

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Podpora duševního zdraví a aktivizace osob s duševním onemocněním z  
pohledu speciálního pedagoga

Mental health support and activation of people with mental illness from the  
point of view of a special pedagogue

Bc. Lucie Cimbálová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Janyšková, Ph.D.  
Studijní program: Speciální pedagogika (N0111A190014)  
Studijní obor: N SPPG 2

2022

Odevzdáním diplomové práce na téma Speciálně pedagogická podpora a aktivizace jedinců s duševním onemocněním potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 1.7. 2022

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Kristýně Janyškové, Ph.D. za její rady a podporu při vedení mé diplomové práce. Zároveň také děkuji všem respondentům za jejich čas a ochotu se zapojit do mého výzkumu, stejně jako paní MUDr. Ditě Prokopové a paní arteterapeutce Mgr. Josefíkové, za jejich vstřícnost a podporu během psaní diplomové práce a za poskytnutí mnoha informací, které mi pomohly práci dokončit. Dále děkuji všem, kteří strávili čas tím, že si mou práci přečetli a dávali mi k ní zpětnou vazbu.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zaměřuje na formy a metody podpory jedinců s duševním onemocněním, jejichž cílem je pomoci těmto lidem k návratu do běžného života. Jednotlivé kapitoly diplomové práce se zabývají historickými mezníky vzniku psychiatrie, klasifikací duševních onemocnění a problematikou kvality života. Proto jsou v textu vymezeny nejvyužívanější terapeutické metody a strategie práce s klientem, které vedou k osvojení vhodných denních návyků, zlepšení duševního zdraví a tím i kvality života. Práce se věnuje i mezioborové spolupráci, která kromě medicíny prostupuje do dalších oborů, konkrétně do psychologie, sociální práce a speciální pedagogiky. Téma mého výzkumu je aktuální, protože stále větší množství osob s duševním onemocněním vyhledává odbornou pomoc. Proto by všichni členové týmu měli mít dostatečné znalosti o symptomatologii a charakteru jednotlivých psychiatrických diagnóz. Aby mezioborová spolupráce splňovala svůj význam, musí být jasně stanoveny kompetence jednotlivých odborníků. Díky tomu vzniká propojený komplex služeb, jehož cílem je co nejsnazší zařazení člověka do společnosti a běžného života.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Duševní onemocnění; podpora duševního zdraví; aktivizace; terapie; denní stacionář; stigma psychiatrie; mezioborová spolupráce

## **ABSTRACT**

This thesis focuses on the forms and methods of support for individuals with mental illness aimed at helping them to return to normal life. The individual chapters of the thesis deal with the historical milestones of the emergence of psychiatry, the classification of mental illness and quality of life issues. Therefore, the most used therapeutic methods and strategies of working with clients are defined in the text, which lead to the adoption of appropriate daily habits, improvement of mental health and thus quality of life. The work also focuses on interdisciplinary cooperation, which, in addition to medicine, permeates other disciplines, namely psychology, social work and special education. The topic of my research is timely as an increasing number of people with mental illness are seeking professional help. Therefore, all team members should have sufficient knowledge of the symptomatology and nature of each psychiatric diagnosis. In order for interdisciplinary collaboration to be meaningful, the competencies of the individual professionals must be clearly defined. This creates an interconnected set of services aimed at making the person's integration into society and everyday life as easy as possible.

## **KEYWORDS**

Mental health support; activation; therapy; mental illness; day care centre; stigma of psychiatry; interdisciplinary cooperation

## Obsah

Úvod .....	8
1 Člověk s duševním onemocněním .....	10
1.1 Historické pojetí přístupu k jedincům s duševním onemocněním.....	10
2 Kategorizace duševních onemocnění a jejich otisk do běžného života.....	16
2.1 Klasifikace – MKN 10. DSM 5 .....	16
2.2. Afektivní poruchy .....	17
2.2.1 Sociální důsledky života s afektivní poruchou .....	20
2.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy .....	22
2.3.1 Sociální důsledky života s neurotickými poruchami .....	26
3 Socializace člověka s duševním onemocněním– týmová spolupráce .....	28
3.1 Multidisciplinární přístup k podpoře jedinců s duševním onemocněním.....	28
3.2 Vymezení normy a patologie.....	29
3.3 Mezioborová spolupráce.....	30
3.4 Stigma duševních onemocnění a oboru psychiatrie .....	33
4 Systém služeb v péči o jedince s duševním onemocněním .....	35
4.1 Psychiatrické obtíže a metody podpory při léčbě duševního onemocnění .....	35
4.2 Speciálně pedagogická podpora duševního zdraví.....	37
4.3 Typy poskytovaných služeb .....	38
4.4 Zařízení poskytující služby jedincům s duševním onemocněním .....	41
5 Podpůrné a aktivizační metody.....	47
5.1. Užitečné podpůrné aktivity pro uživatele denního stacionáře.....	47
5.2 Druhy specifických terapií využívané ve speciální pedagogice .....	49
5.2.1 Arteterapie .....	49
5.2.2 Muzikoterapie.....	51

5.2.3 Ergoterapie.....	51
5.2.4 Zoo terapie.....	52
5.2.5 Snoezelen.....	52
6 Oblasti kvality života zasažené duševní nemocí .....	54
6.1 Kategorie vymezující kvalitu života.....	54
6.2 Oblasti života zasažené duševní nemocí dle indikátorů kvality života v ČR.....	55
7 Zásady duševní hygieny, využití u jedinců s duševním onemocněním.....	57
7.1 Duševní hygiena jako součást každého dne .....	57
7.2 Aktivity podporující osvětu a destigmatizaci duševních onemocnění .....	59
8 Metodologie a výzkumné cíle.....	63
8.1. Cíle diplomové práce.....	63
8.2 Význam výzkumu.....	64
8.3 Sběr a analýza dat .....	65
8.4 Interpretace výsledků výzkumu – posuzované kategorie .....	68
8.5 Vyhodnocení výzkumného šetření .....	87
Závěr.....	92
Seznam použitých informačních zdrojů .....	94
Seznam příloh.....	102

## Úvod

Duševní onemocnění jsou již dlouhou dobu součástí společnosti, nyní ale díky pokroku medicíny, ale i humanitních oborů máme řadu možností, jak jedince s duševním onemocněním léčit a podporovat. Proto je toto téma aktuální, a i když už proběhla rozsáhlá osvěta, okolo duševních onemocnění stále panuje mnoho stigmat, proti nimž je nadále třeba bojovat.

Zvýšení četnosti duševních nemocí se v současnosti dává do souvislosti s událostmi, se kterými jsme se museli v poslední době potýkat. Příkladem je světová pandemie, která s sebou přinesla nárůst osob vyhledávajících odbornou péči. Nejen kvůli pro mnohé osoby povinné úplné nebo částečné sociální izolaci, neméně důležitý byl také vliv médií, jejichž účinek byl kvůli sociálnímu odloučení a pro omezené možnosti trávení času na většinu lidí masivní. Situací psychosociálních dopadů způsobených pandemií se zabývala i Světová zdravotnická organizace. Počátek pandemie, který přinesl změny v každodenním životě vedl k osamělosti a stresu vedoucímu k dalším duševním potížím. Proto množství jedinců s psychiatrickým onemocněním prošlo dekompenzací své poruchy a zároveň i psychicky labilnější část zdravé populace propadla novému onemocnění, ať už ve smyslu deprese, generalizované úzkostné poruchy či sociální fobie, nespavosti a zvýšeného užívání návykových látek, sebepoškozování a suicidálního chování. Kromě dospělých se také výrazně zvýšil i počet nově nemocných dětí, které vlivem lockdownu neměly prostor pro socializaci a rozvoj tělesných a duševních schopností (COVID 19 and its mental health consequences, 2020).

Nemoci duše můžeme zařadit mezi civilizační choroby. Jejich definice se může lišit, ale vesměs je lze charakterizovat společnou etiologií. Jsou to onemocnění, která vznikají na základě nezdravého způsobu života populace, který byl za pandemie COVID-19 ještě zvyrazněn.

Je nasnadě, že dodržováním alespoň základních pilířů zdravého životního stylu můžeme výrazně ovlivnit své zdraví. Proto ačkoli i genetické faktory mohou být příčinou vzniku duševního onemocnění, není možné je udávat jako příčinu jedinou, protože etiologie vzniku duševních poruch je velice různorodá.

Na vznik a propuknutí onemocnění působí komplex vnějších a vnitřních faktorů, jejichž role je přinejmenším stejně důležitá. Jsou jimi například fyzická aktivita, zdravá životospráva, vyhýbání se návykovým látkám a eliminace dlouhodobého stresu. Právě stres

bývá hlavní příčinou vzniku onemocnění dle odborné, ale i populárně naučné literatury. Bohužel v dnešní době v naší moderní společnosti se mu často nelze vyhnout. Je však důležité, jak jsme s ním schopni pracovat. Ke zvládnání stresu existují mnohé návody a postupy, které však mnohdy selhávají již v prvním kroku, jelikož mnoho lidí nemá náhled, že by právě jim mohly pomoci. K přesvědčení o tom vyzkoušet je a udělat tak první a základní krok, jak se stresu postavit, je často nutná podpora druhé osoby. Zde nacházíme roli terapeuta, který dokáže pomoci s využitím rozličných protistresových a obecně aktivizačních metod a postupů. Dané postupy vycházejí z psychologie, speciální pedagogiky, sociální práce a zážitkové terapie.

Mezi speciálně pedagogické metody řadíme převážně umělecké a činnostní terapie a metody tréninku kognitivních schopností, protože díky možnosti zaměstnat jak „hlavu, tak ruce“ můžeme zmírnit příznaky aktuální duševní nepohody, podstoupit od svých potíží a soustředit se jen na prováděnou činnost. Zároveň si jedinec může v činnostech najít zálibu, kterou přenese do svého života. I to je důležitou součástí uzdravení a eliminace recidiv, stejně tak jako osvojení technik na smysluplné využití času a plánování denních aktivit. V rámci týmové spolupráce, jež funguje jako provázaný systém podpory, je zahrnuta také psychiatrická péče. Ta je zaměřena na farmakoterapii a využití dalších postupů, které jsou indikovány v případě nedostatečného působení psychofarmak.

Dalším článkem, jenž má nezastupitelnou hodnotu pro léčebný proces, je práce psychologa, který působí na klienta prostřednictvím psychologických postupů s využitím pro klienta vhodného terapeutického směru na základě jeho psychiatrické diagnózy. U psychoterapie je nejdůležitějším léčebným opatřením vzájemná důvěra, bez níž terapie nemůže fungovat. Další nezbytnou součástí týmu, podporujícího klienta s duševním onemocněním, je sociální pracovník, jenž poskytuje rady v oblasti sociálních služeb. Tyto služby vychází ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a zahrnují sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Z podpůrných opatření speciální pedagogiky jde konkrétně o terapeutické činnosti včetně arteterapie, muzikoterapie, tanečně-pohybové terapie, dramaterapie, ergoterapie, činnostní terapie a další. Mezi další využívané aktivizační metody lze zařadit terapii se zvířaty, trénování kognitivních funkcí, pohybové aktivity a relaxační techniky.

# 1 Člověk s duševním onemocněním

## 1.1 Historické pojetí přístupu k jedincům s duševním onemocněním

Duševní onemocnění provázejí lidskou civilizaci od počátků její historie stejně jako onemocnění somatická, což potvrzuje i fakt, že procento výskytu duševních onemocnění v populaci je navzdory jejím proměnám v podstatě neměnné (Orel, 2020).

Naopak výrazné změny zaznamenáváme v chápání a akceptaci duševních poruch ve společnosti. Ta v průběhu staletí procházela mnoha fázemi přístupu k lidem s duševním onemocněním. Avšak i přes snahy odborné společnosti o destigmatizaci, vystupňované zvláště v poslední době, stále v populaci přetrvávají tendence nechápat duševní poruchy jako onemocnění s existující příčinou a terapií, v podobě, jako je tomu u somatických chorob. Od nepaměti se společnost snažila o segregaci, izolaci a likvidaci jedinců s duševním onemocněním. Příkladem je posílání jedinců pryč, do léčeben, co možná nejvíce vzdálených od civilizace, nebo zřizování tzv. „lodí bláznů“, kde byli nemocní shromažďováni a posíláni po moři, kde byli ponecháni svému osudu (Höschl a kol., 2002).

### První zmínky o existenci duševních „poruch“

Po staletí se pátralo po příčinách a možnostech léčby duševních nemocí. Už před naším letopočtem byly první zmínky o existenci konkrétních příčin a jejich přítomnosti. Chybělo však jakékoliv terminologické ukotvení a veškeré poznatky o vzniku, příčinách, možnostech léčby duševních onemocnění a „jinakosti“ byly značně kusé. Za zmínku stojí snad jen léčebný efekt hudby na jedince trpící depresivní poruchou nálady, což bylo popsáno už ve Starém zákoně. V počátcích byly dle tehdejší terminologie „duševní poruchy“ často považovány za posedlost d'áblem či důkaz čarodějnictví (Svoboda, 2015; Höschl a kol., 2002).

Terminologie duševních poruch se postupně formovala hlavně díky poznatkům významných osobností naší historie, které postupně stavěly základy dnešního poznání. Jednou z osobností, která se zapsala do historie díky svým poznatkům, na kterých se začaly stavět základy medicíny, byl Hippokrates, který popsal duševní onemocnění jako poruchu mozku, která člověka ovlivňuje komplexně ve všech složkách života. Asklépiades, který byl římským lékařem, duševní onemocnění vnímal jako součást tělesné schránky a rozčlenil je na akutní a chronické. Popsal také klinický obraz psychotických příznaků: bludů a

halucinací, které jedinec vnímá, ale nejsou podloženy žádným vnějším faktorem. Jako součást léčby využíval i pozitivní vliv hudby na zdraví, můžeme jej tedy považovat za zakladatele muzikoterapie jako léčebné metody. Celsus spojil dohromady poznatky Hippokratova přístupu s metodami Asklépiada, z čehož vznikl komplex somaticko – terapeutického léčení, doporučovanými způsoby léčby byly účinky hudby pro melancholické pacienty, metody rozhovoru a u „manických“ pacientů náročná tělesná cvičení vedoucí k dosažení únavy (Psychiatrie ve starověkém Římě, 2008; Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Avicenna, který byl průkopníkem arabské medicíny, se shodoval s Hippokratem a popsal, že příčinou vzniku duševního onemocnění je poškození mozku. Duši považoval za hmotu, která může existovat pouze za předpokladu, že je spojena s tělesnou schránkou. Jeho léčebné techniky byly založeny na experimentování s farmaky, dietami, sugescí a léčebnými koupelemi, začal také využívat jako součást léčebného procesu metodu zaměstnávání, která byla počátkem současné podpory a aktivizace jedinců, jíž se zabývá pracovní terapie (Höschl a kol., 2002; Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

### **Středověk a 1. převrat v historii psychiatrie**

Středověk byl pro jedince s duševním onemocněním dobou temna, duševní choroby byly považovány za d'ábelské a démonické. Proto se takových jedinců zbavovali mnoha krutými již zmiňovanými způsoby: zavíráním do klecí a věží či do „lodí bláznů“, které byly posílány po moři (Svoboda, 2015). „*Mnoho léčebných metod nepřinášelo úlevu, ale nevýslovná muka a utrpení – například očištění upalováním na hranici, novodobé vyvolávání kómat aplikací inzulínu, dlouhodobé koupele v ledové vodě přirovnané k topení jedince*“ (Orel, 2020, s.19). První počátky léčby duševních nemocí se zařazením psychologických a rehabilitačních metod se začaly aplikovat teprve v 16. století (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Křesťané se zasvětili pomoci nemocným a chudým. Při některých kláštřích vznikaly „útulky“ a zařízení pro duševně choré, které byly určeny k důstojnému dožití jedinců, kteří byli izolováni od společnosti. Nepůsobili zde žádní lékaři, pouze místní mniši, kteří poskytovali nemocným základní ošetrovatelskou péči. Kromě té byla tehdejší léčba podpořena modlitbou (Jak to vypadalo ve středověkých špitálech, 2022). Za prvního psychiatra, který vyvracel mylná přesvědčení o duševních chorobách, které byly spojovány s posedlostí d'áblem, byl považován Johan Weyer. Zavedl léčbu opiem a dalšími rostlinami,

působícími na psychické potíže (Svoboda, 2015; Dušek, Večeřová – Procházková, 2010). Dle Orla se jedná o první významný mezník v historii psychiatrie, kdy bylo dokázáno, že duševní nemoci mají fyziologický původ a tudíž jejich léčba oprávněně patří do medicíny (2020).

## **Období francouzské revoluce – 2. převrat v přístupu k duševně nemocným**

Další osobností, která měla podíl na rozvoji psychiatrie, je Felix Platter, který systematizoval a klasifikoval duševní choroby, které mimo jiné léčil tělesným cvičením. Zde vidíme zmínku o pozitivním vlivu pohybu na duševní poruchy, které jsou důležitou součástí léčebného procesu dodnes. V 16. století byla vydána publikace Chvála bláznovství od humanisty E. Rotterdamského, která se zabývala proměnami společnosti ve vztahu k duševně nemocným. I přes jeho snahy byli jedinci stále nepochopeni a oddělováni od majoritní populace. Obor psychiatrie jako lékařský můžeme začlenit do 18. století v souvislosti s významným lékařem Filipem Pinelem, který „sejmul duševně chorým okovy“ a do léčebného procesu zařadil edukační metody, jejichž cílem bylo jedince zaměstnat, což lze považovat za další pokus o zařazení pracovní nebo činnostní terapie, která se využívá dodnes (Svoboda, 2015). Právě léčebné postupy, které začal aplikovat v praxi, se podílely na druhém zásadním mezníku psychiatrie. Během francouzské revoluce osvobodil duševně nemocné, kteří byli vězněni stejně jako zločinci (Orel, 2020). Na lékařské fakultě v Praze se začal vyučovat nový předmět „choromyslnictví“, věnovaný poznatkům o duševních chorobách (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

V přístupu Pinela pokračoval Esquirol, který se snažil zařadit kromě pracovní terapie také terapie umělecké. Na to zareagovala společnost postupným otevíráním zařízení pro duševně choré, tzv. „blázince.“ „*V českých zemích se o péči o duševně nemocné nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století budoval v řadě měst své nemocnice*“ (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 16). Postupně tedy docházelo ke změnám v léčbě a do popředí se dostal význam aplikování změn a zvyklostí v životě jedinců (dnes bychom uvedli změny v životním stylu). Svůj význam pro obor měl také Sigmund Freud, který přispěl svými publikacemi a vytvořením teorie psychoanalýzy a začali aplikovat v léčbě jedinců s duševním onemocněním inzulinové a šokové terapie. Ve 20. století byla psychiatrie přijata jako oficiální součást medicíny. Zároveň se rozdělila na dva proudy, ke kterým směřovala, na biologickou a sociální psychiatrii. Pro speciální pedagogiku jsou zásadní poznatky sociální psychiatrie, jež se zaměřuje na sociální podmínky a psychické

faktory, které napomáhají rehabilitaci a sociálnímu začlenění jedince. Začátkem 20. století se otevřela psychiatrická léčebna v pražských Bohnicích (Svoboda, 2015; Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

### **Válečné a poválečné období – 3. převrat v historii psychiatrie**

Přes výše zmíněné pokroky byl v laické, ale i odborné veřejnosti stále nedostatek informací, který vyvolával zmatek v nabídce poskytovaných služeb a řada lidí ani nedokázala rozeznat kompetence jednotlivých odborníků: psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků a terapeutů, kde a u koho mají hledat pomoc. Z pohledu státu se v té době přistupovalo k psychiatrii jako k oboru, který je do budoucna nepotřebný. Bylo mylně souzeno, že zavírání do psychiatrických léčeben jen zvyšuje riziko pozdější odlišnosti a zařaditelnosti jedinců do společnosti. Höschl dále shrnuje, že psychiatrická ústavní péče byla tehdy vnímána vlastně jako příčina vzniku duševních nemocí. Řízení státu se tedy snažilo, aby psychiatrie opustila obor medicíny a byla pouze oborem sociálním navzdory tomu, že sociální důsledky onemocnění vznikají právě na základě biologického poškození mozku. Psychiatrie se měnila i v průběhu světových válek, kdy převládal názor, že když dojde k pozitivním změnám ve společnosti, nebude už stoupat počet jedinců s duševním onemocněním (2002). Důležitým mezníkem v psychiatrii v poválečném období byl počátek léčby psychofarmaky. Prvním lékem užívaným v psychiatrii bylo antipsychotikum chlorpromazin (Orel, 2020).

### **Období po roce 1989–4. převrat v oblasti změn oboru**

Čtvrtým zásadním převratem v historii psychiatrie byl revoluční rok 1989, kdy kulminovala snaha změnit organizaci a strukturu psychiatrické péče. Z ústavních psychiatrických léčeben se péče přesouvala směrem k ambulantní léčbě a současně docházelo k rozvoji sociálních, aktivizačních a rehabilitačních doléčovacích služeb. Rozšiřují se také možnosti komunitní podpory a vznikaly chráněné dílny, které efektivně usnadnily návrat pacientů k běžnému životu a pracovnímu životu (Höschl a kol., 2002). Dnes už situaci vnímáme jinak a snažíme se jedince začleňovat mezi majoritní společnost. Chráněný trh práce podporuje pracovní schopnosti, méně však už sociální vztahy.

