria pro poruchu chování. „Určitá míra narušeného chování a zlobení provází i čistou poruchu aktivity a pozornosti a vyplývá

²⁶⁶ Srov. DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 813.

²⁶⁷ Tamtéž.

²⁶⁸ Tamtéž.

²⁶⁹ „Dysforie = rozlada, pocit nepohody (...) Opak: euforie.“ In VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. s. 98

²⁷⁰ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 813.

z podstaty příznaků hyperaktivity a impulzivity. Diagnóza hyperkinetické poruchy chování je však kvalitativně jiná – narušené chování je zřetelně násilné, bezohledné, závažně abnormální a blíží se obrazu kriminální delikvence (nebo ho již naplňuje).²⁷¹ Konkrétně pro tuto diagnózu musí být splněno několik kritérií z následujícího výčtu: výbuchy zlosti, zlomyslnost a pomstychtivost, lhaní, krádeže, rvačky, používání zbraní, toulání se, krutost vůči lidem a zvířatům, ničení majetku atd.²⁷²

Poruchy chování (F91) tvoří další podskupinu této kapitoly, kam patří zejména porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0), nesocializovaná porucha chování (F91.1), socializovaná porucha chování (F91.2) a porucha opozičního vzdoru (F91.3). Je ale na tomto místě nutné přesněji vymezit používání termínu „poruchy chování“. Poruchy chování se totiž týkají více diagnostických kategorií. Podle MKN-10 se vztahují poruchy chování v užším slova smyslu k diagnostické podskupině F91, k hyperkinetické poruše chování (F90.1), k poruchám přizpůsobení (F43.24, 43.25) a k poruchám sociálních vztahů (F94.1, 94.2). „Všechny tyto diagnózy jsou vlastně „sběrným koší“ pro obtížné a neposlušné chování dětí a adolescentů.“²⁷³

Jak jsme v předchozím odstavci naznačili, poruchy chování představují obecnější pojem vztahující se k více diagnózám a není proto zcela účelné v dalším výkladu o těchto poruchách postupovat přesně podle jednotlivých diagnóz. Z hlediska klinické praxe je vhodné rozdělit diagnózy do dvou skupin podle dobré/ špatné prognózy vývoje onemocnění. Je důležité mít na zřeteli skutečnost, že poruchy chování často začínají v dětském věku a adolescenci a jejich vývoj může, ale nemusí ovlivnit zásadně dospělost takto postižených lidí.

Mezi poruchy se špatnou prognózou patří dezinhibovaná přichylnost v dětství (F94.2), nesocializovaná porucha chování (F91.1) a porucha opozičního vzdoru (F91.3). Dezinhibovaná porucha přichylnosti v dětství vzniká během prvních pěti let života. „Nevytvoření láskyplného vztahu mezi rodičem (vychovatel) a dítětem vede k selhání v dalším vývojovém úkolu - v separaci.“²⁷⁴ Další vývoj jedince s touto

²⁷¹ HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I., Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. In HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 362.

²⁷² Srov. tamtéž.

²⁷³ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 814.

²⁷⁴ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 816.

poruchou bývá většinou problematický s patologickými problémy, které mají svůj podklad v raném vývoji. Nesocializovaná porucha chování (F91.1) má typický rys v podobě disharmonického vývoje osobnosti. V chování dětí s touto poruchou dominuje předčasná sexuální zralost s nedostatečným či opožděným morálním vývojem, bezohledný hédonismus bez altruistických postojů a výrazné oslabení volní složky. Při těžké poruše tohoto typu se kumulace agrese projevuje vážným ublížením na zdraví, loupežnými přepadeními, znásilněními apod. „Násilník užívá více tyčí, nožů, želez, řetězů a ostatních druhů zbraní, včetně střelných, než přímého boje. Je typická kumulace všech druhů antisociálního chování.“²⁷⁵ Poruchu opozičního vzdoru (F91.3) lze označit za určitého vývojového předchůdce nesocializované poruchy chování. Diagnostikuje se u dětí do 10 let věku.²⁷⁶

Mezi poruchy s lepší prognózou řadíme ostatní poruchy chování. Patří mezi ně porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0). Zde je agresivní a disociální chování omezeno jen na vlastní rodinu. Mimo rodinu jsou u této poruchy normální sociální vztahy. Socializovaná porucha chování (F91.2) se zakládá na zapojení jedince do skupiny vrstevníků s určitým přátelstvím, rituály a strukturou organizace. Často však tato skupina vykazuje delikventní aktivitu. Vztahy v rodině mohou být normální, ale vztahy k autoritám bývají u takového jedince špatné. Důležitým symptomem je specificky negativní vztah ke škole. Tuto poruchu charakterizujeme v běžné řeči slovním obratem „chytit se špatné party“. U smíšených poruch chování a emocí (F92) přistupuje k poruchám chování ještě výrazná emoční porucha a neurotické symptomy (úzkost, bázlivost, fobie, hypochondrie). Pokud je porucha chování maladaptivní reakcí na trvale nepříznivé zevní okolnosti je diagnostikována jako porucha přizpůsobení (F43).²⁷⁷

U poruch sociálních vztahů v dětství a adolescenci začínají diagnózy kódem F94. Nejvýznamnější z nich, a pro tuto práci, vzhledem k morální závažnosti, nejdůležitější je reaktivní porucha příchyllosti v dětství (F94.1). U této poruchy dochází ke specifické poruše adaptace v útlém dětství (věk 2-5 let), v jejímž důsledku vzniknou trvalé abnormality v sociálních vztazích, které vedou rovněž k citové poruše. „Do této

²⁷⁵ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 816.

²⁷⁶ Srov. tamtéž.

²⁷⁷ Srov. tamtéž, s. 816-817.

diagnostické kategorie by se řadil podle dřívější terminologie syndrom týraného a zneužívaného dítěte a syndrom citové deprivace. Charakteristická je určitá bázlivost, ambivalentní sociální reakce, neschopnost unést změnu (...), chudost sociální interakce s vrstevníky i dospělými, často apatie, neprospívání, tělesné i duševní zaostávání. (...) Abnormní charakter vztahu je trvalý, i když přece jen reaguje na výrazně pozitivní změny péče.“²⁷⁸ Tato porucha se ovšem neprojevuje zákonitě u všech zneužívaných a zanedbávaných dětí.

Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství a adolescenci jsou další podskupinou a mají podle MKN-10 kódové označení F93. Podrobněji je členíme na separační úzkostnou poruchu v dětství (F93.0), fobickou úzkostnou poruchu v dětství (F93.1), sociální úzkostnou poruchu v dětství (F93.2) a poruchu sourozenecké rivality (F93.3.). Pro úplnost zbývá ještě vyjmenovat diagnózy jiné emoční poruchy v dětství (F93.8) a emoční poruchu v dětství nespecifikovanou (F93.9)²⁷⁹ V našem textu se nebudeme věnovat všem podskupinám, ale vybereme jen některé z nich, které považujeme za významné z hlediska četnosti výskytu a společenské závažnosti.

Významnou roli u emočních poruch v dětství hraje fenomén úzkosti. Samotná úzkost má pro vývoj dítěte na jedné straně stimulující a progresivní funkci, na druhé straně, dosáhne-li úzkost nadměrného stupně a patologických forem, může bránit vývoji a zrání dítěte. Patologickou úzkost u dětí a adolescentů je třeba „posuzovat z hlediska kvantitativního, z hlediska obsahu či objektu, z hlediska vývojového, z hlediska způsobu reakce a z hlediska omezení životních a vývojových možností úzkostnými stavy.“²⁸⁰

Separací úzkostná porucha v dětství (F93.0) je charakteristická úzkostnými symptomy, které mají zdroj v separaci od rodičů či jiných milovaných osob. Je třeba předeslat, že zvýšená úzkost ze separace je normální vývojový jev v životě jedince. Běžně se vyskytuje u dětí od 6. - 7. měsíce života a vrcholí kolem 18. měsíce. Postupně s vývojem tato separační úzkost ustupuje. „Separací úzkostnou poruchu diagnostikujeme tehdy, dosahuje-li tato úzkost nadměrného stupně nebo přetrvává-li

²⁷⁸ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 817.

²⁷⁹ Srov. Appendix MKN-10 – přehled všech kategorií. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 842.

²⁸⁰ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 818.

nadměrná úzkost při odloučení blízkých osob i ve starším věku (...).“²⁸¹ Dále jsou specifikovány patologické formy, kterých může tato úzkost nabývat. Výskyt některé z těchto forem příznaků slouží jako diagnostické kritérium.

Sociálně závažný je především syndrom tzv. „školní fobie“, který je často následkem separační úzkostné poruchy v dětství. Dítě odmítá v takových případech chodit do školy ze strachu z odloučení od blízké osoby. Název syndromu „školní fobie“ odkazuje na objekt patologického strachu. Jeho vznik je ale třeba hledat „doma“.²⁸² Prognóza této poruchy je spíše příznivá. Až 80% pacientů se separační úzkostnou poruchou dosáhlo remise během 18 měsíců. Léčba u lehčích případů malých dětí, kdy potíže trvají krátce, spočívá pouze v racionálním vysvětlení rodině a v expozici dítěte separaci (Dítě musí chodit do školy). Za pokroky je vhodné dítě přiměřeně odměnit. Jindy stačí organizační opatření v rodině spočívající v tom, že dítě do školy odvádí jiná osoba než ta, na kterou je dítě nejvíce emočně fixováno. U vážnějších případů lze přistoupit k hospitalizaci, kdy tato „vynucená separace“ umožní dostat symptomy poruchy v řádu několika týdnů pod kontrolu.²⁸³

Mezi jiné úzkostné poruchy v dětství (F93.8) lze zařadit i tzv. krizi identity. Ta je typická pro adolescenci a charakterizují ji pocity nedostatečnosti, depresivní rozlady, ale i suicidální tendence a další příznaky. Tyto příznaky mají původ opět v úzkosti, která je založena na nejistotě spojené s hledáním odpovědí na existenciální otázky. Mladý člověk se často ptá: Kdo jsem a za koho mě považují druzí? Co je mým úkolem zde na světě? „Krise identity se projevuje významnou ztrátou jistoty v oblasti dlouhodobých cílů, volby povolání, okruhu známých, sexuální orientace, náboženské orientace, morálních hodnot a skupinové loajality.“²⁸⁴ Pro lékaře je důležité odlišit krizi identity od schizofrenní a afektivní poruchy, případně být si vědom jejich možného rozvoje.

²⁸¹ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 818.

²⁸² Srov. tamtéž.

²⁸³ Srov. HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I., Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. In HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 376-377.

²⁸⁴ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 819.

2.2.1.5 Schizofrenie

V adolescenci se může projevit rovněž jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění: schizofrenie. „Celosvětově je udáváno, že v 60-70% propukne před 25. rokem věku (ve 40% před 20. rokem, v 5% před 15. rokem).“²⁸⁵ Současná definice tohoto onemocnění, jak ji uvádí Marie Vágnerová, zní: „Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“²⁸⁶

Abychom lépe a důkladněji charakterizovali toto onemocnění, připojujeme následující popis. Schizofrenie „narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Mění vztah nemocného ke skutečnosti. Odcizuje se ostatním lidem. Psychóza vede ke změnám osobnosti, které způsobí, že nemocný mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze. Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, cítění a jednání. Snižuje kvalitu lidského života. Zvyšuje mortalitu. Působí vleklou neschopností uspokojivě naplnit život a dostát životním rolím. Společnost vynakládá na zdravotní péči a výdaje spojené s péčí o nemocné schizofrenií velké množství peněz. Pro schizofrenii je charakteristická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i odpovědi na léčbu. Mnohočetné jsou pravděpodobně i etiologické procesy, které k onemocnění vedou. (...) Ze subjektivního hlediska působí schizofrenie hluboké odcizení, napětí a nejistotu. Ty vedou ke zkreslení nebo přetvoření skutečnosti. Dochází k dezorganizaci a úpadku duševních funkcí, které vyžadují duševní sílu a energii.“²⁸⁷ Schizofrenní onemocnění je často chronické, léčba se počítá na měsíce a roky, medikace může být i doživotní.

U schizofrenie jsou popsána jednotlivá stadia průběhu nemoci, jež jsou klíčová pro pochopení její dynamiky. Jako první fáze schizofrenie je popsáno premorbidní období. Toto období je alespoň u části nemocných jedinců spojeno s jemnými odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Projevuje se poruchami pozornosti, výkonu v neuropsychologických testech a sociálním stažením. Odlišnost nemá specifický charakter a bývá i zcela nenápadná. Fáze premorbidní dispozice přechází nejčastěji v

²⁸⁵ DYTRYCH, Z.; HRDLIČKA, M.; LORENC, J., et al. Dětská a dorostová psychiatrie, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*,. s. 793.

²⁸⁶ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. s. 333.

²⁸⁷ LIBIGER, J., Schizofrenní poruchy. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 342.

adolescenci do prodromálního období.²⁸⁸ „Nespecifické příznaky tohoto období jsou již nápadnější a mohou se stát důvodem ke kontaktu se zdravotnickým prostředím. Jsou charakterizovány příznaky jako kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštňené vnímání a sklon ke vztahovačnosti. Typické jsou především negativní příznaky:²⁸⁹ ztráta spontaneity, emoční stažení a zploštění, nemluvnost. (...) Prodromální symptomy patří k běžné lidské zkušenosti, a tak se mnozí obávají, že jejich interpretace jako choroby povede ke zbytečné léčbě a stigmatizaci lidí procházejících adolescentní krizí.“²⁹⁰ Je ovšem důvodná domněnka, že negativní symptomy předcházejí první psychotickou epizodu, která představuje další fázi onemocnění.

Z právě uvedeného ovšem plyne závažné dilema, zda vůbec začít v tomto období prodromů psychiatricky intervenovat. Pokud dojde totiž k intervenci je pravděpodobné, že jedinec bude pro tuto intervenci stigmatizován a nastoupí „kariéru psychicky nemocného“ s důsledky, které jsou popsány výše v kapitole 2.1.2 V tomto stadiu se totiž stav může ještě spontánně upravit a nemusí vůbec dojít k psychotické epizodě. Rodina má samozřejmě tendenci v tomto stadiu nemoci vykládat ji nepatologicky. Připomeňme ještě jednou výše uvedené zjištění, že totiž rodina rozpoznává časově duševní onemocnění svého člena až jako jedna z posledních sociálních skupin, ve které se nemocný pohybuje. Na zvláštní chování člověka mnohem dříve upozorňují učitelé, kolegové v práci či přátelé.

První psychotická epizoda „nastupuje po prodromech a má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, projevující se psychotickými příznaky. „Dochází k pronikavé změně sociální a pracovní kompetence, která vede k zneschopnění pacienta a většinou k jeho hospitalizaci. V psychotické atace se vedle bludů a halucinací uplatní celý rejstřík schizofrenní patologie odpovídající příslušné formě onemocnění.“²⁹¹ Akutní

²⁸⁸ Srov. LIBIGER, J. , Schizofrenní poruchy. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, 353.

²⁸⁹ Praktické se jeví dělení na pozitivní a negativní dělení příznaků. „Předpokládá se, že pozitivní příznaky (např. bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, katatonní symptomy) jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, zatímco negativní symptomy (např. výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, abulie, neschopnost iniciovat cílevědomé jednání, sociální stažení) vznikají jako důsledek jejich útlumu.“ In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 336-337.

²⁹⁰ LIBIGER, J. , Schizofrenní poruchy. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 353.

²⁹¹ Mezi základní formy schizofrenie patří paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní schizofrenie. Některé symptomy jsou specifické pro jednotlivé formy. Chronický stav přetrvávající po odeznění ataky může vést k diagnóze reziduální schizofrenie.

onemocnění (psychotickou epizodu či psychotickou ataku) charakterizují především pozitivní symptomy.

Jak se schizofrenie po první atace bude vyvíjet dál, záleží na více faktorech. „První akutní ataka onemocnění má dobrou prognózu. Lieberman²⁹² zjistil plnou remisi u 75 % sledované skupiny prvních epizod onemocnění a u dalších 12 % remisi s reziduem. Medián trvání ataky do remise byl 12 týdnů. Po první epizodě dochází u většiny nemocných k relapsům. Množství pacientů, kteří prodělají pouze jedinou epizodu onemocnění, se pohybuje mezi 15-22 %. Po období relapsů a remisí v různých průběhových variantách dochází často ke stabilizaci a někdy i k trvalé remisi jen s nepatrnou reziduální symptomatikou.“²⁹³ Mezi faktory určující postpsychotický stav patří včasnost a povaha poskytnuté léčby během ataky onemocnění, dostupnost rehabilitace a účinná ochrana před zátěží. Ta pochází především od rodiny nemocného, jeho blízkých a vliv má i společenská a pracovní perspektiva.²⁹⁴

Ve výsledném klinickém stavu hraje významnou roli symptomatické zlepšení. Lze ale též nezávisle na něm hodnotit sociální zlepšení, schopnost samostatného života a způsobilost plnit společenské role a očekávání. Symptomatické zlepšení nemusí korespondovat s celkovým výsledným stavem.²⁹⁵ Pro nemocného schizofrenií je subjektivně často důležitější komplexní zotavení (angl. recovery), než pouhé odeznění patologických symptomů. Dochází tak k zajímavým situacím, kdy například z lékařského hlediska pacient s mírným reziduem schizofrenie dokáže mnohem méně než pacient s těžkou formou nemoci, který sociálně dobře prospívá. Popis, řešení a hodnocení nejen této exemplární situace je předmětem sociální psychiatrie. V následujícím odstavci se proto budeme věnovat sociálnímu a psychologickému pohledu na schizofrenii.

Mezi odborníky najdeme psychiatry, pro něž schizofrenie představuje především poruchu sociálních vztahů a psychologické selhání. Schizofrenie je pak pro ně „důsledkem narušené schopnosti adaptivně řešit problémy týkající se osobního vývoje a rodiny. Projevuje se selháním psychologických zábran při zvládnání mnohočetných a nepříznivých sociálních vlivů. Role biologicky zakotvené dispozice a biologických

²⁹² Srov. LIEBERMAN, J. Reintegration of the Schizophrenic Patient. London:Science Press, 1998.

²⁹³ LIBIGER, J., Schizofrenní poruchy. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 353.

²⁹⁴ Srov.tamtéž.

²⁹⁵ Srov. tamtéž, s. 354.

vlivů prostředí je v některých případech k původu schizofrenního onemocnění zredukována na minimum, pokud o ní lze vůbec hovořit.²⁹⁶

Sociální a psychologické faktory ovlivňují na jedné straně riziko vzniku onemocnění, ale mají rovněž vliv na jeho průběh a úspěšnost léčby. U lidí trpících schizofrenií se často vyskytuje nízké sociální postavení. Historicky se z počátku uvažovalo na základě starších epidemiologických studií o tom, že nízké sociální postavení může být živnou půdou pro vznik schizofrenie. „Tyto nálezy byly později vysvětleny teorií sociálního skluzu, která předpokládá, že nižší sociální postavení schizofreniků není příčinou, ale důsledkem onemocnění. Odráží nemocí zapříčiněný skluz do nižších výdělkových kategorií a horších podmínek života.“²⁹⁷ K sociálnímu poklesu dochází nejvýrazněji právě po první epizodě onemocnění. Další sociální nález se týká závažných životních událostí (významná ztráta nebo změna v životě). Dnes je jejich spouštěcí vliv u prvních epizod onemocnění považován za málo pravděpodobný. Jinak je však tomu u relapsu schizofrenie, kdy pro pacienty neužívající léky mohou závažné životní události významně přispět k relapsu.²⁹⁸

Z pohledu etiky představuje důležité téma tzv. emoční expresivita (angl. expressed emotions, EE). Ta má prokazatelně významný vliv na úspěch léčby a na riziko relapsu. „Emoční expresivita (EE) je měřítkem emocí vyjádřených v běžném životě lidmi, kteří o pacienta pečují a žijí s ním, jeho příbuzných a blízkých.“²⁹⁹ Měří se pomocí semistrukturovaného rozhovoru s těmito blízkými lidmi (tzv. Camberwellský rozhovor s rodinou). „Relaps schizofrenní psychózy předvídají vysoké skóre na stupnici kritických komentářů, nepřátelství a nadměrného emočního zaujetí. Při metaanalýze dat z 25 studií se ukázalo, že v prostředí s vysokou emoční expresivitou byl zaznamenán více než dvojnásobný počet relapsů onemocnění za stejné časové období. (...) Emoční expresivita odráží prostředí, kterému je nemocný vystaven, a které ovlivňuje jeho odolnost v průběhu onemocnění. Mezi charakteristiky takového prostředí patří úzkost a strach pečovatелů, jejich sklon připisovat nedostatky nemocného jiným důvodům než nemoci a obviňovat ho, povrchní naslouchání toho, co nemocný sděluje a snížená schopnost vyrovnat se s jeho nemocí. Spadá mezi ně také větší kritičnost a nižší

²⁹⁶ LIBIGER, J. , Schizofrenní poruchy. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 382.

²⁹⁷ Tamtéž, s. 383.

²⁹⁸ Srov. Tamtéž.

²⁹⁹ Tamtéž.

autonomie nemocného a sklon k rigidní, konfliktní a převážně negativní interakci mezi nemocným a okolím.³⁰⁰ V uvedeném kontextu je důležité připomenout důležitost psychoedukace a rodinné terapie v léčbě schizofrenního onemocnění. Tyto prostředky mohou pomoci rozetnout bludný kruh, který lze popsat následovně: „Nemoc vyvolá poruchu ve vztahu k blízkým lidem a ta pak působí jako silná psychologická zátěž, zhoršuje předpoklady pro úzdravu a vede k exacerbaci choroby, která dále interakci v rodině nebo blízkém okolí nemocného narušuje.“³⁰¹

Schizofrenie patří mezi závažná onemocnění a lze na ni vztáhnout též obecnější pravidla, která platí pro jakoukoliv závažnou nemoc. Ta totiž není jen záležitostí jedince, ale ovlivní život celé rodiny. Onemocnění blízkého člověka znamená ohrožení hodnoty, kterou představuje vztah příbuzných k němu. Je to stresová situace a vyrovnání s ní ze strany rodinných příslušníků probíhá v podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc. V počátcích dlouhodobého onemocnění se u blízkých členů rodiny objevuje jeho popírání. To má dva cíle: 1. Slouží k obraně emoční rovnováhy blízkých lidí. 2. Slouží k ochraně nemocného. Obdobně jako nemocný, cítí se i jeho blízcí dezorientováni a rovněž trpí úzkostí a strachem z budoucnosti vlivem nemoci člena rodiny. Konkrétní reakce mohou být různé, ale všechny jsou projevem potřeby něco účelného udělat. Tendence najít žádoucí řešení situace mohou vést i u zdravých rodinných příslušníků k iracionálnímu jednání. Kromě rozumové složky je péče o nemocného aktivována i emocionálně. Jde o citový vztah, jak ukazuje předchozí odstavec o emoční expresivitě, ale i o vědomí povinnosti³⁰² „Nemoc blízkého člověka vždycky představuje značnou zátěž. Vědomí jeho utrpení, resp. ohrožení, ale i změna chování nemocného vyvolávají různé reakce. Není tedy snadné chovat se požadovaným způsobem.“³⁰³ Obecně je kontakt s těžce nemocným náročný a vede k vynucené změně životního stylu rodiny. Péče o nemocného je vyčerpávající. Mění se rovněž i sebehodnocení zdravého partnera, resp. rodiče, dospělého dítěte apod.³⁰⁴

V minulém století vznikala celá řada teorií (např. genetických, neurobiologických, neurokognitivních a psychodynamických), které se snažily vysvětlit příčinu a průběh

³⁰⁰ LIBIGER, J. , Schizofrenní poruchy. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 383.

³⁰¹ Tamtéž.

³⁰² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 92-93.

³⁰³ Tamtéž, s. 93.

³⁰⁴ Srov. tamtéž, s. 94.

schizofrenie. Nutno dodat, že často se tyto teorie stavěly do příkrých rozporů. „V poslední době se stále více prosazuje model multifaktoriální podmíněnosti. Tento model patří obecně do bioekopsychosociálního modelu nemoci, kdy je vznik nemoci dán spolupůsobením genetických, biologických faktorů a faktorů prostředí, přičemž se tyto faktory vzájemně podmiňují.“³⁰⁵ Vzhledem k zaměření této práce byl kladen důraz na sociální a psychologickou dimenzi schizofrenie, která může zakládat morální odpovědnost všech, kteří s touto nemocí přijdou do kontaktu, ať už jako pacienti, lékaři, rodinní příslušníci nebo ostatní pečující.

2.2.1.6 Závislost na nealkoholových drogách

Závislosti nejrůznějšího druhu často komplikují a někdy i rozvracejí rodinný život. Etické problémy v rodině spojené se závislostí si představíme až po popisu návykových nemocí z odborného hlediska. Jen za předpokladu porozumění problému závislosti resp. návykové nemoci, lze správně eticky hodnotit morální problémy, které návykové nemoci vyvolávají (nejen) v rodině.

S tématem závislosti se v běžném životě můžeme často setkat. Často ale na ni neumíme správně reagovat. „Na problém závislosti málo myslí jak lékaři prvního kontaktu, tak i lékaři odborní, sami pacienti pak nejsou v těchto potížích sdílní. Laická veřejnost často mylně nepovažuje závislost za chorobu. Závislého člověka někdy neprávem posuzuje tak, jako by se dostal do problémů jen svým vlastním přičiněním, svou vlastní vinou. Především v ní však převládá názor, že kdyby postižený chtěl, situaci změni sám. Jako chorobu, a to vážnou, je schopno si stav přiznat nebo posoudit jen malé procento nemocných, a ne o mnoho větší počet lidí z pacientova okolí.“³⁰⁶ Závislost, její vznik a průběh, má ovšem své zákonitosti a je vážnou nemocí. Základem dobrých výsledků léčby závislosti je předpoklad, že na ni budeme nazírat jako na nemoc, resp. duševní poruchu.

V MKN-10 najdeme návykové nemoci na dvou místech. Kritériem rozdělení je předmět závislosti, tzn. na čem je nemocný závislý. Návykové poruchy mohou být vyvolané psychoaktivními látkami (kód diagnóz v MKN-10 je pro ně F10-F19), ale existují také tzv. nelátkové závislosti (kód diagnóz v MKN-10 je pro ně zahrnut

³⁰⁵ PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 43.

³⁰⁶ HELLER, J., *Závislost jako aktuální problém*. In HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. (eds.) *Pavučina závislosti*, Praha: Togga, 2011, s. 7.

v podskupině F63). Přes mnoho společných rysů je vhodné toto rozlišení návykových poruch vyvolaných psychoaktivními látkami od návykových poruch vyvolaných jinými fenomény či skutečnostmi respektovat.

V této práci se budeme věnovat závislostem na dvou místech. Důvodem proto je rozdíl závislosti na alkoholu a nelátkových závislostí od závislosti na nealkoholových drogách z hlediska věku. „Alkoholici jsou častěji lidé starší, kteří založili vlastní rodinu, mají (resp. měli) partnera a děti, i nějakou profesi. V tomto případě trpí více nová rodina, manželský partner a děti.“³⁰⁷ Rovněž nelátkové závislosti, zejména workholismus, jsou problémem lidí v produktivním věku. Proto se budeme závislostí na alkoholu a nelátkovými závislostmi zabývat až v podkapitole o etických problémech psychicky nemocného dospělého v produktivním věku. Naproti tomu, mezi uživateli jiných psychoaktivních látek, které se označují obecně jako drogy, převažují mladí lidé, jejichž zázemí tvoří původní rodina. V následujícím textu se proto zaměříme na sociální dopady v rodině, které představuje závislost mladého člověka na nealkoholových drogách. Nejprve si však stručně představíme problematiku duševních poruch vyvolaných účinkem drog z psychiatrického hlediska.

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek se člení jak podle typu návykové látky, tak podle typu způsobené poruchy. Kombinací obou hledisek tak dospějeme ke konkrétní diagnóze.³⁰⁸ Typy poruch mohou být následující: akutní intoxikace (F1x.0), škodlivé užívání (F1x.1), syndrom závislosti (F1x.2), odvykací stav (F1x.3), odvykací stav s deliriem (F1x.4), psychotická porucha (F1x.5), amnestický syndrom (F1x.6), reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7), jiné duševní poruchy a poruchy chování (F1x.8) a nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování (F1x.9).³⁰⁹

Své místo zde má charakterizovat samotnou závislost na psychoaktivní látce. Nejprve se tematicky zastavíme u škodlivého užívání (F1x.1) a jeho léčbě. Škodlivé užívání můžeme částečně chápat jako předstupeň či nejmírnější formu závislosti. Dále bude naše pozornost upřena k syndromu závislosti (F1x.2), který lze charakterizovat

³⁰⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. s. 569.