Vývoj po revoluci vedl ke zpřístupňování oboru veřejnosti a vznikla řada nových zařízení, poskytujících sociální, psychologické, aktivizační a terapeutické služby. Jako krizová pomoc byly dále zřizovány telefonní linky důvěry při psychiatrických léčebnách a sociálních zařízeních. Tato forma pomoci fungovala již dříve, ale až po roce 1989 došlo

k nárůstu zařízení, která tuto službu začala poskytovat. Některé linky dokonce fungovaly bez omezení 24 hodin denně. Začala vznikat první krizová centra při psychiatrických zařízeních, která sloužila pro akutní případy. Bez nutnosti hospitalizace je poskytována široká škála psychiatrických, psychologických a terapeutických služeb. Tato centra jsou navštěvovaná převážně jedinci s akutní dekompenzací stavu a v urgentních případech, kdy může být ohrožen život jedince nebo jeho okolí. Je nasnadě, že zde není třeba doporučení k tomu, aby byl jedinec přijat a léčen, je zde poskytnuta pomoc každému, kdo ji potřebuje. Další zařízení vznikala a rozšiřovala síť svého působení jako rehabilitační a doléčovací služby. Mezi ně můžeme zahrnout různé druhy podpůrných služeb, jako socioterapeutický klub, denní sanatoria a stacionáře. Právě denní stacionáře lze považovat za nejvěrnější kompenzaci hospitalizací, které fungují k překlenutí krizového období. Z hlediska terapeutických aktivit zde probíhají různé formy aktivizačních činností a psychoterapie (arteterapie, činnostní terapie, pohyb, edukace, večerní setkání, turistika a jiné). Záměrem zde poskytované péče je snížení dopadu negativních důsledků onemocnění na život jedince a jeho integrace do společnosti. Pro jedince vyžadující větší podporu vznikala chráněná bydlení, kde je zabezpečen odborný dohled a pomoc s péčí o sebe a domácnost. Rychlý vývoj mělo také zakládání společností a občanských sdružení věnujících se této problematice. Ty nabízely stále se rozšiřující spektrum služeb, šlo o organizování aktivit určených pro jedince s duševním onemocněním, poskytování poradenských služeb, udržování kontaktu nemocného se společností a pracovní rehabilitace. Dalším cílem organizací byla osvěta oboru a pokus o destigmatizaci a reformu péče. Na přelomu 20. a 21. století poklesl počet míst v psychiatrických zařízeních a uzavřená oddělení se, pokud možno, změnila na otevřená. Dále byla podpora směřována spíše do ambulantních služeb. Terapeutickými metodami bylo zaměstnávání a poskytování množství různorodých aktivit, které pomáhají návratu do běžného života a zlepšují duševní zdraví. Začaly se široce využívat terapie se zvířaty, umělecké terapie, činnostní terapie, pracovní rehabilitace a spektrum aktivit bylo stále rozšiřováno. Na přelomu století začala být psychiatrická péče opět více sjednocená a zlepšila se i její organizace, ve smyslu začátků týmové spolupráce odborníků (Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní, 2002).

## Shrnutí kapitoly

Již od počátků lidské civilizace existují i duševní onemocnění. Z počátku byla péče poskytována v podstatě na základě pokusu a omylu. Prošli jsme mnoha stádii přístupů společnosti od upalování, zavírání do klecí, věží či lodí až po izolování jedinců daleko od zbylé populace. První pokus o zlidštění přístupu proběhl během francouzské revoluce díky Filipu Pinelovi, jenž odstraňoval předsudky, které se dotýkaly duševních poruch. Duševní onemocnění se již v minulosti léčily hlavně speciálním přístupem, který zahrnoval zaměstnávání jedinců, počátky uměleckých terapií a pracovních terapií atd, které předcházely dosud stále fungujícím technikám. Duševním onemocněním si projde během života minimálně čtvrtina populace. Proto je v dnešní době psychiatrii věnováno mnohem více pozornosti, než tomu bylo v minulém století. Péče se postupně přesouvá do ambulantních a terénních služeb a omezuje se dlouhodobá ústavní péče, která byla ještě před pár lety jedinou možností, jak se léčit. Reforma psychiatrie představuje v posledních letech plán na vznik dalších mimoústavních služeb a provázání procesu léčby a podpory.

Mezioborová spolupráce mezi lékaři a nelékařskými profesemi není jednoduchá a má řadu nedostatků, stejně jako stále přetrvávající problém s nedostatkem ambulantních služeb, které nejsou dostupné každému. Duševní onemocnění je dnes již jednou z civilizačních nemocí, které se do skupiny zařadily životním stylem populace. Ačkoli mají genetika, vnější události a další rizikové faktory vliv na propuknutí nemoci, většinový podíl na propuknutí nemoci máme stále ve svých rukou a to změnou životního stylu, zahrnující zařazení racionální stravy, kvalitní spánek, pravidelnou pohybovou aktivitu a psychohygienu.

## 2 Kategorizace duševních onemocnění a jejich otisk do běžného života

### 2.1 Klasifikace – MKN 10. DSM 5

MKN 10 je mezinárodní klasifikace využívaná v České republice jako nástroj k diagnostice nemocí. Onemocnění jsou členěna podle oborů na skupiny a popisují symptomatologii, klinický obraz a negativní dopady onemocnění na život jedince. Řada odborníků tuto kategorizaci kritizuje, protože se zaměřuje pouze na biologické faktory onemocnění, ale opomíjí faktory psychosociální, které jsou důležité pro úspěšnou rehabilitaci a resocializaci jedince. Pro resocializaci je nejdůležitější kvalitní interakce jedince s prostředím a příprava na každodenní fungování v životě (Probstová, Pěč, 2014; MKN- 10, 2022). Právě psychosociální podpora jedinců je pro nás ve speciální pedagogice klíčová pro integraci a zapojení do společenského života. *„V psychiatrii stejně jako v ostatních jak medicínských, tak nemedicínských oborech, je snaha třídit získané zkušenosti a vědomosti. Vytvářejí se různé klasifikační systémy. Vychází se ze zkušenosti, že v každém konkrétním jevu lze odkrýt jak vlastnosti zvláštní, tak vlastnosti obecné. Zobecňování a třídění poznatků v psychiatrii spočívá ve vytváření klasifikací a systémů“* (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010 s. 28).

Ve speciální pedagogice je nutné se orientovat v problematice Mezinárodní klasifikace nemocí především proto, aby užívání odborné terminologie bylo jednotné a odborníci z různých oborů mohli na základě toho spolupracovat a komunikovat. Pro nezdravotníky je zásadní umět rozpoznat základní druhy duševních onemocnění dle jejich symptomů a orientovat se v problematice duševních chorob jako takových. *„Znalost psychických poruch může speciálním pedagogům pomoci k lepšímu pochopení projevů a chování. Chápe-li pedagog, že mnohé, co jedinec dělá, není projevem nevychovanosti, naschválnů a provokace, ale důsledkem duševního onemocnění, přístup pedagoga k jedinci se změní“* (Nývltová, 2010, s. 11).

DSM-5 je globálně používaný diagnostický nástroj, který byl vydán Americkou asociací psychiatrů poprvé v roce 1952. Od té doby byl mnohokrát revidován a v nynější podobě souzní s MKN-10 a doporučením WHO, i když hodnocením a terminologií se odlišuje (DSM- 5, 2022).

## Poruchy duševní a poruchy chování

Mezi duševní onemocnění vyskytující se u jedinců využívajících rozšířené podpůrné služby řadíme: schizofrenii, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, afektivní poruchy, poruchy osobnosti, neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Syndromy poruchy chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (MKN-10, 2022). V následující části vymezují pouze vybraná duševní onemocnění, která jsou nejvíce frekventovaná a vyskytují se ve skupině osob, které byly cílovou skupinou mého výzkumu.

### 2.2. Afektivní poruchy

*„Měla jsem chvíle v životě, kdy jsem si hrozně přála všechno nechat, zůstat ležet a už se nezvednout. Chvilky, kdy bylo těžký jen dýchat. Nastanou situace, které vás zlomí. Kdy cítíte, že je to vaše hrana, že přesně tady se to láme, kdy to je ještě únosný a kdy ne. Všichni si neseme s sebou svoji nálož balvanů. Tíží nás, sem tam stáhnou dolů a vyrazí nám dech, když na to nejsem připravení. V práci jsem poznala, jako moc stejní ve skutečnosti jsme. Jedno, jaké máme příběhy, odkud pocházíme a kam směřujeme. V základních věcech jsme stejní. V bolesti, kterou urputně skrýváme. V radosti, kterou se nebojíme dávat najevo. V tom, že občas všichni selháváme a nevíme, jak dál. Protože vím, jaké to je být sama. Na obrovskou bolest. Na tíhu, která vás trhá zevnitř, až se zalykáte. A chci, abyste na ni vy sami nebyli. Jsem tady a mám to stejně.“*

*Anna Moricová (Z deníčku psychiatricky, 2021, s. 69-70)*

Afektivní poruchy se projevují dvojí polaritou nálad: euforickou, depresivní a změnami v aktivitách jedince (MKN-10, 2022; Orel a kol., 2020). Miňhová a Lovasová (2018) dělí afektivní poruchy na bipolární a unipolární a obvykle se projevují ve věku 20–30 let. Za propuknutím poruchy nálady může stát chronický stres, který je v dnešní společnosti „denním chlebem“ a hlavním spouštěčem většiny psychických i somatických onemocnění (Vágnerová, 2014). Poruchy nálady jsou náchylné k recidivám a kvůli podobným symptomům, projevujících se u jednotlivých onemocnění, bývají vzájemně propojeny s dalšími duševními problémy. Mezi afektivní poruchy řadíme depresi, mánie a bipolární afektivní poruchu (MKN – 10, 2022; Nývltová, 2010). Aby nedošlo k záměně diagnóz a správnému rozlišení především mánie a hypománie, je nutné důkladné vyšetření pacienta psychiatrem.

Primárními příčinami, které ovlivňují vznik duševního onemocnění, je mix genetických předpokladů, typu osobnosti a stability jedince v závislosti na vnějších faktorech (Polách a kol., 2016). Nývltová se shoduje s tvrzením Polácha a uvádí, že nelze nalézt konkrétní příčinu vzniku duševního onemocnění, protože „na vzniku psychických

*poruch se podílí vždy více příčin, které jsou ve vzájemné interakci“ (2010, s. 32). Autorka také uvádí, že velmi záleží na intenzitě rizikových faktorů a délce jejich působení, vývojovém období propuknutí nemoci a psychické odolnosti vůči vnějším stresorům (2010).*

## **Mánie**

Dle MKN-10 jsou mánie charakteristické povznesenou, euforickou náladou, zvýšenou energií a hyperaktivitou. Jedinec má zvýšené psychomotorické tempo, je více hovorný a sociálně otevřený, má sníženou potřebu spánku. Pro nemocného je tato fáze onemocnění snášená lépe než fáze depresivní, zároveň ale je potřeba myslet na nebezpečí, které vychází z neschopnosti racionálně posuzovat důsledky svého chování (MKN 10, 2022; Vágnerová, 2014). Mohou se dostávat do problematických sociálních situací. Mánie je také typická zvýšenou vstřícností nebo naopak zlostí, způsobenou jakýmkoli omezováním chování jedince. *„Porucha nálady může vést k bizarnímu oblékání, líčení. Chování je dotěrné až naléhavé. Nemocní navazují nekontrolovatelně kontakty s cizími lidmi, telefonují svým známým v noci, rozdávají své věci, rozhazují peníze. Řeč bývá hlasitá, rychlá, vtipná. Jedinec také požívá větší množství alkoholu a bývá zvýšeně sexuálně aktivní, je velmi sebejistý a má vysoké sebevědomí“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 78).*

I když jsou jedinci v manické fázi velmi energičtí a podnikaví, postrádají schopnost koncentrace (často přechází z činnosti na činnost, které nejsou schopni dokončit) a jejich efektivita je ve skutečnosti velmi nízká. Hypománie je lehčí formou mánie, která se přechodně vyskytuje i u dalších duševních onemocnění, primárně u deprese (MKN – 10, 2022; Polách a kol., 2016; Mahrová, Venglářová, 2008).

## **Deprese**

Polách uvádí, že deprese je často zaměňována za běžný splín a špatnou náladu, objevující se občas u každého člověka. Ve skutečnosti se jedná o závažné psychické onemocnění projevující se patologicky smutnou náladou neodpovídající situaci, která je spojena se ztrátou potěšení a omezováním dříve oblíbených činností, s pocity beznaděje, ztrátou zájmů, sklíčeností, bezradností, pocity viny a omezení sociálních kontaktů. *„Zatímco pokleslá nálada často přejde sama, depresi je nutné léčit, protože je spojena s vysokým rizikem sebevražd“ (Polách a kol., 2016, s.18).* Kromě toho depresi provází i řada dalších potíží, které prognózu nemoci ještě zhoršují, především: potíže spojené se spánkem, změny v příjmu potravy, snížení tělesné váhy, výrazná únava, zhoršení kognitivních funkcí, dominuje zhoršená pozornost, paměť, motivace, schopnost rozhodování, výrazné snížení

sebevědomí a sebehodnocení, spojené s pocity méněcennosti a často i přítomnost sebevražedných myšlenek (Probstová, Pěč, 2014; Polách a kol. 2016; Mahrová, 2008). „*Depresivní prožívání není spojeno jen se smutkem, lidé ho mohou popisovat jako velkou tenzi, bolestivé sevření, které je znehybňuje, únavu, která jim znemožňuje i několik dní vstát z postele a dodržovat základní hygienické návyky*“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 76). Je potřeba dodat, že symptomy jsou u každého jedince individuální, stejně jako délka depresivní epizody a její periodičnost.

Poruchy spánku probíhají většinou v podobě brzkého ranního vstávání a potížení s usínáním, nálada se během dne mění, přičemž rána bývají spojena s horší náladou oproti večeru, mohou se vyskytnout i výjimky. Depresivního člověka trýzní neustálé výčitky, černé myšlenky a nechut' žít. Mimo to je častou příčinou i řady fyzických obtíží. Poruchu nálady můžeme zaznamenat při kontaktu s nemocným na způsobu mimiky, gestiky a řeči (Polách a kol., 2016; Mahrová, 2008). Hovoříme o výskytu nespecifických i specifických bolestí zad, těžkostech na hrudi, změnách chuti k jídlu a poruchám trávicího traktu. Deprese bývá až v 50 % doprovázená úzkostnou poruchou (2008). Češková spojitost potvrzuje: „*Deprese je považována za rizikový faktor pro rozvoj úzkostné poruchy, úzkostné poruchy mají vliv na průběh deprese*“ (2015, s. 208).

Další forma deprese, která nemá typické symptomy, je deprese larvovaná. Jsou přítomny pouze symptomy somatické, jejichž příčina však byla diagnostikována jako psychosomatická. Deprese bývá komorbidní s ostatními psychickými poruchami, s úzkostmi, poruchami příjmu potravy, schizofrenií a poruchami osobnosti. Z hlediska příčin vzniku nyní většinou hovoříme o depresi reaktivní, protože v dnešní době na nás působí mnoho faktorů, které jsou velmi stresující, původ deprese tedy nelze jednoznačně považovat jako endogenní. Vznik depresivní poruchy je multifaktoriální, člověk je bio-psycho-sociální bytost, proto je potřeba zaměřit se na člověka a léčit ho holisticky. Z hlediska hloubky symptomů je deprese dělena na mírnou, středně těžkou a těžkou. Trvale pokleslá a depresivní nálada, která je sice mírnější formou depresivní fáze, ale trvá dlouhodobě, je diagnostikována jako dystymie neboli „*chronická deprese*“ (Polách a kol., 2016; Probstová, Pěč, 2014).

### **Bipolární afektivní porucha**

Bipolární afektivní porucha se projevuje epizodami mánie a deprese. „*Deprese převažuje, nemocní stráví třikrát více času v depresi než v mánii*“ (Kučerová, 2015, s. 204).

Prognóza onemocnění je těžká minimálně u poloviny nemocných, což vykazuje i procento dokonaných sebevražd, které je u bipolární poruchy vysoké. Pro léčbu je důležité co nejrychleji nastavit vhodnou farmakologickou léčbu, která může zamezit nutným hospitalizacím a pokusům o sebevraždu. „*Sociální, rodinná a pracovní dysfunkce jsou normou, zarážející je relativně vysoký rozdíl mezi dosaženým vzděláním a postavením v zaměstnání. Téměř polovina nemocných je nezaměstnaných. Stresové životní události mohou vyprovokovat relaps. Rozvoj mánie často souvisí s událostmi, které narušují cyklus spánku a bdění*“ (2015, s. 204). S autorkou se shoduje i Mahrová, která příčinu vzniku epizod popisuje: „*Oba druhy epizod často přicházejí po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu*“ (2008, s. 79). Autorka také potvrzuje jako nejefektivnější léčbu: hlavně včasnou farmakologickou, psychoterapeutickou a sociální rehabilitaci, zaměřenou na začlenění do společnosti a schopnost fungovat samostatně v osobním životě (Kučerová, 2015; Mahrová, 2008).

### **2.2.1 Sociální důsledky života s afektivní poruchou**

Život s depresí má těžké sociální dopady, které mohou člověka plně zneschopnit v pracovním procesu, v procesu sociálního začleňování, což může vést k sociální izolaci jedince. Proto je nutné podporovat jedince s duševním onemocněním komplexně. Systém podpory je zaměřen na rehabilitační, aktivizační a resocializační metody, které díky týmové spolupráci směřují k bezproblémovému zapojení do společnosti (Probstová, Pěč, 2014).

Vágnerová uvádí, že jedinec s afektivní poruchou svým způsobem ovlivňuje fungování celé rodiny a narušuje její hodnoty a sociální role (2014). Z vnějšího pohledu je deprese méně nápadná než období mánie, ačkoli pro člověka je tato fáze nemoci naopak snesitelnější. Mánie může být laicky chápána spíše jako bezohlednost. Kromě zhoršené nálady je také změněna aktivita jedince (MKN -10, 2022), ta se projevuje nechutí cokoli dělat a celkovým zpomalením. I když jde o příznaky způsobené těžkou duševní poruchou, v rodině často nejsou akceptovány.

Jedinec bývá považován za líného, neschopného a pesimistického člověka, který si symptomy nemoci vymýšlí, protože jedinec, který si neprošel duševním onemocněním, nedokáže ani z části pochopit jeho „utrpení,“ a bohužel se rodina ve většině případů ani nesnaží jedince pochopit a podpořit ho, protože i oni problémy v důsledku bagatelizují. Už zde vzniká stigma duševních onemocnění v rodině nemocného, ti si většinou nepřipouští, že by jejich blízký mohl mít duševní onemocnění a že se jedná o závažná a často smrtelná

onemocnění, i přesto, že nemají „somatický původ“ (alespoň ne takový, který lze vidět navenek, načež je nutné dodat, že psychická onemocnění vznikají na základě biologického poškození mozku). Mánie v běžném životě nejvíce narušuje vztahy. Zatěžuje nezřídka i finance, protože jedním ze symptomů manické fáze je neuvážené utrácení peněz, nereálné plány a investice, které jedinci mohou do budoucna způsobit velké škody. Protože není schopen sám ovlivnit a posoudit své chování a jeho možné důsledky, je nutná hospitalizace člověka do doby, kdy bude stabilizován jeho zdravotní stav. Ve výsledku není výjimkou ani rozpad partnerských vztahů, zvláště pokud se jedná o jedince s bipolární afektivní poruchou, jehož chování je velmi nestabilní. Porucha nálady v rodině způsobuje napjaté vztahy, plynoucí z neschopnosti nemocnému pomoci a vcítit se do jeho situace. Váže se k tomu také neschopnost najít příčinu, která vedla k propuknutí onemocnění, nebo je znehodnocována na základě hledání příčiny způsobené labilitou jedince (Vágnerová, 2014). Pro rodiny a blízké existuje několik doporučených rad, jak mohou člověku s depresí pomoci daleko více než „pseudopomocnými“ radami typu: to zvládneš, neboj se to přejde, nic tak hrozného se ti neděje atd. Z dlouhodobého hlediska tyto rady nejen že nepomáhají, ale svědčí o nepochopení potíží jedince. Pomoci člověku s duševním onemocněním není snadné, nutná je trpělivost, laskavost, empatie a vyhnutí se lítosti a soucitu (Praško, Prašková, Prašková, 2008).

Přítomny jsou také výrazné problémy s rozhodováním a řešením krizových situací, kvůli černobílému pohledu na svět nejsou schopni racionálně uvažovat. Deprese je totiž proces, který mění nejen prožívání jedince, ale ovlivňuje komplexně celou jeho existenci (Polách a kol., 2016). U dlouhodobé těžké deprese, která má sklon ke chronicitě se objevují změny v myšlení jedince. Psychoterapeutická léčba pomocí kognitivně behaviorální terapie indikovaná u deprese je účinná převážně u lehkých a středně těžkých depresí. Kvůli narušení kognitivních funkcí, které deprese způsobuje je člověk v běžném životě vyřazen z každodenních aktivit, kvůli zhoršené dovednosti vykonávat jakoukoli činnost spojenou s obtížným navazováním sociálních vztahů (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Přidružené negativní příznaky onemocnění jedinci ubírají energii a schopnost pracovat. Má potíže začít a dokončit úkol a udržet pozornost, narušeny jsou i vztahy v pracovním prostředí, kde mohou vyvolávat konflikty mezi pracovníky, mimo to se jedinec ostatním jeví jako příliš pomalý a nedostatečně schopný pro vykonávání dané práce. Tyto negativní symptomy jsou způsobeny nemocí a ve společnosti považovány za normu, kterou

jedinec v akutní fázi deprese není schopen plnit. Kvůli snížené motivaci a ztrátě radosti ze života působí jedinci s depresí na své okolí často nepřátelsky, mají potíže komunikovat, udržovat oční kontakt a rychle reagovat. Proto se jejich potíže nejvýrazněji projevují v pracovním i sociálním životě, pro které jsou výše uvedené schopnosti obvykle naprostou normou (Probstová, Pěč, 2014).

Léčba afektivních poruch zahrnuje psychoterapii, užívání psychofarmak, socioterapii, aktivizační a terapeutické metody. Léčebné postupy jsou voleny individuálně podle druhu onemocnění a reakce na předchozí léčbu. Na mírnější formy deprese, konkrétně formy sezónní má efekt fototerapie (léčba světlem). Začátkem léčby je nutné počítat s delším nástupem účinku antidepresiv, cca po třech až čtyřech týdnech užívání, mohou se krátkodobě podávat benzodiazepiny, které jsou ale silně návykové, proto by se měly užívat jen krátkodobě. Elektrokonvulzivní terapie (lidově řečeno elektrošoky) přichází v úvahu po neúspěchu předchozích postupů léčby, indikovány jsou u těžkých depresí, které nereagují na léčbu psychofarmaky (Polách a kol., 2016, Vágnerová, 2014).

### 2.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

*„Bát se, když jste malí, je normální patří to k dětství. Ale když už jste velcí, neměli byste se přece ničeho bát.*

*Já se třeba něčeho bojím skoro každý den. Řekla bych, že mám dva durhy strachů – krátkodobé a dlouhodobé. Ty krátkodobé jsou vázané na určitou situaci a často docela rychle pominou. Ty dlouhodobé pak většinou souvisí s budoucností, s tím, jak jsem schopná zvládnout různé věci s očekáváním a požadavky, které na sebe kladu. Bojím se, protože je to normální. I když už nejsem malá. Bojím se, protože jsem člověk. Ale od určité doby se o tom nebojím mluvit. Protože slova uvolňují. A pocit, že Vás někdo poslouchá, může být tím malým proužkem světla na konci tunelu.“*

*Anna Moricová (Z deníčku psychiatricky, 2021, s. 100-101)*

Mahrová popisuje neurotické poruchy jako poruchy přizpůsobení na psychosociální prostředí jedince. Projevují se zvýšeným strachem, obavami, úzkostí, neklidem a třesem. Úzkostné poruchy zahrnují fobie, obsedantně kompulzivní poruchu, posttraumatické stresové reakce, poruchy adaptace a somatoformní poruchy (2008). Specifické fobie mají původ často už v dětství (příkladem je strach z výšek, pavouků, stísněných prostor, myší, tmy) a pokud nejsou včas zaléčeny, provázejí člověka během celého života a průběh je ovlivněn schopnostmi jedince se situacím způsobujícím úzkost vyhýbat (Češková, 2015; Polách a kol., 2016). Mahrová dále uvádí, že: *„Úzkost se nemírní, i když si osoba uvědomuje,*

*že ostatní nepokládají danou situaci za nebezpečnou nebo hrozivou. Pouhé pomýšlení subjektu, že se dostane do fobické situace, vyvolá úzkost“ (2008, s. 80).*

Kognitivně behaviorální terapie, která se uplatňuje u léčby fobií, probíhá postupnou expozicí objektům vyvolávajícím strach. Efekt tohoto psychoterapeutického směru vychází z postupného uvědomování si, že úzkost má velmi rychlý nástup, ale když v situaci setrváme, tak se už úzkost dále nestupňuje, ale naopak postupně klesá. V některých případech je indikováno během expozice podávání benzodiazepinů, mají rychlý nástup účinku, nevýhodou je však ospalost a nesoustředěnost (Polách a kol., 2016). Úzkost se většinou neobjevuje samostatně, ale je spojena s jiným duševním nebo somatickým onemocněním. Mezi hlavní symptomy úzkostných stavů patří: závratě, pocení, bušení srdce, třes, střevní obtíže, zrychlené dýchání, bolesti hlavy atd. *„Úzkostné poruchy se vyznačují záchvatovitými či kontinuálně fluktuujícími stavy, při nichž se bez vazby na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti“ (Češková, 2015 s. 223).* Úzkost je stejně jako strach důležitá mobilizační reakce organismu na ohrožení, patologickou se stává až za předpokladu, že se objevuje často, trvá dlouho a zhoršuje kvalitu života jedince (2015). Úzkost může způsobit obava z budoucího kontaktu s fobickým objektem, jde o anticipační úzkost (Probstová, Pěč, 2014).

### **Sociální fobie**

Jako samostatně stojící fobie je řazena sociální fobie spolu s agorafobií a panickou poruchou. Sociální fobie je onemocnění, které člověku v mnoha oblastech velmi zneprjemňuje a komplikuje život. Projevuje se nízkým sebevědomím a sebejistotou. Pro nemocného je obtížné veřejně vystupovat a být středem pozornosti, strach je založen na situacích, při kterých je jedinec vystaven hodnocení a kritice. Strach vychází z představy zesměšnění se a fyzicky se projevuje třesem, zrudnutím, pocením a pocitem na zvracení stejně jako úzkost (Probstová, Pěč, 2014). *„Sociální fobie může být spojena se strachem s příjmem potravy na veřejnosti a setkáváním se s lidmi“ (Češková, 2015, s. 227).*

### **Agorafobie, posttraumatická stresová porucha**

Další skupinou je agorafobie s panickou poruchou. Objevuje se výrazně vystupňovaný strach (především v případě panické poruchy). Agorafobie je spojena se strachem z veřejných prostor s vysokou koncentrací osob, uzavřených prostor a dopravních prostředků. Člověk s touto diagnózou má potíže i opouštět domov. Ocítá se tak v situaci, která se mu zdá nebezpečná a nedá se před ní utéct (Probstová, Pěč, 2014). Panická ataka se

projevuje náhle v situaci akutního selhání adaptačního mechanismu a je provázena těžkými fyzickými a psychickými příznaky (hyperventilace, palpitace, sucho v ústech, knedlík v krku, pocení, neklid, nauzea, zažívací potíže, mravenčení, stavy depersonalizace a derealizace, pocit udušení a bolesti na hrudi), které mohou být zaměňovány s fyzickým onemocněním, především s infarktem myokardu, protože symptomy jsou velmi podobné. „Úzkost je vyvolána určitými podněty nebo situacemi, kterým se nemocný snaží vyhýbat, jejich očekávání a překonávání je spojeno se strachem, úzkostí a vegetativními příznaky a někdy se strachem ze ztráty kontroly“ (Češková, 2015, s. 227).

V tomto případě, ale jedince nejvíce děsí nepředvídatelnost situace, panická ataka totiž není vázána na konkrétní podněty, proto během ní přichází extrémní strach o život. Objevuje se v období mladší dospělosti a silně narušuje každodenní život jedince, ataka trvá asi 30 minut, nicméně řada nemocných si zavolá záchrannou službu, kde se jakékoli fyzické onemocnění vyloučí, není však radno situaci podceňovat, ale být jedinci oporou, hrozí riziko sebevraždy. Vzniká obvykle jako následek dlouhodobého stresu a považuje se za naučené chování, léčebnou metodou je kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie (Polách a kol., 2016).

### **Generalizovaná úzkostná porucha**

Generalizovaná úzkostná porucha je charakteristická neustálým napětím, neklidem, obavami a fyzickými příznaky úzkosti. Jedinec obtížně prožívá běžné problémy, které jsou pro něj výrazně stresující (Češková, 2015). Polách popisuje poruchu jako: dlouhodobou, volně plynoucí, často není spojena s konkrétním podnětem a nevyvolává tak ani úzkostné ataky. Vzniká následkem prožití ohrožující události a ovlivňuje každodenní život jedince neustálými obavami z každodenních činností, jež jsou pro jiné osoby často zanedbatelné (2016). Stresorem může být v podstatě cokoli, např. černé myšlenky, pomyšlení na budoucnost, obavy z nákazy nemocí, nepříznivé finanční situace, živelné pohromy, ztráty zaměstnání atd. Jedinec se cítí pod neustálým tlakem, který ho vyčerpává a příznaky se tím jen zhoršují. Velmi nepříjemné jsou příznaky somatického rázu: závratě, nauzea, bolesti hlavy, svalové napětí, palpitace a pocení. U jedince se objevují také poruchy spánku a zhoršená adaptace na nové prostředí (Češková, 2015; MKN – 10, 2022). Zde je vidět, jak vysoká je komorbidita jednotlivých onemocnění, symptomy jsou u většiny nemocí podobného rázu. Polách také uvádí, že při nezačínání léčby může trvat stejně jako fobie celý

život, omezuje hlavně sociální vztahy, jedinec se izoluje od okolí a je častým důvodem rozpadu vztahu (2016).

### **Obsedantně kompulzivní porucha**

Mezi úzkostné poruchy řadíme také obsedantně kompulzivní poruchu, která funguje na principu nutkavých myšlenek, na něž navazují kompulzivní činnosti. Vtíravé myšlenky, kterých se nelze zbavit, způsobují obrovskou úzkost, jedinec se jich krátkodobě zbaví provedením určitého rituálu. V dlouhodobém měřítku je to však bludný kruh. Jedinec tyto myšlenky pokládá za své vlastní, proto není sám schopen kompulzivní rituály potlačit (Mahrová, Venglářová, 2008). Myšlenky se obvykle točí kolem běžných denních aktivit a rituálů, jež jsou útekem z ohrožující situace. Mohou být různého charakteru: časté mytí rukou, organizace, porovnávání věcí, kontrola provedených činností či přepočítávání věcí. Jedinec se provedením rituálu zbavuje úzkosti a nebezpečí, které vychází z jeho přesvědčení (obsese) (Probstová, Pěč, 2014). Češková, k problematice uvádí, že typické příčiny vzniku kompulzivního jednání jsou např. strach z nakažení vážnou nemocí, strach ze svých myšlenek a představ násilného chování, strach o svou rodinu, finance atd. V důsledku toho je výrazně zasažen život jedince. Komorbidní je až v 70 % s depresivní a úzkostnou poruchou, rizikové je ale i užívání návykových látek, propuknutí poruch příjmu potravy a Tourettova syndromu (2015).

### **Poruchy vyvolané stresem**

Posttraumatické stresové poruchy, poruchy přizpůsobení a reakce na akutní stresovou situaci. Akutní stresová reakce je krátkodobá a začíná vzápětí po prožití traumatické události, odvíjí se také od osobnosti jedince, jeho zranitelnosti a psychické odolnosti. Posttraumatická stresová porucha je naopak opožděná a dlouhodobá reakce na zažité trauma způsobující: flashbacky, noční můry, úzkosti, neklid a vyhýbavé chování. Tyto poruchy vznikají na základě prožití těžkých traumatických událostí způsobených vnějším prostředím (znásilnění, přepadení, války, živelné katastrofy, úmrtí, týrání.) Posttraumatická stresová porucha může být spojena s depresivním, úzkostným či agresivním chováním jedince. Podobně je i porucha adaptace charakteristická problémovým chováním a poruchami nálady. Je způsobena sníženou schopností přizpůsobit se novému prostředí a sníženou psychickou odolností (Češková, 2015).

### 2.3.1 Sociální důsledky života s neurotickými poruchami

Úzkostné poruchy mají výrazně negativní vliv na život jedince, protože ho na denní bázi omezují v řadě činností. Omezují sociální kontakty a často je pro ně jediným bezpečným místem jejich domov, ze kterého při vystupňování nemoci ani nevychází. Jedinec se vyhýbá společnosti také z důvodu studu. Většina úzkostných poruch je spojena se zvláštním chováním, které jedinec není schopen ovlivnit, ale uvědomuje si, že pro okolí může být jen těžko pochopitelné. Sociálním kontaktům se tedy raději vyhýbá. Úzkosti jsou pro člověka velmi nepříjemné, má neustálé ruminující obavy často z naprosto běžných situací, které jsou pro ostatní naprostou banalitou. Právě to je dalším faktorem vyhýbání se společnosti, člověk trpící úzkostmi je často nepochopen i lidmi ve svém okolí. Většinou na úzkost nenahlíží jako na poruchu, která výrazně zhoršuje kvalitu života, stejně jako tomu bylo u afektivních poruch. Právě rodina často není ochotna připustit přítomnost výrazné úzkosti a nutí jej dělat věci, které jsou pro něj velmi obtížné. Druzí mají pocit, že se jen musí naučit ovládat své chování, které je nesmyslné a nepodložené. Právě rodina by měla být největší oporou, naopak bývá pro úzkostného jedince nebezpečím. Můžeme se však setkat i s opačnou situací, kdy je rodina nucena dodržovat pro ně nesmyslná přísná pravidla, které vyžaduje úzkostný člověk v rodině. Mnohdy tak dochází k porušeným vztahům v rodině. Buď se rodina přizpůsobí nemocnému, což ovlivní běžný chod rodiny a přispívá k fixaci chorobného jednání nemocného, nebo jedinci vzdorují (Vágnerová, 2014).

Sociální dopady vznikající na základě úzkostných poruch se pojí s vyhýbavým chováním v situacích, kdy se jedinec setkává s objektem fobie. Reakce vyhnutím je sice účinná, ale v dlouhodobém měřítku vyvolává spíš negativní pocity, protože se za své vyhýbavé chování obvykle člověk stydí, ale není schopen ho sám ovlivnit nebo mu zamezit. Úzkostné poruchy působí potíže v pracovním, studijním či sociálním životě. Kvůli vyhýbání se objektům, které vyvolávají strach může dojít k tomu, že jedinec neopouští dům, eliminuje aktivity, kterým se věnoval, také to výrazně narušují partnerské vztahy. Jedinec může působit na okolí jako nedochvilný, nesympatický, nespolečenský, nepřátelský či uzavřený, za tím je ale často skryta řada strachů z určitých situací, na které reaguje vyhýbavým chováním. Obsedantně kompulzivní porucha, stejně jako předchozí úzkostné poruchy, má negativní dopady na pracovní, osobní, studijní, sociální i vztahovou stránku života. Ovlivňuje aktivitu jedince, protože neúprosné nutkavé myšlenky mohou člověka v některých případech až invalidizovat. Jedinci se obávají sebe samého a svého chování,

mohou mít představy a myšlenky, kterých se bojí a snaží se jim vyhnout. Společně s touto poruchou bývají spojeny další psychické poruchy, které mají některé společné znaky představující např. kontrolu nad svým životem, vyhýbavé chování, omezení sociálního kontaktu a omezení aktivit. Onemocnění je často také důvodem vzniku vztahových problémů a rozchodu partnerů (Probstová, Pěč, 2014).

K léčbě je využívána farmakoterapie, psychoterapie se zaměřením na kognitivně behaviorální terapii a sociální terapii, ta může být zajištěna docházkou do denního stacionáře. Účelem léčby je začlenění do společnosti, pracovního procesu a postupný nácvik běžných denních situací, které mají předcházet kompulzivnímu nápadnému jednání. V případě fobií se jedná o expoziční terapii fungující na principu expozice předmětu, ze kterého má jedinec strach, prožil úzkostnou reakci, která po jejím vystupňování zase mizí. Tato terapie se snaží naučit jedince, jak své úzkostné chování umět ovládat. Nejvýrazněji ovlivňuje člověka obsedantně kompulzivní porucha a generalizovaná úzkostná porucha, kde je léčba komplikovanější (Vágnerová, 2014; Probstová, Pěč, 2014). Další z forem podpory, kterou lze v léčbě využít je terapie rodinná, jejíž snahou je obnovení narušených vztahů v rodině, edukace rodinných příslušníků a tím dosažení většího pochopení podstaty onemocnění a podpory jedince s duševním onemocněním (Juklová, Skorunková, 2009).

### **Shrnutí kapitoly**

Bohužel se stále potýkáme s řadou stigmat v souvislosti s duševním onemocněním, často i za předpokladu potvrzení diagnózy lékařem reaguje rodina negativně, dotyčnému nevěří a nebere na jeho zhoršený zdravotní stav ohled. Nutno také podotknout, že je jedním z důvodů, které zhoršují stav nemocného. I když už duševní onemocnění nejsou takové tabu, stále ve společnosti přetrvávají předsudky, které mohou ovlivnit sociální vztahy, ale hlavně pracovní sféru. Vzniklé problémy, jež onemocnění přináší, jsou pro daného jedince výrazným nedostatkem a na otevřeném trhu práce se neuplatní. Jedinci z tohoto důvodů zůstávají nezaměstnaní, nebo pracují na chráněném trhu práce. Dnes už je celá řada možností, které mohou jedinci s duševním onemocněním využít: centra duševního zdraví, organizace Fokus, peer job kluby, Národní ústav duševního zdraví, terapeutické skupiny, speciálně pedagogické a sociální podpůrné metody.

### 3 Socializace člověka s duševním onemocněním– týmová spolupráce

#### 3.1 Multidisciplinární přístup k podpoře jedinců s duševním onemocněním

Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu, kterou zpracovalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky, se zabývá mezioborovým přístupem ve vztahu k osobám s duševním onemocněním. Multidisciplinární týmový přístup je důležitý pro co nejefektivnější dosažené výsledky v podpoře jedinců s duševním onemocněním, vedoucí k zotavení, integraci a společenskému uplatnění. Je to partnerský, koordinovaný a propojený systém péče zahrnující veškeré odborné pracovníky, kteří se podílejí na práci s lidmi s duševním onemocněním. Reforma psychiatrie se dlouhodobě snaží dosáhnout rozšířením ambulantních a komunitních služeb zamezujících potřebě častých hospitalizací osob, které mohou být stabilizovány ambulantní formou a odlehčí tak zdravotnímu systému. Týmová spolupráce umožňuje holistický přístup z pohledu různých odborníků, ten má vést k co nejsnazší integraci do běžného života a zabránit sociálnímu vyloučení. Mělo by se tak předcházet dlouhodobým hospitalizacím a zaměřením podpory hlavně na rizikovou skupinu jedinců. Návazná podpora je zvláště po hospitalizaci nutná k zamezení recidiv, zhoršení duševního stavu a sebevražedným pokusům. Za předpokladu orientace na celostní podporu jedince dochází k mnohem efektivnějším výsledkům léčby, protože propojený systém péče se orientuje na všechny složky života: bio-psycho-sociálně-spirituální přístup k nemocnému (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2021).

*„Hlavní problém zejména dlouhodobého psychiatrického onemocnění spočívá v nutnosti pokrýt množství různých potřeb klienta a to zpravidla současně a napříč odbornostmi. Proto účinný způsob pomoci tkví právě v součinnosti mnoha odborníků, K tomu je nutná provázanost, což je podstatou multidisciplinární práce“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 63).*

Na systému mezioborové spolupráce se podílí obory: psychiatrie (obecná a speciální), psychologie (klinická, poradenská, zdravotní, vývojová, osobnosti, sociální), psychopatologie, patopsychologie, speciální a sociální pedagogika (Kohoutek, 2007).

**Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030** je vytvořen podle doporučených opatření Světové zdravotnické organizace. Formuluje cíle, kterých chce do roku 2030 dosáhnout. Mezi ně patří: deinstitucionalizace a snížení hospitalizací, přesun péče do komunitních služeb. Dalším cílem je zabezpečit a rozšířit ambulantní podporu, aby byla dostupná pro každého, kdo ji bude potřebovat. Nutné je také zabývat se zajištěním potřeb jedincům, kteří byli dlouhodobě v ústavní péči, ukotvit kompetence pracovníků a koordinovat týmovou spolupráci zdravotníků, psychologů, sociálních pracovníků a speciálních pedagogů a terapeutů (Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020).

### 3.2 Vymezení normy a patologie

*„Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti. Duševní zdraví není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody“* (WHO, 2014 In Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020).

Ke zjištění výskytu duševního onemocnění musíme napřed znát „normu“ duševního zdraví. Orel a kol, uvádí definici dle WHO, kde je popsáno jako *„úplné zdraví tělesné, psychické i sociální, nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady“* (WHO, 1946, In Orel a kol., 2020). V dnešním měřítku je však tato definice zastaralá a nyní se snažíme posuzovat zdraví a nemoc podle komplexnějších faktorů, které mají vliv na život jedince. Jedná se primárně o schopnost pracovat, samostatně žít a navazovat sociální vztahy (2020).

Dle více autorů je rozdíl mezi normou a patologií je pohyblivý, norma je tzv. ideálním stavem., kterého lze dosáhnout a patologická je pak jakákoli odchylka od dané normy. V případě, že člověk dostane psychiatrickou diagnózu přestane být člověkem a jeho osobnost je spjata s diagnózu a lidé na něj tak i pohlíží. Na duševní onemocnění, o kterých toho často ví jen málo si společnost tvoří předsudky a automaticky je hodnotí negativně ačkoli je pravděpodobné vzhledem k frekvencovanosti duševních onemocnění, že někoho takové znají. Normalita je definována schopností: vnímat realitu, ovládat své chování, sebeúcty a akceptace, vytvářením citových vazeb a činností (Juklová, Skorunková, 2009; Miňhová, Lovasová, 2018).

## **Norma x patologie**

Dalším způsobem je subjektivní hodnocení klienta a objektivní hodnocení odborníka, které se často odlišuje. Jak je zde vidět, rovnováha mezi zdravím a nemocí je někdy hraniční, což je důvodem k posuzování nemocí pomocí diagnostických metod, které nám „uměle“ nastavují hranici, která již přesahuje „normu“ a lze pak hovořit o přítomnosti patologie. Psychopatologie se zabývá psychickými nemocemi a je důležitou součástí přípravy studentů v sektoru pomáhajících profesí. Zabývá se diagnostikou, klasifikací a symptomatikou duševních onemocnění, Základem diagnostiky, jak jsem již uvedla, je schopnost posoudit fyziologickou normu od patologické, tato norma je však proměnlivá. Normu můžeme posuzovat z mnoha pohledů statisticky, sociokulturně, individuálně atd (Orel, 2020). Širší normou v psychopatologii je zvláštní v chování, které není obvyklé, ale není považováno za patologické. Naproti tomu anormalita je již určitou odchylkou, která přesahuje hranice normy a je hodnocena jako patologická. Hodnocení normativní normality vzniká na základě posudku odborníků, kteří určují, kdy už se jedná o chování patologické (Kohoutek, 2007).

Nývtlová popisuje psychopatologii jako disciplínu popisující symptomatiku, průběh a příčiny vzniku onemocnění. Znalosti speciálních pedagogů v oblasti psychopatologie a základech psychiatrie jsou důležité pro schopnost samostatně pracovat a rozpoznat symptomy vzniku duševních onemocnění a zhodnotit nutnost dalších možností léčby a podpory jedince. Autorka také uvádí, že pro práci speciálních pedagogů, kteří pracují s jedinci s duševním onemocněním, je nutné znát danou problematiku, rozumět doporučením a postupům práce s jedincem. Speciální pedagog by měl být schopen spolupracovat s dalšími odborníky zabývajícími se podporou a léčbou jedinců s duševním onemocněním (2010).

### **3.3 Mezioborová spolupráce**

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá léčbou, rehabilitací, reedukací, diagnostikou, prevencí a výzkumem v oblasti duševních onemocnění. Jedná se o primární péči v oblasti duševních onemocnění, která se doplňuje s psychologickou podporou. Každý obor má své kompetence, které se prolínají nebo na sebe navazují a psychiatrii a psychologové proto v rámci péče o pacienta většinou spolupracují. Psychiatrická péče je zaměřena na léčbu, na rozdíl od psychologie, která je metodou podpůrnou. Dalším oborem,

který je na pomezí obou oborů je psychoterapie. Tu může praktikovat lékař, psycholog, sociální pracovník či speciální pedagog, který prošel pětiletým psychoterapeutickým výcvikem (Orel, 2020)

Sociální terapie se snaží nepřetržit sociální kontakty jedince s prostředím, ve kterém žije, ale naučit je pracovat na sobě mimo ústavní léčbu. Učí je plánovat a organizovat svůj čas, podporuje samostatnost a nácvik běžných a pracovních činností, tuto možnost nabízí denní stacionáře. Cílem je naučit jedince pravidelné docházce, rozšiřovat sociální kontakty, zvyšovat pracovní schopnosti a samostatnost, zvyšovat sebevědomí a pomáhat jedincům k návratu do pracovního a běžného života. Díky pravidelnému kontaktu s dalšími klienty stacionáře je menší předpoklad sociální izolace jedince. Dalšími možnostmi jsou socioterapeutické kluby, které poskytují aktivity volného času, sociální kontakty a zvýšení kvality života jedince a svépomocné skupiny jedinců s duševním onemocněním (Kučerová, 2015).

Ačkoli po rozvoji oborového lékařství došlo k zaměření lékařů hlavně na „konkrétní orgán“, nelze zapomenout, že primárně léčíme člověka. V medicíně, ale i speciální pedagogice či psychologii jsme se dostali do stádia, kdy zaměřujeme pozornost na léčbu a podporu člověka a až poté se zabýváme jeho potížemi (Orel, 2020).