³⁰⁸ Např. Kód F10.20 definuje diagnózu Syndromu závislosti na alkoholu, kdy v současnosti pacient abstinuje. Syndrom závislosti a abstinence jsou znaky nemoci a stavu léčby, zatímco alkoholem v této diagnóze je definována psychoaktivní látka.

³⁰⁹ Srov. Appendix MKN-10 -přehled všech kategorií..in: HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s.838.

jako střed či jádro problematiky užívání psychoaktivních látek. Z výčtu v předcházejícím odstavci je zřejmé, že škodlivým užíváním a syndromem závislosti se celé téma poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek nevyčerpává. Domníváme se však, že tyto dva typy poruch představují společensky nejzávažnější problém, který navozuje řadu etických otázek (nejen) v rodině.

Škodlivé užívání je, dle definice MKN-10, „vzorec užívání, který poškozují zdraví. Poškození může být somatické (např. u případů hepatitidy při intravenózní aplikaci látek) nebo duševní (např. epizody depresivní poruchy, objevující se sekundárně při těžkém pití).“³¹⁰ Škodlivé užívání návykových látek je v populaci rozšířeno do té míry, že jeho léčba přesahuje kapacitu specializovaných zařízení. Přitom nelze podceňovat závažnost této diagnózy. To dokládá například skutečnost, že mnohé návykové látky vstupují do riskantních interakcí s psychofarmaky. Jako vhodné řešení této situace, kdy specializovaná pracoviště kapacitně nedostačují na léčbu škodlivého užívání, se jeví tzv. krátká intervence³¹¹, kterou může provádět kterýkoliv lékař.³¹²

Syndrom závislosti je definován podle MKN-10 jako „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák (...)“³¹³. Výskyt a počet jednotlivých specifických fenoménů, které jsou přesně definovány, jsou pak kritérii ke stanovení této diagnózy.³¹⁴

Pro etické posouzení léčby syndromu závislosti je zajímavé a důležité empirické zjištění, že „silná vůle“ závislého není zpravidla dost „silná“ k překonání závislosti.

³¹⁰ NEŠPOR, Karel, Návykové nemoci. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 558.

³¹¹ Znáмым příkladem krátké intervence pro škodlivé užívání tabáku anebo závislost na něm je metoda 4A (4 A odpovídají počátečním písmenům anglických slov ask (ptej se), advice (porad'), assist (pomáhej) a arrange (plánuj kontroly)) Více k tomu: NEŠPOR, K., Návykové nemoci. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 558.

³¹² Srov. Tamtéž.

³¹³ Tamtéž, s. 559.

³¹⁴ Kritériem pro diagnózu syndromu závislosti je objevení se alespoň tří z následujících jevů během posledního roku: a) silná touha nebo pocit nucení užívat látku (craving, bažení), b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek konzumace, její ukončení nebo množství zkonsumované látky, c) somatický odvykací stav, d) změna tolerance, e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku, f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. Srov. PECINOVSKÁ, Olga, Vývoj závislosti. In HELLER, J; PECINOVSKÁ, O. (eds.) *Pavučina závislosti*, s. 21-23.

Mnohem úspěšnější léčebné postupy se otevírají změnami motivace závislého. Pacient se syndromem závislosti se může během léčby nacházet v různých stádiích motivace: nestojí o změnu, rozhoduje se, je rozhodnutý, jedná, udržuje abstinenci, recidivuje. V každém z těchto stádií má psychoterapeut použít specifický přístup zaměřený na to, co je v daném stádiu třeba u závislého vyvolat či jak ho nasměrovat, aby léčba byla efektivní.³¹⁵ Prioritní význam při léčbě závislosti má zvládnutí touhy, bažení (angl. craving) po psychoaktivní látce. Craving může být zvládnut buď farmakologicky, ale existují i jeho nefarmakologické způsoby zvládnutí.

Závislost na drogách má výrazné sociální důsledky. Česká společnost má ke konzumentům drog odmítavější a více odsuzující postoj než například k lidem, kteří pijí alkohol. Tendence stigmatizovat a sociálně izolovat drogově závislé je značná. Důvodů k tomu je několik. Jedním z nich je omezenější zkušenost se závislými lidmi, ze které plyne nejistota a ta pak vede k výrazně odmítavému postoji. Důležitým faktorem je rychlý vznik závislosti na drogách, který je rychlejší než u alkoholu. Rychle tak dochází k negativním změnám osobnosti. Člověk užívající drogy je označen za narkomana a není pro společnost přijatelný. „Pohrdání a odpor společnosti přispívá k identifikaci těchto lidí s drogovou subkulturou, k přijetí jejích hodnot a norem, protože je to často jediná skupina, která je neodmítá.“³¹⁶

Kromě pití alkoholu a kouření marihuany není užívání ostatních drog společenskou záležitostí. Vztahy s lidmi se u drogově závislých ale mění a rozpadají především díky nepřijatelnému chování konzumentů drog. Jejich chování lze charakterizovat jako nespolehlivé, sobecké, necitlivé k potřebám ostatních lidí. V hodnotové orientaci droga zaujme přední a jediné místo, vše ostatní ztrácí smysl. Pro získání drogy je závislý ochoten krást, podvádět a využívat i blízké lidi. Činí tak, dokud se tyto vztahy závažně nenaruší a nerozpadnou. Schopnost navázat a udržet jakýkoliv citový vztah droga ničí, protože má pro závislého absolutní hodnotu a přednost před vším ostatním.³¹⁷

S drogovou závislostí je spojena i trestná činnost. Pravděpodobnost nezákonného jednání se zvyšuje vlivem finanční náročnosti drogové závislosti a změnou či přesněji úpadkem osobnosti závislého. Dochází ke ztrátě zábran, neschopnosti sebeovládání,

³¹⁵ Srov. NEŠPOR, K., *Návykové nemoci*. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 560.

³¹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 573

³¹⁷ Srov. tamtéž, s. 574-575.

růstu bezohlednosti a egocentričnosti. Druh kriminálního jednání má většinou silnou vazbu na drogu, ať už je to výroba a distribuce drog, krádeže a vloupání za účelem získání peněz pro koupi drogy, ale i trestné činy spáchané pod vlivem intoxikace drogou.³¹⁸

Rodina drogově závislého je závislostí velmi ohrožena a bývá poškozena. První reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě užívá drogy, bývají často neúčelné. Domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky a pláč nemohou mít žádoucí efekt. Rodiče mnohdy obviňují sami sebe za vznik stavu nebo se snaží své dítě chránit a popírají jeho užívání drog. Z hlediska psychologie se jedná o obranné reakce, kterými se rodiče snaží zpracovat obtížně přijatelnou situaci. Rodiče se dále pokouší přimět své dítě k abstinenci, případně kontrolovat konzumaci drogy. Optimistické fáze nové důvěry ve vyřešení problému střídají fáze zklamání, že se tak opět nestalo. „Rodinní příslušníci se postupně vzdávají iluze, že by mohli situaci změnit a rezignují. (...) Drogově závislý jedinec je pro svou rodinu přítěží, zatěžuje ji ekonomicky i psychicky (někdy i fyzicky).“³¹⁹ V případě odchodu z domova ztrácí své sociální zázemí, žije v subkultuře drogově závislých nebo se stává bezdomovcem. Jeho prognóza se zhoršuje.

U dospívajícího drogově závislého člověka v rámci rodiny se často vyskytuje problém pseudoindividuace (zdánlivého osamostatnění). „Dospívající nebo mladý dospělý závislý na drogách odmítá autoritu rodičů, ale současně bývá stále méně schopen se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To přirozeně zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho naději na skutečné osamostatnění.“³²⁰

Dalším problémem těchto rodin je tzv. triangulace (vytváření trojúhelníků). „Člověk s návykovým problémem se snaží uzavírat spojení s otcem proti matce a s matkou proti otci, s prarodiči proti rodičům, s terapeutem proti rodině a s rodinou proti terapeutovi atd. Tím získává závislý větší prostor pro návykové chování.“³²¹

Řešení těchto a dalších problémů v rodinách, kde potomek užívá drogy, je předmětem rodinné terapie. Ta je jednou z alternativ léčby mladého člověka závislého na drogách. Podmínkou u rodinné terapie je zachování rodinného zázemí včetně mezilidských vztahů. Toto prostředí má závislého člověka dokázat motivovat

³¹⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 575.

³¹⁹ Tamtéž, s. 574.

³²⁰ NEŠPOR, K., *Návykové nemoci*. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 561.

³²¹ Tamtéž, s. 561.

k abstinenci a poskytnout mu účinnou podporu. „Je třeba pracovat i s rodinnými příslušníky, aby jejich zafixované chování nevedlo k udržení stále stejného způsobu reagování a k recidivě. Rodiče, resp. manželský partner potřebují vědět, jaké chování je za dané situace vhodné. Potřebují se naučit, jak mají v různých zátěžových situacích jednat. Nestačí léčit jen závislého člověka, ale celý rodinný systém.“³²²

Vedle rodinné terapie je důležitá farmakologická léčba především pro zvládnutí abstinčního syndromu. Mezi farmakologickou léčbu řadíme i substituční léčbu, kdy je závislému podávána legální náhrada drogy. Tato léčba se týká především závislých lidí na opiátech. Primárním cílem zde není abstinence závislého, nýbrž mírnění škod (harm reduction), které užívání drog s sebou přináší (např. přenos HIV/AIDS, žloutenek, předávkování, úrazů a násilí). Nelze opomenout ani psychoterapeutické metody, dodržování léčebného režimu, relaxační techniky, svépomocné organizace a socioterapeutické kluby. Všechny tyto způsoby léčby se snaží pomoci závislým mladým lidem. Nezbytným předpokladem pro případné úspěšné (vy)lечение je motivace k léčbě a ochota spolupracovat ze strany závislého. „Cíl léčby je třeba stanovit vzhledem k reálným možnostem, ke specifčnosti každého případu (to je dáno typem užívané látky, motivací závislého člověka apod.)“³²³.

Problematice závislosti se věnuje rovněž Heinz-Peter Röhr ve své monografii *Závislost. Jak ji porozumět a jak ji překonat*. Autor se více než 30 let zabývá psychoterapií závislostí v německém Fredeburgu a v knize předkládá hluboký vhled do dané problematiky. Kořeny závislosti vztahuje k touze po blízkosti, lásce a uznání.³²⁴ O samotné závislosti píše na začátku knihy: „Závislost je nevléčitelná nemoc. Co se vyléčit dá, jsou rány, které nemoc uštědřila, a duševní zranění, jež chorobnou závislost způsobila.“³²⁵ Hlavním předpokladem úspěšné léčby závislosti je upřímné uznání vlastní nemoci, které lze zpracovat pouze truchlením.³²⁶

Důležitý pojem, obzvlášť v souvislosti s rodinným životem, představuje spoluzávislost. Tou trpí především blízcí rodinní příslušníci závislého člověka, kteří se mu snaží obětavě pomáhat. U nich vzniká nemoc spoluzávislosti, jako důsledek či

³²² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 576.

³²³ Tamtéž, s. 576.

³²⁴ Srov. RÖHR, H.-P., *Závislost. Jak ji porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál, 2015. zadní přebal knihy.

³²⁵ Tamtéž, s.10.

³²⁶ Röhr popisuje nejprve fáze procesu truchlení (zpracování smutku) v případě smrti blízkého člověka. Následuje analogický popis fází procesu uzdravování závislého člověka. Srov. tamtéž s.11-20.

reakce na přítomnost závislého člena v rodině.³²⁷ Základem léčby závislosti a spoluzávislosti je pravdivé nahlédnutí vlastní nemoci a existencionálního stavu samotným pacientem. Jen pak může závislý člověk úspěšně abstinovat a spoluzávislý může změnit chybné vzorce svého chování. Právě časté recidivy u závislých lidí jsou důkazem, že nemocný sice abstinovat, ale jeho nemoc nebyla v pravém slova smyslu léčena. Nenašel totiž nový smysl života, což je „skutečný lék“ na závislost.

2.2.1.7 Etické hodnocení a pohled křesťanské etiky na dítě v rodině

Při etickém hodnocení právě popsaných patologických sociálních jevů a psychických poruch, které postihují děti a adolescenty v rodinách, je důležité si uvědomit několik skutečností. Ve všech zde popsaných situacích se jedná o patologický, nenormální stav v rodině, ať už je způsoben přímým vlivem nemoci dítěte nebo špatnou funkcí rodinných vztahů, která může způsobit psychickou poruchu dítěte. Při etickém zkoumání a morálním posuzování nelze tedy u těchto případů postupovat jako u funkčních rodin, které mají zdravé děti. Případná morální odpovědnost rodičů není ani přímo úměrná ve vztahu k rozsahu a intenzitě psychické poruchy dítěte, kterou mohla jejich péče a výchova, resp. jejich zanedbání způsobit. Rizika pro zdravý vývoj osobnosti dítěte lze vyjádřit pomocí modelů rizik, která vyjadřují mechanismus projevu negativního působení na dítě. Lze tedy rozdělit a hodnotit tato rizika podle modelu přímého účinku, modelu součtu, modelu závažnosti a modelu kompenzačního. Na kompenzačním modelu lze dobře ilustrovat jistou relativnost dopadů negativního působení rodinného prostředí. Kompenzační model počítá totiž nejen s negativními činiteli, ale i s pozitivními, pomocnými a podpůrnými činiteli. Právě pomocí nich může dojít v životě jedince ke kompenzaci negativních jevů. Záleží i na zranitelnosti (vulnerabilitě) a odolnosti (resilienci) takového jedince.³²⁸ „V této souvislosti se pak mluví o dětech „schopných sebeuzdravení“ o „nezranitelných“ či „nezdolných“ dětech. Resilience („nezdolnost, odolnost) je definována jako proces, schopnost i výsledek úspěšné adaptace člověka, vzdor nepříznivým či ohrožujícím podmínkám.“³²⁹ Někdy se dokonce hovoří o ameliorativních faktorech, které dokonce aktivně posilují organismus

³²⁷ Srov. RÖHR, H.-P., *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat*, s. 39-46.

³²⁸ Srov. DYTRYCH, Zdeněk, HRDLÍČKA, Michal, LORENC, Jan a kol. Dětská a dorostová psychiatrie. in s HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*,. 788-789.

³²⁹ Tamtéž, s. 789.

dítěte a zlepšují jeho adaptační schopnosti navzdory nepříznivým činitelům.³³⁰ Z uvedeného vyplývá, že stejně intenzivní negativní působení rodičů, může mít různé závažné dopady na dítě. Je tedy neadekvátní jednání a chování rodičů posuzovat jen podle následků, které zanechá na jejich dítěti. Jde o jedno z možných zdůvodnění odmítnutí etického konsekvencialismu. Je však na místě zdůraznit, že některé negativní činy a chování rodičů vůči svým dětem jsou zlem sami o sobě, tzn. bez ohledu na závažnost následků. Rozhodně proto nelze předchozí text považovat za omluvu či jakousi polehčující okolnost, která by omlouvala negativní vědomé působení rodičů na své děti.

Pohled současné křesťanské etiky v rámci katolické církve na dítě v rodině je tematizován ve více církevních dokumentech. V naší reflexi budeme vycházet ze tří důležitých dokumentů učitelského úřadu církve, v nichž se pojednává vedle jiných témat také o dítěti v rámci rodiny. Prvním z nich je apoštolská adhortace papeže Jana Pavla II. *Familiaris consortio*³³¹, která nese podtitul: o úkolech křesťanské rodiny v současném světě. Druhým dokumentem je *Kompendium sociální nauky církve*³³². Třetím dokumentem je posynodální apoštolská exhortace o lásce v rodině *Amoris laetitia*³³³ (Radost z lásky) papeže Františka.

Z pohledu církve jsou děti nejcennějším darem manželství. Tento dar s sebou ovšem nese novou odpovědnost a povolání rodičovské lásky. Taková láska má být pro děti viditelným znamením lásky samotného Boha.³³⁴ V realitě dnešních rodin se vyskytují však i záporné jevy, mezi které patří chybné chápání nezávislosti manželů, které vychází z deformovaného chápání některých základních hodnot. Není ani jednotný názor ve společnosti na vztah autority mezi rodiči a dětmi. Problematické se stává i předávání duchovních hodnot dětem.³³⁵ Tyto negativní jevy se projevují ve výchově dětí. Mohou být příčinou vzniku duševní poruchy u dítěte už proto, že mění „klíma“ v rodině. Ta přestává být pevným opěrným bodem a stává se bojištěm, kde se prosazují

³³⁰ Srov. DYTRYCH, Zdeněk, HRDLIČKA, Michal, LORENC, Jan a kol. Dětská a dorostová psychiatrie. in s HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 789.

³³¹ Jan Pavel II, Apoštolská adhortace *Familiaris consortio O úkolech křesťanské rodiny v současném světě (22. listopadu 1981)*, Praha: Zvon, 1992.

³³² Papežská rada pro spravedlnost a mír (ed.) *Kompendium sociální nauky církve*: Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.

³³³ Papež František, *Amoris laetitia (Radost z lásky)*, posynodální apoštolská exhortace o lásce v rodině, (19. března 2016), Praha: Paulínky, 2016.

³³⁴ Srov. Jan Pavel II, Apoštolská adhortace *Familiaris consortio* čl. 14, s. 20.

³³⁵ Srov. Jan Pavel II, Apoštolská adhortace *Familiaris consortio* čl. 6, s. 12.

vypjaté individuální sobecké zájmy. Při zvýšené vulnerabilitě dítěte v takové rodině, mohou u něho nastat psychické problémy. Nemusí se přitom jednat o hrubé fyzické týrání nebo zneužívání. Mnohdy stačí pro vznik psychické poruchy relativně subtilní důvody. Na jedné straně zde je jistá vulnerabilita nebo resilience dítěte a na druhé větší či menší zátěž špatně fungujících manželství.

Funkční rodina představuje prostředí, kde se snižuje pravděpodobnost vzniku duševní poruchy u dítěte vlivem chybného výchovného působení v nejširším slova smyslu. Pokud se v dobře fungující rodině vyskytne psychická nemoc dítěte, např. vlivem genetické dispozice, je to velká zátěž pro všechny její členy. Pokud rodina zvládne tento úděl, který může být chápán jako těžká zkouška, přijmout a uchopit tak, že nevyloučí nemocné dítě ze svého společenství, je to velký pozitivní přínos, který pomáhá k uzdravení. Duševní onemocnění dítěte ovšem může být takového druhu, který přímo ohrožuje zbylé členy rodiny. V krajních případech je morální povinností zachránit zbytek rodiny i za cenu svěření nemocného do dlouhodobé ústavní péče. Mnohdy je velmi obtížné morálně posoudit, zda je vhodná začleňovací nebo vylučovací reakce ze strany rodiny k psychicky nemocnému dítěti. Celé posuzování dotčených lidí není pouze rozumovou záležitostí, ale má svou podstatnou emocionální a vztahovou složku. Duševní porucha často vážně naruší mezilidské vztahy uvnitř rodiny.

V článku *adhortace Familiaris consortio* nazvaném Práva dítěte je hned v jeho úvodní části vyjádřena povinnost rodičů věnovat zcela zvláštní pozornost dítěti, s hlubokým citem pro jeho osobní důstojnost, s hlubokou úctou k jeho právům a v jejich nezištné ochraně. Zvlášť naléhavě se uplatňování této povinnosti jeví u dětí malých a bezmocných, nemocných, trpících nebo jakkoliv postižených. Poznávacím znamením křesťanů, zejména v jejich rodinách, musí podle dokumentu být „přijetí, láska, ocenění, mnohostranná a vzájemná pomoc - hmotná, citová, výchovná a duchovní - pro každé dítě, které přichází na tento svět.³³⁶ Tyto myšlenky jsou v jistém napětí právě vůči vylučovací reakci, která může v rodině nastat vůči psychicky nemocnému dítěti. Nelze však tvrdit o vylučovací reakci, že je jednoznačně špatná a odsouzeníhodná z pohledu křesťanské etiky. V některých případech se jeví záchrana zbytku rodiny větším dobrem, než ponechání psychicky nemocného v rodině, kdy hrozí rozvrat celé rodiny a kdy mohou být přímo fyzicky ohroženi zbylí členové rodiny.

³³⁶ Srov. Jan Pavel II, Apoštolská adhortace *Familiaris consortio*. čl. 26, s. 32-33.

Mezi práva a povinnosti rodičů patří podle učení církve výchova dětí. Toto právo a povinnost je podstatné a původní ve srovnání s výchovnou úlohou jiných osob. Dále je neodvozené, nenahraditelné a nezczitelné. Rozhodujícím prvkem, který umožňuje splnit úkol rodičů vychovávat děti je otcovská a mateřská láska. „Láska rodičů je nejen pramenem, ale i duší, a tím i normou, která poznamenává a vede celou konkrétní výchovnou činnost a obohacuje ji hodnotami, jako je mírnost, stálost, dobrotivost, služba, nezištnost, obětavost a sebezápor, jež jsou nejvzácnějšími plody lásky.“³³⁷ V souvislosti s naším tématem však může nastat problematická situace, kdy dítě je vlivem duševní poruchy (např. autismu) obtížně vychovatelné. Jak tedy mohou v takových případech rodiče realizovat své právo a povinnost vychovávat své dítě? Musí se zcela obětovat výchově, která bude s největší pravděpodobností stejně neúspěšná? Mají právo ohrožit ponecháním takového dítěte v rodině svůj manželský vztah či bezpečnost dalších svých dětí? Má teze pro tyto krajní případy je obdobná jako v předchozím odstavci. Lze ji shrnout tak, že žádné dítě nemá právo ohrožovat a tyranizovat zbytek rodiny. Ani psychická porucha nemůže být omluvou pro takové jednání. To ovšem neznamená zřici se zcela péče a vztahu k takovému dítěti. Řešení je třeba hledat s ohledem na dobro všech rodinných příslušníků. Najít takové řešení nemusí být vždy jednoduché. Důležité je spolupracovat při jeho hledání s odborníky, kteří znají povahu nemoci dítěte z odborné stránky a současně nejsou citově angažováni ve vztahu k dítěti, jako je tomu u zbytku rodiny.

Církev rovněž poukazuje na napětí mezi negativními jevy ve společnosti a nutností vychovávat děti v rodině tak, aby tyto negativní společenské jevy byly potlačeny. Společnost je často zmítána a rozvrácena napětími a konflikty. Ty pramení ze střetu různých individualismů a sobectví. V rodině se musí výchovou u dětí rozvíjet cit pro pravou spravedlnost, ale také především cit pro pravou lásku, která představuje starost o druhé, nezištnou službu jiným, zejména nejchudším a nejpotřebnějším. Podstatný rys manželské lásky, kterým je sebeodevzdání, se stává normou nezištné obětavosti pro ostatní členy širší rodiny. Tím má být prodchnuto rovněž mezigenerační soužití v rodině. Domácí společenství je nejkonkrétnější a nejúčinnější školou pro aktivní, odpovědné a nosné začlenění dětí do širší společnosti.³³⁸ Požadavky obsažené v církevních dokumentech na to, jak má vypadat a fungovat rodina, ostře kontrastují

³³⁷ Jan Pavel II, Apoštolská adhortace *Familiaris consortio* čl. 36, s. 43.

³³⁸ Srov. tamtéž, čl. 37, s. 44.

s našim předchozím popisem psychických onemocnění dětí, které mohou mít svůj původ v rodinném prostředí. Již jsme ale napsali, že existují i situace a případy, kdy dobře fungující rodina je ohrožena projevy psychické nemoci dítěte. Psychická porucha dítěte klade na rodinu enormní zátěž. Pokud však i v těchto případech zůstává rodinné zázemí pevné a „zdravé“, je to velká terapeutická deviza, která pozitivně ovlivňuje úspěšnost léčby a kvalitu péče o duševně nemocné dítě.

V Kompendiu sociální nauky církve se poukazuje na další závažné problémy spojené s důstojností a právy dětí. Ačkoliv ne všechny problémy se vyskytují v naší zemi, stále zbývá celá řada problematických témat, která jsou aktuální i u nás. Patří sem zanedbávání, zneužívání a týrání dětí v rodinách. (O tom jsme již psali v podkapitole o poruchách rodičovské role.) Na celospolečenské úrovni se vyskytuje zneužívání dětí pro komerční výrobu pornografických materiálů. Využívají se k tomu dokonce i nejmodernější vysoce sofistikované prostředky společenské komunikace.³³⁹ Samozřejmě, že tyto trestné činy mají často za následek psychické poškození dítěte. Je skutečností, že kromě poruch rodičovské role mají takové trestné činy širší příčiny v celospolečenských úpadkových jevech. Pokud je rodina afunkční, jsou děti snáze zranitelné těmito jevy.

Církevní učení rovněž klade důraz na to, aby společnost byla nasazena ve službě rodině. Jedná se zde o přednostní postavení a prvořadosti rodiny v rámci širší společnosti. Společnost má dostát svému základnímu úkolu ctít a podporovat rodinu.³⁴⁰ Pokud se tak neděje, dochází k oslabení rodin. To může mít za následek jejich horší vnitřní fungování, které dopadá především na zdraví dětí. Ty pak nebudou v dospělém věku schopné dostát rodinným povinnostem. Lze říci, že i patologické vztahy v rodině se „dělí“, přesněji řečeno se generačně nápodobou přenášejí. Společnost, která chce být postavena na zdravých základech, musí ctít a chránit rodinu, jako svou základní „stavební buňku“. Pak můžeme očekávat snížení počtu psychicky nemocných dětí v populaci o ty případy, ve kterých exogenní faktory hrají primární roli.

Časově nejmladší je dokument magisteria papeže Františka *Amoris laetitia*.³⁴¹ Tato posynodální apoštolská exhortace o lásce v rodině v mnohém navazuje na dokument

³³⁹ Srov. Papežská rada pro spravedlnost a mír (ed.) *Kompendium sociální nauky církve*, s.170

³⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 173.

³⁴¹ František, papež, *Amoris laetitia: posynodální apoštolská exhortace o lásce v rodině*. (19. Března 2016), Praha: Paulínky, 2016.

Familiaris consortio. Dělí je však od sebe 35 let a vnímání rodiny společností, potažmo její postavení ve společnosti, se za tu dobu částečně změnilo. Není zde však cílem porovnávat oba dokumenty. Krátce jen reflektujeme myšlenky z *Amoris laetitia*, které se vztahují k tématu naší podkapitoly, ve kterém se zabýváme postavením dítěte s duševní poruchou v rodině.

V *Amoris laetitia* se o výchově dětí píše zejména v páté kapitole, která nese název: Láska, která se stává plodnou. Papež František zde mimo jiné pranýřuje postoj rodičů, pro které se narození dítěte jeví jako nechtěné. Píše k tomu: „Mnoho dětí je od samého počátku odmítnuto, opuštěno, okradeno o svoje dětství a o svou budoucnost. Někdo se na svoje ospravedlnění opovažuje říct, že přivést je na svět byl omyl. Jaká hanba! [...] K čemu nám jsou slavnostní prohlášení o lidských právech a právech dětí, když pak trestáme děti za omyly dospělých?“³⁴² Důležité je naopak, aby dítě cítilo, že je očekáváno. Absence či nedostatek kladného přijetí dítěte manžely často zapříčiní psychické problémy takového dítěte. Onemocnění se u něho nemusí projevit bezprostředně, ale dlouhodobé vystavení dítěte lhostejnosti nebo dokonce nepřátelství ze strany rodičů zvyšuje pravděpodobnost vzniku duševní poruchy.

V *Amoris laetitia* je rovněž zmíněna tzv. rozšířená plodnost, což je vlastně eufemistický výraz pro adopci, případně pěstounskou péči. Naplnit své otcovství i mateřství tak mohou i manželé, kteří nemohou mít děti. Papež k této volbě takové páry přímo povzbuzuje. Adopce představuje akt lásky, kterým se rodina daruje tomu, kdo ji nemá.³⁴³ Domnívám se, že taková láskyplná péče pěstounů může snížit riziko vzniku duševního onemocnění již tím, že dítě není vystaveno citové deprivaci, která provází ústavní péči. Všechny myšlenky uvedené v námi vybraných dokumentech Magisteria lze chápat v kontextu této podkapitoly jako prevenci, ale i prostředek k udržení duševního zdraví dítěte a jeho duševního rozvoje. Tam, kde rodinné prostředí není uspokojivé a vhodné pro výchovu dětí, logicky narůstá riziko duševního onemocnění dítěte.

³⁴² František, papež, *Amoris laetitia*, čl. 166, s. 113-114.

³⁴³ Srov. tamtéž, čl. 179, s. 122.