Terapeutické týmy, které poskytují služby určené jedincům s duševní nemocí zahrnují práci psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka a speciálního pedagoga – terapeuta, existují v léčebnách a nemocnicích případně v denních stacionářích. Problematická je jejich dostupnost či provázanost služeb. Poměrně důležitá je spolupráce klienta, jenž přebírá odpovědnost za svou léčbu. Spolupráce se týká i rodiny klienta a odborníků jež se snaží v rámci svých kompetencí zmírnit potíže a negativní dopady na život. Nelze předpokládat, že odpovědnost za klienta během léčby nese pouze lékař. Odpovědnost za klienta s komplexem obtíží v různých oblastech života má celý tým odborníků (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

### **Limity mezioborové spolupráce**

Snaha, kterou přináší reforma psychiatrie, jejímž cílem je minimalizace hospitalizovaných osob v psychiatrických léčebnách a zkrácení doby hospitalizace, je rozšíření ambulantních a komunitních služeb. Nelze ale omezovat ústavní léčebny, když

ještě není zajištěn náhradní fungující systém péče. Situaci narušuje velké množství nemocných, kteří potřebují akutní péči. Tu jim může zajistit pouze hospitalizace kvůli vytíženosti ambulantních a komunitních služeb, na které jsou čekací doby i měsíce, přestože propuštěný pacient by potřeboval naopak častější podporu. Zásadní změna v oboru psychiatrie je stále teprve v plenkách. I přes řadu převratů, které obor zasáhly, se držíme modelu, snažícího se jedince s duševním onemocněním izolovat a zavírat do léčeben mimo majoritní populaci. Podle některých psychiatrů ale neprobíhá týmová spolupráce úplně tak, jak očekávali. Pro dlouhodobě hospitalizované, kteří potřebují rozšířenou péči po propuštění z nemocnice, není k dispozici, protože centra duševního zdraví fungují jen omezený počet hodin a nejsou tak stále dostupná. Problém je také zajištění bydlení a dostatečné podpory. Jedinci, kteří v léčebnách strávili více než rok, ztratili schopnost samostatně fungovat, podpora je pro ně tedy nutná (Z nemocnic zpátky do života, 2022).

V tomto se shoduje i další názor na náraz problematiky týmové spolupráce: *„Centra duševního zdraví vznikají díky reformě psychiatrické péče a nabízí jak ambulantní péči, tak služby v terénu, kdy ze své podstaty propojují sociální služby a zdravotnictví. Díky tomuto multidisciplinárnímu přístupu je možné řešit jak konkrétní zdravotní problémy pacientů, tak i jejich fungování v běžném životě a pomoc se zvládnutím různých životních situací. I když jsou komunitní služby správnou cestou, kterou se česká psychiatrie vydala, spolupráce mezi zdravotním a sociálním systémem není vždy hladká a naráží na řadu obtíží“*. Centra duševního zdraví mají fungovat jako zařízení volby, kde jedinci dostanou veškerou péči na jednom místě. Kromě péče psychiatra také podporu v hledání bydlení a v pracovním začlenění atd. Hlavní přínos těchto služeb je možnost zůstat během léčby doma a neztratit tak kontakt s blízkými a reálným životem. I přes to, že je stále řada pacientů tzv. nepropustitelných, je i spousta těch, kterým se díky poskytovaným komunitním službám zkrátila délka hospitalizace a jsou schopni se léčit doma. Je to teprve začátek, ale i přesto se jedná o velký úspěch, stejně jako v proměnách vztahu společnosti ke stigmatu, který začíná být tolerantnější (Dělníci reformy psychiatrie fungují, hůře je na tom spolupráce zdravotnictví a sociálních služeb, 2021).

*„Hlavní problém spočívá v předávání informací. Možnost sdílet údaje klientů je velmi omezená, v praxi dochází k tomu, že je klient v průběhu času kontaktován po sobě mnoha pracovníky, kterým předává stále stejné informace. Nicméně údaje, které by mohly napomoci například v práci terapeuta, nejsou lékařem sdělovány kvůli mlčenlivosti. Tak*

*stále platí, že spolupráce zdravotních a sociálních služeb je velmi složitá, nemluvě o spolupráci mezi státními a nestátními poskytovateli péče“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 65-66).*

### **3.4 Stigma duševních onemocnění a oboru psychiatrie**

Stigma vychází z neznalosti a neinformovanosti o duševních onemocněních, z předsudků a diskriminace. Pokud člověka označíme za divného, zvláštního nebo jiného, ovlivní to nejen pohled na člověka jako takového, ale ovlivní to jeho sociální postavení, pracovní uplatnění, ale především pohled na sebe samého. U duševních onemocnění je stigma a diskriminace naprosto běžnou záležitostí, a to nejen u nás, ale i v zahraničí. Procenta stigmatu se mění pouze v závislosti na diagnózách, přičemž schizofrenie se z pohledu populace jeví jako nejnebezpečnější. Může se stát, že se na člověka začne pohlížet jako na diagnózu, tento přístup má ale daleko horší dopady na jedince než samotné onemocnění. Výsledkem je, že si člověk přestane věřit a sociálně se izoluje od okolí, má pak problémy ve vztazích, které mohou vést k sebevraždě. Projekt Na rovinu se věnuje stigmatu a diskriminaci osob s duševním onemocněním. Stigma znamená označení jedince, který se může lišit svým vzhledem nebo chováním, které je neobvyklé, což vede k diskriminaci v mnoha oblastech života a k sociálnímu vyloučení (Na rovinu, 2021).

Stigma můžeme dělit na stigma veřejné, sebestigmatizaci, nálepkování a strukturální stigma. Veřejné stigma lze popsat jako veřejné mínění o duševních chorobách podle zažitých stereotypů a sebestigma vznikající na základě veřejného stigmatu, s jehož postoji jedinec souhlasí a aplikuje je na sebe samého. Pro snížení stigmatu je potřeba utvrzovat pozitivní postoje k lidem s duševním onemocněním jako k sobě rovným, pokud bude společnost nahlížet na jedince z perspektivy budoucího zotavení sníží se vůči nim i míra stigmatu (Corrigan, Bink, 2016).

Stigma je tu, ale pohled zvenčí je vesměs stále totožný. Z výzkumu pořádaného Národním ústavem duševního zdraví z roku 2014 vychází, že pouze 25 % osob by nevadilo pracovat s jedincem s duševním onemocněním, pouze 18 % by dokázalo s takovým jedincem žít a 30-35 % osob by bylo ochotno bydlet poblíž nebo se s jedincem přátelit, což už samo o sobě vypovídá nejdůležitější dopady, které onemocnění na jedince má. Projekt se také podílí na destigmatizaci pořádáním besed, přednášek atd. (např. Moje jméno není

diagnóza) (Na rovinu, 2021). „*Tento rok (poznámka autora: 2016) má v Česku nějaký duševní problém čtvrtina lidí, za život si jej zažije ale skoro polovina lidí. Možná si lidé myslí, že problémy samy zmizí. Někdy duševní nemoc trvá měsíce nebo roky, pokud se neřeší. Proč se tedy nejsme schopni podívat tomuto problému do tváře? Lidé tyto problémy skrývají. Nechtějí být známi jako „blázen“, aby je ostatní odsuzovali a cítili se jako stereotypní šílená postava z filmu. Proto mlčí, je to konspirace mlčení*” (Thornicroft, 2016, In Na rovinu, 2021).

„*Rozlišujeme stigmatizaci veřejnosti a sebestigmatizaci. Veřejnost má určité stereotypy, považuje nemocné za slabé, nebezpečné či nepředvídatelné. Nemocní lidé si pak tyto předsudky internalizují – osvojují. Poté se za sebe stydí, necítí svou pravou hodnotu. Nato se může dostavit takzvaný why-try effect: nemocní si říkají – proč se pokoušet najít práci, když jsem k ničemu? Sebestigmatizace vás zavře do skříně. A být ve skříně je špatné pro vaše zdraví, fyzické i duševní*” (Corrigan, 2021, In Na rovinu, 2021).

Další výzkum ukazuje, že 60 % osob si myslí, že jim vznik duševního onemocnění pokazil život, 45 % udržuje méně sociálních kontaktů než dříve a 50 % si také myslí, že člověk bez duševního onemocnění jim nikdy nemůže porozumět a u 25 % jedinců je přítomno vysoké sebestigma (Národní ústav duševního zdraví, 2015, In Na rovinu 2021).

## **Shrnutí kapitoly**

Reformu, která ukazuje první výsledky svého působení, ještě celá řada změn zřejmě čeká, otázkou je, jestli je skutečně možné dosáhnout zajištění množství služeb, které jsou potřeba ke změně v systému. Dozvídáme se jaká jsou hranice mezi normalitou, patologií a o vlivu stigmatu duševních nemocí na jedince. Souhlasím však s tím, že týmová spolupráce v rámci péče o jedince s duševním onemocněním oproti teorii poměrně pokulhává. Podpora v rámci Center duševního zdraví je jedním z pozitivních kroků v rámci deinstitutionalizace, stále ale nezajišťuje dostatečné služby i pro „chronicky hospitalizované jedince“, kteří jsou na podpoře okolí plně závislí a není tak možné je z léčebny propustit.

## 4 System služeb v péči o jedince s duševním onemocněním

### 4.1 Psychiatrické obtíže a metody podpory při léčbě duševního onemocnění

#### Poruchy spánku

Poruchy spánku jsou přítomny u jedinců s depresí a úzkostnou poruchou poměrně časté. Na spánek je potřeba se zaměřit, proto že právě zhoršená kvalita spánku zhoršuje celkové příznaky duševního onemocnění a má svůj podíl na zhoršení kvality života a častějšího výskytu sebevražd. Z článku věnovanému spojení depresí, úzkostí a poruch spánku vyplývá, že insomnie (nespavost) se objevuje u depresivní poruchy téměř vždy a může být jedním z počátečních symptomů vzniku duševního onemocnění. Tomu se věnuje autorka článku, která doplňuje, že poruchy spánku jsou příznakem primární deprese, kdežto dlouhodobě narušený spánek způsobuje depresi sekundární (Léčba nespavosti u pacientů s depresí, 2005; Deprese s úzkostí a poruchami spánku, 2006). A zhoršená kvalita spánku se pojí se zvýšenou pravděpodobností, že se u jedince v budoucnu objeví duševní onemocnění.

Úzkostná porucha je stejně jako deprese přidruženým symptomem, ale spánek zhoršuje každá jiným způsobem. Deprese bývá spojována s brzkým ranním buzením, kdežto úzkost s problematickým usínáním, u obou je narušena kontinuita spánku (2006). Spánková deprivace má negativní vliv na duševní zdraví, fyzické zdraví, ale i na kognitivní funkce, Kvalita spánku je základem dobrého fungování psychiky. Pro zvýšení kvality spánku je nutné dodržovat některé zásady, které mohou jeho správnou funkci podpořit: osvojení předspankové rutiny, vyhýbání se umělému světlu, nepřejídat se před spaním, vyvětraná zatemněná místnost a nepolehávat přes den či dlouhodobě ležet před usnutím (Spánek a duševní zdraví, 2020).

V návaznosti na poruchy spánku lze doporučit dodržovat pravidla spánkové hygieny a metody spánkové deprivace a podporu medikací. Spánková deprivace je metoda, která se využívá u depresivních jedinců, spočívá na principu bdění po celou noc, což ale pacienti špatně snášejí manipulaci se spánkovým režimem (Národní zdravotnický informační portál, 2022). Pro kvalitu spánku je potřeba, omezit spánek přes den, znát délku a formu spánkových obtíží. Po selhání režimových opatření lze využít farmakoterapii, používají se hypnotika, anxiolytika, antidepresiva, antipsychotika a melatonin. Primárně se na poruchy spánku používají antidepresiva, které mají nejméně nežádoucích účinků oproti podávání benzodiazepinů, které způsobují závislost a které jsou stále lékem volby u poruch spánku

primárně praktických lékařů. V podpoře poruch spánku je účinná i kognitivně behaviorální terapie a zaměření se na myšlení a chování – návyky, večerní rutina, práce do pozdních hodin, sledování televize před spaním, teplota v pokoji, vyvarovat se polehávání a pracování v posteli atd. Zaměřit bychom se měli také na klidné aktivity minimálně hodinu před spaním, vyvarovat se modrému světlu, kofeinu, dobře stravitelná strava nejlépe 2 hodiny před spaním, ale využít můžeme také relaxační techniky a imaginaci (Léčba nespavosti u pacientů s depresí, 2005).

Relaxace zmírňuje psychické i fyzické napětí, soustředí se hluboké uvolnění zahrnující urovnání myšlenek, uvolnění napjatých svalů a odvedení pozornosti od problémů pomocí meditace, dechových cvičení, autogenního tréninku, svalové relaxace či tréninku prožívání přítomného okamžiku. Imaginace je vhodná metoda užívaná po ulehnutí do postele, vychází z představ, obrazotvornosti a plně směřované pozornosti na určitou příjemnou situaci. Mezi zásady spánkové hygieny je přiměřená teplota v pokoji, vyvětráno, omezení hluku a světla, omezit alkohol, kouření a pití kávy, zařadit bychom naopak měli čtení, jógu, relaxace či teplou koupel (Léčba nespavosti u pacientů s depresí, 2005; Praško, Prašková, Prašková, 2008).

Koncept Mindfulness navozuje uvědomění si přítomnosti, podporuje uvolnění, soustředěnost a porozumění sobě i svému okolí. Jejím působením se snižuje úzkost na základě zaměření pozornosti právě na přítomný okamžik, čímž může jedinec poodstoupit od dalších negativních myšlenek. Je prokázáno, že pravidelné provádění této metody zmírňuje duševní potíže, primárně depresivní a úzkostné stavy. Má pozitivní účinky na příznaky obsedantně kompulzivní poruchy společně s kognitivně behaviorální terapií. Reguluje náladu, zvyšuje aktivitu a výkonnost čímž působí na kvalitu života, využití má i u indikace bipolární afektivní poruchy (Effectiveness of Online Mindfulness Training for People Experiencing Mental Illness, 2022).

## **Kognitivní funkce**

Narušení kognitivních funkcí doprovází depresi a negativně působí a omezuje práci. Kognitivní funkce jsou důležité abych byli schopni přijímat informace, zpracovávat je a vyhodnocovat a posuzovat. K nejvíce zasaženým řadíme poruchy paměti a pozornosti. Ze studií věnovaných léčbě kognitivních dysfunkcí vyplývá, že častěji, než deprese jsou postiženy psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha. Ovlivnit můžeme kognitivní

funkce nejen farmakologicky, ale i psychoterapií, která je nejúčinnější v kombinaci obou forem, podpořit zlepšení lze také pomocí pravidelné aerobní pohybové aktivity a pravidelným tréninkem kognitivních funkcí zaměřeným na paměť, pozornost, vnímání, myšlení atd. Nelze ale jednoznačně určit rozsah kognitivního deficitu a pouze u některých pacientů reaguje na léčbu antidepresivy (Léčba deprese s kognitivní dysfunkcí, 2017; Kognitivní poškození u pacientů s depresivní poruchou, 2013).

Poruchy kognitivních funkcí se v subjektivním hodnocení s 27 % pacienti, kteří pocítovali zhoršení kognice, dokazují to však i objektivní důkazy. Kognitivní trénink by měl obsahovat převážně aktivity zaměřené na koncentraci, pracovní paměť, vybavování si z paměti a rychlost kognitivního zpracování informací. Testy, které posuzují funkci kognitivních jsou Addenbrookský kognitivní test a Mini-Mental State Examination. Pevážně se u deprese používají sebesposuzovací škály a hodnocení anamnézy (Kognitivní poruchy u deprese, 2015).

### **Nefarmakologická léčba**

Pro léčbu sezónní deprese je účinnou formou léčby fototerapie (léčba světlem), která pomáhá měnit cirkadiální rytmus a samostatně je účinná přibližně v 60 procentech daleko lepších výsledků dosahu při kombinaci s psychoterapií. U nesezónních afektivních poruch může být využita společně s medikací a psychoterapií, účinek může přinést v případě bipolární afektivní poruchy, chronické deprese a poporodní deprese (Fototerapie – léčba jasným světlem, 2011).

Elektrokonvulzivní léčba je používána při těžké depresi, která nereaguje na farmakologickou léčbu, psychoterapii a další metody. Jedná se o elektro stimulaci mozku, provedením několika elektrických impulsů v celkové anestezii (Národní zdravotnický informační portál, 2022)

### **4.2 Speciálně pedagogická podpora duševního zdraví**

Pipeková a Vítková dělí druhy specifických terapií, využívaných ve speciální pedagogice, na terapie zaměřené na vnímání, představy a myšlení. Mezi terapeutické metody, které se zaměřují na tělesné vnímání, řadíme: autogenní trénink, svalovou relaxaci, bazální stimulaci, hipoterapii, muzikoterapii, pedagogiku zážitku, tyto metody se využívají

pro děti i pro dospělé. Lidský mozek si nejlépe uchovává činnosti, které si sami vyzkoušíme se zapojením všech smyslů. Aktivity zaměřené na představy jsou terapie spojené s uměním. Řadíme sem arteterapii, činnostní terapii, muzikoterapii, dramaterapii, tanečně pohybovou terapii či biblioterapii a psaní básní. Poslední skupina cílí na myšlení. Jde o rozbor a všímavost snů a jak jsou propojeny s vnímáním našeho těla. Tento koncept směřuje ke komplexnímu holistickému porozumění a propojení jednotlivých komponent (2001).

Ve speciální pedagogice zacílené na jedince s duševním onemocněním se používají umělecké, činnostní, pohybové a zoo terapeutické aktivity.

### **Komunikace s člověkem s duševním onemocněním**

Při práci s lidmi s duševním onemocněním je třeba dodržovat určité zásady. Duševní onemocnění negativně ovlivňují myšlení, emoce a sociální vztahy, což může mít vliv i na komunikaci, která může být ztížena úzkostmi, stresem nebo dřívější negativní zkušeností. Příručka principů komunikace vytvořená Ministerstvem zdravotnictví popisuje zásady pro komunikaci s lidmi s duševním onemocněním. Mezi ně se řadí:

- Získání důvěry a vymezení role poradce
- Respektovat aktuální psychický stav, nebagatelizovat potíže
- Být dobrým posluchačem – neškatulkovat podle stereotypů chování
- Přizpůsobit způsob komunikace – tempo řeči, tón, obsah
- Neverbální komunikace sebe i klienta – napovídá vzájemnou důvěru
- Komunikovat upřímně a nezaujatě – brát věci tak jak jsou, partnerský přístup
- Komunikovat srozumitelně – vyvarovat se cizím slovům, vracet se ke sděleným informacím
- Vyhýbání se znevažování klientova trápení, vzájemný respekt – nestigmatizovat
- Dopřát klientovi dostatek času orientovat se v dané situaci
- Spolupráce – návazné služby, využívané služby – týmová péče (Informační příručka pro pracovníky v pomáhajících profesích, 2020).

### **4.3 Typy poskytovaných služeb**

Z hlediska formy poskytování sociálních služeb jsou dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách služby děleny na ambulantní, terénní a pobytové. Pro potřeby našeho

výzkumného šetření využijeme jen ty, které cílí na podporu osob s duševním onemocněním. Dle ustanovení § 34 jsou zařízení sociálních služeb uzpůsobena pro cílovou skupinu jedinců s duševním onemocněním:

### **Ambulantní služby**

**1. denní stacionáře** – poskytují ambulantní služby jedincům, kteří z důvodu stáří, postižení nebo chronického onemocnění potřebují podporu další osoby: poskytované služby jsou zaměřeny na vzdělávání, rehabilitaci, reedukaci a aktivizaci, sociálně terapeutické činnosti, poskytování sociálního kontaktu a podporu při uplatňování práv

**2. sociální poradny** – jedná se o ambulantní službu, kterou dělíme na základní sociální poradenství a odborné poradenství. Každé zařízení poskytující sociální služby je zároveň povinno poskytovat základní poradenství. Odborné poradenství je zaměřeno na konkrétní cílové skupiny osob a je poskytováno v sociálních poradnách.

**3. sociálně terapeutické dílny** – jsou zřízeny pro jedince, kteří z důvodu chronického onemocnění nejsou schopni vykonávat běžnou práci na otevřeném ani chráněném trhu práce. Primárně jsou zařazeny činnosti, které zvyšují a zdokonalují pracovní dovednosti a sociální schopnosti jedince.

**4. Centra duševního zdraví** – poskytované služby jsou určeny osobám s duševním onemocněním a poruchami chování, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Řadí se mezi služby ambulantní a předmětem zájmu jsou intervence zaměřené na nácvik soběstačnosti, kontakt se sociálním prostředím, aktivizační a reedukační aktivity, sociální a terapeutické činnosti zvyšující schopnost začlenění jedince a jeho samostatnost.

### **Pobytové služby**

**1. Terapeutické komunity** – patří mezi pobytové služby, které jsou poskytovány primárně pro jedince s duševním onemocněním a jedince se závislostí. Terapeutické komunity jsou vodítkem k snazší integraci do běžného života. Kromě ubytovacích a stravovacích služeb, které jsou pro tento typ služeb normou, jsou poskytovány také služby sociálně terapeutické, podpora při uplatňování práv, která pomáhá zdokonalení činností, které jsou důležité pro samostatný život.

**2. Domy na půl cesty** – jsou podobnou formou služeb jako terapeutické komunity, jsou však určeny pro jedince do 26 let, kteří opouštějí zařízení poskytující ústavní nebo ochranou

výchovu. Probíhají zde kromě základních pobytových služeb sociálně terapeutické činnosti a kontakt se společenským prostředím, které pomáhají socializaci jedince.

**3. Týdenní stacionáře** – poskytují pobytové služby jedincům se sníženou soběstačností, z důvodu zdravotního postižení či chronického duševního onemocnění vyžadujících pomoc při péči o sebe a domácnost, poskytuje také možnosti aktivizace a socializace jedince. Tato služba je poskytována za úhradu.

**4. Domovy se zvláštním režimem** – služby jsou určeny jedincům s chronickým duševním onemocněním, závislostmi a osobám se stařeckou demencí, práce s klienty je poskytována v závislosti na jejich zdravotním stavu. Splňuje potřeby základních pobytových služeb (ubytování, strava, pomoc v péči o sebe samého, se zvládnutím denních činností). Širší služby jsou pak směřovány ke kontaktu se společenským prostředím – aktivizace, sociální terapie, pomoc s uplatňováním práv. Poskytují se za úhradu.