2.2.2 Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného dospělého v produktivním věku k sobě a k jeho blízkým

Důležitý vztah představuje u duševně nemocného dospělého člověka vztah k blízkým lidem. Období dospělosti lze charakterizovat svobodným rozhodováním spojeným s odpovědností za svá rozhodnutí a schopností získat a plnit příslušné sociální role. Ty jsou ve vlastní rodině v zásadě dvě: partnerská role a rodičovská role (rodičovství). Vztahuje se k nim nepřímo ještě profesní role, která má důležitý úkol v rámci rodiny, totiž její materiální zabezpečení. Z právě napsaného pro nás vyvstává zásadní problém, který spočívá ve skutečnosti, že psychicky nemocný člověk často není schopen zvládnout všechny požadované sociální role a požadavky spojené s dospělostí.³⁴⁴ V některých případech³⁴⁵ nelze u psychicky nemocných partnerství a založení vlastní rodiny vůbec realizovat. V takových případech duševně nemocní nemají příležitost, nemohou nebo neumějí navázat hlubší a intimnější partnerský vztah. Zůstává pak u nich závislost a silná vazba na rodiče i v dospělém věku. Důležitou úlohu pro nemocného mají zde také vztahy v širší rodině, především k sourozencům a jejich rodinám.³⁴⁶

V této podkapitole se budeme nejprve zabývat některými zákonitostmi a mechanismy, které lze vysledovat v (ne)plnění sociálních rolí dospělého s duševní poruchou. Dále budeme analyzovat roli nemocného dospělého s ohledem na typ jeho psychiatrické diagnózy. V textu se tak budeme zabývat závislostí na alkoholu a nelátkovými závislostmi, poruchami osobnosti a chování u dospělých, neurotickými poruchami, poruchami vyvolanými stresem, somatoformními poruchami, behaviorálními syndromy spojenými s fyziologickými poruchami a somatickými faktory a afektivními poruchami. Každý z těchto diagnostických okruhů nastoluje svébytnou paletu problémů ve vztahu k blízkým lidem. Na závěr podkapitoly připojíme etickou reflexi postavení a chování dospělého v rodině na základě dokumentů magisteria katolické církve. Stejně jako v předchozí podkapitole nám jako prameny poslouží *Familiaris consortio* a *Amoris laetitia*.

Partnerská role obecně má v životě dospělého člověka velký význam. Pro mnohé psychicky nemocné je tento význam ještě větší. Nalezení partnera je pro ně symbolicky

³⁴⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 183-184.

³⁴⁵ Příkladem diagnóz, kdy partnerský vztah není příliš vyhledáván a jen těžko může být naplněn, je mentální retardace či autismus.

³⁴⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* s. 186.

považováno za důkaz normality. V důsledku sociální deprivace se psychicky nemocní lidé často fixují na jakéhokoliv člověka, který je poblíž (např. nemocniční personál, sociální pracovník či pracovnice). Pro zdravého člověka je tato vazba většinou neadekvátní a značně zatěžující, proto ji zpravidla odmítne. I proto si mnohdy psychicky nemocný hledá partnera, který má rovněž zdravotní handicap. Duševně nemocný očekává od partnerského vztahu často více než je běžné a reálné, což je překážkou k jeho vytvoření. V důsledku neúspěchů při seznamování a již zmíněné sociální deprivace může vzniknout stav, kdy nemocný má potřebu získat jakýkoliv vztah, bez výběru. Partner je pak definován spíše dosažitelností než svými osobními kvalitami a vlastnostmi. Jednoznačně u těžších poruch platí, že „postižený jedinec má omezenější možnost získat partnera, pro kterého by byl přijatelný.“³⁴⁷

Duševní nemoc představuje faktor, který může měnit mezilidské vztahy. V partnerském vztahu zatíženém duševní poruchou jednoho či obou partnerů se může výrazně projevit autoritářská manipulace, potřeba pečovat, soucit, pocit viny a mnohé další emoce. Takový vztah je asymetrický, a tudíž snadno zranitelný. Duševně nemocný má i jiné sebehodnocení, které nemusí odpovídat skutečnosti.³⁴⁸

Nejde ve všech případech jen o navázání partnerského vztahu, ale často také o jeho udržení. V některých aspektech je důležité rozlišení, zda psychická porucha propukla v dětství, anebo v dospělosti. U dospělého se nemoc často poprvé manifestuje až po navázání partnerství (vstupu do manželství) a založení vlastní rodiny. V těchto případech je udržení partnerského vztahu (manželství) se zdravým partnerem a vlastní rodiny klíčovým úkolem. Partnerská role může být vlivem psychické poruchy natolik deformovaná, že již neslouží jako zdroj pozitivních podnětů pro zdravý protějšek. Úbytek a ztráta mnohých kompetencí vyvolává asymetrii ve vztahu, a působí jako zátěž. Vědomí závislého postavení ve vztahu omezuje pocit svobody a rovnocennosti partnerů. Nezměnitelná asymetrie vyvolaná duševní poruchou jednoho z partnerů může vztah zdeformovat natolik, že ztratí svou funkci a rozpadne se.³⁴⁹

K obecně lidským potřebám patří také seberealizace. Pro duševně nemocné jsou mnohé způsoby seberealizace nedostupné. Zdánlivě snadno dostupný způsob seberealizace představuje naplnění rodičovské role. Naplnění rodičovské role, podobně

³⁴⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* s. 186.

³⁴⁸ Srov. tamtéž.

³⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 187.

jako partnerství, je pro nemocného důkazem normality. Tento způsob seberealizace vzhledem k nedostupnosti ostatních způsobů, plní kompenzační roli.

U rodičovské role psychicky nemocných (ale i jinak zdravotně handicapovaných lidí) existuje otázka se silným etickým nábojem, zda mají vůbec tito lidé rodičovskou roli naplnit. Především kvůli možnému dědičnému postižení dítěte, ale i kvůli ztíženým podmínkám jeho výchovy vlivem psychické poruchy rodičů nebo jednoho z nich. Je zde společenský tlak na bezdětnost duševně nemocných. Ti to často vnímají jako omezování osobní svobody zdravými. Obecněji patří tento jejich postoj nelibosti k obranným postojům, které se projevují v důsledku odporu a časté frustrace v různých oblastech života, které jsou podmíněny jejich zdravotním handicapem. „V rámci generalizované obrany někdy handicapovaní prosazují své právo stát se rodiči za každou cenu a dosažení tohoto cíle pro ně představuje symbol výhry nad zdravými, kteří by je chtěli omezovat v jejich právech.“³⁵⁰

Nastávají ale také situace, kdy chronicky duševně nemocný člověk sám nahlédne a uzná rizika pro svého potencionálního potomka, která pramení z jeho nemoci. Rozhodne se proto sám rezignovat na naplnění rodičovské role. Takový postoj je čestný a odpovědný. Na druhou stranu ho nelze nemocným vnucovat zvnějšku. Obzvlášť pro duševně nemocné ženy může postoj vzdát se mateřství představovat velkou obět'. Domníváme se, že společnost nemá právo po duševně nemocných takovou obět' žádat.

2.2.2.1 Alkoholismus

Závislosti nejrůznějšího druhu často komplikují a někdy i rozvracejí rodinný život. V předchozí podkapitole jsme se zabývali závislostí na nealkoholových drogách, která postihuje především dospívající lidi. Proto jsme o ní pojednávali v kontextu nemocného dítěte v rodině. V následujícím textu bude tématem alkoholismus a nelátkové závislosti. Především alkoholismus se vztahuje spíše k dospělým lidem s vlastní rodinou.

Specifické postavení v naší společnosti má závislost na alkoholu. Liší se v mnoha ohledech od závislosti na jiných psychoaktivních látkách z několika důvodů. Společnost má odlišný postoj k pití alkoholu a k užívání jiných psychoaktivních látek, které označuje obecně jako drogy. Rozdílné jsou i věkové kohorty alkoholiků a uživatelů drog. S tím jsou spojené i odlišné sociální role. Pokud se zabýváme dospělým člověkem

³⁵⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* s. 188.

ve vztahu k jím založené rodině, je relevantní věnovat se alkoholismu. „Alkoholici jsou častěji lidé starší, kteří založili vlastní rodinu, mají (resp. měli) partnera a děti, i nějakou profesi. V tomto případě trpí více nová rodina, manželský partner a děti.“³⁵¹

Eticky relevantní je zamyšlení nad vývojem závislosti na alkoholu. Tomu se věnuje v jedné kapitole publikace *Pavučina závislosti*³⁵² autorka Olga Pecinovská. Právě z tohoto příspěvku vycházíme primárně v následujících odstavcích.

Zcela abstinuje či pije výjimečně alkohol asi 1/5 populace. Ostatní více či méně pijí. Množství jimi vypitého alkoholu závisí na společenském klimatu. Asi u 3 % populace se problémy s pitím začnou časem stupňovat a ničit jejich základní životní hodnoty. U nich hovoříme o závislosti na alkoholu. Jen část z této skupiny vyhledá léčbu. Ostatní se v podstatě upíjejí za postupné degradace, která může vést k předčasnému úmrtí.³⁵³

Odpověď na otázku, proč u některých lidí vznikne závislost na alkoholu, a jiní konzumují alkohol bez problémů celý život, nám ukáže, že všichni nemáme stejnou „výchozí pozici“. Příčiny lze rozdělit na vnitřní (psychologické a biologické) a vnější (sociální) „Biologické příčiny (např. genetické, metabolické, neurohumorální) se obvykle uplatňují prostřednictvím psychologických mechanismů, přičemž usměrňují neuropsychotropní účinky alkoholu tak, že zvyšují pravděpodobnost opakovaného pití. Sociogenní příčiny se uplatňují v prostředí, kde je pití alkoholu běžné, či dokonce glorifikované a vynuocované, ale také v prostředí, kde se kombinuje nadměrná zátěž s vysokou dostupností alkoholu (popřípadě jiných psychoaktivních látek).“³⁵⁴

Nadměrný trvalejší přísun alkoholu způsobí nejprve adaptaci buněk, která se projeví sníženou odpovědí na původně účinnou dávku. Vzroste tolerance, což vede ke zvyšování dávek a k rozvoji syndromu odnětí drogy (dříve nazývaného abstinenční syndrom) pokud je pití přerušeno. Na rychlost vzniku závislosti mají vliv tři faktory: dispozice jedince, věk při začátku pití a způsob zneužívání alkoholu. „Čím větší dispozice člověk má, čím mladší začne pravidelně pít a čím dříve začne alkohol užívat jako drogu (tj. s cílem ovlivnit svou psychiku), tím rychleji závislost vzniká.“³⁵⁵

³⁵¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 569.

³⁵² PECINOVSÁ, Olga, *Vývoj závislosti*. In HELLER, J; PECINOVSÁ, O. (eds.) *Pavučina závislosti*, s.13-26.

³⁵³ Srov. tamtéž, s. 13.

³⁵⁴ Tamtéž.

³⁵⁵ Tamtéž, s. 14.

Vývojová stadia závislosti podle Jellinekovy klasifikace, která se užívají již půl století, ukazují „cestu“ od „nevinného“ společenského pití k chronickému alkoholismu.³⁵⁶

U závislosti na alkoholu, stejně jako u závislosti na ostatních drogách, je zvládnutí touhy, bažení (angl. craving) zásadním úkolem spojeným s léčbou. Craving může být zvládnut buď farmakologicky, ale existují i jiné techniky, jak jej potlačit. Níže uvedené účinné techniky lze chápat jako morální závazek závislého k jeho vlastní léčbě:

- „Vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly.
- Uvědomit si bažení na samém počátku, kdy je slabé.
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem nebo drogami a negativní důsledky recidivy.
- Uvědomit si výhody abstinence
- Napít se nealkoholického nápoje (zvláště vhodné u závislých na alkoholu, kde se bažení a prostá žízeň často prolínají nebo zaměňují.
- Využívat pomůcek připomínajících abstinenci
- Mluvit o svých pocitech
- Relaxační techniky (úplná nebo částečná relaxace)
- Prostě vydržet (silné bažení trvá většinou poměrně krátce).
- Změna prostředí za bezpečnější.
- Odvedení pozornosti (četba, hudba, dopis, vaření, jídlo, sprcha atd.)
- S rizikovými myšlenkami diskutovat anebo vyvolat opačné myšlenky.
- Pocity při bažení uvolněně a neosobně pozorovat
- Sebemonitorování
- Tělesné cvičení nebo tělesná práce.“³⁵⁷

V mnohém jsou tyto rady a techniky analogické k duchovním radám, které zná křesťanství. Tyto rady a poznatky slouží jako pomoc k překonání hříšných návyků (neřestí). Podstatný rozdíl ovšem spočívá v tom, že věřící má tyto rady vsazené do rámce křesťanské doktríny a uvědomuje si nutnost boží pomoci (boží milosti) k

³⁵⁶ Podrobné seznámení s vývojovými stadii podle Jellineka přesahuje rámec této práce. Více k tomu může čtenář nalézt v citovaném díle. In PECINOVSKÁ, Olga, Vývoj závislosti. In HELLER, J; PECINOVSKÁ, O. (eds.) *Pavučina závislosti*, s. 14.-19.

³⁵⁷ NEŠPOR, K., Návykové nemoci. In: HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 560-561.

překonání hříšných návyků. Analogii lze nalézt i v samotném pojmu bažení (craving) ke křesťanskému termínu zlé žádosti (lat. concupiscentia)³⁵⁸

Pokusíme se nyní hlouběji proniknout do „filosofie“ léčby závislosti na alkoholu. V závěru knihy Heinze-Petera Röhra: *Závislost* Jak jí porozumět a jak ji překonat, pokládá autor několik otázek léčícímu se závislému člověku. Tyto otázky jsou klíčem k pochopení léčby závislosti:

„Seznámil(a) jsem se zevrubně s nemocí? Znáám fáze podle Jellineka? Uvědomuji si příznaky, jimiž se vyznačuje má choroba? Odkdy jsem chorobně závislý/á? Jak došlo ke vzniku závislosti? Znáám obraz nemoci, která se jmenuje spoluzávislost?

Akceptoval(a) jsem svou chorobnou závislost? Dospěl(a) jsem k vnitřnímu přitakání své chorobě, nebo se jí pořád ještě chci zbavit?

Pochopila(a) jsem smysl své chorobné závislosti? Pochopil(a) jsem, proč jsem se musel(a) stát chorobně závislým/ou? Jaké problémy jsem chtěl(a) pomocí drogy zvládnout? Jaké poselství s sebou tato nemoc nese?

Začal(a) jsem ze své nemoci vyvozovat důsledky? Na kterých citových blokáдах pracuji? Před kterými životními problémy jsem předtím utíkal(a)? A jak jsem na nich začal(a) pracovat? Dospěl(a) jsem k realistickému pohledu na vlastní osobu a na své postavení ve společnosti? Přestal(a) jsem hledat viníky? Ujala jsem se odpovědnosti za svou nemoc a svůj život?

Odpustil(a) jsem si svou nemoc? Pochopil(a) jsem, že to, co přišlo, bylo nevyhnutelné? Dokážu si odpustit, že jsem chorobně závislý/á, protože jsem chorobu přijal(a) jako součást svého života? Pomohla mi choroba k tomu, abych se dostal(a) blíže k sobě samému?

Převzal(a) jsem odpovědnost za to, že jsem z druhých udělal(a) spoluzávislé? Začal(a) jsem s členy rodiny a přáteli mluvit bez sebeospravedlňování a omlouvání? Dokážu mluvit o destruktivní povaze nemoci? Dochází mi, jak velice mou nemocí trpěli druzí? Dokážu akceptovat, že druzí jsou zranění a zlobí se?

³⁵⁸ „Žádostivost, žádost (lat. Concupiscentia) označuje touhu, která předchází lidskou svobodu a její rozhodování, není touto svobodou plně kontrolovatelná a zaměřuje se k určitému dílčímu dobru člověka. Míří-li k věci, s níž svobodně souhlasit by bylo hříchem, označuje se jako „zlá žádost“. (...)“ In RAHNER, K.; VORGRIMLER, H. *Teologický slovník*, vyd. druhé, revidované, Praha: Vyšehrad, 2009, s. 483.

Kapituloval(a) jsem bezpodmínečně? Zabouchl(a) jsem si všechna zadní vrátka? Rozhodl(a) jsem se všechny problémy, které mi přijdou do cesty, řešit bez návykové látky? Rozhodl(a) jsem se až do konce života abstinovat?

Prožívám abstinenci jako dar a svobodu? Je mi abstinence zatěžko, nebo si užívám svobody nebýt vydán(a) všanc teroru závislosti?

Proběhlo u mě zpracování smutku? Probral(a) jsem poctivě veškeré následky, propady, porážky a hrůzy své chorobné závislosti a zpracoval(a) smutek nad nimi? Našel/la jsem útěchu ve společenství stejně postižených lidí? Cítím stále silněji, že dokážu přitakat své nemoci a přijmout ji?

Mám nový (nezávislejší) pocit vlastní hodnoty? Dokážu se sám/sama pochválit? Jsem pro sebe tím nejdůležitějším člověkem? Mám realistickou představu o své osobě? Jsem spokojený/á s tím, co mám?

Nalezl(a) jsem nový smysl života? Začal(a) jsem nový život? Co dává mému životu hodnotu a smysl, pro co chci žít?³⁵⁹

Z právě uvedené citace je zřejmé, že závislost zasahuje člověka v hloubce jeho podstaty. Proto má léčba závislosti úzkou vazbu na světonázor a náboženské přesvědčení. V uvedené citaci ale není mnoho, co by se týkalo světonázoru či víry v náboženském slova smyslu. Spíš nám poslední otázka po smyslu života může souznít s logoterapií V. E. Frankla.

K závislosti na alkoholu a její léčbě lze přistoupit i odlišným způsobem, který zdůrazňuje Boží působení. Za vzor nám může posloužit jedna z nejznámějších svépomocných organizací - Anonymní alkoholici. Tuto a další podobné organizace, (například Narcotics Anonymous pro lidi závislé na nealkoholových drogách), spojuje tzv. „dvanáct kroků“. Jejich formulace pocházejí z 30. let 20. století, kdy tyto organizace vznikaly nejprve v USA, odkud se později rozšířily do mnoha dalších zemí včetně České republiky.³⁶⁰ V těchto krocích je explicitně vyjadřována víra v Boha a ukazují na náboženskou dimenzi léčby závislosti. Citujeme je zde právě pro srovnání s předchozím textem Heinze-Petera Röhra:

1. „Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu, naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší, než naše nás může vrátit duševnímu zdraví.

³⁵⁹ RÖHR, H.-P., *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat.* s. 171-172.

³⁶⁰ Srov. NEŠPOR, K., *Návykové nemoci.* in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 561.

3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili, a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.³⁶¹

V otázkách v závěru knihy Heinze-Petera Röhra a ve dvanácti krocích Anonymních alkoholiků je mnoho společného. Hlavní rozdíl ovšem spočívá v náboženské dimenzi, která v Röhrových otázkách chybí. O to více je v nich položen důraz na vlastní pacientovu odpovědnost. Zdá se, že právě kvůli absenci Boží pomoci je celé břímě odvykání a léčby závislého na něm samém. Ve dvanácti krocích Anonymních alkoholiků je vyjádřena kapitulace před závislostí jako neschopnost pomoc si vlastními silami. Důvěra a víra v Boha jsou zde základem, bez něhož nelze jít v léčbě vpřed. Vůbec to však neznamená pasivitu a pouhé čekání na boží pomoc. Z textu jasně plyne, že na základě důvěry a víry v Boha lze konat odvážné vlastní kroky, které nezahrnují pouze pomoc sobě ze závislosti, ale mají rovněž sociální rozměr, protože se snaží napravit vztahy s blízkými lidmi, kteří byli závislostí ničení. (Röhr na tomto místě mluví o spoluzávislosti blízkých lidí.)

³⁶¹ NEŠPOR, K., Návykové nemoci. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 562.

2.2.2.2 Návykové a impulzivní poruchy (nelátkové „závislosti“)

Dalším tématem jsou v našem diskursu nelátkové „závislosti“. Samotný termín nelátková „závislost“ není z lékařského hlediska přesný. Ačkoliv běžně hovoříme o „závislosti“ na počítačích, nakupování (oniomanie), práci (workholismus) či patologickém hráčství (gambling), nejedná se o závislost ve smyslu MKN-10. Právě jmenované poruchy řadíme do skupiny návykových a impulzivních poruch (podle MKN-10 diagnostický kód F63)³⁶².

Činnosti, které jsou předmětem návykových a impulzivních poruch, jsou v obecné rovině považovány za normální, nebo dokonce sociálně žádoucí, jako například práce. Předmětem poruchy se stávají až ve fázi, kdy je člověk nekoná v rozumné a očekávané míře. Tehdy postižený přestává tyto činnosti kontrolovat a ovládat a ony se mění v patologické jednání. Stejně jako v případech závislosti na psychoaktivních látkách jsou zde tři základní znaky charakterizující návykové a impulzivní poruchy.

Prvním znakem je silná touha po určitém prožitku. Jedná se o již zmiňovaný *craving* (bažení). Druhým znakem jsou potíže v sebeovládání. Opisem je lze popsat jako „neschopnost odolat impulzu nebo nutkání k určité činnosti, přestože člověk ví, že toto jednání je nežádoucí a bude mít negativní důsledky.“³⁶³ Impulzivní jednání představuje neúplnou pudovou reakci, při které je výrazné puzení k činnosti. „Impulz obchází vůli a schází vědomá představa cíle. Po náhlém silném impulzu nastává hned jednání při neujasněné motivaci. Impulz totiž nebyl zhodnocen a podroben rozhodování. Jedinec provede okamžitý nápad, aniž uváží vhodnost jednání a jeho následky. Jednání nastupuje nečekaně, může být i bezcílne, často neovladatelné a realizuje se bez úvahy. (...) Impulzivní reakce se téměř vždy odehrává na patologicky změněném terénu. Vlastní impulzivní jednání je ego-syntonní, neboť se shoduje s bezprostředním vědomým přáním jedince“³⁶⁴. Třetím znakem je samotné nutkání k této aktivitě. U nemocných dochází k napětí a pocitům úzkosti, které neumí eliminovat jinak než vykonáváním příslušné aktivity v patologické formě.³⁶⁵ Za nejvýznamnější z těchto patologických aktivit jsou v naší společnosti považovány patologické hráčství

³⁶² Srov. tamtéž, s. 568.

³⁶³ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 577.

³⁶⁴ HORÁČEK, J.; ŠVESTKA, J., Psychopatologie (obecná psychiatrie). In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. (eds.), *Psychiatrie*, s. 326.

³⁶⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 577.

(gambling) a závislost na práci (workholismus), kterým se budeme dále věnovat, ačkoliv se tím výčet návykových a impulzivních poruch zcela nevyčerpává.³⁶⁶

Charakteristické pro patologické hráčství je nadměrné zaujetí hrou a nutkání ke hře, které nebere ohled na nežádoucí účinky takového jednání. Začínají se postupně projevovat změny v oblasti psychiky, v prožívání, uvažování i jednání gamblera. Vznik a vývoj této „závislosti“ je popsán ve čtyřech fázích: 1. fáze rekreačního hraní, 2. fáze vázanosti na výhru, 3. fáze závislosti na hře, 4. fáze sociálního selhání. Soustředíme se nyní právě na čtvrtou fázi, která nepokrytě ukazuje na devastující účinky patologického hráčství, včetně ztráty rodinného zázemí. V této fázi dochází v důsledku nepřijatelného chování ke ztrátě důležitých sociálních rolí. Zvýšená potřeba peněz na hru vede ke kriminálnímu jednání majetkového charakteru. To může být spojené i s užitím násilí (např. loupežné přepadení). Dopadením a uvězněním pak dochází ke stigmatizaci takového „hráče“. Ten pak v některých případech dopadne až na samé sociální dno a stává se z něho bezdomovec.³⁶⁷

Závislost na práci (workholismus) představuje další formu nelátkové závislosti. Jejím typickým znakem, kterým se odlišuje od jiných návykových poruch, je jednoznačně pozitivní sociální hodnocení pracovitosti. Jedním z důsledků pozitivního hodnocení práce je fakt, že lidé závislí na práci nebyvají společnostmi odmítáni. Osobní kontakt s nimi ale druzí lidé příliš nevyhledávají, protože je považují za nesympatické a je pro ně nepřijatelná změna chování, která je u workholiků typická.

Lidé závislí na práci mají své typické znaky emočního prožívání. Patří mezi ně sklon k perfekcionismu, prožívání napětí, neklidu, úzkosti a strachu ze selhání, neschopnost relaxovat vedoucí ke zvýšené dráždivosti. Dochází u nich i ke změnám v uvažování a hodnocení. Bývají pesimističtí, mají sklon k dichotomickému „černobílému“ myšlení a jsou přehnaně kritičtí a sebekritičtí. Základem jejich hodnocení je pracovní výkon. Všechny tyto skutečnosti včetně změn v oblasti motivace a hodnotového systému se negativně projevují v jejich chování.³⁶⁸

³⁶⁶ Forem impulzivního jednání je celá řada. V MKN-10 jsou samostatně uvedeny jen některé: patologické hráčství (F63.0), patologické zakládání požárů (pyromanie) (F63.1.), patologické krádeže (kleptomanie) (F63.2), trichotillomanie (impulzivní vytrhávání vlasů, F63.3), jiné návykové a impulzivní poruchy (F63.8). Právě pod posledně jmenovaný kód lze zahrnout například i chorobné impulzivní nakupování (oniomanii). Srov. Appendix MKN-10 – přehled všech kategorií in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 841.

³⁶⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 581.

³⁶⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 581- 583.

Vývoj vzniku závislosti na práci lze schematicky rozdělit do tří fází: 1. Fáze postupného zvyšování výkonu, 2. Fáze závislosti na práci a udržování vysokého vypětí, 3. Fáze vyčerpání a zhroucení. Již ve druhé fázi vznikají problémy sociálního charakteru, kdy rodina protestuje proti způsobu života, který je diktován a řízen pouze nadměrnou prací závislého člena. Kritika rodiny, ale ani rady a nabídky pomoci nebývají v této fázi závislým přijímány. Ruší totiž jeho patologickou představu, kterou si o sobě vytvořil.³⁶⁹

Ve třetí fázi dochází k vyhocení problémů v rodině a kumulaci somatických a psychických obtíží. V emoční rovině se objevují pocity bezmocnosti, prázdnoty a osamělosti. Nemocnému se ztrácí smysl života, propadá depresi a pesimismu. Může docházet i ke kombinaci s dalšími závislostmi - pití alkoholu, užívání léků apod. Tato fáze může nastat již po pěti letech nadměrné pracovní aktivity. Fyzické a psychické zhroucení je obranou organismu před nezvladatelnou zátěží. Ztráta zaměstnání či rozpad rodiny jsou nebezpečnými, ale častými společenskými důsledky workholismu. Nezbytnost léčby a zásadní změna životního stylu se stávají v této fázi aktuální.

Negativní vliv workholismu se projevuje především v osobním a rodinném životě. Profesní role u lidí závislých na práci vytlačila ostatní sociální role (partnerství, rodičovství). Omezováním společných činností v rodině dochází k vyhasínání citových vazeb. Závislým většinou chybí pravdivý náhled na jejich situaci. „Často si vůbec neuvědomují, jak jejich jednání na ostatní působí, že pro ně může být frustrující, a oni se proto cítí nespokojeni. Workholik má tendenci rodinné problémy přehlížet, event. přičítat vinu někomu jinému. K narušení rodinného klimatu přispívají i nepředvídatelné výkyvy jejich ladění, výbuchy hněvu a podrážděnosti, opakovaně nedodržované sliby.“³⁷⁰ Postupně se dostávají takto závislí lidé na okraj rodiny.

Ostatní členové rodiny, zejména manžel/manželka bývají znejistěni a dezorientováni právě všeobecným společenským oceněním pracovitosti, byť nadměrné. Dojít tak k rozhodnutí, kdy partner workholika bude požadovat jeho léčení, bývá obtížnější než například u alkoholiků. V případech, kdy oba manželé propadnou závislosti na práci, se manželství obvykle rychle rozpadá.³⁷¹

³⁶⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 583-584.

³⁷⁰ Tamtéž, s. 586.

³⁷¹ Srov. tamtéž, s. 586-587.

Léčba návykových a impulzivních poruch je podobná jako u látkových závislostí. Základem žádoucího efektu je motivace pacienta. Je jasné, že vedle farmakologické léčby a psychoterapie je nutná rovněž práce s rodinou. Narušené vztahy mohou být problémem i po skončení léčby. Rodina si má během léčby zafixovat žádoucí životní styl, který dá nový smysl společnému životu všech jejích členů.³⁷²

2.2.2.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Poruchy osobnosti a chování u dospělých mají v MKN-10 diagnostické kódy F60-F69 a patří mezi ně i návykové a impulzivní poruchy (F63), které byly předmětem předchozí podkapitoly. Přístup ke klasifikaci poruch osobnosti je historicky velmi různorodý. Nejednotnost je dána rovněž různými psychologickými přístupy založenými na různých teoriích, které se snaží vysvětlit a popsat poruchy osobnosti. V této práci se budeme držet především klasifikace, která je uvedená v MKN-10.