**5. Chráněné bydlení** – služba je určena osobám se sníženou soběstačností a poskytuje pobytové služby viz. ostatní pobytové služby. Je určena osobám se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a duševním onemocněním – poskytuje také edukační a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti, socializaci, pomoc v péči o sebe a domácnost.

### **Terénní služby**

**1. Podpora samostatného bydlení** – řadí se pod terénní služby, které jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického či duševního onemocnění, z důvodu potřeby pomoci další osoby, zejména s péčí o domácnost. Poskytuje i služby zaměřené na edukaci a aktivizaci, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování sociálního kontaktu a podporu při uplatňování práv.

**2. Telefonická krizová pomoc** – služba, která je poskytována pro jedince, kteří se nachází v ohrožení života či krizové situaci, kterou sami nedokážou vyřešit – služba se zaměřuje na telefonickou podporu a pomoc s uplatňováním práv.

### **Sociální služby – kombinace typů služeb**

**1. Krizová pomoc** – lze ji zařadit pod všechny 3 typy sociálních služeb – ambulantní, terénní i pobytové. Je určena jako podpora jedincům, kteří se nacházejí v situaci, kterou nejsou schopni vyřešit a mohou být v ohrožení zdraví. Poskytuje se pouze přechodně ke stabilizaci. Mimo základní služby poskytuje sociální a terapeutické činnosti.

**2. Služby následné péče** – jsou poskytovány ambulantní a pobytovou formou pro jedince s chronickým duševním onemocněním a závislostmi, kteří byli léčeni ambulantně nebo hospitalizováni a potřebují následnou doléčovací službu po propuštění, nebo stabilizaci zdravotního stavu.

**3. Sociální rehabilitace** – jedná se o komplexní proces, který zvyšuje pracovní schopnosti a sociální kompetence jedince, které mají vést k samostatnosti bez nutnosti podpory další osoby. Činnosti jsou zaměřeny na nácvik péče o sebe samého a pracovních dovedností. Poskytována může být ambulantně, terénně i pobytově. Základem jsou činnosti, které zvyšují nezávislost a sociální začlenění, rehabilitační a reedukační, aktivizační činnosti, které vedou k soběstačnosti jedince (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

#### **4.4 Zařízení poskytující služby jedincům s duševním onemocněním**

##### **Centrum duševního zdraví**

Centra duševního zdraví jsou prostředníkem mezi preventivní, zotavovací a akutní psychiatrickou péčí. Jsou jednou z komunitních služeb, jejichž snahou je snížení hospitalizování a provázení jedince k postupné integraci do společnosti. Centrum tvoří individuální plány podpory založené na case managementu, organizuje aktivity, které podporují jedince k zotavení a spolupracuje s dalšími organizacemi pracujícími s duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

Zařízení může být místem prvního kontaktu, na který se obrací jedinci s duševními potížemi s předpokladem, že budou odkázáni na další podpůrné služby. Propojení služeb neboli síťování je spolupráce všech zařízení, které poskytují služby pro osoby s duševním onemocněním. Jde o komplexní systém podporující stabilizaci duševního zdraví. Poskytování služeb stojí na ochotě podílet se na změnách v podpoře klientů a vytvořit provázaný proces. Dalším faktorem je ochota pracovat s klienty v jejich přirozeném prostředí a mít dostatečné schopnosti k práci s lidmi s duševním onemocněním (2022). „Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná“ (Anthony, 1993).

Kromě odstranění příznaků nemoci je důležité podporovat jedince k získání určitých sociálních dovedností, podporovat schopnost zapojit se do společnosti a trávit svůj život

smysluplně, podílet se na destigmatizaci a odstranění diskriminace v případě jedinců s duševním onemocněním. Následkem toho dochází k auto stigmatizaci, jedinec má nízké sebevědomí, nevidí smysl v léčbě, není schopen vytvářet a udržovat sociální vztahy, má potíže v běžných situacích a v uplatnění na trhu práce. Tento pohled společnosti i klienta samotného vystavuje vyššímu riziku relapsu. Přitom principem centra duševního zdraví je vést klienta k zapojení se do procesu zotavení, hledání svých silných stránek, motivace a plánování budoucnosti a partnerský přístup terapeuta a klienta, který má hlavní rozhodovací odpovědnost. Každý klient je jedinečný, je tedy potřeba na každý případ nahlížet individuálně a vyvarovat se škatulkování dle zažitých stereotypů (Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče, 2022).

### **Práce s klienty v centru duševního zdraví**

V práci s jedinci s duševním onemocněním dominuje case management, který se soustředí na dlouhodobou spolupráci a podporu jedinců v rámci mezioborové spolupráce, kterou zajišťuje klíčový pracovník. Důležité je získání důvěry klienta a zprostředkování spolupráce s dalšími odborníky. Neznamená to však, že by klient nebyl v péči celého týmu, všichni pracovníci jsou o stavu klientů pravidelně informováni. Kromě psychologa a psychiatra může být klíčovým pracovníkem kdokoli z dalších pracovníků. Klíčový pracovník by měl mít schopnosti a znalosti v oblasti duševních onemocnění, průběžně se dále vzdělávat a učit se další postupy, které může při práci s klienty uplatňovat. Síťování je důležité v poskytnutí podpory osobám, které selhávají v sociálních vztazích, prostředí a situacích, ve které se ocitli. Propojuje sociální služby včetně pobytových, zdravotnická zařízení atd. Snaží se plnit funkci která organizuje komplexní podporu pro jedince v krizi. Důležitá je i spolupráce dalších zařízení, které jsou schopné poskytovat doporučení na další služby. Pro zajištění pevného, provázaného komplexu služeb je podstatné financování jednotlivých služeb a dostatek pracovníků, práce na principu evidence based medicine a zpracované dokumenty, které obsahují metodiky práce s klienty (Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče, 2022).

### **Fokus**

Fokus je nezisková organizace zabývající se podporou osob, které mají zkušenosti s duševním onemocněním. Cílem je podporovat jedince komunitně bez nutnosti hospitalizace. Fokus se snaží o propojení léčby a podpory, která zajistí komplexní systém poskytovaných služeb. Posláním organizace je navracet jedince s duševním onemocněním

zpět do běžného života ve společnosti a vyznat se v možnostech podpory, která jim zajistí možnost samostatně žít a udržovat kvalitu života. Fokus spolupracuje s dalšími organizacemi například Blázníš? No a! Mental Health Europe, International Mental Health Collaborating Network. Poskytuje služby krizové intervence (online chat a linky podpory), psychoterapie, provozuje Centra duševního zdraví, která poskytují služby jedincům nad 18 let s diagnózou duševního onemocnění, pomáhají předcházet krizovým situacím, hospitalizacím a stigmatu vedoucímu k sociální izolaci. Další formou podpory jsou komunitní týmy, které fungují jako terénní služba, poskytovaná v prostředí, které jedinec zná, dále poskytuje návazné služby typu: chráněného bydlení, sociální rehabilitace, podpory zaměstnávání a dílny, podpůrné skupiny (klub mosty), Dům u Libuše, pořádající volnočasové aktivity, nácvik pracovních dovedností a dostuduj fit, která funguje na principu podporovaného vzdělávání (Fokus, 2022).

### **Stacionární péče**

Stacionární léčba je určena jedincům při přechodu z ústavní péče do péče ambulantní nebo pro jedince, kteří potřebují stabilizovat svůj zdravotní stav. Je účinná tam, kde je potřeba zvýšená podpora a dohled, léčba v denním stacionáři obvykle trvá 8–12 týdnů po osmi hodinách denně (Polách a kol., 2016). Stacionáře zaměřené na psychiatrické diagnózy poskytuje např. psychiatrická nemocnice Bohnice, která má specifikovaný program léčby poruch osobnosti, depresivní, úzkostné, posttraumatické poruchy, jehož cílem je odvrátit nutnost ústavní péče a potíže zvládnout pomocí terapeutického intenzivního způsobu léčby. Jedince zde učí hledat příčiny jejich obtíží, jak jim předcházet a pracovat s nimi, jak reagovat při zhoršení duševního stavu a hledat motivaci pro dlouhodobou léčbu psychických potíží. Nabízí také rehabilitační program, který směřuje edukací, prevencí a osvojováním technik duševní hygieny k postupnému návratu k běžnému životu, pracovním a studijním povinnostem. Program je vhodný primárně po propuknutí duševního onemocnění a ke stabilizaci duševního stavu (Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2022).

Další možností je například denní stacionář na poliklinice Prosek, poskytující služby dospělým od 18 let a umožňující aktivizačně terapeutický program pro jedince s duševním onemocněním, kteří byli propuštěni z ústavní péče. Ambulantní péče je totiž pro ně nedostatečná. Denní stacionář překrývá období možného zhoršení stavu v mezidobí propuštění z nemocnice a návratu k běžnému životu, pro ostatní funguje jako stabilizační služba s účelem aktivizace, zvýšeného dohledu a podpory jedince. Organizace dne je pevně

stanovena a zahrnuje ranní komunitu, arteterapii, činnostní terapii, psychoedukační aktivity, skupinovou terapii, pohybové aktivity, možnost terapie s rodinnými příslušníky. Spolupracuje s Centrem duševního zdraví a po ukončení stacionáře umožňuje využívání jednotlivých terapií nadále. Nabízí také služby kognitivně behaviorální terapie a fototerapii. Služby stacionáře jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami (Psychiatrie Papežová, 2022). Další stacionáře poté nabízí Ústřední vojenská nemocnice a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

### **Národní ústav duševního zdraví**

Národní ústav duševního zdraví se primárně zabývá problematikou výzkumu, který je zaměřen na faktory, které se podílejí na vzniku duševních poruch a vývojem nových možností léčby. Ústav poskytuje služby ambulantní, pobytové a stacionární péče atd. Stacionární péče je ambulantní služba a je indikována jedincům, kteří jsou schopni pravidelně docházet do stacionáře a jsou motivováni k léčbě. Stacionáře pořádané Národním ústavem duševního zdraví fungují na principu uzavřených skupin, indikovaných jedincům, kteří splňují požadavky dané skupiny.

Program trvá 6 týdnů a je založen na skupinové psychoterapii a cílí na klienty s diagnózou úzkostně-depresivních potíží, s úzkostnou, obsedantně kompulzivní poruchou, fobiemi, depresí a stresovými obtížemi. Poslední skupina se orientuje na psychotické poruchy a je odlišná především tím, že skupina je otevřená a může navazovat přímo na hospitalizaci. Hlavním cílem je vracet klienty do běžného života, trvá maximálně 3 měsíce. Stacionář mohou jedinci s duševním onemocněním absolvovat během hospitalizace, nebo v přímé návaznosti na ni. Nabízí také možnosti řešení poruch spánku, ergoterapii, psychoterapii a zabývá se zobrazovacími metodami a radiologií. Hlavním principem, na kterém pracuje, je nahrazovat ústavní péči, pokud je klient docházky schopen a je hrazena ze zdravotního pojištění (Národní ústav duševního zdraví, 2022).

### **Projekt včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním**

Projekt Národního ústavu duševního zdraví je zaměřen na poskytování včasné intervence jedincům potýkajícím se s duševním onemocněním. Touto cestou se předchází vzniku duševního onemocnění u rizikových jedinců, nebo se alespoň poskytují včasné a vhodné multidisciplinární podpory a léčby. Cílem je zkvalitnit život klienta s pomocí dostupných komunitních služeb, které předchází častým hospitalizacím. Projekt se zaměřuje hlavně na deinstitucionalizaci, podporu duševního zdraví, uplatnění a integraci člověka do

sociálního a pracovního života. Projekt mapuje situaci v Česku, ale podílí se i na výzkumu v zahraničí, srovnává výsledky dobré praxe a při výcviku pracovníků se díky tomu opírá i o zkušenosti zahraničních odborníků v péči o osoby s duševním onemocněním. Výstupem projektu je vznik aktuální metodiky, zaměřující se na včasné zachycení vzniku duševních onemocnění a jejich léčby (Včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním, 2021).

Zahraniční projekty, které jsou ukázkou dobré praxe, byly provedeny v několika zemích. Příkladem je Lambeth Early Onset, což je program včasné intervence, poskytující služby ve Velké Británii. Služby programu mohli využívat lidé mezi 18–35 lety během první ataky neafektivní psychózy a současně probíhal program včasné detekce rizikových osob k výskytu psychózy. Služby poskytuje multidisciplinární tým pracovníků v komunitních službách. V rámci programu je poskytována podpora a psychoedukace, pracovní terapie a sociální terapie, zabývá se ale také farmakoterapií. Spolupracuje se zdravotníky, školami atd. z důvodu povědomí a odkazování na krizové služby, nyní funguje na základě přesměrování jedince na podpůrné služby, které intenzivně dohlížejí na klientovo duševní zdraví. Z výsledku programu vyšlo, že tyto služby snížily počty hospitalizací a relapsů, kvalita života osob se zvýšila. Další projekty jsou orientovány na funkční psychózy, primárně na schizofrenii atd. (Analýza zahraničních zkušeností, 2021).

## **Shrnutí kapitoly**

Kapitola pojednává o potížích, které se pojí s duševním onemocněním. Jedná se primárně o potíže somatické: poruchy spánku, poruchy kognitivních funkcí atd. a speciálně pedagogické přístupy. Zabývá se rovněž typy služeb, které Zákon o sociálních službách uvádí jako možnosti podpory pro jedince s duševním onemocněním, které zastupují konkrétní organizace věnující se této cílové skupině. Opomenuta by neměla být ani komunikace mezi klientem a odborným pracovníkem, která by měla splňovat určité požadavky. Tato zařízení zahrnují ambulantní i terénní služby, příkladem je: Národní ústav duševního zdraví, organizace Fokus, Centra duševního zdraví včetně práce s klienty a stacionární péče. Ta je poskytována ambulantní formou, která pomáhá překlenout období po propuštění z nemocnice, stabilizuje duševní zdraví a předchází nutnosti budoucích hospitalizací. Denní stacionáře jsou komplexní péčí o jedince s duševním onemocněním. Zahrnují veškeré služby, které poskytuje i ústavní léčba, rozdílem je jen poskytnutí

příležitosti zvládnout aktuální potíže v přirozeném prostředí bez přerušení sociálních vztahů. Mimo to může předcházet stigmatu vznikajícímu na základě ústavní péče na psychiatrii.

## 5 Podpůrné a aktivizační metody

### 5.1. Užitečné podpůrné aktivity pro uživatele denního stacionáře

#### **Pohyb v životě člověka s duševním onemocněním a vliv zdravého životního stylu na duševní onemocnění**

Fyzická aktivita má v prevenci duševních onemocnění, především deprese a úzkosti, vysoký účinek. U osob, které mají sedavý způsob života, je pravděpodobnější výskyt duševního onemocnění než u jedinců, kteří se pravidelně hýbou. Mimo to má také významný antidepressivní účinek. Pohybová aktivita podporuje fyzickou kondici, volní vlastnosti a soustředěnost, sebedůvěru, což se projevuje i v sociálních vztazích. Společné aktivity podporují soupeřivost, motivaci a vůli a snazší zapojení do kolektivu (Kučerová, 2013).

Také Raboch uvádí, že modifikování životního stylu je účinnou prevencí vzniku duševního onemocnění. Právě životní styl je jedním z faktorů, který můžeme ovlivnit. Nezdravý životní styl je často hlavní příčinou vzniku řady civilizačních chorob. Za hlavní rizikové činitele můžeme považovat obezitu, která způsobuje řadu somatických potíží, nedostatečnou fyzickou aktivitu, stravovací návyky, nepravidelný spánek, užívání návykových látek a samozřejmě stres. Autor uvádí výsledky výzkumu věnující se vlivu stravy na vznik duševního onemocnění. Ukázalo se, že nedostatek Omega-3, které máme všeobecně ve stravě málo, může být rizikovým faktorem vzniku deprese a úzkosti. Jedná se pouze o jeden z rizikových faktorů, pokud se ale snažíme o komplexní léčbu, měla by být změna stravy doplňkem léčby, protože výživa má vliv na zdraví lidské populace. V naší populaci, kdy se výskyt duševních onemocnění stále zvyšuje, je potřeba se na onemocnění dívat v kontextu a komplexně. V populaci se objevují poruchy spánku téměř ve 30 %, u duševních onemocnění vzrůstají až na 90 %.

Poruchy spánku zhoršují příznaky duševních onemocnění a je nutné je řešit, zároveň zvyšují riziko sebevražd. Nejúčinnější metodou je spojení farmakoterapie a psychoterapie. Význam má také světlo. Pokud jsme nedostatečně vystaveni slunečnímu záření, je častým důsledkem vznik sezónní deprese, která se léčí fototerapií (světloléčbou). V této indikaci je velmi efektivní, společně s úpravou spánkového režimu a farmakoterapií je účinnou terapií na poruchy spánku. Také narušení pravidelných denních činností může být rizikem pro vznik afektivních poruch. Uplatňuje se zde význam biblioterapie. Stejně tak fyzická aktivita ovlivňuje vznik a průběh onemocnění. Na rozdíl od jedinců, kteří mají sedavé zaměstnání a

způsob života, mají jedinci provozující pravidelnou fyzickou aktivitu pozitivní vliv na duševní zdraví. Bylo prokázáno že 20–30 % depresivních epizod můžeme eliminovat kombinací farmako, psycho, dieto terapií, psycho edukací a režimovými opatřeními. Takové přístupy mohou zefektivnit výsledky, zlevnit a prezentovat pochopitelněji pro širokou veřejnost. Každý pacient je individuální a nedá se posoudit, která opatření mohou mít pozitivní vliv na jeho duševní stav (Raboch, 2011).

V podstatě už nevhodné návyky snižují kvalitu života a zhoršují projevy duševní nemoci. Primárně jde o nezdravé stravování, abúzus alkoholu nebo kouření a sedavé zaměstnání vyhýbání se pohybu

Psychiatrická diagnóza může být příčinou další stigmatizace, kdy přestává existovat samostatný člověk a důraz je kladen na diagnózu, za kterou se dají schovat veškeré potíže, které pacient popisuje. Nejsou původem somatického rázu, ale jsou psychosomatické. Běžná medicína, ač je na vysoké úrovni, nenahlíží na problémy holisticky, což by pomohlo k tomu, aby nedocházelo k překrývání příznaků fyzických a psychických (Raboch, 2019).

### **Plánování a organizace dne pro smysluplné využití času**

Na plánování je postaven celý systém podpory pro jedince s duševním onemocněním. Právě nastavení režimu je mnohdy nejefektivnějším přístupem, který pomáhá zotavení a schopnosti být součástí společnosti a žít samostatný život. Režim, který je často nastaven právě hospitalizováním, musí být přenositelný i do prostředí mimo nemocnice. Proto se v tomto směru uplatňují služby komunitního typu, jako jsou centra duševního zdraví, denní stacionáře, organizace Fokus atd. Všechny tyto služby nabízí možnosti smysluplného trávení času a sociální kontakty. Už od začátku by měla být hospitalizace směřována k co nejrychlejšímu propuštění a zapojení do společnosti. Režim, který je zde nastaven, míří k naplánování další podpory po propuštění z nemocnice. Psychiatři by měli odhadnout, jak se bude pacientův stav vyvíjet a z tohoto důvodu navrhnout vhodná opatření po překlenutí akutních potíží. Právě v tuto chvíli je nutná mezioborová spolupráce. Psychiatr by měl doporučit vhodné návazné služby, které eliminují nutnost další hospitalizace, poskytnou jedinci kvalitní podporu a zlepšují tak kvalitu života jedince a jeho zapojení do společnosti.

Tým pracovníků podílejících se na podpoře je složen z řady odborníků, kteří se zabývají snížením negativních dopadů na jedince z důvodu duševního onemocnění po propuštění z akutní péče, nebo pro klienty, kteří potřebují zvýšenou podporu pro stabilizaci

zdravotního stavu a nastavení režimu. Hlavními cíli spolupráce v systému podpory je identifikovat skupinu jedinců, kteří potřebují podporu, vytvořit individuální plán, doporučit návazné služby a propojit podporu s dalšími projekty, věnujícími se deinstitucionalizaci a mezioborové spolupráci (Doporučený postup individuálního plánování, 2021).

Léčivým nastavením režimu se zabývá i článek, který se věnuje krizi v době pandemie. Od počátků lidské populace je stereotyp považován za bezpečnou situaci, naproti tomu nepředvídatelné situace způsobují stres. V dnešní době máme situace, které se kolem nás dějí, ve svých rukou, takže jsme částečně schopni ovlivnit, jak na nás budou působit. I když vnější okolnosti nejsme plně schopni ovlivnit, máme ve svých rukou své prožívání a regulaci chování. Předvídatelnost a pocit kontroly nad situací způsobí, že jsme schopni regulovat své chování. Pokud máme situaci pod kontrolou, výrazně se nám uleví a snížíme tím stresové reakce. Proto je plánování velmi pozitivním faktorem, který pomáhá odstranit stresové situace, nad kterými nemáme kontrolu. Struktura dne vytváří hranice a dobrý pocit ze smysluplného využití času. Funkce režimu je efektivní, protože nám dává pocit kontroly nad svým životem a aktivitami, podporuje udržení pozornosti u naplánovaných činností a eliminuje nežádoucí myšlenky.

Podstatou je soustředit se na to, co je pro nás důležité a nezabývat se tím, co nemůžeme ovlivnit. Tím si tvoříme myšlenkovou kázeň, která směřuje naši pozornost a myšlenky na činnost, která je pro nás aktuálně nejdůležitější. Poslední funkcí, kterou plánování má, je, že si do života zařazujeme aktivity, které jsou pro nás důležité a které zlepšují duševní zdraví. Z počátku je nutné si dávat plány, kterých jsme schopni dosáhnout a nepřeceňovat své síly. Do rozvrhu dne si píšeme aktivity, které jsou pro nás jinak obtížně splnitelné. Struktura funguje ve všech případech, kdy je nutné vytrvat a pracovat s časem a trpělivostí (Mějte plán, 2020).

## **5.2 Druhy specifických terapií využívané ve speciální pedagogice**

### **5.2.1 Arteterapie**

Šicková-Fabrici uvádí: „*arteterapie je považována za specifický druh výchovy k sebepoznávání a spění do stavu plnohodnotné lidské existence*“ (2016, s. 32). Například Zicha se podepsal na propojení výtvarné výchovy s arteterapií, vznikla speciální výtvarná výchova. Speciální pedagogové užívají také prvky arteterapie, musí totiž umět reagovat a používat i psychoterapeutické prostředky, které se společně s výchovou a jejími cíli

prolínají. Jedním z významů využití arteterapie je schopnost vytvořit si nadhled nad vlastním životem pomocí výtvarných technik, použitím barev. Myšlenky a pocity tak dostávají skutečnou podobu, což může pomoci se vyznat v sobě a vlastních emocích a myšlenkách. Cílem pro využití u jedinců s duševním onemocněním je stanovení si cílů, které od výtvarného díla očekáváme. Ty se během procesu promítají do výtvarného díla, z něhož lze získávat různé významy a snaže porozumět sobě samému. Speciální pedagogika má s arteterapií společný cíl, kterého se snaží dosáhnout. Jedná se o zvyšování kompetencí jedinců, sebevědomí a sebehodnocení a posilování duševního zdraví, které jsou rehabilitačním prostředkem k postupnému začlenění jedince do života ve společnosti (2016).

*„Techniky v rehabilitačním pojetí slouží k emočnímu uvolnění a k procvičování empatie k dalším lidem a ke spolupráci s nimi. Rozvíjí také vyjadřovací schopnosti a vhodnější a přizpůsobivější chování jedince“* (Kučerová, 2013, s. 141). Jedná se o proces poznávání a nacházení krásy i v tom, co je považováno za nedokonalé. *„Cílem arteterapie, podobně jako speciální a léčebné pedagogiky je působit na jedince se speciálními potřebami tak, aby se dokázali včlenit do společnosti“* (Šicková-Fabrice, 2016, s. 35).

Česká arteterapeutická asociace udává, že: *„Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným. Kromě toho jsou arteterapeutické aktivity využitelné v primární, sekundární a terciální prevenci i v následné péči v oblasti zdravotnictví, sociální péče, výchovy a vzdělávání u dětí i dospělých. Vzhledem k šíři možného a užitečného využití a prolínání jednotlivých oblastí je proto důležité zachovat průřezový mezioborový charakter povolání.“* Arteterapeutická asociace dále uvádí, že hlavními cíli, kterých se arteterapeut snaží dosáhnout, jsou: *„kognitivní, motivační a emocionální aspekty: sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarze, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti v rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivace obranných mechanismů“* (Česká arteterapeutická asociace, 2022).

### 5.2.2 Muzikoterapie

Zmínky o počátcích léčebného efektu hudby byly známé již před mnoha lety. Vývoj muzikoterapie měl ale nejvyšší rozkvět ve 20. století. V té době se rozšířila výuka v oboru muzikoterapie, ale i přesto jednotná teorie muzikoterapie zatím neexistovala. Hudba se jako léčebný prostředek využívá i v klinické medicíně, a to jako prostředek pro zmírnění úzkosti. Muzikoterapie se formovala po druhé světové válce z několika oborů, poznatky a teorie, které jsou dnes základem oboru, vychází z medicíny, pedagogiky, psychologie a speciální pedagogiky. Nyní je zařazena na pomezí speciální pedagogiky a psychologie (Höschl a kol., 2002)

Nejvýznamnějším rozdílem mezi muzikoterapeuty v České republice a v zahraničí je ten, že v zahraničí je činnost muzikoterapeuta legislativně ošetřena jako samostatný obor, u nás je muzikoterapie zatím stále součástí speciální pedagogiky, ale využívána je také ve zdravotnictví nebo v psychoterapii. „*Muzikoterapie je využitelná všude tam, kde je zapotřebí odvést pozornost pacienta od bolesti, úzkosti, nepříjemných zdravotnických zákroků a podpořit psychické a sociální aspekty zdraví. V resortu sociálních služeb adresují muzikoterapeuti kromě léčebných cílů také cíle sociální. Muzikoterapie má často za úkol snížit negativní dopady dlouhodobého pobytu, zvýšit spokojenost uživatelů, saturovat psychické a sociální potřeby, poskytnout příležitost pro smysluplně strávený volný čas, aktivizovat uživatele*“ (Muzikoterapeutická asociace České republiky, 2022)

### 5.2.3 Ergoterapie

Je jednou z nejdéle používaných forem podpory. Má kořeny již v historii, zabývá se léčebnou metodou zaměstnávání jedinců s duševním onemocněním. Počátky jsou spojovány s Filipem Pinelem, který zařazoval mezi léčebné techniky právě metodu zaměstnávání. Jde o metodu, která se zabývá podporou jedinců v běžných aktivitách a jejich nácvikem, který napomáhá samostatnosti, soběstačnosti a schopnosti obstát v životě či podporuje návrat do práce. Díky aktivitám, které obnášejí sociální kontakt a účast na běžných aktivitách, dochází k snazšímu začlenění. Ergoterapie aktivizuje jedince – zlepšuje sebevědomí, sebehodnocení, zlepšuje pracovní schopnosti, zvyšuje tvořivost a fantazii, vliv má také na chování, emocionální prožívání, ovlivňuje kognitivní funkce, zlepšuje schopnost navazovat sociální kontakty a komunikaci.

V případě této aktivizační metody se spousta jedinců snaží aktivitám vyhnout kvůli tomu, že neumí vyrábět a malovat. Při ergoterapii, stejně i u dalších terapeutických metod

nejde o výsledek, ale o proces doprovázený radostí z tvoření, o odvedení negativních myšlenek, posílení sebevědomí, zažití úspěchu. Hlavním cílem je podpora aktivity a motivace něco tvořit a zlepšovat své pracovní návyky, pracuje se také s emocemi, které jedinec prožívá a promítá do svého díla. Techniky práce se mohou lišit podle zaměření terapeuta: malování, keramika, korálkování, ubrousková technika, mandaly, výroba dekorací, háčkování, pletení, vaření, zahradničení a další. Účelem pracovní terapie je rozvoj jemné motoriky a pracovních dovedností, schopnost spolupráce a radost z tvořivé aktivity (Seznámení s ergoterapií, 2020; Ergoterapie a terapeutická zahrada FN Brno, 2022; Kučerová, 2013).

#### **5.2.4 Zoo terapie**

Zooterapie je podpůrná metoda, propojená s kontaktem nebo aktivitami spojenými se zvířaty. Zvířata jsou pro mnoho lidí bezpečnější pro komunikaci než lidé, proto je terapie zaměřena na aktivizaci, emotivitu a důvěru, kterou si jedinec se zvířetem buduje. Pozitivní vliv zvířat je znám již několik století, nejčastěji jsou terapeutickým „nástrojem“ psi, canisterapie se uplatňuje u osob s různými druhy postižení (převážně k polohování) při léčbě duševních onemocnění, jako aktivizační forma podpory pro seniory a v dalších zařízeních, poskytujících služby jedincům, kterým pomáhá uvědomit si, že díky zvířatům může člověk opět získat radost ze života a důvod žít. Felinoterapie má významný efekt u seniorů, u jedinců s úzkostmi a neurózami, pro které je kontakt s kočkou uklidňující. Další formou, kterou lze využít pro indikaci duševních onemocnění, je hipoterapie. Kromě léčby pohybového aparátu je kontakt s koněm významným prvkem pro snížení napětí a zlepšení duševního zdraví. Zooterapie pozitivně působí na chronické bolesti, zlepšuje dýchání a postavení těla, zlepšuje náladu, zlepšuje vnímání, zvyšuje aktivitu, motivaci a komunikaci se zvířetem i s lidmi (Zooterapie – Když zvířata pomáhají, 2021).

#### **5.2.5 Snoezelen**

Snoezelen je terapeutická metoda určená primárně pro relaxaci, stimulaci a aktivizaci. Prostředí je multisenzorické a může mít různé podoby. Jedná se o speciálně pedagogickou metodu, stimulující všechny smysly: světelné efekty, vůně, uklidňující hudba, součástí jsou také vaky a sedací pytle či vodní lůžko. Základním pravidlem pro užívání metody je krédo: „Nic se nemusí, všechno je dovolené.“ Metoda je vhodná pro řadu cílových skupin jedinců s postižením, ale i pro jedince s psychiatrickou diagnózou, Alzheimerovou chorobou atd. Pro jedince s duševním onemocněním je funkce cílena na relaxaci, která

vyvažuje náročné aktivity spojené s léčbou. Koncept, původem z Nizozemí, je dnes využíván v řadě indikací, provozují ho denní stacionáře, krizová centra, speciální školy, hospice, nemocnice atd (O metodě Snoezelen, 2022).

### **Shrnutí kapitoly**

Kapitola je zaměřena na podpůrné metody denního stacionáře, které podporují zotavení jedince. Jednou ze základních metod je schopnost plánovat a organizovat svůj čas, funguje na principu předvídatelnosti. Jednoduše pokud víme dopředu, co nás čeká a jaké máme povinnosti je mnohem snazší udržet si strukturu dne, která je pro nás přirozená. Plánované aktivity by se měly řadit podle priority a nutnosti danou věc splnit, neznamená to však, že plán musí obsahovat jen povinnosti, do denního programu zahrnujeme i odpočinek a zájmové aktivity. Další významnou složkou jsou pohybové aktivity a zdravý životní styl. Pohyb zlepšuje nejen fyzičku, ale působí i na duševní zdraví. Aktivitám se meze nekladou, ale nejběžnější je chůze či nordicwalking a jóga. Zdravý životní styl, ale zahrnuje také změny ve stravě a psychohygieně a myšlení. Dalšími primárně speciálně pedagogickými metodami jsou terapie umělecké, nejčastěji používané patří: arteterapie, ergoterapie a muzikoterapie. Využití mají také terapie se zvířaty, která mohou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví, další podpůrnou metodu, kterou lze využít u cílové skupiny je metoda Snoezelen.

## 6 Oblasti kvality života zasažené duševní nemocí

### 6.1 Kategorie vymezující kvalitu života

Domény kvality života jsou dle konceptu kvality života založeny na komplexním pojetí, vycházejícím ze všech dimenzí, které ovlivňují celkovou úroveň (well-being) života jedince ve společnosti. Pro posouzení kvality života jedinců s duševním onemocněním máme 12 domén, které se podílejí na vnímání jedince a zhoršení jeho kvality života. Mezi tyto dimenze patří: zdraví a zdravotní péče, zaměstnání a pracovní podmínky, vzdělání, rodina, sociální život, volný čas, doprava, bezpečnost a lidská práva, životní prostředí a ekonomika. Kvalitu života můžeme posuzovat ze dvou pohledů, subjektivního a objektivního. V závislosti na sobě se hodnocení může výrazně lišit. Druh onemocnění také výrazně ovlivňuje, které oblasti jsou pro nás podstatné a které méně. Z pohledu objektivního je nejpodstatnější doména zdraví, kvality a dostupnosti zdravotní péče, subjektivně jsou pro klienta důležitější sociální dopady, které způsobuje onemocnění, např. potíže s pracovním uplatněním, bydlením, v sociálních vztazích, v rodině a stigmatu. Nejvýrazněji jsou zasaženy oblasti:

- rodina a mezilidské vztahy,
- vzdělávání a zaměstnání,
- schopnost být zodpovědný za svůj život,
- bydlení,
- osobní pohoda a zdraví,
- přítomnost stigmatu psychiatrie (Koncepce kvality života, 2020).

Dušek a Večeřová – Procházková uvádí: „Kvalita života je obvykle definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Metodologie vychází z předpokladu, že v životě člověka lze pojmenovat devět klíčových dimenzí, které jsou společné všem lidským bytostem bez rozdílu a ve kterých člověk může pociťovat různou míru spokojenosti a tedy dosahovat různé kvality života“ (2010, s. 341).

Dimenze se dělí na tři kategorie: bytí, sounáležitost a budoucnost.

- Bytí (kdo jsem) – fyzické a psychické zdraví, víra a hodnoty v životě
- Sounáležitost (jaké mám vztahy s okolím) – bydliště, sociální vztahy, služby (zdravotní, sociální, volnočasové, edukační)
- Budoucnost (kam směřuji ve svém životě) – běžné denní a zájmové aktivity, osobnostní růst (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

## 6.2 Oblasti života zasažené duševní nemocí dle indikátorů kvality života v ČR

**Kvalita života z pohledu zaměstnanosti** – práce ovlivňuje život jedince v mnoha oblastech, lze říct, že spokojenost v pracovním životě zvyšuje kvalitu života jako takového. Každý jedinec má právo pracovat a zvolit si své zaměstnání. Dále má právo na rovný přístup bez známek diskriminace při hledání práce a jejího ocenění. Zaměstnavatel se zavazuje k poskytování sociální ochrany, vyplácení spravedlivé mzdy a poskytnutí vhodného prostředí pro vykonávání práce. Aby mohla být práce považována za indikátor kvality života, musí být pro zaměstnance perspektivní, motivující, aby se mohl dále kariérně rozvíjet. Všechny tyto aspekty jsou podstatné, stejně tak zaměstnanost v životě člověka.

**Kvalita života z hlediska bydlení** – bydlení je důležité pro kvalitní život a sociální zapojení. Pokud jedinec nemá kde bydlet, dochází k úplnému sociálnímu vyloučení ze společnosti. Protože je bydlení naším osobním prostorem, kde trávíme většinu našeho času, je důležité, aby se tam člověk cítil dobře. A nejen proto je bydlení asi největším výdajem společně s energiemi. Mimo to je podstatná také subjektivní spokojenost se svým bydlením, což má vliv na další domény, určující kvalitu života.

**Kvalita života z hlediska zdraví a osobní pohody** – v dané oblasti sledujeme kvalitu zdraví, která se odvíjí od efektivity zdravotnictví, ale i zhodnocení subjektivní pohody jedince. Zaměřujeme se na celkovou délku života, zdraví populace, úroveň zdravotnictví a životní styl populace. Program Zdraví pro všechny v 21. století pokládá zdraví za potenciál každého jedince, který může díky svému životnímu stylu a svým volbám snížit pravděpodobnost onemocnění. Populace sama rozhoduje, jak o své zdraví pečuje, jak snižovala nemocnost a úmrtnost. Nejdůležitější je subjektivní hodnocení zdraví a celkové pohody ve vztahu k našim volbám v péči o zdraví. Měřit lze také to, jaké má onemocnění negativní dopady na kvalitu života. Osobní pohoda je hodnocena jako subjektivní vnímání

okolního světa, úroveň spokojenosti, emočního prožívání, úspěchu v životě a osobnostního růstu, což považujeme za aspekty smysluplného života.

**Kvalita života v mezilidských vztazích** – sociální vztahy mají výrazný vliv na kvalitu života, lidé jsou sociální bytosti a kontakt jednoduše potřebují. Vztahy můžeme hodnotit na několika úrovních. V rovině partnerské/rodinné/komunitní/občanské sledujeme, zda jsou vztahy pozitivní, harmonické, nebo naopak konfliktní a narušené. V mezilidských vztazích každý pro spokojený život potřebuje mít přátelské vztahy s partnery, rodinou, kolegy a známými. V oblasti sociálních vztahů sledujeme vzájemnou důvěru, podporu, solidaritu a toleranci, sociální napětí, odstup a vzájemné sdílení hodnot.

**Kvalita života z hlediska životního prostředí a bezpečnosti** – stejně jako ostatní faktory i kvalita životního prostředí hraje velkou roli. Čerstvý vzduch, vzhled prostředí, dostatek zeleně, upravené prostranství. To vše, primárně trávení času v přírodě a pohled do zeleně, významně působí na duševní i fyzické zdraví, může působit i jako prevence vzniku duševní nemoci. Lidé, kteří souzní s přírodou, žijí jednoznačně déle a kvalitněji. Bezpečnost je definována jako stav, kdy se jedinec necítí v ohrožení, její vliv na kvalitu života také není bezvýznamný. To, jak jedinec vnímá situaci okolo sebe, ovlivňuje jeho chování v sociálních vztazích, práci a společenském životě. Ze současných hrozeb jsou časté živelné katastrofy, kriminalita, teroristické útoky, korupce a požární a dopravní hrozby (Shrnutí závěrečných zpráv expertních skupin pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR, 2018).

## **Shrnutí kapitoly**

Kvalitu života lze vnímat z různých hledisek, z hlediska subjektivního a objektivního, které se většinou odlišují. Způsob, jakým jedinec hodnotí svůj život závisí na jeho hodnotách, prioritách, druhu a prognóze onemocnění, vzdělání, osobnost a stabilita jedince, životní zkušenosti a důsledky způsobené duševním onemocněním a jimi způsobené omezení. Nejčastěji zasahuje sociální vztahy, rodinu, práci či studium, bydlení, finanční situaci, bezpečnost a duševní pohodu. Každý jedinec vnímá situaci individuálně a omezení, která vznikají na podkladě duševního onemocnění se liší. Narušení vztahů však bývá téměř u všech duševních nemocí nejčastějším důvodem, který zhoršuje kvalitu života jedince.

## 7 Zásady duševní hygieny, využití u jedinců s duševním onemocněním

Duševní hygiena je složena z komplexu různorodých metod, které zlepšují duševní zdraví jedince. Hygienou ji nazýváme proto, že se jedná o očistu pro naši duši, poodstoupení od běžných problémů, zbavení se stresu a jejím dodržováním lze předcházet vzniku nebo relapsu duševního onemocnění.

### 7.1 Duševní hygiena jako součást každého dne

Máme několik základních zásad, které jsou vhodné pro každého jedince s duševním onemocněním a lze je aplikovat každodenně, kategorie vymezené podle: Duševní hygiena - 6 zásad psychohygieny pro péči o duši (2020). Důležitý je:

- **Spánek** – spánek je alfou a omegou celého procesu, bez něj nelze žít kvalitní život, viz. kapitola 4.1.
- **Relaxační techniky** – působí na úzkost, strach, zhoršenou náladu a uvolňují napětí, nejdůležitější je význam dýchání, většina lidí dýchá velmi mělce, krátce. Mezi základní techniky patří Jacobsonova progresivní svalová relaxace, uvolňující napětí. Funguje na základě zatnutí a uvolnění svalů a je podpořena správným dýcháním. „Jacobson zjistil, že už jen pouhá myšlenka stačí na vyvolání měřitelné změny ve svalech. Podle Jacobsona toto představovalo důkaz propojení svalového napětí s napětím fyzickým“ (Polách a kol., 2016, s. 151). Další technikou může být vizualizace/imaginace, která uvolňuje a napomáhá kvalitě spánku. Důležitým prvkem je dech a funguje na základě představ, při kterých se nacházíme v prostředí, které máme rádi. Představy by měly být detailní, např. uvědomit si, co vidím, cítím, slyším. „Jedná se o relaxaci pracující na principu vybavování si příjemných a bezpečných představ. Tím dojde k uvolnění na psychické úrovni, dochází k následné tělesné relaxaci“ (Polách a kol., 2016, s. 153). Mindfulness je efektivní metoda používaná při léčbě depresí a úzkostí – technika spočívá ve všímavosti a prožití přítomného okamžiku, může využívat i prvky meditace (Relaxace a duševní zdraví, 2020). Relaxační techniky umožňují snížení napětí a stresu, zlepšují kvalitu spánku a pozornosti, zvyšuje pocit sebedůvěry, psychickou odolnost a harmonizuje tělo i duši, Mnoho lidí relaxuje zájmovými činnostmi jako je poslouchání hudby, tvoření,

malování, sport nebo zahrádkaření, ty však uvolňují jen napětí psychické a hloubka relaxace je při nich poměrně nízká (Praško, Prašková, Prašková, 2008).

- **Pohyb** – pravidelná pohybová aktivita má vliv na fyzické i duševní zdraví, vhodná je například jóga. Pohyb je součástí prevence vzniku duševního onemocnění a zhoršení stavu, kromě toho zlepšuje kognitivní funkce, spánek a odstraňuje únavu, kterou nahrazuje energie a radost z dosaženého výsledku (Pohyb a duševní zdraví, 2020).
- **Pobyt v přírodě** – pozitivní vliv přírody na duševní zdraví potvrdila řada studií zaměřených na snížení stresu a úzkosti. Kromě působení na psychiku má také vliv na uvolnění svalů, snižuje krevní tlak a tep. Zlepšuje schopnost koncentrace, klidu, zvyšuje kreativitu a pomáhá s vyrovnáváním traumatických situací. Zařadit pobyt v přírodě se může zdát snadné, ale jen bezduché chození do přírody nemá takový vliv jako ucelené pochopení přínosu a síly pobytu v přírodě, protože nic nepůsobí na psychiku lidí hůře než potlačování emocí, které můžeme při pobytu v přírodě snáze vypustit (Příroda a duševní zdraví, 2020).
- **Socializace** – nepůsobí pozitivně pouze na extroverty, lidé jsou sociální bytosti potřebující udržovat společenské sociální vztahy. Pro jedince, kteří mají pevnější vazby se svým okolím, je snazší udržet si duševní zdraví. Touha někam patřit, cítit podporu a sdílet své emoce nám dává pocit smysluplnosti života. Nejvhodnějším způsobem navazování sociálních vztahů je připojení se k nějaké komunitě, organizaci nebo volnočasové aktivitě (Vztahy a duševní zdraví: Chcete se cítit lépe? Chod'te mezi lidi, 2020). Sebepoznávání – je cesta, kterou procházíme a zjišťujeme o sobě věci, které nás definují, primárně naše zájmy, hodnoty a názory. Nelze si představovat, že tato cesta má svůj cíl, cesta k poznávání sebe samého nikdy nekončí. Pokud člověk ví, co je pro něj důležité, mnohem snáze se potýká s běžnými situacemi, zahrnujícími hledání práce, partnera atd. Zvyšuje sebevědomí jedince a tím pomáhá k udržení psychické pohody. Účinnými metodami jsou psaní deníku, věnování času sobě samému, vzdělávat se a zkusit nové věci (Sebepoznání, 2020).

- **Time management** – přináší předvídatelnost a pořádek do života a zmírnění stresu viz. kapitola 5.1. Zásady správného plánování obsahují přiměřenost v plánování aktivit, plánovat jen to, co jsme schopni zvládnout, aktivity si seřadit podle priorit, které jsou třeba splnit jako první. Do plánu bychom měli zařazovat i volnočasové a odpočinkové aktivity (Time management a duševní zdraví: Jak na zdravý to-do list? 2020). Všechny oblasti jsou vhodnou prevencí pro každého člověka, primárně pak v období zvýšeného stresového období, jímž byla světová pandemie. Hygienu jako takovou bereme jako samozřejmost, tu duševní nás ale nikdo nenaučil správně používat. Jak ale vytrvat a dodržovat pravidelné plánování? Nejdůležitější je rozhodnutí začít a zjistit pozitivní přínos plánování. Aktivity, které jsme si stanovili, bychom měli dodržet za jakékoli situace i za předpokladu, že se necítíme dobře, čímž dáváme svému mozku impuls vytrvat a nevracet se zase na začátek. Kromě toho se může na seznamu aktivit objevit v případě zhoršené nálady větší množství odpočinkových a příjemných aktivit. A teď už stačí jen začít (Psychohygienu, 2020).