Celou skupinu, o které pojednáváme v této části lze ještě podrobněji rozdělit. Na tomto místě pouze vyjmenujeme základní subtypy této skupiny s připojením diagnostického kódu. Jako první jsou uvedeny specifické poruchy osobnosti (F60), dále pak smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61), přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku (F62), poruchy pohlavní identity (F64), poruchy sexuální preference (F65), psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací (F66), jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých (F68) a konečně nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých (F69).³⁷³ Není cílem této práce zabývat se detailně každým jednotlivým subtypem této skupiny. Poukážeme však na etické problémy spojené buď obecně s celou touto skupinou, nebo na nejvýznamnější problémy, které se vážou ke konkrétnímu subtypu, který samozřejmě bude v textu uveden a stručně představen.

Poruchy osobnosti a chování u dospělého člověka negativním způsobem ovlivňují jeho život, ale jsou rovněž překážkou ve vztazích s druhými lidmi. Funkční definice termínu osobnost nám na začátek pomůže k pochopení poruch osobnosti, kterým se dále

³⁷² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 587.

³⁷³ Srov. Appendix MKN-10 – přehled všech kategorií in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 841-842.

budeme věnovat. „Osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní.“³⁷⁴

Vymezení pojmu porucha osobnosti prošlo historickým vývojem od druhé poloviny 19. století, kdy se tato problematika setkala s psychiatrickým zájmem. Historicky starší pojem pro poruchy osobnosti je psychopatie. Dnes se od tohoto pojmu pozvolna upouští, například i z důvodů posunu slova psychopat v běžné mluvě. Dnes má toto označení silně negativní až dehonestující a urážlivý nádech. Současná definice poruchy osobnosti podle Vágnerové je: „Porucha osobnosti je definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy.“³⁷⁵ Podrobněji je definována porucha osobnosti v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace, čtvrté verze (DSM-IV): „Porucha osobnosti je podle DSM-IV přetrvávající vzorec nebo profil vnitřní zkušenosti a chování, který se odchyluje od toho, co čekává a vyžaduje příslušná kultura a společnost, je stabilní a vede k vnitřním potížím, nepohodě a tísní či všeobecnému funkčnímu poškození.“³⁷⁶ Důsledkem těchto poruch je narušení osobní pohody (vztahu k sobě, sebehodnocení) a sociální adaptace (vztahu ke světu, k okolním lidem a ke společnosti).³⁷⁷ To je vyjádřeno podrobněji v obecných kritériích pro hodnocení poruch osobnosti. Ty lze shrnout do následujících bodů:

- „jde o trvalý stav, který s určitými výkyvy přetrvává po celý život.
- projevuje se podivným, maladaptivním, event.. až hrubě rušivým chováním, jehož důsledky v nestejně míře trpí sám jedinec i jeho okolí a které zvyšuje riziko nejrůznějších konfliktů.
- tolerance k zátěži je snížena, což se projevuje snadným navozením neadekvátních reakcí.
- náhled na nepřiměřenost vlastního chování, názorů a postojů je nedostatečný.
- rezistence ke změnám, neschopnost poučit se ze zkušenosti.“³⁷⁸

Navzdory těmto kritériím není v praxi vůbec jednoduché rozhodnout, které změny osobnosti máme pokládat již za chorobné. „Hranice mezi akcentovanou osobností a již

³⁷⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 511.

³⁷⁵ Tamtéž, s. 513.

³⁷⁶ BALON, Richard; KOSOVÁ, Jiřina; PRAŠKO, Ján, Poruchy osobnosti. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 528.

³⁷⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 513.

³⁷⁸ Tamtéž.

potvrzenou poruchou je v některých případech velice těžké stanovit.³⁷⁹ Tato situace má dopad na kvantifikaci výskytu poruch osobnosti. Ve starších publikacích je jejich výskyt uváděn 4-9% v celkové populaci. Dnes je odhad 11-23%. „Je otázkou, zda jsou poruchy osobnosti od doby uvedení DSM-III v roce 1980 lépe rozpoznávány, častěji diagnostikovány, či se častěji vyskytují.“³⁸⁰

Důležitou skutečností je, že zhruba polovina ze všech psychiatrických pacientů trpí i poruchou osobnosti, která většinou koexistuje s jinou duševní poruchou. Význam této skutečnosti se projevuje v komplikacích léčby koexistující psychické poruchy. Mezi ty patří zvýšená nemocnost (morbidita) a úmrtnost (mortalita), ale též snížená compliance³⁸¹ s léčebným režimem. Poruchy osobnosti jsou často predisponujícím faktorem různých duševních onemocnění, ať už se jedná o závislosti na psychoaktivních látkách, poruchy nálad, úzkostné poruchy, ale může predisponovat i suicidální jednání.³⁸²

Klinické projevy poruch osobnosti spočívají v odlišnosti od normy u osobnostních vlastností. Některé z těchto vlastností mohou být extrémní, a potom se celá struktura osobnosti stává nevyváženou. To vede k abnormálnosti v emočním prožívání, postojích, kognitivních funkcích a chování. U kognitivních funkcí dochází k nestandardnímu či deformovanému způsobu uvažování a hodnocení, včetně sebehodnocení. Stabilita až rigidita osobnostních vlastností má za následek omezení flexibility. To se projevuje v narušení učení. Takto nemocní lidé nejsou schopni se poučit ze zkušeností v podobě nepříznivých důsledků vlastního chování, zpracovat je a využít k osobnostnímu rozvoji. Vlivem poruchy osobnosti k tomu ani nebývají vnitřně motivováni. Emoční prožívání je u lidí s poruchou osobnosti odlišné svou kvalitou, intenzitou i menší přiměřeností emoční reakce na vyvolávající podněty.³⁸³

Poruchy chování, jeho odlišnost od širší normy, představují u lidí s poruchou osobnosti morálně relevantní skutečnost. Reakce okolí na jejich chování bývají negativní. Nejprve zde stručně charakterizujeme, v čem spočívá porucha chování u

³⁷⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 513.

³⁸⁰ BALON, R.; KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., Poruchy osobnosti. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 528.

³⁸¹ Compliance je ochota nemocného spolupracovat při léčbě, přijmout a řídit se pokyny lékaře. Srov. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. s. 69.

³⁸² Srov. BALON, R.; KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., Poruchy osobnosti. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 528.

³⁸³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 517.

osobnostních poruch v obecnější rovině. Dále se soustředíme na základní subtypy poruch osobnosti a charakterizujeme nejvýraznější problémy v chování, které mají lidé s paranoidní poruchou osobnosti (F60.0), se schizoidní poruchou osobnosti (F60.1), s disociální (asociální) poruchou osobnosti (F60.2), s emočně nestabilní poruchou osobnosti (F60.3), histriónskou poruchou osobnosti (F60.4), anankastickou poruchou osobnosti (F60.5), s anxiózní (vyhýbavou) poruchou osobnosti (F60.6) Připojíme rovněž charakteristiku narcistické poruchy osobnosti, která je v MKN-10 klasifikována jako jiná nespecifická porucha osobnosti (F60.8)

U poruch osobnosti lze obecně říci o chování postižených, že je „generalizovaně maladaptivní, to znamená, že nerespektuje běžné sociální normy a z hlediska společnosti se jeví jako nápadné, rušivé, či dokonce nepřijatelné. (...) Tito jedinci se nechovají tak, jak by bylo možné vzhledem k okolnostem očekávat, ale podle toho, jak situaci sami hodnotí, což často bývá poněkud zkreslené. Jejich konkrétní projevy se mohou pohybovat v různých extrémech. Mohou se např. bezohledně prosazovat a agresivně si vymáhat, co chtějí, ale na druhé straně mohou být inhibováni, s tendencí izolovat se. Mívají sníženou toleranci k zátěži a jejich způsoby zvládnání bývají nezralé a maladaptivní. S tím je v některých případech spojena zvýšená pravděpodobnost různých, ve svém důsledku autodestruktivních praktik. (např. abúzu psychoaktivních látek, rizikové autostimulace, excentrického sexuálního chování).“³⁸⁴ Jejich častým problémem je narušení autoregulace (sebeovládání). Reakce na podněty z vnějšku bývají nepřiměřené, postoj k vlastním potřebám a jejich uspokojování bývá velmi vyhrocený. Mají tendenci je uspokojit bezodkladně, bez ohledu na situaci. Jejich život provází rizikové aktivity a dochází k různým excesům.³⁸⁵

Paranoidní porucha osobnosti, jako jeden ze subtypů poruchy osobnosti, vede u postižených k chování, které narušuje mezilidské vztahy. Postoj a z něho vyplývající chování k ostatním je ovlivněno nedůvěrou, podezíravostí a dokonce hostilitou. Obava z ohrožení společně s nedůvěrou brání těmto lidem v navázání bližších vztahů. Nedaří se jim začlenit do žádného společenství. Okolím jsou hodnoceni jako nepřijemní, obtížní a nespravedliví a jsou proto odmítáni a považováni za nežádoucí. V jejich soukromém životě dominuje žárlivost, vztahovačnost a podezírání. V zaměstnání nejsou schopni spolupracovat, ustupovat a uzavírat kompromisy. Projevuje se u nich necitlivost

³⁸⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s.518.

³⁸⁵ Srov.tamtéž.

k ostatním lidem a koncentrace na vlastní osobu a její práva. Jako obranný mechanismus je u lidí s paranoidní poruchou osobnosti chápán nadměrný důraz na dodržování pravidel a řádu.³⁸⁶

Dalším subtypem poruchy osobnosti je schizoidní porucha osobnosti, která je nápadná především silně introvertním zaměřením takto postižených lidí. Dalšími znaky je oploštělost citového prožívání, nezájem o okolní svět a kontakt s lidmi. Snaha minimalizovat sociální kontakty bývá u nich obranným mechanismem, který jim pomáhá udržet si vnitřní rovnováhu. Kromě formálních kontaktů považují ostatní emocionálně pestřejší kontakty s druhými za pro ně nesrozumitelné, podivné a obtěžující. Okolím jsou vnímáni jako neatraktivní podivní.³⁸⁷

Eticky velmi závažnou se jeví disociální (asociální) porucha osobnosti. Vyplývá to již z hlavních znaků této poruchy, kterými jsou egocentrismus, chybění ohledu k ostatním a neschopnost ovládat své chování podle platných sociálních norem včetně právních norem. Emoce se u těchto lidí mohou projevovat až afektivním výbuchem, který je znakem emoční lability a nezralosti. Na druhou stranu tyto lidé nejsou empaticí a ani zjevné utrpení druhého člověka v nich nevyvolá odezvu. Mají omezenou schopnost sociálního učení a nejsou schopni přiměřené sociální adaptace. Vlivem neschopnosti zvládat zátěž a sklonu ke zkratkovitým reakcím je u nich vysoké riziko násilného a suicidálního jednání. Selhávají ve většině sociálních rolí. Běžná populace je odmítá, a tak žijí buď sami, nebo v asociálních partách, případně v náhodných nestabilních společenstvích. Nejzávažnější riziko pro společnost představuje časté kriminální chování těchto lidí. Díky krádežím a páchanému násilí na okolí tráví mnohdy značnou část života ve vězení.³⁸⁸

Emočně nestabilní porucha osobnosti, jako další subtyp poruch osobnosti, se vyznačuje psychickou nestabilitou a neschopností ovládat své chování. Takto postižení jedinci mají tendenci k impulzivnímu jednání bez uvážení možných následků. Dále se emočně nestabilní porucha osobnosti diferencuje na typ impulzivní (F60.30) a hraniční (F60.31). Zatímco impulzivní typ je charakteristický výbušností a povrchními vztahy k lidem, u hraničního typu se k výbušnosti přidává navíc nevyhraněnost a nestabilita v oblasti sebepojetí. Emoční prožívání i uvažování je u obou typů narušené. Typické pro

³⁸⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 520.

³⁸⁷ Srov. tamtéž, s. 520-521

³⁸⁸ Srov. tamtéž, s. 521-523.

hraniční formu poruchy je striktně dichotomické uvažování (vše nebo nic, černé nebo bílé). Neschopnost jemnějšího a přiměřenějšího posouzení se projevuje i ve vztazích a v názorech na druhé lidi. Ti jsou buď jednoznačně dobří či zcela špatní. Diferencovanější pohled je pro ně nepřijatelný. V partnerských vztazích tak lidé s hraniční poruchou osobnosti kladou na druhého neúměrné požadavky a v důsledku toho nejsou schopni vztah udržet. Velmi špatně však snášejí samotu, která u nich posiluje pocit nejistoty vlastního sebevymezení. Kromě zneužívání psychotropních látek, ke kterému mají sklon oba typy, se u hraničního typu projevuje i tendence k sebepoškození a suicidálnímu jednání.³⁸⁹ Prevalence emočně nestabilní poruchy je v populaci 2-3% a patří mezi nejčastější poruchy osobnosti diagnostikované v klinické praxi. Míra již zmíněné suicidality se vyskytuje v 5-10%. V tomto směru je toto onemocnění srovnatelné se schizofrenií nebo s afektivními poruchami.³⁹⁰

Histrionská porucha osobnosti je charakteristická egocentristem a nápadné jsou u ní akcentované vnější projevy emocí, které se projevují teatrálností a dramatičností v kontrastu k povrchnosti v citovém prožívání. V uvažování jsou tito lidé sugestibilní a snadno ovlivnitelní, a tak často mění názory. Samotné myšlení je emocionálně ovládané. Na první pohled se mohou někdy jevit jako zábavní a okouzující společníci, ale při delším kontaktu bývají nepříjemní. Jejich rysem je přetrvávající pocit neuspokojení, který pravděpodobně souvisí s nadměrnou potřebou vzrušení. Potřebu uspokojení řeší manipulací s okolím, na kterém vymáhají uspokojení svých potřeb a přání. Frustraci zvládají velmi obtížně, obzvlášť pokud se týká hodnocení jejich osoby či sociální pozice. Jsou často ješitní a neustále chtějí být středem pozornosti a získat si obdiv a uznání. Aby toho dosáhli, jsou schopni podvádět, lhát, předvádět bouřlivé afektivní scény a v krajním případě se uchylují i k demonstrativnímu suicidálnímu jednání. Proto jsou jejich vztahy k lidem konfliktní a plné napětí. Manipulace a využívání druhých jsou okolí nepříjemné, takže lidi s histrionskou poruchou osobnosti vnímá jako bezohledné sobce, kteří si vymýšlejí a jsou nespolehliví. Někdy lze rozdělit tyto lidi ještě dle způsobu manipulace s okolím. Buď mohou přímo direktivně manipulovat s okolím, anebo to činí prostřednictvím různých tělesných a psychických potíží.³⁹¹

³⁸⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 524-527.

³⁹⁰ Srov. PROBŠTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 143.

³⁹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 528-530.

Anankastická porucha osobnosti bývá někdy označována i jako obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti. V této práci bude ještě v rámci neurotických poruch zmíněna obsedantně-kompulzivní porucha. Jedná se o dvě poruchy, které mají podobné symptomy, a dokonce mohou spolu současně koexistovat u téhož pacienta. Hlavními symptomy jsou u obou poruch obsese (vtíravé, nechtěné myšlenky) a kompulze (nutkavé, nechtěné reakce) spojené s dodržováním řady rituálů. Je důležité ale rovněž uvést, v čem se od sebe obě poruchy odlišují. „Na rozdíl od neurotické poruchy lidé s anankastickou poruchou osobnosti tyto symptomy neprožívají jako rušivé a nechtějí se jich zbavit. Chápou je více jako dlouhodobé charakteristiky své osobnosti. Jsou pro ně takzvaně egosyntonní (syntonní svému já – v souladu s ním), na rozdíl od neurotických, pro které jsou egodystonní (cizí svému já).“³⁹² V mírném napětí s právě uvedenou citací je další tvrzení, že totiž lidé s anankastickou poruchou osobnosti lépe reagují na terapii (skupinovou i individuální) než egodystonní neurotičtí pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou.³⁹³ Tento poznatek se potvrzuje i ve srovnání anankastické poruchy osobnosti s ostatními poruchami osobnosti. „Na rozdíl od ostatních poruch osobnosti si osoby s obsedantně - kompulzivní poruchou osobnosti často uvědomují své utrpení a utrpení bližních a vyhledávají léčbu.“³⁹⁴

Pokud se zaměříme na vztah pacientů s anankastickou poruchou osobnosti s nejbližším okolím, zjistíme v něm velké problémy. Jejich základ spočívá ve skutečnosti, že puntičkářství, rigidní dodržování pravidel a rituálů společně s potřebou kontroly, které je vlastní těmto lidem, vyžadují i od svého okolí. Tato projekce vlastních vysokých nároků na okolí není blízkými lidmi přijímána a v krajních případech se vlastně jedná o terorizování okolí ze strany nemocného. Vysoké nároky na sebe samého jsou u lidí s touto poruchou důsledkem vnitřního přesvědčení, že nejsou sami dostatečně dobří a neobstojí ve srovnání s druhými. Jsou u nich tak přítomny dvě zdánlivě protichůdné role: vedle role úzkostného jedince se může tentýž člověk projevit jako kontrolující diktátor. V anamnéze těchto lidí často dominuje tvrdá výchova v dětství.³⁹⁵

Anxiozní (úzkostná), vyhýbavá porucha osobnosti má své hlavní rysy naznačeny již v názvu. Typickým znakem „je sklon k úzkostnému prožívání, negativnímu

³⁹² PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 159.

³⁹³ Srov. tamtéž, s. 163.

³⁹⁴ BALON, R.; KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., *Poruchy osobnosti*. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 543.

³⁹⁵ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 162-164.

sebehodnocení a s tím související tendencí vyhýbat se jakémukoli potencionálnímu ohrožení.³⁹⁶ Úzkost a nejistota lidí s touto poruchou osobnosti je spojena s nadměrnými obavami z kritiky či odmítnutí. Proto se všem sociálním situacím, které by mohly zvýšit jejich úzkost tím, že pro ně znamenají (domnělé) riziko ztrapnění, odmítnutí, raději vyhýbají. Postižení se tím dostávají do izolace. Tito lidé ale nejsou asociální a touží po hlubším vztahu. Je u nich však problém s jeho udržení. Pokud totiž navážou hlubší vztah, mají potřebu být stále ujišťováni o jednoznačném, až nekritickém přijetí, o bezvýhradné lásce a její trvalosti. Strach ze zklamání a neustále vymáhání si těchto ujištění může v důsledku takový vztah rozbit. Obecně řečeno, nejsou často schopni udržet si přijatelnou úroveň vztahů s lidmi.³⁹⁷

Narcistická porucha osobnosti nemá přidělený samostatný diagnostický kód v MKN-10 a bývá diagnostikována jako jiná specifická porucha osobnosti (F60.8). Mezi nejdůležitější znaky této poruchy patří „porucha sebehodnocení a přecitlivělý egocentrismus spojený s necitlivostí k ostatním.“³⁹⁸ Tato necitlivost může mít podobu pouhé lhostejnosti k okolí, nedostatku empatie. Může však mít i závažnější projevy jako je arogance k ostatním, bezohlednost, podceňování druhých a jejich využívání k vlastním cílům.³⁹⁹ Jako u většiny poruch osobnosti není ani chování lidí s narcistickou poruchou osobnosti přitažlivé pro okolí a někdy je pro ně zcela neakceptovatelné.

Mezi jiné specifické poruchy osobnosti patří rovněž další subtypy, jakými jsou například depresivní porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, excentrická porucha osobnosti či nezralá porucha osobnosti a další. Může se ale jednat i o smíšené poruchy osobnosti, které mají kód F61.0.⁴⁰⁰ Jednotlivé subtypy se mnohdy překrývají a je nutné je chápat jako modely či exemplární příklady, které se mnohdy nevyskytují v krystalicky čisté podobě konkrétního subtypu, jak je výše popisujeme.

Od poruch osobnosti se částečně liší získané změny osobnosti. Ty mohou být podmíněny organickým poškozením či onemocněním mozku a diagnosticky spadají mezi organické duševní poruchy. Mohou ale být podmíněny rovněž traumatickým zážitkem či jinou psychickou nemocí.

³⁹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. , s. 534.

³⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 535.

³⁹⁸ Tamtéž, s. 530.

³⁹⁹ Srov. tamtéž, s. 531.

⁴⁰⁰ Srov. BALON, R.; KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., *Poruchy osobnosti*. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 543.

Extrémní psychická traumatizace může pro postiženého představovat tak zásadní otřes, že přestává mít význam, jaký byl člověk před traumatem. Dochází k deformaci emočního prožívání, kde po změně způsobené traumatem dominuje nejistota, nedůvěra a strach z ohrožení. Tyto pocity vedou k sociální izolaci. Na tyto osoby můžeme vztáhnout i popis posttraumatické stresové poruchy. Jedná se v podstatě o její chronifikaci s trvalejšími rysy.⁴⁰¹

Změny osobnosti v důsledku závažného psychického onemocnění lze chápat mimo jiné jako zbytky (rezidua) duševního onemocnění. U psychotických pacientů dochází v některých případech i po kompenzaci jejich stavu k omezení zájmů, inhibici, citovému oploštění, pasivitě v chování apod. Souhrnně lze tyto symptomy označit jako negativní (minusové) oproti pozitivním (plusovým) symptomům, kam patří například halucinace či bludy, a které jsou spojeny převážně s progresí nemoci. Nejde však vždy jen o přímý následek psychotického onemocnění. Často se jedná o subjektivní postoj k nemoci, jejímu prožívání a zpracování konkrétním člověkem. Svou podstatnou roli zde sehrává, v této práci již zmiňovaná stigmatizace, díky které nemocný přejímá přesvědčení, že ho nemoc změnila, že ho označila „cejchem“, že ho stigmatizovala.⁴⁰²

2.2.2.4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy

Diagnostickými kódy F40 – F49 jsou zastoupeny v MKN-10 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Přes heterogenitu této skupiny je hlavním příznakem onemocnění spadajících do ní úzkost a její somatické koreláty. Tyto poruchy „v klasifikaci jsou zařazeny do společné kapitoly vzhledem k předpokládané souvislosti s psychologickými příčinami a s ohledem na svou historickou souvislost s pojmem neurózy.“⁴⁰³

Úzkostné a fobické poruchy, jak lze rovněž tyto poruchy nazývat, mají jedno společné s afektivními poruchami, o kterých budeme psát v další podkapitole. Poruchy z obou skupin jsou spojené s narušením emočního prožívání. „Emoce slouží člověku jako základ subjektivního hodnocení situace, které ovlivňuje jak míra aktuálního

⁴⁰¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.*, s. 540.

⁴⁰² Srov. tamtéž, s. 539-540.

⁴⁰³ KOSOVÁ, Jiřina; PRAŠKO, Ján, Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie.* s. 482.

uspokojení, tak minulé zkušenosti. Je jiné než hodnocení rozumové.“⁴⁰⁴ Hodnocení na základě emocí je relativně málo přizpůsobivé, závislé ve větší míře na vrozených mechanismech. Toto hodnocení je také méně ovlivnitelné učením oproti rozumovému hodnocení. Autoregulační funkce emocí spočívá v tom, že emoce mohou naši aktivitu stimulovat či tlumit. Úzkost a strach jako hlavní příznaky neurotických poruch tak mohou vést k obraně nebo úniku před domnělým ohrožením (vedou ke stimulaci jednání), ale stejně tak mohou vést ke zpomalení jednání nebo dokonce k ochromení a neschopnosti cokoliv udělat (vedou k útlumu jednání).⁴⁰⁵

Strach a úzkost nejsou synonyma. Úzkostí rozumíme citový stav, ve kterém převažuje napětí a obavy neurčitěho obsahu, zatímco strach má svůj konkrétní předmět (Proto hovoříme o strachu z něčeho nebo před něčím). Strach svým způsobem představuje konkretizaci úzkosti. Na strach a úzkost vyvolávající napětí lze nahlížet jako na specifický informační systém, který má při správném fungování varovat a chránit jedince před nebezpečím. Systém začíná chybně fungovat a zatěžovat jedince v případech, kdy začne očekávat nebezpečí tam, kde žádné nehrozí. Úzkost a strach se pak stávají maladaptivní a navozují neúčelné jednání. Aktivizace organismu je nepřiměřená a zbytečná. Toto chybné reagování již patří do skupiny neurotických poruch.⁴⁰⁶ „Takto postižený člověk se nedovede se svou úzkostí vyrovnat, nedovede ji přijmout a správně interpretovat. Jeho reakce jsou neadekvátní a vedou k dalšímu zafixování a zhoršování potíží. Nemocný trpí a obranné reakce, které používá, paradoxně přispívají k dalšímu omezení jeho života. Podobné projevy lze občas pozorovat i u zdravých lidí, porucha spočívá v tomto případě spíše v jejich intenzitě, četnosti opakování či délce přetrvávání. Celkově zvýšená úzkostnost se může rozvinout určitým způsobem, např. do podoby fobií či úzkostných atak.“⁴⁰⁷ Úzkostné poruchy můžeme blíže rozdělit na generalizovanou úzkostnou poruchu, fobickou úzkostnou poruchu, panickou úzkostnou poruchu a obsedantně – kompulzivní poruchu.

Příčiny vzniku těchto poruch nejsou dosud přesně známé, ale je jisté, že jsou podmíněny multifaktoriálně. Faktory lze rozdělit na biologické (dědičnost, změna

⁴⁰⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.*, s. 399.

⁴⁰⁵ Srov. tamtéž.

⁴⁰⁶ Srov. tamtéž, s. 400-401.

⁴⁰⁷ Tamtéž, s. 404.

mozkových funkcí, porucha regulace různých neurotransmitterových systémů) a na psychosociální (učení, zkušenost se stresujícími situacemi).⁴⁰⁸

Úzkostné poruchy mají často tělesné (somatické) příznaky. Tělesné potíže mohou být nesprávně interpretovány jako primárně somatická choroba. V některých případech to vede k situaci, kdy je pacient léčen pro údajně somatické onemocnění. Ve skutečnosti však „kořen“ obtíží u něho spočívá v neuróze. Pokud se podaří léčit primární neurotickou poruchu, somatické příznaky často zcela zmizí. Je důležité, aby lékař prvního kontaktu dokázal správně diagnostikovat neurotickou poruchu a oddělit ji od ryze somatických nemocí.

Úzkostné poruchy rovněž provázejí nepříznivé sociální následky. Neurotické poruchy „nemocné trvaleji zatěžují, omezují jejich výkonnost, limitují sociální kontakty a snižují kvalitu jejich života ve všech oblastech, v profesním uplatnění i v soukromém životě. Nemocný se může stát zcela závislým na své rodině, resp. prostředí bytu, který v krajním případě vůbec neopouští, není schopen běžných sociálních aktivit a nedokáže se postarat ani sám o sebe. Projevy těchto lidí mohou být nápadné, nepříjemné a zatěžující, pro ostatní těžko srozumitelné, zejména pokud jde o fobie, panické ataky či obsedantně-kompulzivní projevy.“⁴⁰⁹

Soužití s úzkostným nemocným bývá náročné a má svá rizika. Jedním z nich je riziko nepochopení choroby, ze kterého plynou nesplnitelné požadavky na nemocného. „Pokud příbuzní nechápou, že jde o poruchu, snaží se nemocného přimět, aby se ovládal, protože jeho obavy z ohrožení jsou zjevně nesmyslné a on to přece musí pochopit.“⁴¹⁰ Nemocný sice rozumově uvažuje, ale není schopen své pocity a z nich vyplývající nutkání k určitému jednání ovládat a regulovat. Podobně jako u ostatních duševních poruch je nutné, aby si blízcí pacienta uvědomili, že jde o nemoc, kterou je třeba léčit.⁴¹¹

Druhým závažným rizikem je přetížení blízkých lidí problémy nemocného a nezvládnutí této situace. „Za určitých okolností mohou členové rodiny přijmout postoj nemocného a snaží se mu ulehčit tím, že nebudou vytvářet situace, které by u něj navozovaly úzkost. Tímto způsobem se může zcela zdeformovat život celé rodiny, která

⁴⁰⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 402-403.

⁴⁰⁹ Tamtéž, s. 415.

⁴¹⁰ Tamtéž.