## 7.2 Aktivity podporující osvětu a destigmatizaci duševních onemocnění

### Akce

**Festival na hlavu** – pořádá Národní ústav duševního zdraví, poskytuje osvětu v oblastech duševního onemocnění, které může potkat kohokoli z nás v jakékoli etapě našeho života. Festival se snaží bourat stigmata panující okolo duševních onemocnění, zlepšovat jejich postavení ve společnosti a kvalitu života. Věnuje se tématům spojeným s psychologií, psychiatrií, s užíváním návykových látek, poruchami spánku a sexuality (Festival Na hlavu, 2021).

**Příběhy bláznovství** – výstava, která vznikla díky medičkám, zajímajícím se o psychiatrii. Vytvořily 9 grafických ilustrací ztvárnujících 9 diagnóz duševních onemocnění: deprese, úzkost, obsedantně kompulzivní porucha, bipolární porucha, mentální anorexie atd. Cílem nebylo pouhé rozšíření informací ohledně duševních onemocnění, jejichž osvěta probíhala už dlouho předtím, snahou projektu bylo ukázat život lidí bojujících s duševními poruchami. Jaké obtíže v běžném životě mají, jak je řeší a jakým způsobem je vhodné takovému člověku pomoci. Stigma, stálé téma, které nás v osvětě vrací zpátky na začátek. Tímto projektem se

medičky snažily podpořit jedince s duševním onemocněním, aby se nebáli vyhledat odbornou pomoc, protože duševní poruchy jsou nemoci jako kterékoli jiné a není třeba se bát o tom mluvit (Příběhy bláznovství: Medičky bojují proti stigmatizaci duševních nemocí, 2017).

Život za zdí je série pořadů, které ukazují skutečný život lidí s duševním onemocněním z pohledu zdravotníka i pacienta, s čím se potýkají a jaké negativní důsledky má onemocnění na kvalitu jejich života. Stejně tak Diagnóza F, která podcastovou formou přibližuje problematiku duševního onemocnění.

### **Aplikace**

**Nevypust' duši** – je nezisková organizace, která cílí na skupiny jedinců, kteří mohou být rizikovými s ohledem na vznik duševního onemocnění. Tato organizace funguje na jiném principu, protože všichni lektoři mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním. Téměř každý čtvrtý člověk trpí nějakou duševní poruchou, které se nevyhýbají ani dětem a dospívajícím. Proto odstraňují předsudky o jedincích s duševním onemocněním, protože má smysl o tom mluvit, nebát se říct si o pomoc a blízkým ukázat, jak mohou nemocnému pomoci. Duševní nemoci se můžou projevit u každého a až 75 % se objeví již před 24. rokem života. Je tedy důležité ukázat nemocným, že v tom nejsou sami a že řada lidí, aniž bychom o tom věděli, duševním onemocněním prochází také. Ve svých besedách, které pořádají ve školách a pro širokou veřejnost, mluví o svých zkušenostech, formách podpory a zásadách duševní hygieny, které pomáhají předcházet nebo snižovat negativní důsledky duševního onemocnění na život (Nevypust' duši, 2022).

**Nepanikař** – jedná se o aplikaci, která se snaží poskytovat akutní krizovou pomoc v oblastech: deprese, úzkosti, panické ataky, sebevražedné myšlenky, poruchy příjmu potravy a riziko sebepoškozování. V aplikaci lze sledovat kolísání nálady, kvalitu spánku, lze zaznamenávat jídelníček a zapisovat si své myšlenky. Každá kategorie obsahuje řadu podkategorií, které se vztahují k problematice dané diagnózy, například zapisování: co může pomoci v krizi, vlastní úspěchy, radosti a plánování činností, relaxační techniky, dechová cvičení, aktivity na odvedení pozornosti, záchranný plán a kontakty na služby poskytující krizovou podporu a online terapie (Nepanikař, 2022).

## **Programy, projekty**

**Green doors** – se zaměřuje na podporu jedinců s duševním onemocněním pořádáním projektů, které zlepšují jejich každodenní život. Usnadňuje jim návrat do školy nebo práce, bezproblémové začlenění do společnosti a snaží se o destigmatizaci (Green doors, 2022). Jedním z projektů je Café na půl cesty. Jde o tréninkovou kavárnu, která pomáhá lidem s duševním onemocněním získat zaměstnání, podporuje sociální kontakty a komunikaci, rozvíjí dovednosti a kognitivní funkce spojené s organizací práce (Café na půl cesty, 2022).

**Na rovinu** – projekt Na rovinu je součástí reformy psychiatrie v České republice. Snaží se o snižování jejího stigmatu ve společnosti, přináší osvětu, která zamezuje diskriminaci a sociálnímu vyloučení jedinců s duševním onemocněním a celkově působí na lepší kvalitu života a postavení ve společnosti. Cílovou skupinou jsou jedinci s duševním onemocněním, jejich rodiny, zdravotníci, poskytovatelé sociálních a komunitních služeb. Pořádá celou řadu akcí na podporu osob s duševní nemocí. Mluví na rovinu o tom, že psychická nemoc je stejně závažná jako ta fyzická, o stigmatu a tabu ve společnosti a o vytvoření bezpečného prostředí pro jedince. Důraz klade na respekt, vhodnou formu komunikace, důvěru a přináší reálné příběhy jedinců potýkajících se s duševními nemocemi. Propagují celostní přístup k člověku po stránce bio-psycho-sociálně-spirituální a snaží se zabraňovat stigmatizaci ve zdravotnictví, kde často dochází k zastiňování fyzických onemocnění těmi psychickými (Na rovinu, 2021).

## **Program podpory Všeobecné zdravotní pojišťovny**

V roce 2021 byl spuštěn program pro zvýšení dostupnosti psychosociální podpory, organizovaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP). V prvním spuštěném běhu byl připraven příspěvek pro pojištěnce na 10 sezení u terapeuta, který se podílel na realizaci. V začátcích byl příspěvek určen pouze pro dospělé, nyní už jsou do cílové skupiny zařazeny i děti. Dle všeobecné zdravotní pojišťovny aktuálně platí příspěvek ve výši 5000 korun na maximálně 10 sezení, při prvním spuštění programu byla proplácena pojišťovnou celá částka (VZP rozšiřuje svůj program psychosociální podpory, 2021).

## **Vznik linky krizové psychické pomoci v době světové pandemie**

V závislosti na vyhlášení nouzového stavu vznikla speciální linka, určená primárně pro informace spojené s koronavirem, ale zároveň měla funkci první psychické pomoci v nouzi. Tuto službu využívalo stále více lidí v důsledku masového nátlaku médií a strachu

o vlastní život. Právě to bylo důvodem pro spuštění programu zvýšení dostupnosti psychosociální podpory pro jedince, kteří nemají dostatečné prostředky k pravidelné psychoterapii. Čekací doby u klinických psychologů jsou dlouhé a jedinou možností, jak se dostat rychleji do péče psychologa, jsou soukromé psychologické praxe. Právě v začátku pandemie jsme se setkali se zvýšeným počtem osob s úzkostmi vyplývajícími z nedostatku informací, šíření hoaxů a zákazu sociálního kontaktu. Přitom právě možnost se svěřit se svými obavami je nejdůležitějším způsobem, jak jedince podpořit, což ale v době sociální izolace nebylo umožněno. Kvůli přerušení podpory a léčby nejen psychiatrické došlo k velkému nárůstu zanedbaných onemocnění a tím i k nárůstu sebevražd. Jedinci s duševním onemocněním potřebují být v kontaktu s okolím, rodinou, lékaři a terapeuty a tím více v době, kdy je celosvětová krize a všichni se ocitli ve strachu a izolaci (1221 - linka první psychické pomoci, 2020).

### **Shrnutí kapitoly**

Kapitola pojednává o zásadách psychohygieny, která by měla být součástí života každého z nás. V době, kdy na populaci působí řada stresujících negativních faktorů jsou zásady udržení duševního zdraví více než důležité. Kvalitní spánek, pravidelný pohyb, relaxační techniky, udržování sociálních vztahů a struktura dne. Díky dlouhodobé osvětě vznikla řada zařízení, projektů a aplikací, které se věnují podpoře duševního zdraví, relaxaci a psychohygieně.

## **8 Metodologie a výzkumné cíle**

### **8.1. Cíle diplomové práce**

Hlavním cílem práce je subjektivní zhodnocení faktorů, které přispívají k zotavení jedinců a jejich zapojení do společnosti a faktorů, které naopak brzdí návrat k běžnému životu z pohledu jedinců s duševním onemocněním.

Dílčím cílem je zhodnocení přínosu speciálně pedagogických: aktivizačních a terapeutických činností v systému podpory z pohledu respondenta a zjištění vlivu podpůrných metod a režimu denního stacionáře na život jedince.

Ve výstupu práce jsou interpretována vyjádření respondentů k přínosu a překážkám, které ovlivňují proces zotavení.

#### **Hlavní výzkumná otázka**

HVO: Jaký vliv mají vnější faktory na život jedince, který se potýká s překážkami způsobenými duševním onemocněním, čímž se snižuje kvalita jeho života?

#### **Vedlejší výzkumné otázky**

VO1: Jak stigma duševních onemocnění a oboru psychiatrie ovlivňuje socializaci jedinců?

VO2: Které faktory mají největší vliv na stabilitu v rodině a eliminaci vztahových problémů?

VO3: Jakým způsobem jsou režimová opatření, organizace, plánování času a aktivit prospěšná pro člověka s duševní nemocí? (využívané např. u jedinců s poruchami vůle, jednání, pozornosti a nálady)

VO4: Které oblasti života jsou nejvýrazněji zasaženy duševní nemocí, jejíž důsledky se promítají do fungování v životě?

VO5: Jakým způsobem může životní styl jedince ovlivňovat fyzické a duševní zdraví?

VO6: Jaký vliv na léčbu a snahu jedince podílet se na cestě k uzdravení má jeho duševní onemocnění, jeho vznik a jím způsobené zneschopnění v některých aspektech života?

VO7: Jaké zásady psychohygieny jsou podstatné k udržení duševní stability a k eliminaci výkyvů zdravotního stavu?

## 8.2 Význam výzkumu

V naší populaci se v důsledku uspěchaného života objevuje stále více osob vyhledávajících odbornou pomoc. Výskyt duševních onemocnění je procentuálně shodný s výskytem onkologických případů (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020). Proto je toto téma dle mého názoru velmi aktuální a to především z důvodu událostí, se kterými jsme se jako společnost museli dlouhodobě potýkat. Světová pandemie a sociální izolace přinesly řadu nově vzniklých psychických onemocnění, k čemuž přispělo extrémní šíření informací v médiích a zákaz sociálního kontaktu, který vyvolal v mnoha lidech strach, úzkost, paniku a obtíže vycházet z domu. Lidé se začali sami sebe vzájemně bát a přerušovat kontakty s okolím (Dopady pandemie Covid-19 na duševní zdraví dětí a jejich rodin, 2021). Mimořádná situace spojená s pandemií ovlivnila životy celé populace. Způsobila nejistotu, strach a úzkost týkající se bezpečnosti, duševní pohody a izolace. Mohli jsme se v médiích setkat s častějším suicidálním chováním, zvýšením výskytu poruch příjmu potravy, depresí, úzkostí a potřebou akutních hospitalizací či čím dál častější potřebou vyhledávání odborné pomoci. Zhoršení duševního zdraví způsoboval také zmatek způsobený zavíráním škol, firem a lékařská oddělení se omezila jen na pacienty s koronavirem s čehož vznikli finanční potíže, které se týkali mnoha lidí. Strach a paniku ve společnosti způsobilo také povinné očkování. Během katastrof, které měly široký rozsah se ukázalo, že nejen duševní onemocnění se výrazně zhoršují, ale i v majoritní populaci se zhoršuje duševní zdraví a kvalita života (Mental Health and the Covid-19 Pandemic, 2020).

Velký význam během léčby mají aktivizační a terapeutické činnosti, například ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie a dále využití pohybových aktivit, relaxačních metod a tréninku kognitivních schopností, které zahrnujeme mezi podpůrné aktivity využívané v rámci speciální pedagogiky a sociální práce. Jedním z nejdůležitějších faktorů efektivity léčby duševních onemocnění je však multioborová spolupráce (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2021). Důležitou funkci zastávají také občanská sdružení a organizace poskytující převážně sociální služby typu peer job kluby, podpůrné skupiny, kroužky, cvičení, cvičení kognitivních funkcí, terénní a komunitní služby a aktivity týkající se životního stylu a volnočasového a zážitkového programu. Poskytují také krizovou pomoc zajištěnou telefonními krizovými linkami, socioterapeutické činnosti a chráněné bydlení (Česká společnost pro duševní zdraví, 2015; Fokus, 2022).

Reforma psychiatrie mířící k deinstitucionalizaci zvyšuje význam ambulantních, sociálních a stacionárních služeb, poskytovaných jedincům s duševním onemocněním. Denní stacionáře jsou jednou z nejlepších ambulantních služeb podporujících jedince, kteří jsou na hraně relapsu. Fungují jako účinná podpora k překlenutí krizového období. Protože je jedinec v každodenním kontaktu s lékařem, je možnost stabilizace zdravotního stavu podobná jako během hospitalizace. Nyní jsou denní stacionáře a přesun péče do jejich kompetence pilotním projektem, který bude nadále financován zdravotními pojišťovnami v případě, že se poskytovaná péče prokáže jako efektivní a dojde ke snížení zátěže zdravotního systému, způsobené častými hospitalizacemi. Díky projektu deinstitucionalizace Ministerstva zdravotnictví směřujeme k provázanému systému komunitních služeb a poukazuje na fakt, že jsme teprve na začátku této cesty, protože projekt naráží na potíže ve spolupráci mezi zdravotnictvím a sociálním sektorem. Významem mého výzkumu je tedy zjistit, zda poskytnutá péče byla pro klienty přínosná a jaké pozitivní změny přinesla do jejich života (Reforma psychiatrie, 2022).

### 8.3 Sběr a analýza dat

- Rozhovory s jedinci s duševním onemocněním
- Analýza prostudované literatury

Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní metodou sběru dat. Ta je charakteristická svou úzce zaměřenou pozorností na výzkumný objekt, což ji odlišuje od kvantitativní metody, jejímž výsledkem je naopak statistické měření a potvrzení hypotéz. Dle Švaříčka a Šed'ové (2014) jde o zachycení informací o určité sociální skupině a hloubkové proniknutí do problematiky, aby došlo k co nejucelenějšímu pochopení jedincovy situace a získání co nejpřesnějších informací potřebných k výzkumnému účelu. Autoři také uvádějí: „*Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět situaci tak, jak jí rozumí samotní aktéři*“ (2014, s. 18). Tzn., že se snažíme zapojit do dané sociální skupiny a získat co nejvíce dat, které potvrdí záměr výzkumu. Výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor, který je výhodný pro svou volnost a prostor pro další sdělení respondenta i badatele, na čemž se shoduje více autorů věnujících se dané problematice (Hendl, 2016; Švaříček a Šed'ová, 2014; Mišovič, 2019).

Rozhovor byl veden v přirozeném prostředí, podle potřeb respondentů. Následujícím krokem výzkumného šetření bylo vymezení základního okruhu témat, které jsou základem

pro potřeby výzkumu, přičemž jsem během rozhovoru využívala doplňkové otázky. Správné a hloubkové proniknutí do problematiky nám pomůže získat data, která jsou skutečně validní. Po získání podstatných informací z rozhovorů jsem dle metody kódování vytvořila kategorie, které vychází z výzkumných cílů a odpovídají na výzkumné otázky. Jedná se o teoretický náhled na daný problém, sběr a analýzu získaných dat a vyhledávání opakujících se jevů a podobností, čímž docházíme k určitým závěrům. Data „skládáme“, kategorizujeme a zobecňujeme (Hendl, 2016). Výsledkem je získání nových názorů a pohledů na zkoumanou situaci a porovnání získaných výsledků s podobnými výzkumy a odbornou literaturou (Švaříček, Šedřová, 2014).

Výběr respondentů probíhal způsobem účelového vzorkování, což je metoda, která reprezentuje zkoumanou problematiku, nikoli vzorek z populace, jak je tomu v kvantitativním výzkumu. Není tedy důležitý počet respondentů, ale kvalita získaných dat, která je podstatou výzkumu (2014). Během výběru respondentů jsem dbala na doporučení lékařky denního stacionáře a vybírala jsem jedince, kteří byli schopni a ochotni vést rozhovor. Před samotným rozhovorem jsem se snažila dbát na psychické rozpoložení respondentů, čemuž jsem přizpůsobila otázky a délku samotného sběru dat. Vzhledem k problematice duševních onemocnění, které se vyznačují svou nestálostí, kolísáním nálad a úzkostnými potížemi, jsem se snažila přizpůsobit a naladit na aktuální stav respondenta, přičemž řada respondentů nakonec v důsledku povahy svého onemocnění a aktuálního psychického stavu nakonec spolupráci odmítla. Všichni zapojení respondenti se zařazením do výzkumu souhlasili a byli seznámeni s tematikou, účelem a zachováním anonymity, což bylo stvrzeno podepsáním informovaného souhlasu. Vybraní respondenti byli klienty ambulantních služeb pro osoby s duševním onemocněním se zaměřením na denní stacionáře. Výzkum probíhal formou rozhovoru se třemi jedinci. Výběr klientů nebyl omezen věkem z důvodu možnosti většího rozsahu získaných dat, vyskytujících se v různých stádiích života a povaze onemocnění, která je nepředvídatelná a závislá na aktuálním duševním rozpoložení.

Během rozhovoru byl se souhlasem využit audiozáznam, který sloužil jako důležitý prvek pro přesnost a pravdivost získaných údajů. Cílem výzkumu bylo pochopení životní situace jedince a interpretace jejich hodnocení služeb, které jim pomohly. Pro vyhodnocení získaných dat bylo potřeba zjistit a popsat, jaký byl důvod ke vzniku obtíží, které vedly k zhoršení fungování v běžném životě a jakým způsobem byly tyto situace řešeny. Hlavními předpoklady dobrého výzkumu jsou spolehlivost, autentičnost a pravdivost, tyto jevy lze

měřit zaznamenanými získanými daty, subjektivním i objektivním pohledem obou aktérů na danou situaci a dosažení stejných výsledků i při opakovaném získávání dat (Švaříček, Šedřová, 2014; Hendl, 2016).

## **Respondenti**

Všichni respondenti účastníci se mého výzkumu prošli terapií v psychiatrickém denním stacionáři na poliklinice Prosek v Praze, jména respondentů jsou z důvodu ochrany osobních údajů změněna. Všichni podepsali informovaný souhlas se zapojením do výzkumu. Dva respondenti mi poskytli rozhovor s audiozáznamem a dvěma respondentům byl na jejich žádost, z důvodu aktuálního nepříznivého zdravotního stavu, rozhovor přepracován do formy rozšířeného „dotazníku“, spojeného se zpětnou vazbou a použitím doplňkových otázek v případě chybějících informací.

- Respondent 1: Š, věk 52 let, je léčena 10 let s depresivní, úzkostnou a panickou poruchou. Pracuje v obchodě, navštěvuje psychiatra a v minulosti se léčila v denních stacionářích. (R1)
- Respondent 2: K, věk 18 let, léčí se 2 roky se smíšenou úzkostně depresivní poruchou. Je studentkou 3. ročníku gymnázia. Navštěvuje psychiatra, psychologa, prošla léčbou ve dvou stacionářích a navštěvuje KBT skupinu. (R2)
- Respondent 3: S, věk 25 let, léčena s depresivní, obsedantně kompulzivní úzkostnou poruchou s přidruženou poruchou příjmu potravy. Je studentka vysoké školy, léčena cca 1,5 roku. Navštěvuje psychologa, psychiatra a prošla léčbou v denním stacionáři. (R3)
- Respondent 4: M, věk 50 let, léčena 9 let, léčena s generalizovanou úzkostnou poruchou, agorafobií, sociální fobií, depresivní poruchou, aktuálně je v invalidním důchodu, prošla čtyřmi hospitalizacemi a denními stacionáři. (R4)

## 8.4 Interpretace výsledků výzkumu – posuzované kategorie

Následující kategorie zpracované podle zakotvené teorie shrnují výsledky výzkumu, které jsem získala od čtyř respondentů vybraných z Denního stacionáře – Prosek. Kategorie jsou rozčleněny na 7 základních skupin a pod každou kategorií jsou podkategorie, které odpovídají na výzkumné otázky pomocí kódování.

### **Kategorie – 1 Vznik duševního onemocnění – příznaky a podpora**

Kategorie specifikuje počáteční příznaky vzniku duševního onemocnění, somatického a psychického původu. Jak dlouho potíže trvaly, než si jedinec připustil přítomnost psychické nemoci a vyhledal odbornou pomoc a jakým způsobem podpora probíhala. Informantka 1 se s duševním onemocněním léčí téměř 10 let, ale první příznaky se u ní objevily už mnohem dříve, ale až tehdy si připustila, že její potíže mohou být psychického původu. Informantka 2 léčící se 2 roky, první příznaky postřehla už v 16 letech počátkem roku 2020, v začátku světové pandemie. Informantka 3 se léčí aktivně 1,5 roku, její potíže vznikly již počátkem nástupu na vysokou školu, dlouho si ale nepřipouštěla, že by je někdy chtěla začít řešit. Informantka 4 prochází léčbou 9 let, počáteční příznaky byly psychosomatické a projevovaly se bolestmi hlavy, teprve po mnoha vyšetřeních dostala doporučení k psychiatrovi.