⁴¹¹ Srov. tamtéž.

se podřídila chorobným potřebám nemocného. (např. nikoho nezve, nikam nechodí, neopouští jej, resp. jej všude doprovází).“⁴¹²

Jedním z příznaků a projevů obsedantně – kompulzivní poruchy je vykonávání patologických rituálů. Patří mezi ně nutková potřeba kontroly, pořádku či opakování očištného rituálu. I zde může dojít k přetížení rodiny. „Nutkové rituály nemocného mohou rovněž zasáhnout chod domácnosti, zejména když jsou členové rodiny do nich nějakým způsobem začleněni. (...) Může jít o tlak na respektování nesmyslných pravidel udržování čistoty v bytě, opakovaného mytí, převlékání atd. (...) Neadekvátní nároky nemocného a jeho nadměrná závislost na cizí pomoci mohou vyvolávat vztek, pocity nespravedlnosti a nechuti k nemocnému, ale i pocity viny za své odmítavé postoje. Tyto pocity viny mohou paradoxně vést k dalšímu podřízení nárokům nemocného, jako mechanismus odčinění špatných myšlenek. Jindy může dojít k rezignaci a ztrátě zájmu o nemocného, jehož potíže jsou považovány za neúnosné a neřešitelné. Za určitých okolností se mohou příbuzní určitým způsobem podílet na udržování úzkostných a nutkavých projevů. (...) Může jít jak o odmítavý postoj, tak o projevy nadměrně pečovatelského chování, které může fixovat fobické úzkostné projevy, protože umožňuje problém neřešit.“⁴¹³

Předpokladem ke zvládnutí soužití s úzkostným nemocným je, jak jsme již psali, uvědomění si toho, že se jedná o poruchu, kterou je nutné léčit. „Úzkostné poruchy jsou léčitelné, přinejmenším lze dosáhnout určité úpravy stavu nemocného a zmírnění jeho potíží.“⁴¹⁴ Léčba úzkostných poruch je kombinovaná a zahrnuje farmakologickou léčbu, psychoterapii v různých formách, terapeutickou práci s rodinou a socioterapii, jejímž cílem je resocializace nemocného. Pod pojmem resocializace rozumíme znovuzачlenění nemocného do společnosti, opětovné zařazení do školy či zaměstnání tak, aby zvládl běžné sociální požadavky. Jistou výhodou u úzkostných poruch bývá fakt, že nemocný má na své potíže náhled, a tak je většinou dobře motivovaný k léčbě.⁴¹⁵

Z psychoterapeutických postupů vhodných pro léčbu neurotických poruch je často doporučována kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Účinnost této terapie je u obsedantně-kompulzivní poruchy srovnatelná s farmakologickou léčbou a jejich

⁴¹² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 415.

⁴¹³ Tamtéž, s. 415-416.

⁴¹⁴ Tamtéž, s. 414.

⁴¹⁵ Srov. tamtéž, s.422-423.

kombinací lze dosáhnout optimálního trvalého léčebného efektu. KBT je však vhodná i pro léčbu ostatních neurotických poruch (fobická úzkostná porucha, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha). Na příkladu KBT obsedantně-kompulzivní poruchy ukážeme šest základních oblastí terapie, které na sebe postupně navazují. Jsou to: 1. orientace a edukace, 2. hodnocení, 3. kognitivní rekonstrukce, 4. expozice se zábranou odpovědi, 5. plánování času, 6. řešení problému. Z výčtu jasně plyne, že KBT nemá za cíl pouze, aby dočasně odezněly příznaky. V závěrečných dvou oblastech se jedná o proces, který má pomoci vyřešit podstatu problému u nemocného a zabránit tak případnému relapsu onemocnění. Tato terapie je ovšem časově poměrně náročná. Celkově trvá v ideálním případě 2-3 měsíce a na počátku je potřeba opakovat sezení (1-2 hodiny) někdy i 5x týdně.⁴¹⁶

Vedle neurotických poruch patří do této skupiny poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Pro poruchy vyvolané stresem „je typické, že navazují na mimořádně stresující životní zážitek, který vyvolal akutní stresovou reakci, nebo vznikají v době významné životní změny, vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem a mající za následek poruchu přizpůsobení. U této skupiny poruch se tedy předpokládá, že jsou vždy přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu a bez něho by nevznikly.“⁴¹⁷ V důsledku tyto poruchy vedou ke zhoršení sociálního fungování pacientů. Mezi poruchy vyvolané stresem řadíme akutní reakci na stres (F43.0), posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1) a poruchy přizpůsobení (F43.2).

Akutní reakce na stres je porucha, která trvá přechodně a která vzniká rovněž u zdravého jedince jako odpověď na silný fyzický nebo duševní stres. Tím může být živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, znásilnění, požár apod. „Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. stáří). Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutních reakcí na stres. Proto ne u všech lidí exponovaných mimořádnému stresu se vyvine tato porucha.“⁴¹⁸

Příznaky akutní reakce na stres jsou různé. Příznaky se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu či události. Mizí pak během 2-3 dnů,

⁴¹⁶ Srov. KOSOVI, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 499.

⁴¹⁷ Tamtéž, s. 501.

⁴¹⁸ Tamtéž.

často ale i během několika hodin. Typický úvodní příznak je „stav „ustrnutí“ se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientací. Na tento stav může dále navazovat další stažení se (...) nebo agitace a hyperaktivita (...). Obvykle jsou přítomny příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení).“⁴¹⁹ Tyto dočasné potíže v rámci akutní reakce na stres mnohdy ani nelze chápat jako patologické. Jsou vlastně přirozenou reakcí na silný stres.

Eticky zajímavé u této poruchy bývá neobjektivní posouzení stresové situace a reakce pacienta na ni ze strany lékaře. Diagnostika této poruchy je do značné míry závislá na vlastních životních zkušenostech lékaře, podle kterých posuzuje závažnost vyvolávající příčiny (stresoru). Často dochází k jevu projekce lékaře do nemocného, kdy zvažuje, jak by na podobnou situaci reagoval on sám. Problémem je zde právě objektivita posouzení. Stresovým faktorem může být například závažná somatická nemoc. Psychiatr ale může pokládat reakci na tuto nemoc za přehnanou.⁴²⁰

Závažnější, na akutní reakci na stres někdy navazující, je posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder = PTSD). Ta představuje prodlouženou nebo oddálenou reakci na závažnou traumatickou zkušenost. Přesněji řečeno je tato porucha projevem nedostatečného zpracování této zkušenosti. Projevuje se přetrváváním psychických i somatických obtíží.⁴²¹ Základním kritériem pro stanovení diagnózy PTSD je přítomnost stresoru. Toto kritérium je definováno takto: „Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.“⁴²²

Trauma je sice nezbytný faktor PTSD, ale sám osobě není dostačující. Na rozvoji poruchy se zřejmě podílejí také environmentální faktory v době kolem traumatické stresové události a predisponující faktory (premorbidní osobnost a její biologická výbava).⁴²³

⁴¹⁹ KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 501.

⁴²⁰ Srov. tamtéž.

⁴²¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 431.

⁴²² PALČOVÁ, A. Duševní poruchy a poruchy chování: diagnostická kritéria pro výzkum: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (MKN-10). Praha: Psychiatrické centrum, 1996, s. 171. Zprávy č. 134.

⁴²³ Srov. KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 502.

Celoživotní prevalence PTSD v západní populaci je 10,4-12,3 % u žen a 5,0-6,0 % u mužů.⁴²⁴ Prognóza průběhu této poruchy je spíše dobrá. „Kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20% dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky a u asi 10% vůbec ke zlepšení nedojde.“⁴²⁵

Posttraumatické poruchy mají sociální význam jak pro samotného nemocného, tak pro jeho okolí. Traumatizující zážitek může postiženého člověka stigmatizovat. Různé degradující traumatické zážitky (např. týrání, mučení, sexuální zneužívání) působí poznamenání nemocného, protože je jiný už tím, co prožil. Vztah okolí je ambivalentní a je směsí soucitu a otažitosti či dokonce odporu. Chování lidí z nejbližšího okolí nemocného je v těchto případech obzvlášť důležité. Pokud postiženého okolí pozitivně podpoří, je to pro něho významná pomoc. Nevhodné jednání nejbližších naopak přispěje ke vzniku a udržování psychických potíží. Nevhodné jednání je někdy vedeno i dobrým úmyslem. Tímto způsobem působí nadměrné ochráníství a soucit, které mohou vést až k manipulaci s nemocným. Věty typu: „Musíš pořádně jíst! Musíš chodit mezi lidi!“ mohou být zraňující, když neberou v úvahu pocity postiženého a jsou vlastně jen subjektivním míněním toho, kdo pomáhá. Původ tohoto nesprávného chování nemusí být ve zlé vůli. Často za ním stojí důležitá skutečnost, že laik nápadným projevům chování člověka po prožití traumatické události nerozumí, jsou mu nepochopitelné a vlastně neví, jak by se měl k nemocnému chovat. Příkladem může být vyhýbání se jakékoliv zmínce, vzpomínce či rozmluvě o traumatické události. Tendence okolí vyhýbat se tomuto citlivému tématu nemusí být vždy výraz ohleduplnosti k nemocnému, ale obrany okolí před tématem, které nahání strach.⁴²⁶

Změny chování postižených bývají nepříjemné a často vedou k narušení mezilidských vztahů nebo dokonce k jejich rozpadu. Dilema těchto nemocných může spočívat na jedné straně v potřebě ochránívského vztahu, který by jim dal oporu a jistotu, a na druhé straně v úplné izolaci od lidské společnosti, k níž v důsledku traumatu ztratili důvěru. Nemocní mnohdy oscilují právě mezi těmito dvěma krajnostmi.⁴²⁷

⁴²⁴ Srov. KOSOVIÁ, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*, s. 502.

⁴²⁵ Tamtéž, s. 504.

⁴²⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 438-439.

⁴²⁷ Srov. tamtéž, s. 439.

Posttraumatická porucha se léčí kombinací farmakologické léčby s psychoterapií. (Samotná farmakologická léčba je považována za nedostatečnou.) „Psychoterapeutické přístupy k PTSD zahrnují podpůrnou psychoterapii, psychodynamickou psychoterapii, kognitivně-behaviorální terapii a hypnózu. Ve všech přístupech je zdůrazněna potřeba rekonstrukce traumatické události, abreakce a podpora pacienta, vedoucí k jeho pocitu bezpečí.“⁴²⁸ Důležitá je u léčby PTSD rovněž psychoterapeutická práce s rodinou. Jejím cílem je získat pro postiženého podporu rodiny, ale i přátel a dalších blízkých lidí.

Psychoterapeutická práce z pohledu psychiatrů a psychoterapeutů se samotným člověkem trpícím PTSD není lehká. „Síla afektů, které souvisí s traumatem, bývá někdy tak velká, že pacient má potíže s námi o něm vůbec mluvit. Náš postup tedy má být velmi diskrétní, taktní a jemný. Pacient se potřebuje cítit bezpečný. Vzpomínky na trauma a emoční reakce mohou být tak silné, že vyvádějí z míry i terapeuta, děsí ho, někdy šokují natolik, že jim sám odmítá věřit. Proto je při léčbě PTSD velmi důležitá supervize. Pacient vzpomínky postupně doplňuje a částečně mění. Zpravidla to není známkou toho, že jsou falešné, ale že zpočátku měl na část vzpomínek amnézii nebo se styděl či bál uvést plnou pravdu.“⁴²⁹ Cíl psychoterapie s pacientem s PTSD je pomoci mu zpracovat traumatický zážitek do té míry, aby mu nebránil v plnohodnotném životě včetně uspokojivého sociálního fungování a plnění běžných sociálních rolí. Pro úplnost dodejme, že traumatické zážitky s e nevyhýbají ani dětem.⁴³⁰

Jiným typem poruch souvisejících se stresem a traumatizujícími událostmi jsou disociativní (konverzní) poruchy. Patří mezi ně: disociativní amnézie (F44.0), disociativní fuga (F44.1), disociativní stupor (F44.2.), trans a stavy posedlosti (F44.3.), disociativní poruchy motoriky (F44.4.), disociativní křeče (F44.5.), disociativní porucha citlivosti a poruchy sensorické (F44.6.) a jiné disociativní poruchy (F44.8.)⁴³¹ U

⁴²⁸ KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 505.

⁴²⁹ Tamtéž.

⁴³⁰ PTSD u dětí má obdobné příznaky jako u dospělých, jen některé její projevy jsou, v závislosti na vývojové úrovni dítěte, odlišné. Specifickým důsledkem u dětí bývá, že vlivem traumatu dochází k vývojové regresi. Ta se projevuje odmítnutím separace, větší závislostí na dospělém a strachem z cizích lidí. Vývojově podmíněný je i způsob vysvětlení traumatického zážitku. Jeho interpretace u dětí má obranný charakter. Například chování agresora si dítě vysvětlí jako důsledek vlastního špatného chování a přičítá vinu sobě. Při léčbě PTSD u dětí, která je obdobná jako u dospělých, je důležitým cílem zabránit chronifikaci poruchy. Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 439. - 443.

⁴³¹ Srov. KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 508-511.

disociativních poruch se předpokládá, že mají „psychogenní“ původ a časově jsou spjaty s traumatizujícími událostmi, neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy. „Disociativní poruchy jsou charakteristické narušením integrace jednotlivých psychických funkcí, jejich koordinace s motorickými projevy, případně transformací psychických problémů na úroveň tělesných příznaků. Disociativní symptomy jsou projevem specifického způsobu zpracování subjektivních problémů, které není postižený člověk schopen řešit jinak, účelněji a přiměřeněji.“⁴³²

Biologický předpoklad pro vznik disociativních projevů spočívá v typu osobnosti, která je označována jako histrionská⁴³³ (ve starší literatuře je užíván termín hysterická osobnost). Vedle biologických faktorů jsou pro vznik disociativních poruch důležité psychosociální faktory. „Disociativní a konverzní mechanismy mají obrannou funkci, pomáhají disponovanému jedinci, aby se vyrovnal se zátěží, kterou není schopen zvládnout přijatelnějším způsobem. Přestože mohou tyto projevy vypadat jako vědomá simulace, není tomu tak. Pacient je neprodukuje úmyslně, ani sám neví, proč vznikly. Je ovšem pravda, že mu přinášejí nějaký zisk, a proto se udržují, i když je jejich mechanismus neuvědomovaný.“⁴³⁴ Podle psychoanalytiků jsou nepříjemné zážitky těchto lidí vytěsněny do nevědomí, a tudíž nad nimi ztrácejí nemocní volní kontrolu. Příznaky těchto poruch nevznikají „na přání pacienta“.⁴³⁵

Zastavme se ale u analýzy zisků, které plynou z disociativního způsobu reagování. Ty lze rozdělit na primární a sekundární zisky. „Primárním ziskem je osvobození od úzkosti a napětí, které vyvolává nezvládnutá zátěž. Sekundárním ziskem jsou všechny další výhody, které z tohoto řešení nakonec vyplývají. Pacient je tolerován, nejsou na něho kladeny takové nároky apod. (...) Získává tedy výhodnější sociální pozici, než měl předtím. Není tudíž divu, že se takovéto podivné projevy udržují a fixují. Přinášejí nakonec svému nositeli více výhod než nevýhod. Znovu je třeba zdůraznit, že jde o nevědomé reakce, a nikoli o vědomou strategii (jak se může leckdy laikům jevit).“⁴³⁶

Pacienti s disociativní poruchou mívají problémy s adaptací ve společnosti a v oblasti mezilidských vztahů. Jejich potíže a problémy „vyplývají z jejich neschopnosti

⁴³² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 445.

⁴³³ Rysy histrionské osobnosti jsou: nezvládnutelná afektivita, teatrálnost, zvýšená potřeba vzrušení, vnímání životního stereotypu jako zátěže, touha být středem pozornosti, nezralý způsob naplňování vztahů s lidmi. Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 450.

⁴³⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 446.

⁴³⁵ Srov. tamtéž.

⁴³⁶ Tamtéž.

přizpůsobit se, z jejich egocentričnosti a preferenční koncentrace na sebe sama. Tendence zdůrazňovat vlastní osobu a potřeba za všech okolností vyniknout působí rušivě (...). Negativně působí i jejich sklon ke zkreslování reality a předstírání, které jsou výrazem potřeby přizpůsobit vnější svět svým potřebám, být někým jiným, pokud možno nějak významným.“⁴³⁷ Mají sice potřebu citového vztahu, ale nedokážou ji adekvátně naplnit. Vnitřní prázdnota spojená s touhou po skutečném prožitku, kterého nejsou schopni dosáhnout, se projevuje v jejich chování, které je pro okolí nepříjemné, a proto většinou druzí lidé reagují odmítnutím intenzivnějšího kontaktu s postiženými. Vágnerová ve své monografii rovněž trefně vysvětluje důvody odmítavého přístupu k lidem s disociativní poruchou: „Nápadnost a podivnost chování lidí trpících disociativní poruchou je pro ostatní nepochopitelná a nesrozumitelná. V laické veřejnosti převažuje nesprávný názor, že jde o vědomé předstírání a předvádění, které má za cíl upoutat pozornost a získat si výhody. Pro laika je těžko pochopitelné, že by mohlo jít o nevědomý mechanismus, který pacient není schopen vůlí ovlivnit.“⁴³⁸

Léčba disociativních poruch není jednoduchá. Jejím cílem je získání náhledu a odstranění afektivních zdrojů potíží. Hlavním prostředkem léčby je psychoterapie, která by měla mít v těchto případech přesně vymezená pravidla. Odbornou terminologií mluvíme o psychoterapeutickém kontraktu, který je nutný vzhledem k tendenci pacientů s disociativní poruchou chovat se manipulativně. Důležitá je rovněž zkušenost psychoterapeuta, který musí být schopen odhadnout možnosti spolupráce. Farmakologická léčba u těchto poruch je pouze doplňková.⁴³⁹

Další poruchy patřící do této skupiny jsou somatoformní poruchy. U nich nacházíme tělesné příznaky onemocnění bez prokazatelných organických patologických změn. „Projevují se opakovanými stížnostmi na tělesné příznaky (jako jsou např. bolest, nauzea, vegetativní příznaky, únava) a žádostmi o lékařské vyšetření, přesto, že opakovaně byly nálezy negativní. (...) Tyto tělesné příznaky a s nimi spojené obavy jsou pro pacienta natolik nepříjemné, že vedou k závažnému stresu a narušují fungování v sociálních a pracovních rolích.“⁴⁴⁰ Bez hlubší znalosti problému lehce sklouzneme k chybné myšlenkové zkratce, že somatoformní poruchy jsou pouhé simulování anebo

⁴³⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 451.

⁴³⁸ Tamtéž.

⁴³⁹ Srov. tamtéž, s. 452.

⁴⁴⁰ KOSOVÁ, J.; PRAŠKO, J., *Neurotické poruchy*. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie.*, s. 511.

jsou spojené s účelovým jednáním. Nejen pro lékaře je důležité si uvědomit, „že tyto příznaky nejsou pod vědomou nebo volní kontrolou. Pacient nesimuluje ani nepodvádí a zasluhuje stejně pečlivé hodnocení, péči a pochopení, jako kterýkoliv jiný pacient.“⁴⁴¹

Poruchy, které jsou v MKN-10 zařazeny pod kódy F40-F49, představují pestrou paletu, která má ale jisté společné rysy (strach, obava, úzkost, reakce na stres či trauma apod.), které jsou u jednotlivých onemocnění zastoupeny v různém poměru, a někdy může určitý rys u konkrétní nemoci zcela chybět. Domníváme se, že jedním z nejzávažnějších problémů, které mají své etické důsledky, je neznalost laické veřejnosti o mechanismech vedoucích k patologickým projevům těchto poruch. Chování takto nemocných je mnohdy velmi nepříjemné pro okolí, a protože ho blízcí nedokážou správně nahlédnout v jeho podstatě a původu, reagují podle všeobecně lidského předporozumění, které se projeví například odmítnutím nemocného, který je jimi považován spíše za simulanta nebo „potíživistu“ (angl. troublemaker). Na druhou stranu je třeba zdůraznit skutečnost, že blízcí lidé nemocného nemají „povinnost“ snášet jeho někdy velmi nepříjemné rozmary či dokonce manipulaci, která v krajních případech hraničí se šikanováním, jak bylo konkrétně naznačeno v části o obsedantně-kompulzivní poruše. Tato obecná skutečnost platí i v případech, kdy takové jednání je projevem poruchy z právě uvedené skupiny psychických poruch.

2.2.2.5 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Pod diagnostickými kódy F50-F59 se nachází velmi nesourodá skupina poruch. Jsou to poruchy chování, které jsou spojené s poruchami příjmu jídla, s neorganickými poruchami spánku, se sexuální dysfunkcí (neorganického původu). Dále do této skupiny patří duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde, psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde, abúzus látek nevyvolávajících závislost a konečně nespecifikované behaviorální syndromy spojené s fyziologickými dysfunkcemi a somatickými faktory.⁴⁴² Abychom zde systematicky popsali tuto skupinu, budeme se jednotlivými subtypy poruch zabývat

⁴⁴¹ KOSOVI, J.; PRAŠKO, J., Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie.*, s. 511.

⁴⁴² Srov. Appendix MKN-10 přehled všech kategorií. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie.* s. 840-841.

odděleně, než abychom hledali společné rysy celé této skupiny, které se nezdají být příliš výrazné.

Poruchy příjmu jídla patří mezi závažné duševní poruchy. Nejzávažnější z nich je mentální anorexie a hned za ní následuje mentální bulimie. Historické vymezení těchto poruch je poměrně mladé.⁴⁴³ Výskyt těchto poruch od 60. let 20. století výrazně stoupal. V 90-95 % se tyto poruchy vyskytují u mladých dívek a žen. Rizikový věk je 15-30 let. V tomto věkovém rozmezí asi 1-3 % žen splňuje kritéria pro mentální bulimii a asi 0,5-1 % pro mentální anorexii. Uvedené epidemiologické údaje jsou problematické vzhledem k povaze onemocnění, kdy nemocný popírá a tají své obtíže a odmítá odbornou pomoc. Mnohdy se tyto ženy léčí u pediatrů a praktických lékařů pro různé „jiné“ zdravotní obtíže a jen zlomek z nich má stanovenou diagnózu mentální bulimie.⁴⁴⁴

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy mají komplexní charakter. Spočívají v působení biologických, psychických i sociálních faktorů. Tyto faktory jsou zasazeny do rámce interakce určitých dispozic se zátěžovými faktory. Specifické zátěže bývají vývojově podmíněné (např. odmítání ženské role v dospívání). Dysfunkční rodinné vztahy jsou dalším možným předpokladem pro vznik těchto poruch. To platí rovněž o sociokulturních faktorech.⁴⁴⁵

Sociokulturní faktory mohou významně přispět ke vzniku poruch jídla. Tyto faktory „spočívají ve zvýšené pozornosti, kterou společnost věnuje ideální štíhlosti (u žen) a tělesným proporcím (u mužů). Jsou spojovány s lepším profesionálním uplatněním ve společnosti (...) i lepší kvalitou osobního života. V kontrastu s idealizací až patologické štíhlosti a zdravé výživy (...) a stigmatizací obezity však patologické vzorce příjmu potravy výrazně v populaci narůstají.“⁴⁴⁶

Poruchy příjmu potravy podle teorie učení, která jako jeden z mnoha přístupů vysvětluje zákonitosti vzniku a průběhu psychických poruch, jsou považovány za nepřiměřenou reakci na aktuální sociokulturní normu. Ta je v podobě štíhlosti mediálně

⁴⁴³ Syndrom mentální anorexie vymezili až v roce 1868 W. Gull a E. Ch. Lasèque. Bulimická symptomatika byla sice popisována již ve starověku, ale diagnostickou jednotkou se stala až díky G. Russelovi v roce 1980 v DSM-III. Srov. PAPEŽOVÁ, Hana, Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 600.

⁴⁴⁴ Srov. PAPEŽOVÁ, H., Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 600.

⁴⁴⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 467-470.

⁴⁴⁶ PAPEŽOVÁ, H., Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 601.

prezentována jako klíč k sociálnímu úspěchu. K tomu přistupuje mylný ale obecně přijímaný názor, že lze svou tělesnou hmotnost a proporce téměř libovolně ovlivňovat.⁴⁴⁷ Nadváha má pak logicky negativní morální konotaci ve smyslu důkazu vlastní neschopnosti a nedostatku vůle. V západní společnosti je v důsledku nadbytku potravin v současnosti deformována pudová potřeba nasycení v souladu se signály vlastního těla. Omezování jídla se zde stalo symbolem příslušnosti k určité sociální vrstvě.⁴⁴⁸

Mezi klinické projevy mentální anorexie patří „patologický strach ze ztloustnutí spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, resp. s odmítáním jídla. (...) O mentální anorexii lze mluvit tehdy, jestliže dojde k úbytku váhy o 15 % proti normální hmotnosti.“⁴⁴⁹ Cílem patologického jednání lidí s mentální anorexií je ovládnout pocit hladu a tím si potvrdit svou vlastní sílu. „V důsledku dlouhodobého hladovění nakonec dochází ke ztrátě chuti k jídlu i pocitu hladu, tj. k vyhasnutí normálních somatických signálů. Nemocný už nemá schopnost adekvátně vnímat vlastní tělo. (...) Anorektické dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté. (...) V důsledku hladovění a silné podvýživy dochází ke vzniku mnoha různých somatických obtíží. Některé z nich jsou natolik nápadné, že slouží jako signál závažnosti ohrožení a jsou impulzem k návštěvě lékaře. (...) V krajním případě může být ohrožen i život pacienta.“⁴⁵⁰ Přibližně v 5-20 % případů mentální anorexie je zvýšená úmrtnost. Příčinou úmrtí v těchto nejzávažnějších případech bývá srdeční zástava, sebevražda nebo banální infekce.⁴⁵¹

Mentální bulimie je vedle mentální anorexie další závažnou poruchou příjmu potravy. Jejím základním příznakem „je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání.“⁴⁵² Anglický výraz pro toto přejídání „binge eating“ odkazuje na česká slova „obžerství“ či „žranice“, která v naší mateřštině mají silný negativní emocionální náboj a rozsáhlé morální konotace.

⁴⁴⁷ Přehlíží se zde například skutečnost, že sklon k nadváze resp. k obezitě může být dán. geneticky. Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 470

⁴⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 470.

⁴⁴⁹ Tamtéž, s. 470-471.

⁴⁵⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 471-472.

⁴⁵¹ Srov. PAPEŽOVÁ, H., *Poruchy příjmu potravy*. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 605.

⁴⁵² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 474.

Důležitým vodítkem pro stanovení psychiatrické diagnózy jsou základní diagnostická kritéria konkrétní poruchy. U mentální bulimie lze tato kritéria shrnout do několika bodů:

- Chorobný strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla.
- Nutková, vůlí neovladatelná touha po jídle.
- Nutková tendence zbavit se požití potravy.⁴⁵³

Pro definitivní diagnózu mentální bulimie musí být přítomny všechny právě uvedené znaky. U mentální bulimie se v anamnéze více než v 50 % vyskytují plně vyjádřené nebo skryté epizody mentální anorexie s podvážou, anebo amenoreou⁴⁵⁴ a dodržování diet. Mentální bulimie začíná většinou v pozdějším věku než mentální anorexie a mohou se u ní střídát restriktivní (vztahující se spíše k anorexii) a bulimické subtypy.⁴⁵⁵

Pro pochopení vzniku mentální bulimie je důležité zmínit rysy osobnosti žen, které touto nemocí trpí. Je pro ně typická impulzivita a neschopnost sebeovládání. To je odlišuje od anorektických pacientek. I pacientky trpící bulimií „by rády hladověly, ale na rozdíl od anorektických pacientek toho nejsou schopny. To v nich vyvolává pocit viny, studu i vzteku na sebe sama. Vadí jim, že nemají silnou vůli. Často se cítí vlastním jednáním zhnusené a zároveň bezmocné, vědí, že se všechno bude znovu opakovat. Bývají emočně labilní, pocit selhání posiluje prožitky deprese a úzkosti. Stejně jako anorektické dívky bývají zvýšeně sebekritické.“⁴⁵⁶

Průběh, a především prognóza, léčby mentální bulimie je lepší, když se vyskytuje samostatně, než když je kombinována s anorexií. Bulimici jsou pozitivně motivováni k léčbě na rozdíl od anorektických pacientů. Bulimie se často vyskytuje současně s jinými problémy a poruchami sebekontroly (užívání alkoholu, léků či drog).⁴⁵⁷ Odborně se současný výskyt více poruch a nemocí u téhož pacienta označuje termínem komorbidita.

Jak mentální anorexie, tak mentální bulimie vedou k psychologickým a sociálním problémům. „K psychologickým problémům patří omezení zájmů na diety, vaření a

⁴⁵³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 474-475.

⁴⁵⁴ Amenorea= „Vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti. (...)“ In VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. s. 15.

⁴⁵⁵ Srov. PAPEŽOVÁ, H., Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 602.

⁴⁵⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 475.

⁴⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 477.

krmení druhých, obsedantní systém pravidel a rituálů, týkajících se diet a cvičení, poruchy koncentrace a kognitivních funkcí, černo-bílé myšlení, nedůvěra v sebe i ostatní, u bulimie autoakuzace (sebeobviňování – pozn. autora), stud, afektivní labilita a anxieta (úzkost- pozn. autora.) Ze sociálních následků jsou nejzávažnější sociální izolace, studijní selhání, ztráta rodinného zázemí či zaměstnání, ekonomické problémy někdy spojené s krádežemi jídla a peněz.“⁴⁵⁸

Vztah blízkých lidí k jedinci postiženému poruchou příjmu potravy bývá ambivalentní. „Lidé se nemocnému snaží pomoci, ale zároveň na něho mají zlost, že dělá takové nesmysly a sám si škodí. (...) Některé projevy nemocného mohou vzbuzovat odpor (např. provokované zvracení, hromadění a schovávání potravin). Lhaní, podvádění či krádeže, ať už je jejich cílem vyhýbání jídlu, nebo nadměrná konzumace, bývají posuzovány velice nepříznivě, ostatní lidé je považují za důkaz celkového úpadku osobnosti nemocného. Tyto projevy nenarušují jenom rodinné vazby, ale i vrstevnické, přátelské a partnerské vztahy. Zvyšuje se tak riziko, že se nemocný dostane do izolace, která jeho problémy ještě zhorší.“⁴⁵⁹

Ačkoliv jsou ambivalentní reakce okolí nemocného pochopitelné, je dobré vzdělávat příbuzné a přátele na téma onemocnění jejich blízkého. Cílem takového vzdělávání je předejít zhoršení situace v sociální oblasti jak pro nemocného, tak pro jeho blízké okolí. Shrnutí rad pro příbuzné a přátele lidí trpících poruchou příjmu potravy lze formulovat následovně: „Je třeba si uvědomit, že porucha příjmu potravy není zlozvyk. Protože jde o psychickou poruchu, apelování na zdravý rozum a vůli takto postiženého člověka nemá žádný smysl. Jediným efektem takového úsilí jsou konflikty, které dále zhoršují vzájemné vztahy. Nemocní jsou psychicky a somaticky ohroženi, a proto potřebují péči lékaře. V krajním případě je třeba ji zajistit proti vůli nemocného, protože mentální anorexie může vést i ke smrti.“⁴⁶⁰

Do skupiny behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory patří dále neorganické poruchy spánku. Na základě velkých epidemiologických a sociologických šetření se ukázala enormní prevalence poruch spánku a bdění. Ty mají značný dopad na kvalitu života. Nezanedbatelné jsou i velké

⁴⁵⁸ PAPEŽOVÁ, H., Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 603.

⁴⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 477-478.

⁴⁶⁰ Tamtéž, s. 478.

finanční náklady na kompenzaci škod vzniklých v souvislosti s poruchami spánku (odhad pro USA byl v roce 1992 kolem 100 miliard dolarů ročně)⁴⁶¹.

Většinu psychiatrických onemocnění provází změny spánku a bdění, které patří mezi jejich základní symptomy. Ovlivnění režimu spánku může mít zpětně vliv na základní duševní chorobu.⁴⁶² Etické otázky spojené s poruchami spánku se netýkají bezprostředně všech projevů těchto poruch. Ve spánku totiž člověk není zodpovědný za své činy (např. při náměsícnictví, somnambulizmu). Otázky vznikají na úrovni prevence, péče o své zdraví a životosprávu, které mohou ale jen do určité míry ovlivnit kvalitu spánku, případně léčbu těchto poruch.

Další podskupinou v této kapitole je sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí. MKN-10 se snaží v této oblasti přesně klasifikovat funkční sexuální poruchy. Výraz „funkční“ má v dané souvislosti vyjádřit, že tyto poruchy nemají souvislost s organickými příčinami. „Protože v této oblasti se nacházíme na půdě typických psychosomatických souvislostí, je v praxi velice nesnadné tuto klasifikaci důsledně dodržovat.“⁴⁶³ Neorganické sexuální dysfunkce lze blíže rozdělit na poruchy sexuální apetence, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgazmu a na sexuální bolestivé poruchy. Diagnostický kód těchto poruch je F52.x.

Průběh sexuálních dysfunkcí představuje kvalitu, o které toho víme málo. Jejich příčiny jsou pestré a většinou se při nich uplatňuje více faktorů současně (faktory konstituční, biologické, psychické i sociální). Odborně řečeno se jedná, podobně jako u většiny psychických nemocí, o multifaktoriální etiologii onemocnění. Diagnostika u sexuálních dysfunkcí je založena na pečlivé osobní anamnéze. Důležitý je rovněž popis aktuálních partnerských a citových vztahů. U vyšetřujícího lékaře je třeba jisté dovednosti a empatie, aby komunikace na toto téma byla dostatečně otevřená. „Se svými intimními problémy se lidé nesvěřují ani lékařům ochotně a snadno.“⁴⁶⁴

Téma sexuality vždy navozovalo velké množství etických otázek. Psychiatrie k sexuálním dysfunkcím však přistupuje převážně z „technické“ stránky věci. Názorně je to patrné již z definice sexuální dysfunkce: „Nedostatky v lidském pohlavním

⁴⁶¹ Srov. ŠONKA, K., Poruchy spánku, In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 608.

⁴⁶² Srov. tamtéž.

⁴⁶³ ZVĚŘINA, Jaroslav, Sexuální dysfunkce, In HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 300.

⁴⁶⁴ Tamtéž., s. 301.

chování a prožívání, provázené neúplnou či neobvyklou fyziologickou odpovědí na účinnou sexuální stimulaci, nazýváme sexuální dysfunkcí.⁴⁶⁵ Problémem je i to, zda nahlížíme v rámci psychiatrické péče u sexuálních dysfunkcí skutečně to nejdůležitější. „Mezi oblasti, které se týkají sexuálních dysfunkcí, patří zejména: sexuální vzrušivost, chuť do sexu (apetence, libido), reakce genitálu. Málo sledovaná, avšak jistě důležitá je oblast sexuálního uspokojení (satisfakce.) Tato výsostně psychická kvalita v konečné instanci rozhoduje o tom, jak subjekt svoji sexualitu hodnotí, jak je s ní spokojen.“⁴⁶⁶

Právě zmíněné „technické“ pojetí problémů v sexuální oblasti v odborných psychiatrických publikacích, ze kterých zde vycházíme, má i další úskalí než jen skutečnost, že nám uniká to, co je skutečně důležité. Úskalí, jak se domnívám, spočívá i v tom, že jsou v „technickém“ pojetí mlčky a samozřejmě zahrnuty předpoklady, které jsou morálně velmi problematické a nejsou vždy přijatelné. Jako konkrétní příklad lze uvést skutečnost, že jedna z kategorií, na které by měl být postaven diagnostický závěr, je rozlišení mezi generalizovanou nebo selektivní sexuální dysfunkcí. „Generalizovaná dysfunkce není vázaná na aktuální partnerský vztah a je vzhledem ke konkrétnímu partnerovi autonomní. Selektivní dysfunkce je vázána na určitý partnerský vztah a jeho kvalitu.“⁴⁶⁷ Mlčky se zde předpokládá, nebo alespoň přinejmenším počítá s tím, že má jedinec v průběhu života více sexuálních partnerů. Jen za tohoto předpokladu, který ovšem není morálně v pořádku a není pro všechny přijatelný, dává právě uvedené dělení smysl.

Ještě hůře v morálním hodnocení vypadá „pozorování“ manželských dvojic, kdy žena trpí vaginismem.⁴⁶⁸ „Vaginismus je častou příčinou nekonzumovaného manželství. Na takových dvojicích je zajímavé, jak dlouho, často řadu roků, dokáží žít ve spokojeném manželství, s pravidelnými sice, ale jen nekoitálními sexuálními styky. Opakovaně jsme pozorovali vaginistky, které svým partnerům dovolily anální koitus, avšak vaginální styk byl pro ně nepředstavitelný.“⁴⁶⁹ Na tomto příkladu je zřetelně vidět

⁴⁶⁵ BRICHČÍN, Slavoj, Sexuální poruchy. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 578.

⁴⁶⁶ ZVĚŘINA, J., Sexuální dysfunkce, In HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 300.

⁴⁶⁷ Tamtéž, s. 301.

⁴⁶⁸ „Vaginismus je sexuální dysfunkce charakterizovaná silnými a mimovolnými stahy svalstva poševního vchodu při pokusu o penetraci.“ ZVĚŘINA, J., Sexuální dysfunkce, In HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. s. 304.

⁴⁶⁹ Tamtéž.

propastný rozdíl mezi doktrinnální katolickou naukou v oblasti sexuálního života a současnou sexuální mentalitou v západní společnosti.

Poslední tři okruhy, které spadají do této skupiny psychických poruch, nejsou již tak epidemiologicky významné. Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde jsou kategorií, ve které se jedná o poruchy, u kterých se patologické projevy objeví v době a v souvislosti s dobou po porodu. Zároveň musí být splněna podmínka, že tyto nemoci nelze klasifikovat jinými diagnostickými kódy spojenými s problematikou šestinedělí.

Je skutečností, že psychické a behaviorální faktory, mohou být spojené s poruchami, které jsou klasifikované jinde. Pro ně je vyhrazen v MKN-10 diagnostický kód F 54. Poslední část této podkapitoly představují poruchy, při kterých dochází k abúzu (zneužívání) látek nevyvolávajících závislost. Diagnózy jsou rozdělené dle konkrétní nenávykové látky, analogicky k rozdělení a popisu diagnóz u návykových látek. Nenávykové látky popsané v MKN-10 jsou následující: antidepressiva (F55.0.), laxativa (F55.1.), analgetika (F55.2.), antacida (F55.3), vitaminy (F55.4), steroidy a hormony (F55.5), přírodní a lidové preparáty (F55.6), jiné látky nevyvolávající závislost (F55.8) a nespecifikované (F 55.9).⁴⁷⁰ Je třeba podotknout, že ačkoliv na tyto látky nevzniká závislost, jejich zneužívání může vážně poškodit zdraví. Jako příklad lze uvést užívání steroidů a hormonů u sportovců. V těchto případech, kromě morálního odsudku a zákonného postihu dopujících sportovců v případě prokázání užívání zakázané látky, může být postiženo jak fyzické, tak duševní zdraví těchto sportovců. Přitom s vrcholovými sportovci se mnohdy identifikují mladí lidé jako se svými vzory. Proto nelze podceňovat ani abúzus látek, které nevyvolávají závislost, jak vzhledem k jejich uživatelům, tak s ohledem na jejich obdivovatele z řad mladé veřejnosti.

2.2.2.6 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Další skupinu psychických poruch, jejichž diagnózy jsou v MKN-10 uvedeny počátečními kódy F30-F39, představují poruchy nálady. Synonymicky lze pro ně užít termín afektivní poruchy. Stejně jako v předchozích podkapitolách se i zde budeme soustředit na eticky relevantní otázky spojené s konkrétní skupinou psychických poruch.

⁴⁷⁰ Srov. Appendix MKN-10 – přehled všech kategorií. in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 841.

Mezi základní projevy afektivních poruch patří „chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání a somatické funkce.“⁴⁷¹ Důsledkem jsou pak adaptační poruchy a sociální selhávání.

Skupinu afektivních poruch lze blíže specifikovat a rozdělit na manickou fázi (F30), bipolární afektivní poruchu (F31), depresivní fázi (F32), periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F33), trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy) (F34), jiné poruchy nálady (afektivní poruchy) (F38) a na nespecifikovanou poruchu nálady (afektivní poruchu) (F39). Kódy F35 a F37 nejsou obsazené.⁴⁷² Dále afektivní poruchy rozlišujeme dle závažnosti na lehké, střední a těžké, ale i dle přítomnosti psychotických příznaků (bludů a halucinací).⁴⁷³

Určit příčiny vzniku afektivních poruch je obtížné, protože se jedná spíše o skupinu různých poruch, které však mají podobné symptomy. V současnosti převládá názor o multifaktoriální podmíněnosti afektivních poruch. Na vzniku choroby se podílí více faktorů působících ve vzájemné interakci. Mezi tyto faktory patří dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny a aktuální zátěžové faktory somatického i psychosociálního charakteru.⁴⁷⁴

Vnější vlivy mohou zvýšit riziko vzniku afektivní poruchy v interakci s biologickými dispozicemi, zkušenostmi a aktuálně působících podnětů, např. dané životní situace. „Predispozice určuje, jakým způsobem budou různé zkušenosti zpracovány a interpretovány.“⁴⁷⁵ Při vzniku afektivní poruchy není určující aktuální zátěž sama o sobě, ale především způsob jejího zpracování. Důkazem tohoto tvrzení může být zjištění, že stejné zátěžové životní události (stěhování, rozvod, ztráta zaměstnání apod.) vyvolaly u některých pacientů manickou a u jiných depresivní reakci. Mezi vnější vlivy patří však i klimatické faktory (cyklické proměny ročních období, střídání dne a noci), které ovlivňují rozvoj a trvání afektivní poruchy.⁴⁷⁶

Z epidemiologických dat je důležité uvést, že alespoň jednou za život postihne afektivní porucha přibližně čtvrtinu populace. Tyto poruchy mohou mít charakter jednoho z krajních emočních ladění depresivního nebo manického. Většinou se v tomto

⁴⁷¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 369.

⁴⁷² Srov. Appendix MKN-10- přehled všech kategorií. In HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 839.

⁴⁷³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 387.

⁴⁷⁴ Srov. tamtéž, s. 373.

⁴⁷⁵ Tamtéž.

⁴⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 374.

případě jedná o depresi. U bipolární poruchy se střídají manické a depresivní stavy. I zde je depresivní ataka epidemiologicky častější než manická epizoda.⁴⁷⁷ Četnost atak a jejich délka je variabilní. Afektivní poruchy se často u jedince periodicky opakují.⁴⁷⁸ „V období mezi fázemi se dosahuje zpravidla plných remisí, které trvají měsíce nebo i roky. Depresivní fáze se rozvíjejí dny až týdny a mívají prodromální příznaky (nespavost, úzkost, plachost, nerozhodnost, únava, nezáměr). Uvádí se, že až 50 % těch nemocných, kteří se dostanou do depresivní fáze, časem relabuje. Problémem je chronifikace velké deprese, ke které v praxi dochází asi ve 20 %. Manické fáze⁴⁷⁹ začínají zpravidla náhle, s eskalací příznaků během několika dní nebo i hodin. Trvají dny až týdny, méně často měsíce. Odeznívají rázněji než deprese. (...) Nejčastějšími komplikacemi mánie jsou abúzus psychoaktivních látek a následky nezodpovědného počínání (rozvody, finanční katastrofy, trestné činy) Nejzávažnější komplikací deprese je sebevražda.“⁴⁸⁰

Sebevraždy představují velký etický problém, se kterým se u psychicky nemocných setkáváme častěji než ve zbylé populaci. „Odhaduje se, že asi 10-25 % sebevražd u nás je důsledkem velké afektivní poruchy. Podle retrospektivních psychiatrických autopsií se však zdá, že afektivní porucha je ve skutečnosti na pozadí 70-80 % dokonaných sebevražd. Uvádí se, že asi 15-20 % nemocných s diagnózou bipolární poruchy spáchá sebevraždu, což je zhruba 30x vyšší počet suicidia než v obecné populaci. Značná část zbývajících sebevražd je patrně důsledkem ostatních duševních poruch. Zhruba 40 % sebevrahů u nás má určenu nějakou psychiatrickou diagnózu. Pouze u necelých 4 % sebevrahů bylo pozitivně určeno, že neměli psychickou poruchu.“⁴⁸¹ Obecně, kromě afektivních poruch, patří k psychiatrickým diagnózám, které signalizují vyšší riziko suicidálního jednání, neurotické poruchy a vývojové poruchy v dětství a adolescenci, poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami, schizofrenní poruchy. Každá právě uvedená skupina diagnóz představuje statisticky podíl kolem 3 % na všech dokonaných sebevraždách.⁴⁸²

⁴⁷⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 370-371.

⁴⁷⁸ Výjimkou je v tomto směru ojedinělá epizoda unipolární deprese.

⁴⁷⁹ Lehčí představeň mánie někdy nazýváme hypomanií a setkáváme se s ní na začátku a při odeznívání manické epizody. Léčba je obdobná jako u lehčích forem mánie

⁴⁸⁰ HÖSCHL, Cyril, Poruchy nálady (afektivní poruchy). in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*.s. 433.

⁴⁸¹ Tamtéž, s. 434.

⁴⁸² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 492.

Etické problémy u afektivních poruch jsou spojené nejen s depresemi, ale také s manickými stavy. „Základním příznakem manického syndromu je patologicky povznesená křečovitá nálada spojená s hyperaktivitou, expanzivitou a rozjařeností. Nejde ovšem jen o vystupňované veselí, pacient bývá podrážděný, v napětí a ani navenek se jeho nápadně dobrá nálada nejeví příliš přirozeně. Subjektivně může být manická epizoda příjemnější než deprese, ale z pohledu okolí tomu bývá spíše naopak.“⁴⁸³ Projev změny chování manických pacientů spočívá ve zrychlení psychomotorického tempa a nadměrné aktivizaci.

Nejlépe si uvědomíme morální nebezpečí mánie na konkrétních příznacích. Jako příklad si uvedeme mánii bez psychotických příznaků, která má diagnostický kód F 30.1. Pro její diagnostikování slouží následující popis. „Pro mánii bez psychotických příznaků platí: Nálada je zvýšená, expanzivní, podrážděná, změna nálady je výrazná a trvá nejméně jeden týden. Musí být přítomny nejméně tři z následujících příznaků:

- zvýšená aktivita nebo motorický neklid,
- zvýšená hovornost,
- myšlenkový trysk,
- ztráta sociálních zábran,
- snížená potřeba spánku,
- zvýšené sebehodnocení nebo velikášství
- nesoustředivost, neustálá změna aktivit,
- nezodpovědné chování,
- zvýšená sexuální podnikavost nebo indiskrétnost
- nejsou přítomny halucinace ani bludy

Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek (alkohol, jiné drogy) ani organickou psychickou poruchou.“⁴⁸⁴

V popisu tohoto onemocnění vidíme i morálně závažné skutečnosti. Aby se předešlo újmě u pacienta, a u jeho okolí bývá nutná hospitalizace, která může být i nedobrovolná. Manický pacient totiž často nemá náhled na svůj stav, jako na stav chorobný. Proč by se měl někdo léčit kvůli dobré náladě? Tak může znít námitka manického pacienta. Maničtí pacienti jsou nadměrně podnikaví, mají rozsáhlé plány, ale

⁴⁸³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 383

⁴⁸⁴ DUŠEK, K; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 233.

nejsou schopni je plnit (ale jsou schopni si na ně vzít například finanční půjčky), nadměrně nakupují. Ve svém chorobném stavu jsou schopni finančně ruinovat sebe i svou rodinu.

Afektivní poruchy pro svůj častý výskyt v populaci a závažnost jejich průběhu představují celospolečenský problém například i vzhledem k pracovní neschopnosti, která u těchto poruch může trvat i měsíce. Domnívám se proto, že je velmi prozíravé investovat část veřejných prostředků do osvětových akcí a kampaní, které se věnují psychohygieně. Tyto akce mohou pomoci uvést na pravou míru i jistou devalvaci pojmu deprese, ke které dochází mezi lidmi. Mít „depku“ neznamená to samé, co trpět depresí. Opravdová deprese je totiž závažná psychická nemoc, při které je pomoc odborníků většinou nezbytná.

2.2.2.7 Etické hodnocení a pohled křesťanské etiky na dospělého člověka

V celé předchozí podkapitole jsme se zabývali dospělým člověkem trpícím duševním onemocněním. Zaměřili jsme se na jeho sociální role, ve kterých často díky své nemoci selhává. Některé psychické nemoci projevující se zejména v dospělosti jsme si blíže představili. V následujícím textu se pokusíme eticky reflektovat chování psychicky nemocného dospělého člověka. Učiníme tak formou srovnání výše uvedených popisů patologického chování se dvěma vybranými dokumenty církevního magisteria. Při srovnání budeme vycházet stejně jako v podkapitole, ve které jsme eticky reflektovali situaci psychicky nemocného dítěte, z adhortace *Familiaris consortio* a exhortace *Amoris laetitia*.

Oba uvedené dokumenty se zabývají primárně vztahy a problémy, jímž čelí dnešní rodina. Implicitně se předpokládá, že lidé v rodinách přes mnohé těžkosti a ohrožení jsou duševně zdraví. Psychické onemocnění v těchto dokumentech není tematizováno. Společným základem pro srovnání s patologickými projevy, tak jsou sociální role, a to především role partnerská a rodičovská. O těchto rolích se hovoří jak v psychiatrickém diskurzu, tak v dokumentech magisteria.

Partnerská role se u dospělého člověka realizuje především v manželství. Podle církevní nauky má manželství dva podstatné znaky: jednotu a nerozlučitelnost. Zatímco jednotu manželství naše sekularizovaná společnost chápe a uznává, jeho nerozlučitelnost pro naši společnost již tak samozřejmá není. Vysoké počty

rozvedených manželství jsou toho důkazem. Katolická církev však důsledně trvá na nerozlučitelnosti manželství. Ta má totiž své kořeny v osobním sebeodevzdání manželů. Vyžaduje ji i dobro dětí. Manželská láska je obrazem lásky Boha k člověku a Krista k církvi. „Bůh chce a daruje nerozlučitelnost manželství jako plod, znamená a požadavek absolutně věrné lásky, s jakou Bůh vychází vstříc člověku a Kristus církvi.“⁴⁸⁵ Psychická nemoc jednoho z manželů (případně obou) vážně ohrožuje jednotu i nerozlučitelnost manželského svazku. Lze to vnímat dokonce jako zkoušku, ve které se má osvědčit pevnost manželského pouta. Církev také věří, že svátostnému manželství dává Bůh svou milost k dodržení manželských závazků. Předpokládá to však živou víru obou manželů.

V naší společnosti je poměrně malé procento křesťanů a mnoho lidí se neztotožňuje s křesťanským učením o rodině a hlavně s jeho absolutním nárokem. Někteří ho mohou chápat jako vznešený ideál, který mohou jen stěží naplnit, a tudíž relativizují i závaznost církevních norem, které tuto oblast upravují. Ve *Familiaris consortio* se v článku o mravním růstu manželů k tomu píše: „Manželé jsou ve svém mravním životě povoláni na neustálou cestu růstu. Vede je upřímná, hledající touha stále lépe poznávat hodnoty, chráněné a rozvíjené Božím zákonem, i čestná a pohotová vůle uskutečňovat tyto hodnoty při svých konkrétních rozhodnutích. Přece však nemohou pokládat zákon za pouhý ideál, kterého se má dosáhnout jednou v budoucnosti, ale musí ho pokládat za Kristův příkaz a snažit se překonávat ze všech sil těžkosti. Proto se nemůže takzvaný „postupný vývoj“, neboli „postupná cesta“ chápat jako „odstupňování zákona“, jako kdyby byly v Božím zákoně různé stupně a druhy přikázání, rozdílné podle lidí a situací. Všichni manželé jsou podle Božího plánu povoláni ke svátosti v manželství a toto vznešené povolání se uskutečňuje v té míře, v jaké je lidská osoba schopna odpovídat na Boží přikázání a důvěřuje s jasnou myslí v Boží milost a v oporu vlastní vůle.“⁴⁸⁶ Jan Pavel II v právě uvedené citaci vysvětluje a zdůvodňuje závaznost mravních norem pro všechny manželské páry. Argumentuje přitom pozitivně s odkazem na vznešenost povolání, které lze s Boží pomocí uskutečnit.

Motiv uvedený v předchozím odstavci dále rozvíjí a precizuje i papež František v *Amoris laetitia*. Přímo s užitím citace z *Familiaris consortio* papež František píše o tzv. „zákonu postupnosti“. Ten vychází ze zkušenosti, že totiž člověk „poznává, miluje

⁴⁸⁵ Jan Pavel II, Apoštolská adhortace *Familiaris consortio*. čl. 20, s. 26.

⁴⁸⁶ Tamtéž, čl. 34, s. 41.

a uvádí ve skutek mravní dobro podle stupně svého vlastního růstu.⁴⁸⁷ Není zde odstupňována závaznost zákona, ale jde o „postupnost prozíravého provádění svobodných úkonů v subjektech, které nejsou schopny pochopit, docenit nebo plně uskutečnit objektivní požadavky zákona“.⁴⁸⁸ Uskutečňování či naplňování zákona je „dynamický proces, probíhající pozvolna postupným přijímáním Božích darů a požadavků jeho nejvyšší a absolutní lásky do celého osobního a společenského života člověka.“⁴⁸⁹

Právě uvedenou myšlenku je vhodné vztáhnout i na skupinu dospělých lidí s psychickým onemocněním. Ať žijí v manželství nebo jsou svobodní, případně rozvedení, jsou povoláni k uvedenému „dynamickému procesu“. Navíc má tato myšlenka velmi blízko k představě o celkovém uzdravení (angl. *recovery*) z duševní nemoci pomocí morálně správného jednání. Je to „cesta“, resp. „proces“, který vyžaduje trpělivost a velkou angažovanost duševně nemocného. Na této „cestě“ může dojít k pádům a různým regresím, ale směr a cíl cesty zůstává.

Místo přísného odsouzení „neregulérních situací“ (např. faktické soužití bez uzavření manželství), ve kterých žije stále více párů, a ve kterých jsou často i vychovávány děti, papež František vybízí k rozlišování různých motivů a skutečností, které mohou celou neregulérní situaci významně morálně modifikovat. Dále zdůrazňuje nutnost pozitivního přístupu k chybujícím lidem. „Cestou církve je nikoho nezavrhnout navěky; vylévat Boží milosrdenství na všechny lidi, kteří o ně s upřímným srdcem prosí [...]. Neboť skutečná láska je vždycky nezasloužená, bezpodmínečná a nezištná! Proto je třeba se varovat soudů, které neberou složitost různých situací, a je nezbytné být pozorní na to, jak lidé žijí a trpí kvůli své situaci.“⁴⁹⁰ Samozřejmě platí, že psychické onemocnění je právě jednou z relevantních skutečností, která může měnit etické hodnocení neregulérních situací.

Na druhou stranu nelze jednoduše odstranit etické normy kvůli případům, na které je nelze tvrdě aplikovat, aniž bychom se dopustili bezpráví či „pokryteckého zákonictví“, před kterým Ježíš tak důrazně varoval. V *Amoris laetitia* papež František vysvětluje i důvody pro platnost obecných norem: „Je pravda, že obecné normy

⁴⁸⁷ Tamtéž. Stejně tak v: František, papež, *Amoris laetitia* čl. 295, s. 198.

⁴⁸⁸ František, papež, *Amoris laetitia* čl. 295, s. 198.

⁴⁸⁹ František, papež, *Amoris laetitia*. čl. 295, s. 198.

⁴⁹⁰ Tamtéž, čl. 296, s. 199.

představují dobro, které nelze nikdy pustit ze zřetele nebo zanedbávat, ale v jejich formulaci nemohou být zahrnuty všechny jednotlivé situace. Současně je třeba říct, že právě z tohoto důvodu to, co je součástí praktického rozlišování v jednotlivé situaci, nemůže být povyšováno na úroveň normy. Vedlo by to nejen k neúnosné kazuistice, ale ohrozilo by to také hodnoty, které je třeba chránit se zvláštní pozorností.“⁴⁹¹

Nyní se můžeme pokusit alespoň částečně zodpovědět otázku, kterou lze formulovat následovně: Jak mají křesťané přistupovat k aplikování morálních norem na neregulární situace, v nichž se nacházejí psychicky nemocní, ale i zdraví lidé? Směr uvažování nad touto otázkou nabízí opět papež František v *Amoris laetitia*. Papež apeluje na pastýře (nositele služebného kněžství: biskupy kněze a jáhny), aby se nestali pouhými vykladači norem, ale aby soucítili s trpícími a chybnými a učili tomu i ostatní věřící. „Pastýři, kteří předkládají věřícím plný ideál evangelia a nauku církve, jim také musejí pomáhat osvojovat si logiku soucítění vůči těm, kdo jsou slabí a vyhýbat se jejich stíhání nebo příliš tvrdým a unáhleným soudům. Samo evangelium od nás žádá, abychom nesoudili a neodsuzovali. (srov. Mt 7,1; Lk 6,37).“⁴⁹² Uvedenou tezi je možné chápat také ve smyslu pravdivého, otevřeného, ale i soucitného přístupu věřících k psychicky nemocným. Základním předpokladem k takovému přístupu je ovšem zbavit se předsudků vůči nim ve vlastním nitru. Víra by měla křesťanům umožnit pravdivější nahlédnutí situace psychicky nemocných lidí, než je tomu u ostatní veřejnosti. Toto nahlédnutí je možné především díky „konceptu milosrdenství“, jak o něm píše papež František ve své exhortaci: „Nemůžeme zapomínat, že milosrdenství není pouze Otcovo jednání, ale stává se kritériem k pochopení, kdo jsou jeho pravé děti. Jsme zkrátka povoláni žít z milosrdenství, protože nejprve bylo prokázáno nám.“⁴⁹³ Život církve nese klenba milosrdenství. Žádné zvěstování a svědectví církve vůči světu nemůže postrádat milosrdenství. Církev je nástrojem milosti, nikoli jejím kontrolorem. Není celnicí, ale otcovským domem, kde je místo pro každého i s jeho úmorným životem.⁴⁹⁴

Konečně je třeba zmínit vztah milosrdenství a spravedlnosti, který se může jevit (chybně!) jako vztah protikladů, resp. dvou těžko slučitelných konceptů. Papež k tomu

⁴⁹¹ František, papež, *Amoris laetitia*., čl. 304, s. 207.

⁴⁹² Tamtéž, čl. 308, s. 210.

⁴⁹³ Tamtéž, čl. 310, s. 211.

⁴⁹⁴ Srov. tamtéž, čl. 310, s. 211-212.

píše: „Je pravda, že milosrdenství nevyklučuje spravedlnost a pravdu, ale my musíme především říkat, že milosrdenství je plností spravedlnosti a nejjasnějším projevem Boží pravdy. Proto by měla být vždycky považována za neadekvátní jakákoli teologická koncepce, která v posledním důsledku zpochybňuje samotnou Boží všemohoucnost a zejména Boží milosrdenství.“⁴⁹⁵

Chování psychicky nemocného dospělého člověka mnohdy neodpovídá očekáváním společnosti, ale ani církve. Širší veřejnost má spíše tendenci vyloučit, stigmatizovat nebo se izolovat od problematicky se chovajících lidí. Křesťanský pohled na ně může být však jiný a má prezentovat jiné postoje. Postoj křesťana by měl být charakteristický soucitem, něhou a snahou psychicky nemocné přijmout. Na druhou stranu však nelze rezignovat na požadavky spravedlnosti, ani nelze účelově rušit závaznost a platnost norem jenom proto, že je psychicky nemocní nejsou schopni dodržovat. Křesťané tak stále stojí před obtížným úkolem naplnit přikázání lásky k Bohu a k bližnímu, kterého mají milovat jako sami sebe.

2.2.3 Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného seniora k jeho blízkým

Vztahy starých lidí s psychickým onemocněním a jejich většinou mladších blízkých lidí, ale i celé společnosti mají svůj etický rozměr. V následujících odstavcích se pokusíme popsat tři významné společenské fenomény vztahující se k seniorům obecně. Jsou jimi agismus, infantilizace a (sociální) exkluze.

Významný společenský jev zasahující přístup a potažmo i péči o staré lidi představuje věková diskriminace. Často je nazývána anglickým termínem agismus (od anglického slova age = věk). Agismus může mít různé formy. Jednou z hrubých podob diskriminace je odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku. Mezi jemnější formy lze považovat předsudky a myšlenkové stereotypy, tzv. mýty o stáří.⁴⁹⁶

Negativním projevem mladých lidí vůči seniorům je infantilizace starých lidí. Toto „zdětinšťování“ může vést až k nepřiměřenému odebrání kompetencí starým lidem, či

⁴⁹⁵ František, papež, *Amoris laetitia*. čl. 311, s. 212 -213.

⁴⁹⁶ Srov. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006 s. 10.

k podceňování jejich schopností včetně schopnosti údravy. Infantilizace často má za následek ponižování starých lidí a bývá útokem na jejich lidskou důstojnost.⁴⁹⁷

Třetím negativním eticky relevantním jevem, který se dotýká seniorů, je jejich sociální vyloučení – exkluze. Příčina sociální exkluze byla původně spatřována pouze v chudobě a z ní plynoucí nerovnosti v přístupu ke společenským produktům (např. zdravotní péči). Později bylo popsáno, že příčinou exkluze může být i (vysoký) věk člověka. Podle současné definice sociální exkluze představuje „úpadek a dezintegraci vztahů mezi jedincem či skupinou a většinovou společností. Dochází ke ztrátě sounáležitosti, mizí sdílení hodnot i společenských statků.“⁴⁹⁸ To má u seniorů za následek frustraci, rezignaci, asociální chování a ztrátu sebeúcty. Může se dostavit i autoagrese.

Domnívám se, že agismus a exkluze vedou a podporují vedle jiných faktorů tzv. „kulturu smrti“. Ta se projevuje mimo jiné snahou o stále větší prosazování eutanazie. Pokud totiž připustíme myšlenku, že staří lidé jsou zbyteční a neužiteční a odčerpávají ze státního rozpočtu nemalé množství peněz, které platí formou daní a sociálního pojištění lidé v produktivním věku, snadno dospějeme k závěru, že eutanazie je pro nemocné seniory vhodným řešením. Tato myšlenka je nemorální z křesťanského pohledu především proto, že člověk má nezcizitelnou lidskou důstojnost od početí do přirozené smrti garantovanou samotným Bohem. Tuto lidskou důstojnost má bez ohledu na své zásluhy či výkonnost. Má ji bezpodmínečně na základě svého lidství.

V následujících podkapitolách se budeme věnovat specifické problematice psychických nemocí seniorů a jejich etického rozměru. Předtím však ještě budou představeny základní teoretické údaje týkající se stáří a gerontopsychiatrie, bez kterých nelze do dalšího diskurzu vstoupit.

2.2.3.1 Představení fenoménu stáří a gerontopsychiatrie

Stáří obvykle představuje poslední fázi lidského života. Je biologicky charakteristické involučními změnami (zánikovými, „poklesovými“, atrofickými), zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Chronologicky mluvíme o stáří (lat. senium) v hospodářsky vyspělých zemích od 65 let věku.

⁴⁹⁷ Srov. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s. 10

⁴⁹⁸ Tamtéž.

Chronologické stáří se však může lišit od stáří biologického, které vyjadřuje míru involučních změn. „Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým (progerickým) dojemem.“⁴⁹⁹ To je také jeden z důvodů, proč je populace seniorů výrazně heterogenní. Mezi další důvody různorodosti mezi seniory patří různé sociální zázemí, ekonomické podmínky, vzdělání, hodnotový systém i genetické vlohy pro dlouhověkost. (Dlouhověkost je definována chronologickým věkem 90 let a více.)⁵⁰⁰

Je všeobecně známou demografickou skutečností, že v hospodářsky vyspělých zemích roste počet starých lidí. Tento trend má složku relativní (nízká porodnost a z ní plynoucí nízký podíl dětí a mladých lidí ve společnosti) a absolutní (klesající úmrtnost ve středním věku, staří lidé se dožívají vyššího věku, po roce 2010 „vstoupily“ silné poválečné populační ročníky mezi seniory.) Dodejme, že statisticky se dožívají ženy vyššího věku než muži. Rozdíl je přibližně 5 let.⁵⁰¹

V oboru psychiatrie se duševními poruchami starých lidí zabývá gerontopsychiatrie (řec. *gerón* = starý člověk). U starých lidí se mohou objevit stejné duševní poruchy jako u dospělých lidí v produktivním věku (deprese, úzkostné poruchy, psychózy, závislosti, poruchy spánku a další). Je ovšem pravdou, že klinický obraz duševních poruch u starých lidí se více či méně liší od obrazu poruch u lidí v produktivním věku. Důvodem je právě stáří a s ním spojené sociální změny (penzionování, ovdovělost). K tomu se přidávají již zmíněné involuční procesy v organismu typické pro stáří. V další podkapitole si představíme samostatně pouze jednu skupinu duševních poruch, která je pro populaci seniorů typická. Jedná se o organické duševní poruchy včetně symptomatických (v MKN-10 kód F00-F09).

2.2.3.2 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických

Tato skupina poruch má svůj příčinný základ v makroskopickém či mikroskopickém morfologickém postižení mozku. Symptomatické poruchy, které do této skupiny rovněž patří, mají příčinu v systémovém onemocnění, které postihuje také centrální nervový systém (CNS). Symptom onemocnění může být také primárně jiné lokalizace než CNS,

⁴⁹⁹ KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. s. 7.

⁵⁰⁰ Srov. tamtéž, s. 8.

⁵⁰¹ Srov. tamtéž.

ale vede k alteraci funkce CNS a také intoxikaci CNS.⁵⁰² „Do skupiny organicky a symptomaticky podmíněných duševních poruch patří skupina demencí, amnestických syndromů, delirií, lehké poruchy poznávání, organicky podmíněné emoční poruchy, organické psychotické poruchy, organické poruchy chování a organické změny osobnosti.“⁵⁰³ Souhrnně je lze nazvat organickými duševními poruchami.

Demence patří mezi nejvýznamnější organické duševní poruchy. „Demence jsou závažné duševní choroby, jejichž základními projevy jsou příznaky úbytku kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi kognitivní funkce patří paměť, intelekt, pozornost, motivace. (...) Ve většině případů demencí je nejprve postižena paměť. Postupně bývá postižena soudnost, logické uvažování, exekutivní (výkonné) funkce, orientace, až nakonec dochází k obrazu těžké intelektové deteriorace.“⁵⁰⁴ Demence ovšem provází i poškození nekognitivních funkcí. Sem patří poruchy emotivity a poruchy chování. Dochází mimo jiné k afektivní labilitě a v pozdějších stádiích i k úbytku vyšších citů. Mezi závažné projevy poruchy chování u dementních pacientů patří agresivita, nedodržování společenských konvencí aj.⁵⁰⁵ „Poruchy kognitivních i nekognitivních funkcí vedou k úbytku až plné ztrátě soběstačnosti, k neschopnosti vykonávat běžnou denní rutinu. To pak vede k institucionalizaci postiženého – k jeho umístění v nemocnici, specializovaném domově důchodců, na gerontopsychiatrii. V případě dobře fungující rodiny představuje demence rodinného příslušníka značnou psychickou, ale i finanční zátěž pro zdravé členy rodiny. Řada demencí (např. Alzheimerova choroba) vede přímo či nepřímo ke smrti postiženého.“⁵⁰⁶

Právě na obraze nejčastěji se vyskytující organické psychické poruchy, Alzheimerovy choroby, lze dále podrobněji popsat projevy demence. Ty lze rozdělit a strukturovat i mírně odlišně, než jak jsou uvedeny v předchozím odstavci. Můžeme je rozdělit do tří okruhů: 1. postižení kognitivních funkcí, 2. okruh psychických obtíží a symptomů včetně poruch chování, 3. snížení aktivit denního života (ADL – activities of

⁵⁰² Srov. JIRÁK, R., Organické duševní poruchy, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 456.

⁵⁰³ Tamtéž.

⁵⁰⁴ Tamtéž.

⁵⁰⁵ Srov. tamtéž.

⁵⁰⁶ Tamtéž.

daily living). V následujících třech odstavcích budou postupně tyto okruhy blíže vysvětleny.⁵⁰⁷

Nejvýrazněji je z kognitivních funkcí postižena paměť. Pacienti zapomínají nejprve události z nedávné minulosti, později i epizody z dřívější doby. Ztráta paměti na vykonávání rutinních denních činností přichází až v těžších stádiích nemoci. Dochází však rovněž k poruchám pozornosti a postižení tzv. fatických funkcí (funkce týkající se řeči). Především se jedná o afázii (neschopnost řeč tvořit nebo jí porozumět).⁵⁰⁸

Mezi psychické potíže, příznaky a poruchy chování patří afektivní prožitky. Z těch dominuje u lidí postižených demencí úzkost, strach a deprese. Úzkost může přerůst až v paniku, motorický neklid, ale i v agresivitu. Pocity bezmoci a strachu se mohou projevit v myšlenkových obsazích nemocných podezřívavostí, která může přerůst až v bludy.⁵⁰⁹

Aktivita denního života lze rozdělit na profesní dovednosti, tzv. instrumentální aktivity, které umožňují nezávislý život pacienta, a tzv. základní aktivity denního života (oblékání, mytí, konzumace jídla apod.) Jejich úbytek postupuje při demenci v právě uvedeném pořadí, tzn. od ztráty profesních dovedností až k základním aktivitám.⁵¹⁰

Současná lékařská věda neumí Alzheimerovu chorobu vyléčit. Lze ji pouze zpomalit a co nejdéle demenci udržet v počátečních stádiích. Léčba ostatních organicky podmíněných psychických poruch závisí především na možnosti ovlivnit primární příčinu.⁵¹¹ U degenerativních, poúrazových a pooperačních stavů je třeba kromě biologických prostředků zapojit do léčby psychoterapeutické a rehabilitační metody, aby byla alespoň udržena stávající úroveň kognitivních funkcí a zlepšil se psychický stav a sebepojetí nemocných.⁵¹²

Výskyt demencí se nejčastěji váže k vyššímu věku a jejich četnost se s věkem zvyšuje. „Demencí trpí asi 5 % lidí starších 65let, u 75letých se vyskytuje v 10 % a po 85. roce postihuje až 30 % seniorů.“⁵¹³ „Představují pro společnost velmi závažný

⁵⁰⁷ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 30.

⁵⁰⁸ Srov. tamtéž.

⁵⁰⁹ Srov. tamtéž, s. 30-31.

⁵¹⁰ Srov. tamtéž, s. 31.

⁵¹¹ „Například rozvoj vaskulární demence je možné zpomalit léky snižujícími krevní srážlivost.“ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PEČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, s. 32.

⁵¹² Srov. tamtéž.

⁵¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 266.

problém jak z hlediska zdravotního a sociálního, tak i z hlediska ekonomického.⁵¹⁴ Dříve byly demence považovány za neléčitelné. Dnes již lze některé demence vyléčit. U většiny díky včasnému zahájení terapie lze jejich průběh zpomalit a oddálit těžká stádia, kdy je postižený odkázán zcela na pomoc okolí.⁵¹⁵

Jako negativně morálně závažná se jeví občasná záměna demence za prosté stárnutí. Tato záměna je chybná. Demence je totiž choroba a být starý automaticky neznamená být dementní. I takovou chybnou záměnou se může projevovat „kult mládí“ prosazovaný především reklamou ve sdělovacích prostředcích ve vztahu k dříve narozeným lidem.⁵¹⁶ Na druhou stranu fakt, že nemocní demencí jsou většinou lidé v seniu, částečně pomáhá k větší akceptaci těchto lidí společností, než je tomu u ostatních psychicky nemocných, protože „úpadek kompetencí ve stáří je považován za něco v zásadě přirozeného a normálního. Tento názor je pravděpodobně ovlivněn poměrně častou zkušeností s podobně postiženými jedinci.“⁵¹⁷ V postoji k dementním starým lidem sice převažuje ambivalence, ale míra jejich odmítání je menší než ve vztahu k ostatním duševně nemocným. V chování zdravých lidí k dementním bývá tendence k omezení kontaktu, často z důvodu ztížené komunikace s nimi a tím i omezenému vzájemnému porozumění. „Určitý význam má i připomenutí vlastní zranitelnosti a vědomí možnosti být ve stáří postižen stejným způsobem.“⁵¹⁸

Každá závažnější nemoc postihuje nejen pacienta, ale i jeho rodinu a značně ovlivňuje její život. Demence vede ke ztrátě sociálních rolí a ke změně pozice nemocného. To se netýká jen společnosti, ale především rodiny nemocného. V takové rodině se pak mění jak vzájemné vztahy, tak i hierarchie rodinného uspořádání. Ztráta kompetencí i úpadek osobnosti jednoho člena je značnou zátěží pro ostatní členy rodiny. Tuto zátěž můžeme rozdělit pro lepší porozumění na dvě složky.

První je velká náročnost péče o postiženého demencí. Jako jeden příklad z mnoha náročných úkolů, z nichž se skládá taková péče, je dorozumění (domluva) s nemocným. Pro příbuzné je to nepříjemné a emočně vyčerpávající. Mnohdy v nich může vyvolat pocit bezmoci, když jim nemocný nerozumí, lépe řečeno, není schopen porozumět. Se

⁵¹⁴ JIRÁK, R., Organické duševní poruchy, in HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J (eds.), *Psychiatrie*. s. 456.

⁵¹⁵ Srov. tamtéž.

⁵¹⁶ Srov. tamtéž.

⁵¹⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 284.

⁵¹⁸ Tamtéž.

zhoršujícím se zdravotním stavem se člověk trpící demencí postupně stává pasivním příjemcem péče. Je s ním manipulováno, protože přestal být soudný a stejně nic nechápe. Péče o takto nemocného v rodině je značně fyzicky i psychicky vyčerpávající, protože je komplexní, nepřetržitá a doprovází ji pocit marnosti a bezmoci. Kromě obtíží s verbálním kontaktem s dementním člověkem je zdrojem pocitů zmaru pečujících ještě fatálnější důvod. Stav nemocného se nemůže dlouhodobě zlepšit a nelze jej nikdy vyléčit.⁵¹⁹

Druhou složkou zátěže, která je kladena na rodinné příslušníky, je přijetí proměny osobnosti nemocného. „Zhoršování stavu spojeného s proměnou osobnosti nemocného je prožíváno jako ztráta důležité hodnoty. Je velice těžké akceptovat skutečnost tak velkého úpadku blízkého člověka a nezměnit k němu vztah.“⁵²⁰ Obranné reakce pak u pečujících příbuzných vyvolá definitivní potvrzení diagnózy s její pravděpodobně nepříznivou prognózou. Ve vztahu k člověku trpícímu demencí mohou příbuzní pociťovat nejen lítost a soucit, ale i negativní emoce, jako nechuť a odpor. Za ty se vzápětí mohou cítit vinni.⁵²¹ Jak je bolestné a obtížné přijmout celkový osobnostní úpadek dementního člena rodiny a vyrovnat se s realitou demence dokládá výpověď jedné dcery dementní matky:

„Co máte dělat, když zjistíte, že máma, kterou jste znali a měli vřele rádi, je někdo, koho už rádi mít nemůžete. Když zjistíte, že tato milovaná osoba je líná, špinavá a že o sebe naprosto nedbá... Už máte dost těch věčných požadavků, věčných stížností a věčně předstíraných nemocí, a to nemluvím o věčném citovém vydírání ...“⁵²². Ne vždy se podaří příbuzným vyrovnat se s tímto velkým úpadkem osobnosti člověka nemocného demencí. Reagují pak různými obrannými tendencemi, jakými jsou například únik ze situace tím, že umístí pacienta v léčebném zařízení a omezí své návštěvy u něj. Toto rozhodnutí si mnohdy racionalizují argumentem, že nemocnému je v tomto zařízení lépe a že je zbytečné za ním chodit, protože je stejně nepoznává. Ačkoliv je někdy umístění pacienta s demencí do ústavu nutné, návštěvy příbuzných by měly pokračovat. Mohou totiž působit na nemocného podpůrně.⁵²³

⁵¹⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 284.

⁵²⁰ Tamtéž.

⁵²¹ Srov. tamtéž, s. 284-285.

⁵²² MATĚJČEK, Z.; DYTRYCH, Z. *Radosti a strasti prarodičů, aneb, Když máme vnoučata*. Praha, Grada, 1997, s. 113.

⁵²³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 285.

Zdá se, že demence představuje jednoznačné negativum pro lidský život. Jeden z nejpodstatnějších problémů spojených s demencí popisuje trefně ve své monografii *Fenomén stáří* Helena Haškovcová: „Ztratit rozum znamená ztratit vše a tudíž i svou schopnost vidět svou nekonečnou ubohost.“⁵²⁴ Autorka dále připouští, že taková absolutní ztráta je možná jistým druhem milosrdenství. Člověk postižený demencí si totiž neuvědomuje ani svůj zubožený stav, ani problémy, které působí svému okolí. Zdůrazňuje však, že i u těžkých forem demencí zůstává zachováno vnímání libých a nelibých pocitů a rovněž fantazie bývá uchována, byť o jejích projevech víme velmi málo.⁵²⁵

Situace týkající se starých lidí s demencí, zejména s Alzheimerovou nemocí, je z demografického hlediska poměrně dramatická. „Lékaři i vědci jsou si již delší dobu vědomi reality i narůstající hrozby Alzheimerovi nemoci a zcela otevřeně o ní hovoří jako o tiché epidemii našeho století. (...). Celý problém Alzheimerovy nemoci je komplexní a zahrnuje aspekty medicínské, sociální i ekonomické a je třeba mu věnovat mimořádnou a celospolečenskou pozornost. Už proto, že může skutečně postihnout kohokoliv z dramaticky stárnoucí populace, mluví se o časované bombě.“⁵²⁶

2.2.3.3 Etické hodnocení a pohled křesťanské etiky na seniory

Během popisu stáří a s ním spojených společenských jevů, stejně jako při představení organických duševních poruch, které jsou typické především pro staré lidi, jsme se dotkli několika etických problémů. V následujících řádcích se pokusíme hlouběji reflektovat a hodnotit tyto problémy nejen z pohledu křesťanské etiky, ale i obecně lidských mravních norem.

Nejprve bychom poukázali na pro někoho možná banální skutečnost: stárnutí a involuční změny automaticky nevedou k syndromu demence. Osobnost a osobitost starého člověka se bez závažné choroby nemění. Je proto povinností ji respektovat. Zůstává rovněž zachován koncept života seniora. V rámci péče o starého člověka to představuje povinnost udržet jeho životní kontinuitu. Tuto kontinuitu lze vyjádřit

⁵²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepracované a doplněné vyd., Praha:Havlíček Brain Team, 2010, s. 265.

⁵²⁵ Srov. tamtéž, s. 265-266.

⁵²⁶ Tamtéž, s. 266.

opisem tak, že starý člověk stále zůstává sám sebou i přes pokročilý věk, zdravotní omezení či omezenou soběstačnost.⁵²⁷

Stárnutí je přirozený proces, který ale může být komplikován somatickými a psychickými nemocemi. V našem textu se zaměřujeme především na psychické nemoci. Mediální obraz stáří se nás snaží utvrdit v názoru, že díky prevenci a pokroku lékařské vědy lze „nemoci stáří“ spolehlivě zažehnat. Prevence je možná a nutná, ale není všemocná. „Někteří se dožijí vysokého věku, byť neměli lehký život, nebo o zdravé životosprávě se u nich nedalo mluvit. Jiní, ač žili spořádaně a mnoho nestonali, zemřeli celkem záhy.“⁵²⁸ Kromě nemocí je velkým problémem stáří samota. Její původ může být v nevyřešených mezilidských vztazích.

V následujících odstavcích se pokusíme charakterizovat stáří z pohledu křesťanství. Nejprve se zaměříme historicky na biblickou dobu, ve které vznikaly kanonické knihy Písma, jež jsou stále společně s Tradicí církve základním ukazatelem pro rozhodování v etických otázkách.

Ve Starém zákoně je stáří znamením Boží přízně a plod bohuľibého života. Starší člověk starozákonní doby je předmětem mimořádné úcty plynoucí z uznání jeho moudrosti a zkušeností. Izraelité si uvědomovali Boží přísliby a věrnost, které trvají po celý život včetně stáří. To bylo zároveň výzvou pro mladší generaci k ohleduplnému chování ke starým lidem a k péči o ně.⁵²⁹ V knize Sírachovec je tato úcta a péče vysoce ceněna a je spojena s odpuštěním hříchů pro pečujícího: „Synu, ujmí se svého otce v jeho stáří, nezarmucuj ho, dokud je živ. Pozbývá-li rozumu, ber na něho ohled a nepohrdej jím, když ty jsi v plné síle. Milosrdenství k otci ti nebude zapomenuto, budeš mít záštitu proti hříchům. Bude ti to připočteno k dobru v den tvého soužení; tvé hřichy se rozplynou jako jinovatka pod slunečním svitem“ (Sir 3, 12-15). Neposkytnutí péče starým rodičům je naopak důvodem k prokletí: „Kdo opouští otce, jako by se rouhal Bohu, kdo hněvá svou matku, bude proklet od Hospodina“ (Sir 3,16).

Základním směrodatným místem v Bibli, které imperativně zavazuje k úctě k rodičům je 4. přikázání Desatera: „Cti svého otce i matku, jak ti přikázal Hospodin,

⁵²⁷ Srov. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. s. 11.

⁵²⁸ BERAN, Jiří, Duševní onemocnění ve stáří a jejich prevence, in ČELEDOVÁ, L.; ČEVELA, R. a kol. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2017, s. 203.

⁵²⁹ Srov. ČEPELKOVÁ, V. *Stáří jako inspirace k aktivitě*. Ústí nad Orlicí: vydavatelství Grantis, 2016, s. 20.

tvůj Bůh, abys byl dlouho živ a dobře se ti vedlo na zemi, kterou ti dává Hospodin, tvůj Bůh“ (Dt5, 16). Pouze k tomuto přikázání Desatera je explicitně vyjádřeno i zaslíbení při jeho dodržování.

Těžký úděl ve starověké izraelské společnosti měly staré vdovy. Ony a sirotci, s nimiž jsou v Bibli často společně jmenovány, představovali nejslabší sociální skupiny, které byly bezbranné vůči zvláště mocnějším (srov. 2Kr 4, 1-7). V Novém zákoně je zmínka o svépomocných komunitách vdov, které zřizovaly první církevní obce (srov. 1Tim 5, 9-10). První list Timoteovi rovněž předkládá pravidla, podle kterých se církevní autority mají chovat ke starším lidem (srov. 1Tim 5, 1-4). Opět je zde uvedeno negativní vyjádření k situacím, kdy někdo odmítá péči o své blízké: „Kdo se nestará o své blízké a zvláště o členy rodiny, zapřel víru a je horší než nevěřící“ (1Tim 5,8). Můžeme tedy shrnout výše napsané tak, že Starý i Nový zákon klade důraz na úctu (a zní vyplývající péči) vůči starým lidem.⁵³⁰

V souvislosti s naším tématem psychicky nemocných starých lidí je důležité se zamyslet ve světle biblických textů nad vztahem moudrosti a stáří. „Autoři biblických zpráv dávají pozor na to, aby neprohlašovali, že samotný věk automaticky moudrost přináší“⁵³¹. Už v knize Jób se její hlavní hrdina ptá: „Což jen u kmetů je moudrost a rozumnost pouze v dlouhém věku?“ (srov. Jób 12,12). V Žalmu 119 k tomu autor píše: „Rozumu jsem nabyl víc než starci, neboť tvá ustanovení zachovávám“ (Žalm 119, 100). Moudrost se dle Písma zakládá na něčem jiném než na vysokém věku, i když je s ním často spojována. Moudrost je především plodem modlitby (srov. Mdr 7,7). Moudrosti člověk dále dosahuje studiem Písma, vírou v Ježíše Krista, žitím ve ctnosti. Nutným předpokladem je správné pořadí hodnot v osobním životě.⁵³² Bylo by tedy nesprávné a zjednodušující spojovat se samozřejmostí moudrost a stáří.

Kromě Bible jsou důležité výpovědi církevního učení o starých lidech uvedeny v zde již vícekrát citované exhortaci *Amoris laetitia* papeže Františka. Již v prvním článku týkajícím se starých lidí papež určuje směr dalších úvah, které se vymezují ostře vůči společenským jevům, které poškozují staré lidi: „Církev se nemůže a nechce přizpůsobovat mentalitě nesnášenlivosti a už vůbec ne nezájmu a opovrhování

⁵³⁰ Srov. ČEPELKOVÁ, V., *Stáří jako inspirace k aktivitě*. s. 21.

⁵³¹ Tamtéž, s. 23.

⁵³² Srov. tamtéž.

stářím“⁵³³. Kladnou známkou morálně vyspělé civilizace je pozornost vůči starým lidem. K péči o prarodiče v rodinách se papež vyjadřuje jednoznačně: „Rodina, která si neváží prarodičů, kteří jsou živou pamětí, a nepečuje o ně, je rodina v rozpadu; zato rodina, která uchovává vzpomínky, je rodina s budoucností“⁵³⁴.

Dále metaforicky píše o viru smrti, který v sobě nese společnost, ze které jsou staří lidé vylučováni, protože působí problémy. Poukazuje na fenomén osiřelosti ve smyslu diskontinuity, vykořenění a pádu jistot, ke kterému dochází právě odsunutím starých lidí na okraj.⁵³⁵

Lze namítnout, že nemohoucí dementní staří lidé, vlastně nesplňují, resp. nemohou naplnit předávání vzpomínek a kontinuitu kolektivní paměti, ať již v rámci rodiny nebo celé společnosti. Explicitně toho opravdu nejsou schopni. Implicitně však už pouhou svou přítomností, na kterou okolí odpovídá láskyplnou péčí, se mladší generace dovídá něco podstatného o společnosti, ve které žije, a formuje se její vlastní postoj ke stáří a starým lidem.

Tabuizováním stáří a smrti společně s propagací kultu mládí má, dle našeho mínění, dalekosáhlé negativní důsledky nejen pro současné morální klima ve společnosti, ale projeví se rovněž negativně skrze výchovu v delším časovém horizontu. Určitě se v naší společnosti u části lidí vyskytuje sklon „zavírat oči“ před utrpením druhých. Těžce nemocní lidé jsou odsouváni na okraj zájmu i u svých příbuzných. Konfrontace s utrpením blízkých lidí nemusí znamenat pouze bolest, ale pomáhá vyzrát příbuzným, jak ve vztahu ke konkrétnímu trpícímu, tak i osobnostně jim samotným. U věřících lidí je postoj pomoci trpícím projevem milosrdenství, kterým napodobují Boha. Pokud se však člověk oddá klamně iluzi věčného mládí a zdraví, je pro něho později konfrontace s vlastním utrpením mnohem více bolestná.

2.2.4 Etické otázky ve vztahu psychicky nemocného a psychiatra

Kvalita vztahu pacienta s duševní poruchou k psychiatrovi velmi výrazně ovlivňuje výsledek léčby. V tomto vztahu existují specifické etické závazky. Ty se mění s věkem pacienta, jeho kognitivní kapacitou i terapeutickými podmínkami. U dětí je například odpovědnost za informovaný souhlas přenesena na jejich rodiče. U adolescentů je třeba

⁵³³ František, papež, *Amoris laetitia* čl. 191, s. 130.

⁵³⁴ Tamtéž, čl. 193, s. 131.

⁵³⁵ Srov. tamtéž, čl. 193, s. 131-132.

předem stanovit, jaké informace jsou důvěrné, a o kterých je nutné informovat další subjekty (rodiče, instituce, ošetřující tým, jiné lékaře). Vážně nemocní pacienti mohou mít negativně ovlivněnou schopnost podepsat informovaný souhlas.

Již jsme uvedli, společnost deleguje na psychiatry úkoly a odpovědnost ve více oblastech. Jednou z nich je forenzní a posudková činnost. Při výkonu takové činnosti může snadno dojít k dvojným rolím a překrývání rolí psychiatrů. Dochází ke střetu lékařského etického imperativu o zdraví pacienta, které je nejvyšším zákonem, se zájmy společnosti, jejich organizací a institucí (soudy, nápravná zařízení, posudkové komise apod.). Základem k eticky správnému postoji ve dvojných či překrývajících se rolích je uvědomění si této rozporné situace lékaře. Pouhé rozpoznání však nestačí. Psychiatr by měl umět tyto situace rovněž řešit. Je nutné zachovat respekt k pacientovi a pokud možno minimalizovat riziko poškození terapeutického vztahu založeného na důvěře, zároveň však musí být zachována objektivita posouzení, které vyžadují společenské instituce. Je proto nejlépe, když se ošetřující psychiatr vyhne posudkové činnosti pro legální posouzení pacienta. Pokud to není možné (např. při práci psychiatra v nápravném zařízení), je nutné pacienta o situaci překrývání rolí, resp. dvojnou roli srozumitelně informovat.⁵³⁶

Mezi centrální etické a profesionální principy a témata v psychiatrické péči patří zachování důvěrnosti, důvěryhodnost a profesionální poctivost, neparticipovat na podvodu, informovaný souhlas, pacientova schopnost rozhodovat se, nedobrovolná psychiatrická léčba.⁵³⁷ Některým z nich jsme se již v této práci věnovali, jiné, které jsme dosud ponechávali stranou, stručně rozvedeme v následujících odstavcích.

Psychiatr je v nebezpečí a pokušení participovat na podvodu zejména podporou nesprávného a protiprávního zisku. „Psychiatři často vystupují jako experti na lidské chování a bývají formálně i neformálně dotazováni na některé aktivity pacientů, což může být příležitost k etickým pochybením. Podvody se týkají záměrně nepravdivých tvrzení a zpráv o pacientovi.“⁵³⁸

Důležité etické téma představuje informovaný souhlas, který není pouze právní záležitostí, jak by se mohlo zdát. „Typický informovaný souhlas zahrnuje přesný popis

⁵³⁶ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana Etické principy a profesionalita v psychiatrii. In PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P.a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 135

⁵³⁷ Srov. tamtéž, s. 135 - 136.

⁵³⁸ Tamtéž, s. 136.

navrhované léčby, její potenciální rizika a zisky, relevantní alternativy léčby, jejich rizika a zisky i rizika a zisky spojené s odmítnutím léčby⁵³⁹. Pacient totiž může s léčbou nesouhlasit, a pak dochází u něho k vyjádření informovaného nesouhlasu (tzv. negativní revers). V psychiatrii musí vzít lékař v úvahu symptomy duševní nemoci (abulie, snížené sebevědomí apod.), ale také další faktory (stigma, nedostatek prostředků), které mohou ovlivnit schopnost pacienta posoudit informovaný souhlas. Pacient může být citlivější na nátlak, a je proto nutné přizpůsobit získání informovaného souhlasu stavu pacienta. Informovaný souhlas se však nevyžaduje u akutních intervencí. U dětí a pacientů s omezenou způsobilostí je tento souhlas získáván od zákonných zástupců. Jako eticky nepřijatelné je hodnoceno zatajování nežádoucích příznaků léčby (např. vedlejší účinky psychofarmak) za účelem získání spolupráce pacienta, potažmo informovaného souhlasu. Při motivaci pacienta ke spolupráci je nutný respekt k jeho schopnostem a možnostem v léčbě spolupracovat.⁵⁴⁰

Pacientova schopnost rozhodovat se úzce souvisí s problémem autonomie, kterou má člověk jako jedinec. Autonomii lze chápat jako právo, kdy má člověk možnost v jistých životních situacích a oblastech se rozhodnout podle svého úsudku. Autonomii však můžeme považovat i za schopnost takové právo využívat. Tato schopnost je právně realizována například v uzavírání kupních smluv, sepisování závětí nebo v převzetí politického úřadu. Psychická porucha může v krajním případě tuto schopnost zcela minimalizovat.⁵⁴¹ Autonomii rovněž ohrožuje paternalismus ze strany psychiatrů. Ten mnohdy vede ke špatné spolupráci pacienta v léčebném procesu, protože vede k pasivitě nemocného. Současným trendem je podpora autonomie pacienta. Na druhou stranu je nutno připomenout odpovědnost psychiatra za vedení léčby. Léčba je často efektivní, ale pacient nemá náhled a není schopen o léčbě rozhodnout a bez ní se může poškodit, jeho stav se může výrazně zhoršit a může ohrozit okolí. V takových případech je nutné postupovat individuálně, za spolupráce s rodinou pacienta, popřípadě s právníkem. S autonomií psychiatrického pacienta je spojena i situace, kdy stav nemocného

⁵³⁹ PAPEŽOVÁ, H. Etické principy a profesionalita v psychiatrii. In PTÁČEK, R.; BARTŮŇEK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 136.

⁵⁴⁰ Srov. tamtéž.

⁵⁴¹ Srov. STOECKER, R. Psychiatrische Ethik, VIII. Einzelthemen der Angewandten Ethik: Medizinische Ethik und ihr Umfeld. In STOECKER, R.; NEUHÄUSER, CH.; RATERS, M. L. (Hrsg.) *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart-Weimar: J. B. Metzler, 2011, s. 470 - 471.

vyžaduje medikaci, kterou odmítá. Důvodem odmítání může být nedostatečný náhled na nemoc, ale také již zmiňované vedlejší nepříjemné účinky psychofarmak.⁵⁴²

⁵⁴² Srov. PAPEŽOVÁ, Hana Etické principy a profesionalita v psychiatrii. In PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 136.

Závěr

V této práci jsme se zabývali etickými problémy spojenými s léčbou psychicky nemocných. Vedle vztahů psychicky nemocného k veřejnosti a blízkým lidem jsme se soustředili rovněž na roli psychiatra a jeho vztahu k psychicky nemocnému pacientovi. Je to právě psychiatr, který má v první řadě odpovědnost za léčbu psychicky nemocného člověka.

V první části druhé kapitoly této práce jsme se zabývali obecnými společenskými problémy psychicky nemocných jako sociální skupiny. Jedná se v podstatě o vztah široké laické veřejnosti k sociální skupině psychicky nemocných. Kvalita tohoto vztahu do značné míry určuje i vnímání psychicky nemocného ze strany bližšího okolí (rodiny, přátel). Stigma, předsudky, diskriminace a různé teorie snažící se popsat fungování v právě zmíněných vztazích (např. nálepkovací teorie) nám ukazují některé zásadní skutečnosti. Ve svém základu jsou totiž stereotypy, na nichž jsou založené předsudky, docela přirozenou součástí fungování lidské společnosti jako sociálního systému, jsou v něm hluboce zakořeněné a v základu mají za úkol chránit společnost před vnitřním rozkladem. Je nutné odlišit, do jaké míry tyto přirozené mechanismy chrání společnost před rozkladem, a kdy už nebezpečně a nespravedlivě ohrožují individuální svobodu a práva jednotlivce, který je „jiný“. Odlišnost může spočívat v psychickém onemocnění, ale třeba také v náboženském vyznání či barvě pleti. Z přirozeného základu stereotypů vyplývá však jeden závažný důsledek: cíl úplného odstranění předsudků, stigmatizace a diskriminace není jednoduché a zřejmě ani reálné uskutečnit. Spíše se jedná o kontinuální proces a kultivaci společnosti v tom směru, aby dovedla „unést“ jiné menší sociální skupiny, nápadné svou odlišností od většiny, a neublížovala jim.

Na druhou stranu je důležité nezapomenout zásadu behaviorálního modelu přístupu k psychicky nemocným, který dle našeho mínění neztrácí ani dnes svou platnost, a podle které má společnost právo (ne-li povinnost) bránit se před porušovateli norem, ale musí jim nabídnout možnosti ke změně chování ve smyslu platných norem.⁵⁴³ Jestliže totiž psychicky nemocný vlivem své nemoci poškozují či omezují práva blízkých lidí, především rodinných příslušníků, ale i kolegů na pracovišti, přátel či pečujících, je

⁵⁴³ Srov. Kapitola této práce: 1.3.4 Modely duševních poruch a současné trendy v psychiatrii s. 27-31.

povinností společenských institucí zakročit ve prospěch takto poškozovaných lidí. V této úvaze však můžeme jít ještě dále. Někteří pacienti s psychiatrickou diagnózou nabývají dojmu, že jejich nemoc je jakousi „zásluhou“ s automatickým nárokem na odměnu ve formě citové a hmotné pomoci. Tito lidé často manipulují okolím, zneužívají různých systémů pomoci (např. systému sociálních dávek). Je věcí psychiatrů a dalších odpovědných lidí angažovaných v péči o psychicky nemocné jednat tak, aby chránili nejen pacienta, ale i okolí před jeho agresivním až kvazi predátorským chováním a jednáním, jak ho trefně popisuje ve své knize Thomas Szasz.⁵⁴⁴

Dnes v Evropě převládající lékařský (biomedicínský) model, jak jsme ho již představili v této práci⁵⁴⁵, nám neumožňuje plně vstoupit do etického diskurzu kvůli premise, která vylučuje morální odpovědnost pacienta za vznik a průběh nemoci. Povinnost pacienta se tak redukuje na ochotu nechat se léčit a spolupracovat s odborníky. Takové nastavení vede často k přehnanému paternalismu ze strany lékaře a k omezení autonomie na straně pacienta. Proto je důležité komplementární užívání více modelů psychických poruch, které prezentují různé pohledy na tento fenomén.

Zásadní otázka tedy může znít: Do jaké míry duševní porucha omezuje morální rozhodování a tedy i morální odpovědnost pacienta za své jednání? Odpověď na tuto otázku není jednoduchá a univerzální a ani taková nemůže být, vzhledem k její formulaci. Hlavními arbitry posouzení této míry odpovědnosti pacienta, která má i svou právní podobu, jsou psychiatři. Proto bylo v této práci věnováno poměrně dost prostoru právním otázkám, včetně otázek posuzování zdravotního stavu nemocného pro účely stanovení sociálních dávek. Je nutné brát vážně tuto odpovědnost psychiatrů a dalších odborníků (např. posudkových lékařů), kterou na ně deleguje společnost. Lékař má značnou moc nad pacientem, ale rovněž velkou odpovědnost před zákonem, potažmo před společností. Konečné rozhodnutí o způsobu léčby má ve své kompetenci psychiatr, který ovšem musí být připraven nést odpovědnost za svá rozhodnutí, a to i v případě rozhodnutí, která jsou chybná a mají vážné negativní (někdy i fatální) důsledky pro život psychicky nemocného a lidí v jeho okolí. Lékař je ve svém rozhodování vázán mnoha právními normami a profesními postupy, které jsou zahrnuty pod obecný pojem

⁵⁴⁴ Srov. SZASZ, T. *Cruel compassion: psychiatric control of society's unwanted*. Syracuse: Syracuse University Press, 1994., s. 143.

⁵⁴⁵ Srov. kapitola této práce 1.3.1 Lékařská etika a modely duševních poruch: současné trendy, principy a kodexy, s. 21.

postupu *lege artis*.⁵⁴⁶ Profesionálně kompetentní péče psychiatra je založena na schopnosti používat standardy klinické praxe. Taková péče je základním předpokladem pro etickou psychiatrickou praxi a pro získání a udržení si pacientovy důvěry. Kompetentní praxe v dynamicky se vyvíjejícím oboru psychiatrie rovněž vyžaduje „komplexní znalosti behaviorálních i biologických věd v sociálním a ekonomickém kontextu současné praxe.“⁵⁴⁷ Další součástí této praxe je celoživotní vzdělávání psychiatra, supervize a konzultace, stejně jako jeho spolupráce s kompetentními organizacemi pro následnou péči, které poskytují sociální služby lidem s duševním onemocněním. Především v komunitním způsobu péče o psychicky nemocné, který je dnes stále více upřednostňován oproti ústavní péči, je zapojeno mnoho odborníků z různých humanitních vědních oborů. Role psychiatra je tak doplněna v multidisciplinárním týmu o další jeho spolupracovníky, jejichž činnost ve prospěch psychicky nemocného by měl psychiatr koordinovat. (viz kapitola 1.2.3)

Etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných je nutné posuzovat interdisciplinárně. Vedle lékařské a teologické etiky bylo v této práci použito poznatků ze sociologie, psychologie a práva. Je to právě komplexní holistický přístup k péči o duševně nemocné, který vyžaduje interdisciplinární spolupráci mezi odborníky z různých vědních oborů. Aby tato spolupráce byla efektivní, je třeba vzájemně respektovat kompetence jednotlivých pomáhajících pracovníků.

V textu byly stručně popsány některé současné inovativní trendy v péči o duševně nemocné. Jejich prosazování je obtížné z mnoha důvodů, z nichž jsme upozornili jen na některé. (V textu například zcela chybí popis financování psychiatrické péče, které je pro její kvalitu klíčové. Rozsah této práce by tímto popisem ale neúnosně vzrostl, a proto toto téma čeká na samostatné zpracování). Současná rychle se měnící společnost přináší nové „výzvy“ a problémy v oblasti duševního zdraví, na které je třeba adekvátně a pružně reagovat. V opačném případě péče rychle ztrácí na kvalitě.

⁵⁴⁶ „Lege artis- Způsob výkonu lékařského povolání a lékařských výkonů přiměřeně dosaženému stupni vývoje lékařské vědy a jejím pravidlům. (...)“ In VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. s. 259. Podobně se vyjadřuje Zákon 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách) §4 (5): „Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“

⁵⁴⁷ PAPEŽOVÁ, H. Etické principy a profesionalita v psychiatrii. In PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 135.

Duševní onemocnění jsou v rámci klasifikace nemocí poměrně specifickou skupinou. V mnoha ohledech jako by mnohá psychická onemocnění stále unikala přísně exaktnímu popisu. To může mít negativní důsledek ve formě spíše podřadného postavení psychiatrie mezi ostatními lékařskými obory. Psychiatrie je někdy považována za „popelku“ v rámci medicíny. K tomu přistupuje vnímání psychické nemoci laickou veřejností, které má své vlastní mechanismy a pravidla. Ty se výrazně liší od odborného psychiatrického diskurzu. Mnoho práce zbývá vykonat v oblasti osvěty a prevence vzniku duševních poruch. Vnímání psychické nemoci laiky je eticky problematické. Existuje jisté nebezpečí, které spočívá právě v laickém předporozumění duševních nemocí. Pokud je založeno pouze na stereotypch, předsudcích a mýtech nejružnějšího druhu, které se o duševních poruchách tradují, nelze vstoupit ani do teologického diskurzu o těchto nemocech.

Teologicko-etický přístup k léčbě duševních poruch a s nimi spojených morálních problémů, který byl jednotícím prvkem této práce, může rovněž přispět k většímu porozumění duševně nemocným lidem. Jestliže jedna z ústředních myšlenek křesťanského jednání spočívá v opci pro chudé, nemocné a jinak znevýhodněné členy lidské rodiny, pak musí takové jednání zahrnovat i péči o lidi trpící duševní poruchou. Aby křesťan mohl správně poměřit ve světle evangelia situaci těchto lidí, je nezbytné znát alespoň základní fakta o duševních poruchách jako celku i o jednotlivých typech těchto poruch. Ačkoliv psychiatrie nemůže dát vyčerpávající odpovědi na všechny otázky týkající se duševních poruch a lidí, kteří jimi trpí, poskytuje nezbytný základ pro vhled do problematiky. Domnívám se, že základní orientace v tomto lékařském oboru je nezbytnou podmínkou, bez které nelze rozvíjet teologické úvahy o psychických nemocech a psychiatrických pacientech. Proto také v této práci byl velký prostor věnován popisu jednotlivých duševních poruch z odborného lékařského hlediska.

V této práci jsem se opíral rovněž o poznatky z oblasti sociologie. Sociální rozměr psychického onemocnění je totiž podstatný ve více směrech. Bez nadsázky lze tvrdit, že duševní poruchy jsou jak problém zdravotní, tak problém sociální. Pro nelékařské pomáhající profese, které se věnují péči o psychicky nemocné, je sociální rozměr klíčový. Teologické úvahy na téma duševně nemocných je třeba dobře ukotvit v sociálním kontextu. Ten se geograficky liší. V této práci jsme se soustředili na situaci v České republice. To ovšem zdaleka neznamená, že psychiatrické poznatky a zkušenosti z jiných zemí byly v této práci zcela vynechány. Často mohou posloužit jako příklad či inspirace pro reformu psychiatrické péče, která se již realizuje i v naší zemi.

Pokud je fundovaně posoudíme, můžeme se například vyhnout některým problémům, které reformy provázely v jiných vyspělých státech.

Cílem této práce bylo přiblížit vybrané etické problémy, provést jejich analýzu, vyvodit obecnější závěry případně navodit alespoň směr uvažování nad jednotlivými problémy. Skromnou její ambicí je, aby se díky ní více rozšířila interdisciplinární diskuse na téma péče o psychicky nemocné v naší vlasti. Jsem hluboce přesvědčen, že křesťané a jejich vidění skutečností ve světě na základě víry mohou sehrát významnou roli v této diskusi.

Seznam použitých zdrojů

- ADAM, Adolf. *Liturgika. Křesťanská bohoslužba a její vývoj*. Praha: Vyšehrad, 2001.
- ALLPORT, Gordon Willard. *O povaze předsudků*. Obzor. Praha: Prostor, 2004.
- BALON, Richard, Jiřina KOSOVÁ a Ján PRAŠKO. „Poruchy osobnosti.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 527-553.
- BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997.
- BAŠTECKÝ, Jaroslav. „Soudní psychiatrie.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 825-835.
- BAUDIŠ, Pavel. „Práva duševně nemocných, nedobrovolné přijetí, dokumentace.“ BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. 74-80.
- BAUDIŠ, Pavel. „Vývoj psychiatrie a etické normy.“ BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. 11-16.
- BAUDIŠ, Pavel. „Zdravotnictví, psychiatrie, psychologie, alternativní medicína.“ BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002.
- BENEDIKT XVI. *Deus caritas est*. Praha: Paulínky, 2012.
- BERAN, Jiří. „Duševní onemocnění ve stáří a jejich prevence.“ ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA a kol. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum, 2017. 202-209.
- Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona /včetně deuterokanonických knih/. Ekumenický překlad. 11. vyd.* Praha: Česká biblická společnost, 2005.
- BONDOLFI, Alberto. „Ethische Wertungen des Suizids im Laufe der Geschichte: Übertretung des Tötungsverbot, Pathologie, ...?“ PETER, Hans Balz a Pascal MÖSLI. *Suizid? Aus dem Schatten eines Tabus*. Zurich: TVZ, 2003. 37-48.
- BRICHČÍN, Slavoj. „Sexuální poruchy.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 577-587.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav. ČEVELA a kol. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2017.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. „Posudková činnost lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení.“ KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2013. 250-276.

- ČEPELKOVÁ, Veronika. *Stáří jako inspirace k aktivitě*. Ústí nad Orlicí: Vydavatelství Grantis, 2016.
- Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha: ZVON, 1995.
- DŘÍMAL, Ludvík. „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11) Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku.“ OPATRŇÝ, Aleš, Ludmila BARTŮŠKOVÁ a Ludvík DŘÍMAL. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2016. 11-52.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010.
- DYTRYCH, Zdeněk, Michal HRDLIČKA a Jan LORENC a kol. „Dětská a dorostová psychiatrie.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 783-824.
- FINZEN, Asmus. *Stigma psychische Krankheit: zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisung und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag, 2013.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2014.
- FRANTIŠEK, Papež. *Amoris laetitia= Radost z lásky: posynodální apoštolská exhortace*. Praha: Paulínky, 2016.
- GARFINKEL, Harold. „Conditions of Successful Degradation Ceremonies.“ *American Journal of Sociology* 1956: 420-424.
- GOFFMAN, Erving. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. „Etika a komunikace v lékařské praxi.“ Ptáček, Radek, Petr Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 27-35.
- . *Fenomén stáří*. 2.přepřacované a doplněné vyd., Praha: Havlíček Brain Team, 2010.
- . *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.
- HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ (eds.). *Pavučina závislosti*. Praha: Togga, 2011.
- HELLER, Jiří. „Závislost jako aktuální problém.“ HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ (eds.). *Pavučina závislosti*. Praha: Togga, 2011. 7-12.
- HORÁČEK, Jiří a Jaromír ŠVESTKA. „Psychopatologie (obecná psychiatrie).“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 293-328.

- HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015.
- HÖSCHL, Cyril. „Poruchy nálady (afektivní poruchy).“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 409-454.
- „Appendix MKN-10 - přehled všech kategorií.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 837-843.
- HRDLIČKA, Michal a Iva DUDOVÁ. „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.“ HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER., Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 357-392.
- CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990.
- CHROMÝ, Karel. „Sociologie v psychiatrii.“ HÖSCHL, Cyril., Jan. LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 217-226.
- JAN PAVEL II. *Christifideles laici*. Praha: ZVON, 1996.
- JÁNSKÁ, Vlasta. „Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním.“ *Sociální práce/Sociálna práca* 2008,roč.8,č.1: 61-67.
- JIRÁK, Roman. „Organické duševní poruchy.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 455-480.
- KAHOUN, Vilém a kol. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Triton, 2013.
- KAHOUN, Vilém. „Důchodové pojištění.“ KAHOUN, Vilém a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2013. 213-249.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v pečovatelské praxi*. edice CARE. Praha: Galén, 2006.
- Katechismus katolické církve*. Praha: ZVON, 1995.
- Kodex kanonického práva*. Praha: ZVON, 1994.
- KOLÁŘOVÁ, Lucie. „K pojetí člověka v Gaudium et spes.“ ŠRAJER, Jindřich a Lucie KOLÁŘOVÁ a kol. *Gaudium et spes. Padesát let poté*. Brno: CDK, 2015. 107-127.
- KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004.
- KOSOVÁ, Jiřina a Ján PRAŠKO. „Neurotické poruchy.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 481-526.

- LIBIGER, Jan. „Schizofrenní poruchy.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 341-401.
- LIEBERMAN, J. *Reintegration of the Schizophrenic Patient*. London: Science Press, 1998.
- MACH, Jan. „Právní souvislosti. Lékařská etika-právní aspekty.“ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 471-480.
- MASOPUST, Jiří. „Biologická léčba duševních poruch-psychofarmaka.“ HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 428-465.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Radosti a strasti prarodičů, aneb, Když máme vnoučata*. Praha: Grada, 1997.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
- MUNZAROVÁ, Marta. „Důstojnost člověka v kontextu lékařství.“ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 51-58.
- NEŠPOR, Karel. „Návykové nemoci.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA(eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 555-576.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015.
- OPATRŇÝ, Aleš, Ludmila BARTŮŠKOVÁ a Ludvík DŘÍMAL. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2016.
- PALČOVÁ, Alena (ed.). *Duševní poruchy a poruchy chování: diagnostická kritéria pro výzkum: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (MKN-10)*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
- PAPEŽOVÁ, Hana. „Etické principy a profesionalita v psychiatrii.“ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 133-141.
- PAPEŽOVÁ, Hana. „Poruchy příjmu potravy.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 599-606.
- Papežská rada pro spravedlnost a mír. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.

- PECINOVSKÁ, Olga. „Vývoj závislosti.“ HELLER, Jiří. a Olga PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti*. Praha: Togga, 2011. 13-26.
- POSPÍŠIL, Ctirad Václav (ed.). *Dokumenty Mezinárodní teologické komise věnované morální teologii a etice*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl., 2010.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PEČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011.
- RAHNER, Karl a Herbert VORGRIMLER. *Teologický slovník, vyd. druhé, revidované*. Praha: Vyšehrad, 2009.
- RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál, 2015.
- SEIFERTOVÁ, Dagmar. „Hospitalizace.“ HÖSCHL, Cyril., Jan. LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. 775-781.
- SMOLÍK, Petr. „Klasifikace duševních poruch.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 329-339.
- STOECKER, Ralf. „Psychiatrische Ethik, VIII. Einzelthemen der Angewandten Ethik: Medizinische Ethik und ihr Umfeld.“ STOECKER, Ralf, Christian NEUHÄUSER a Marie-Luise RATERS (Hrsg.). *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart-Weimar: J.B. Metzler, 2011. 468-475.
- SVOBODA, Mojmír. „Psychodiagnostika obecně.“ SVOBODA, Mojmír (ed.), Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2012. 47-57.
- SZASZ, Thomas. *Cruel compassion: psychiatric control of society's unwanted*. Syracuse: Syracuse University Press, 1994.
- ŠIMÁK, Martin. „Úvod do práva sociálního zabezpečení.“ KAHOUN a kol., V. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2013. 23-47.
- ŠKODA, Miroslav. „Některé problémy a etické otázky spojené s pastoračními lidmi s psychickým onemocněním.“ *Caritas et veritas* 2014, roč. 4, č. 1: 93-99.
- ŠONKA, Karel. „Poruchy spánku.“ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. 607-615.
- ŠVARC, Jiří. „Právní problematika v psychiatrii.“ HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 588-610.

- „The main types and causes of discrimination.“ Sv. XIV,3. New York: United Nations Publication, 1949.
- ÚZIS ČR. „Psychiatrická péče 2017.“ 2018. ÚZIS ČR. 12. 2. 2020. <<https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>>.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2011.
- ZVĚŘINA, Jaroslav. „Sexuální dysfunkce.“ HOSÁK, Ladislav a Michal, LIBIGER a kol., Jan HRDLIČKA. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 300-311.
- ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada, 2010.

Abstrakt

ŠKODA, M. *Vybrané etické problémy spojené s léčbou lidí s psychickým onemocněním z pohledu křesťanské etiky*. České Budějovice 2020. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce J. Šrajer.

Klíčová slova: psychická nemoc, křesťanská etika, psychiatrie, mezilidské vztahy

Práce se zabývá vybranými etickými problémy, které se vztahují k léčbě lidí s psychickým onemocněním. Jednotlící úhel pohledu na tyto problémy zde představuje křesťanská katolická etika. Text se zaměřuje na situaci v České republice. Jsou v něm nejprve objasněny základní pojmy, popsány formy psychiatrické péče a představena základní etická, teologická a antropologická východiska. Práce rovněž zohledňuje poznatky z oblasti sociologie, práva a především psychiatrie. Popis jednotlivých skupin duševních poruch poskytuje v disertaci nutný podklad pro etickou reflexi. Samotné vybrané etické problémy jsou nahlíženy v kontextu vztahů společnosti, odborníků a rodiny k psychicky nemocným. Křesťanské etika zde vychází z biblických textů a soudobých výroků Učitelského úřadu církve (Magisterium).

Abstract

ŠKODA, M. *Selected Ethical Problems Related to the Treatment of People with Mental Diseases from the Perspective of Christian Ethics*. 2020. Dissertation. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Thesis supervisor J. Šrajer.

Key words: mental disease, Christian ethics, psychiatry, interpersonal relationships

The thesis deals with some selected ethical problems related to the treatment of people with mental diseases. The work views these problems from the perspective of Christian Catholic ethics. The text focuses on the situation in the Czech Republic. Firstly, it defines the basic concepts, describes the forms of psychiatric care and introduces the basic ethical, theological and anthropological bases. The work also takes into account the knowledge of sociology, law and especially psychiatry. The description of specific groups of mental disorders provides the necessary basis for ethical reflection in the dissertation. The selected ethical problems themselves are viewed in the context of the relationship of society, professionals and family towards the mentally ill. Christian ethics is based on biblical texts and contemporary statements of the Magisterium.