### **Podkategorie 1 A: typ duševního onemocnění, propuknutí nemoci**

Informantka 1 je léčena s úzkostnou poruchou, panickou poruchou a depresí, poprvé prodělala panickou ataku po změně prostředí, když odjela s dcerou na dovolenou. Tam i vyhledala lékaře, protože myslela, že má nějaké fyzické onemocnění. *„Stalo se mi to na dovolený s dcerou, jsem tam měla asi tu panickou ataku, no nevěděla jsem, co to je a vyhledala jsem lékaře a zbylých 14 dnů jsem strávila na pokoji.“* Informantka 2 má diagnostikovanou smíšenou úzkostně depresivní poruchu, která se prohloubila narušením rodinných vztahů. *„Největší podíl měly hádky rodičů, umlčování bratrem (nemocť vyjádřit svůj názor), neschopnost docházet do školy a moje vyhoření z náporu aktivit a každodenního stresu.“*

Informantka 3 je léčena s depresivní poruchou, úzkostnou a obsedantně kompulzivní poruchou s vedlejší diagnózou poruchy příjmu potravy. Porucha příjmu potravy a porucha nálady se poprvé objevily už začátkem střední školy, s příchodem světové pandemie propukla těžká obsedantně kompulzivní porucha. *„Pamatuji si, jak jsem jednou přišla*

*z venku domů a nemohla jsem přestat přemýšlet o všech činnostech, které se ten den děly a nemohla jsem se zbavit úzkosti. Několikrát jsem si drhla ruce až po lokty, všechno jsem postříkala dezinfekcí, ale úzkost se objevovala čím dál častěji. Postupně už jsem nevycházela z domu,*“ Informantka 4 se léčí s generalizovanou úzkostnou poruchou, agorafobií, sociální fobií a depresí, první potíže byly somatické, později vedly k celkovému kolapsu kvůli stresu z práce a neshod v rodině. *„Začala mě bolet hlava a pak jsem měla problémy se spánkem a s jídlem, se soustředěním a vlastně to vyvrcholilo zhroucením se v práci.“* Ze získaných výsledků vyplývá, že respondentkám 2 a 3 se potíže prohloubily během začátku pandemie, což potvrzují i odborné zdroje ukazující na poměrně vysoké procento lidí, kteří se v důsledku světové pandemie dostali do psychických problémů. V tomto případě se jedná o studentky, na něž se výrazně zvýšil tlak ze strany školy. Respondentky 1 a 4 popsaly přítomnost vleklých somatických potíží, které vyvrcholily kolapsem.

## **Kategorie 2 – Orientace v systému podpůrných služeb**

Kategorie 2 se specifikuje na systém podpůrných služeb, typy zařízení, které poskytují podporu jedincům s duševním onemocněním a hodnocení přehlednosti a povědomí o možnostech podpory ve společnosti a u konkrétních jedinců. Všechny respondentky se shodly, že se v nabídce služeb neorientovaly a znaly pouze podporu psychiatrem nebo psychologem. Zároveň pouze 2 respondentky uvedly, že navštěvují i psychologa. Všechny respondentky absolvovaly minimálně jednou denní stacionář a řadí se do kategorie úzkostně depresivních poruch. Pouze 1 respondentka byla několikrát hospitalizovaná.

### **Podkategorie 2 A: Orientace v systému podpůrných služeb**

Respondentka 1 uvedla, že se neorientovala v systému péče o jedince s duševním onemocněním, později ji psychiatricka doporučila denní stacionář. *„Vůbec jsem se neorientovala, já jsem vůbec nevěděla o tom, že existují nějaký ty podpory, takže tam jsem si myslela že si to vybojuji sama se sebou a že mi pomůžou prášky.“* Respondentka 2 uvedla, že se s problémem nesetkala, ale byla tlačena k léčbě rodinou. *„Nikoliv nesetkala, ale tím, že to většinou zařizovala mamka, byla jsem jen třeba nucena tam jen jít.“* Respondentka 3 se shoduje s odpovědí respondentky 1, která rovněž udává, že se neorientovala, ačkoli má lehký náhled do oboru, nebyla schopna zjistit, na co má nárok a kam má jít. *„Neorientovala, zpočátku jsem nevěděla, zda jsem dost nemocná na to, abych s tím někoho obtěžovala,*

*postupně jsem se odhodlala k návštěvě psychologů, která mě pak doslova dostrkala k psychiatrice, což pro mě bylo v tu dobu obrovské selhání.“ Ani respondentka 4, stejně jako (1 a 3) se neorientovala, ale uvedla, že když její potíže překročily jistou mez snesitelnosti, sama na žádost praktika vyhledala psychiatra a o dalších možnostech se dozvěděla až během hospitalizace. „No, já jsem třeba nevěděla, že existuje něco jako stacionář nebo nějaká skupinová terapie nebo něco mimo nemocnici. Že něco existuje, to jsem se dozvěděla až postupem času, to jsem se dozvěděla v nemocnici, ale vlastně jsem nevěděla, že i bez hospitalizace jde absolvovat stacionář, to jsem se dozvěděla od spolupacientky.“*

Z výsledků vyplývá otázka, jaké je povědomí o duševních onemocněních a jejich možnostech léčby a osvěta v rámci duševních nemocí ve společnosti? Všichni respondenti uvedli, že o možnostech podpory nevěděli a než došli do stádia, kdy se orientovali, vedla k tomu poměrně dlouhá cesta od doporučení lékařů, psychologů, pacientů, tak i článků nebo jednoduše na danou službu narazili náhodou. V tomto případě si dovoluji tvrdit, že ačkoli ministerstvo zdravotnictví, zabývající se reformou psychiatrie, udává velké pokroky v rámci osvěty a rozšíření povědomí a služeb, u respondentů zapojených do výzkumu se za dobu léčby žádná výrazná změna neudála.

### **Podkategorie 2 B: Služby využívané respondenty**

Všechny respondentky navštěvovaly psychiatrický denní stacionář – pro smíšené duševní poruchy a všechny spadají do kategorie úzkostných a depresivních poruch. Respondentka 1 navštěvuje pouze psychiatra a v minulosti navštěvovala denní stacionář zaměřený na kognitivně behaviorální terapii v Klecanech (pozn. pořádá Národní ústav duševního zdraví). Naposledy absolvovala denní stacionář na poliklinice Prosek. *„Psychiatricka mi doporučila stacionář v těch Klecanech, to bylo zaměřený na ty panický ataky a na deprese hlavně. A tam mně vysvětlili, co je podstata, jak se proti tomu můžu bránit, co proto můžu udělat, asi tak. Psycholog tam mi taky hodně pomohl, protože k tomu já nechodím teda.“* Respondentka 2, se kterou jsem komunikovala pomocí dotazníku, uvedla, že navštěvuje psychiatra i psychologa, prošla stacionářem na poliklinice Prosek, nyní navštěvuje denní stacionář v Klecanech a podpůrnou skupinu KBT. *„Psychiatra navštěvuji, psychoterapeuta také, v rámci denního stacionáře v Klecanech (KBT) a samostatně skupinu KBT a stacionář Prosek.“*

Respondentka 3 navštěvuje více než rok psychiatra, předtím psycholožku a prošla denním stacionářem v poliklinice Prosek. Nyní navštěvuje pouze ambulantního psychiatra a občas psychologa. *„Ze začátku jsem šla k psycholožce, ta mě ale poslala k psychiatrovi s tím, že na moje problémy nestačí jen psychoterapie. Postupem času jsem se dozvíдалa o dalších možnostech, které existují, tak jsem se dohodla se svou psychiatrickou na terapii v denním stacionáři, dnes už navštěvuji převážně pravidelně jen psychiatricku.“* Respondentka 4 uvedla, že navštěvovala tři denní stacionáře a byla 4x hospitalizovaná, navštěvuje současně psychiatra a KBT podpůrnou skupinu. *„Absolvovala jsem stacionář následně po první hospitalizaci, to sem absolvovala stacionář ke Karlovu, potom ve vojenský po jedné hospitalizaci jsem ještě absolvovala stacionář. Zaměření bylo tak nějak prostě, že paní doktorky si tam vybrali lidi, který jim do skupiny zapadali, nebylo to jako jedna diagnóza, ale aby ta skupina dávala smysl. V prvním stacionáři se lidi měnili průběžně, ve vojenský byla ustálená skupina a tady se opět měnili.“*

Z výsledků této kategorie lze zaznamenat, že za nejdůležitější podporu je považován psychiatr, psycholog už méně, jen dvě respondentky ho navštěvují v rámci možností pravidelně. Denní stacionář je, jak je vidět, velmi rozšířenou možností, jak předejít hospitalizaci nebo naopak navázat na propuštění z nemocnice, jako tomu bylo u respondentky 4. Také podpůrné skupiny jsou poměrně účinnou a využívanou metodou podpory.

### **Kategorie 3 – Rodina, reakce okolí – podpora, komunikace, bagatelizace**

Kategorie 3 se zabývá důležitostmi podpory rodiny a problémů, které vznikají v důsledku onemocnění člena rodiny, ať už se jedná o problémy v komunikaci nebo absencí podpory nebo bagatelizací potíží jedince a znehodnocování jeho emocí. Všechny respondentky uvedly, že je pro ně velice důležitá podpora ze strany rodiny, ale zároveň ji nenaplnuje, buď z důvodu stigmatu či bagatelizace potíží rodinnými příslušníky nebo nedostatečné podpory od rodiny vycházející z představy nemocného člena rodiny. Respondentka 1 a 2 z větší části pocítuje podporu rodiny, naproti tomu respondentky 3 a 4 nepocítují dostatečnou podporu nebo není přítomna žádná podpora od rodinných příslušníků. V případě respondentky 1 a 3 někteří členové o duševním onemocnění jedince ani neví.

### Podkategorie 3 A: Podpora rodiny

Z výpovědi respondentky 1 vychází, že v rámci rodiny jí jsou oporou hlavně její děti, ale než plně pochopily situaci, trvalo to poměrně dlouhou dobu, manžel o ničem neví. *„Má to pro mě velký význam, protože když se mi pak dějou takové věci, co se děje, proč to je a že mě podporují, podrží mě v tom a nemusím se stydět. Je pravdou, že moje obě děti na to reagovaly pozitivně, ale než na to začaly reagovat pozitivně, začátky nechápaly jako možná, že si to vymýšlím, že to není možný, protože kdo to neprožil, tak to nedokáže pochopit, co prožíváš, ty úzkostí a stavy. Ví to moje děti, snacha, můj bratr, sestra, mamka a v bývalé práci moje dvě kolegyně úplně otevřeně.“* Respondentka 2 cítí podporu obou rodičů i přes problematické vztahy v rodině. *„Moc nevěděli, jak reagovat, nijak zvlášť nereagovali, moc tomu nerozuměli, co to vlastně znamená. Komunikace v rámci rodiny má obrovský význam, je to klíč k vyřešení ale zároveň i spouštěč problému.“* Respondentka 3 uvedla, že o jejich potížích ví pouze mamka a přítel, zbytek rodiny nic neví. *„Podpora rodiny je strašně důležitá, mně se jí bohužel nedostalo, v podstatě ví o mých problémech jen mamka a přítel a ani tak se asi nejedná o podporu, jakou bych si přála. Ostatní z rodiny nic neví nebo spíš ani vědět nechtějí a já se jim nevnucuji, raději se jim vyhýbám, tak jako všem sociálním kontaktům.“*

Respondentka 4 oproti respondentce 1 má opačný problém, podporu má v manželovi, který zpočátku její problémy bagatelizoval, ale nyní už vnímá jeho podporu, naproti tomu děti, které jsou pro ni nejdůležitější, jí nepodporují, především starší dcera, která je vůči své matce odmítavá. *„Podpora ze strany rodiny je hrozně důležitá, vím to, protože mně se jí nedostávalo, což bylo opravdu zlé, ta zkušenost se nedá sdílet, nedá se to někomu převyprávět, dá se vyprávět, ale není to něco, čemu by ostatní rozuměli, pokud se s tím nesetkali. Můj muž měl ze začátku názor, že psychický nemoci neexistují, že to je nesmysl a simulace, že to prostě má každý těžký a děti v té době byly ještě v blbým věku, od těch jsem žádnou podporu ani nečekala, byly na to prostě moc malé. Snažila jsem se, ale nevěděla jsem, jak jim to vysvětlit, nikdo neporadil, jak s nimi mluvit nikdo mi neřekl, že existuje něco jako rodinná terapie, prvních pár let jsme se s tím prali jako každý po svém. Terapie rodinná: Ze začátku nechtěl manžel, teď zas dcera jedna, já to vždycky zkouším a pak to vzdám, nemám na to energii je tlačit do něčeho co nechtěj.“* Respondentka 4 také uvedla, že o jejich potížích ví všichni v jejím okolí. *„Děti se nikdy nějak nevyjadřovaly k problematice, jak jsem nebo nejsem nemocná, ale manžel se změnil postupně, ze začátku byl hodně odmítavý,*

*ted' ten rozdíl je velký, když se kouknu zpětně dává mi čas na odpočinek, snaží se tolik nerozčilovat, je to prostě lepší. Já jsem ze začátku nechtěla nikomu to říkat, pak jsem to řekla teda mojí kamarádce, pak jsem přešla do fáze, kdy jsem to furt všude říkala, pak jsem to zase nikde říkat nechtěla, nevím, co z toho bylo lepší.“ Z pohledu všech respondentek je podpora rodiny nejdůležitější součástí léčby a motivace k zotavení.*

### **Podkategorie 3 B: Reakce okolí na onemocnění, komunikace**

Kromě rodiny dokážou duševní zdraví ovlivnit i reakce okolí – v práci, ve škole, v příbuzenstvu, známí atd. Právě zde můžeme narážet na problém spojený se stigmatem ve společnosti a bagatelizování problémů jedince. Není to však jen na podkladě hodnocení okolí, ale i na náhledu populace na normu a patologii v rámci duševních poruch a vliv médií. Respondentka 1 uvedla. *„Než jsem jim to dokázala vysvětlit, tak jsem se mezi nimi necítila úplně dobře, pak když připustili, že se se mnou něco děje, že to není fyzický ale psychický možná, tak oni si i sami něco zjistili, pak jsme spolu už otevřeně mluvili. Potom když jsem to mohla ze sebe vyndat a nemusela si vymýšlet nějaký blbosti, to byla úleva.“* Respondentka 2 popsala. *„Nijak zvlášť reakcí nebylo, případně se doptávali, co co znamená, jestli jsem v pořádku, bylo jim to třeba líto, neuvědomuji si jinak.“* Respondentka 3 se k otázce vyjádřila takto. *„Vzhledem k tomu, že to nikdo z mého okolí vlastně neví, pouze okrajově kamarádka, reakce v podstatě nebyly a od kamarádky spíš přehlížení problému.“* Respondentka 4 udává. *„V zaměstnání třeba, tam vlastně jsem to neřekla ani když jsem se zhroutila, tak se to pak tam rozneslo, dostala jsem invalidní důchod. Musela jsem to řešit se zaměstnavatelem, neměla jsem tam pocit bezpečí. No ze začátku mi nebyly kontakty příjemné, ale už v jednu chvíli mi to začalo být jedno a říkala jsem to všude, psala si to na Facebook, jsem to veřejně jako by vykřikovala do světa takzvaně. Takže ted' už to vědí asi úplně všichni. Pokud jsem to řekla, přišla jsem o hodně známých, když jsem řekla, že mám problémy s psychikou, spousta lidí se se mnou přestala vidat, což mohlo způsobovat i že když jsem padla do deprese, tak jsem se izolovala, nikdo se ale nepokoušel mě kontaktovat v té době.“* Respondentky se převážně shodly na tom, že velmi záleží na lidech v jejich okolí, ve většině případů lze komplexně říct, že o potížích ví převážně jen blízcí přátelé a lidé, kterým respondentky věří.

### **Kategorie 4 - Kvalita života**

Kategorie 4 se zabývá kvalitou života, která je určena dimenzemi, které mají podíl na tom, jaký bude náš život a jak ho sami budeme vnímat. Zahrnuje také sociální dopady,

kteře zhoršují zdravotní stav a působí negativně na život jedince. Zaměříme se na faktory, které respondenti uvádí jako nejčastější potíže, které byly důsledkem vzniku duševního onemocnění. Všechny respondentky se svou odpovědí shodly na tom, že největší dopad má duševní nemoc na jejich rodinu a sociální vztahy spojené se zaměstnáním, kolektivem třídy a navštěvované skupiny osob.

#### **Podkategorie 4 A: Negativní sociální dopady na život**

Respondentka 1 vnímá negativní dopady na život převážně v sociálních situacích spojených s cestováním a zaměstnáním, přičemž celou situaci zhoršovaly nepříjemné somatické příznaky a strach způsobený vznikem další panické ataky „*No, kvalitu života mi ztěžovaly ty ataky, protože já nebyla schopná dojet do práce, nastoupit do autobusu, v práci jsem nebyla schopná vůbec fungovat, jsem tam třeba 2 hodiny seděla v kanceláři po tmě, pak jsem se nechala dovézt domů taxíkem, protože jsem nebyla schopná nastoupit zase do metra a ani odjet tím metrem. To mě hodně omezilo pak to bylo, že už jsem nevyšla ani z baráku. Další zdravotní potíže, které zhoršily život. Pak jsem měla stavy, že jsem měla bolesti hlavy, tlak na hrudi, strnulý čelisti, různé problémy jako krční páteř, záda, ale to souvisí asi s těmi úzkostmi, že jsem byla uzavřena a stažená. Spala jsem jenom dvě hodiny v noci nebo tři, pak jsem nemohla fungovat, přišlo dunění v uších, rozmlžený vidění a prostě byla jsem strašně vyčerpaná.*“ Respondentka 2 podobně jako předchozí respondentka pociťuje problémy se sociálním kontaktem a pravidelnou docházkou do školy. Nejvíce však její život znesnadňují problematické rodinné vztahy, kdy rodiče stále žijí spolu, ale často se hádají, což má také vliv na duševní zdraví respondentky, také má pocit přehlcení povinnostmi a aktivitami, které ji výrazně stresují. „*No hádky rodičů, s bratrem, má neschopnost docházet do školy, plnit všechny povinnosti a vyhoření z náporu aktivit a stresu, které z toho vyšel. V bytě žijí s oběma rodiči, občasně i s bratrem, zatím jsou nerozvedení rodiče, prozatím mám zabezpečené zázemí pro život, ale s narušenými/problémovými vztahy.*“

Respondentka 3 vidí nejvýraznější potíže v sociálních situacích, při studiu, komunikaci a setkávání se s lidmi. Tak jako respondentka 2 má stejné potíže s porušenými rodinnými vazbami, vše zhoršují příznaky onemocnění zahrnující záchvaty pláče, vysoké výkyvy nálady, úzkost a problémy se spánkem, má pocit, že na okolí působí jako nesympatická, náladová a nespolehlivá holka, kterou neustále všichni pozorují a hodnotí. „*Nejvíce mi dělají potíže celkově sociální vztahy a komunikace face to face, i po telefonu.*“

*Kvůli fyzickým problémům často ruším domluvené věci nebo se opožďuji v dodržování termínů. Myslím, že kvůli tomu nemám v podstatě žádné sociální kontakty a kamarády a ani nejsem schopna kohokoli oslovit nebo komukoli znovu důvěřovat, když mě každý vždy zklamal. Rodiče jsou rozvedení, každý bydlí zvlášť, s tátou nemám téměř žádný vztah, protože mi hodně ublížil.“* Respondentka 4 se setkává hlavně se somatickými potížemi a izolováním se od svého sociálního okolí, problémy jí způsobují také situace, kdy je nucena cestovat, kvůli zdravotnímu stavu není schopna používat MHD a cestuje tedy pouze vlastním autem. Dříve byl problém i kontakt se spolupracovníky a stresující práce zaměřená na výkon, nyní je v invalidním důchodu. *„Měla jsem přes rok bolesti hlavy, který po všech možných vyšetřeních byly diagnostikovány jako psychosomatický, to byl žaludek, zácpy, bolesti hlavy, bolesti svalů, protože jsem v neustálém napětí, no jinak si nevzpomínám. No já jsem vlastně měla období, kdy jsem nemohla usnout, na to jsem dostala léky, pak jsem měla období, kdy jsem nebyla schopná se probrat, záleželo na tom, co se dělo, když bylo horší období, nemohla jsem spát, nebo zase spala pořád. Léky mi hodně pomohly, vidím to hlavně v tom, že se pokaždé snažíme upravit léky a když na ně zapomenu, tak mi hrozně rychle začne být zle. Hromadnou dopravou nemůžu jezdit, všude jezdím autem, kde se dá zaparkovat. Spousta lidí se se mnou přestala vidat, což mohlo být tím, když jsem padla do deprese, tak jsem se izolovala.“* Na základě výpovědí usuzuji, že stejně jako v předchozí kapitole dopady duševního onemocnění působí na primárně na sociální vztahy, pracovní uplatnění, komunikaci a vztahy v rodině. Neméně důležité jsou somatické příznaky, které onemocnění doprovází, tyto dominantně zasažené dimenze kvality života uvádí i odborná literatura.

#### **Podkategorie 4 B: Vnímání kvality života a stigmatu**

Respondentka 1 uvedla, že stigma v rámci rodiny ani okolí nijak nepocítila jen v začátcích od dětí, které nechápaly její potíže. A ti, kterým to neřekla neměli ani možnost se k jejímu duševnímu stavu jakkoli vyjádřit. *„Moje děti ze začátku nemohly moc pochopit co se mi děje, ale dnes už v nich mám podporu, těm, kterým jsem to řekla, věřím a zbytek neřeším.“* Respondentka 2 stigma vnímá především u neinformovaných osob v laické společnosti, je si vědoma častých poznámek, které se týkají duševních onemocnění a jedinců, kteří jsou léčeni s psychickou poruchou. *„Přijde mi, že díky práci společnosti na informovanosti, se stigma snižuje, ale v rámci méně vzdělaných skupin je to veliký problém, hodně poznámek od lidí v okolí, ale nikdy necílených na mou či konkrétní jinou osobu spíš obecně.“*

Respondentka 3, která si myslí, že stigma duševních onemocnění je ve společnosti stále rozšířené, setkala se s tím i v rámci rodiny, doufá, že se jednou přiblížíme době, kdy budou duševní onemocnění patřit pod opravdové nemoci. *„I přes všechny kampaně a osvětu jsou jedinci s nemocnou duší stále ve většinové společnosti považováni za blázny. Každý je jiný, stejně jako nepřesvědčíte člověka o něčem, co permanentně odmítá, protože je to norma ve společnosti, nepřesvědčíte nikoho, kdo duševní onemocnění nechápe, odmítá nebo zesměšňuje, aby pochopil. Zkušenost nejde přenést, nemůžeme tak čekat, že člověk, který nikdy nic podobného nezažil, bude automaticky jedince s duševním onemocněním bránit.“* Respondentka 4 uvedla, že ona sama nikdy žádné nářázky od okolí nepostřehla, ale má pocit, že více než konkrétní lidé je stigmatizován hlavně obor psychiatrie. Pokud se člověk vyskytne tzv. za zdí, tak je spíš zasažena rodina nemocného. *„Mně nikdy vyloženě nikdo nic neřekl, co by bylo hnusný nebo tak, ale vím, že manželovi a dětem nebylo příjemný, když jsem byla hospitalizovaná, museli odpovídat, kde jsem, co mi je. Já, když jsem byla hospitalizovaná, tak to byla krizovka, že už jsem se netěšila vůbec z vnějšího světa a nebyla jsem schopná normálně fungovat, tak mi bylo jedno, co si kdo myslí nebo nemyslí a po ukončení se mi nestalo, že by mi to někdo vmetl, že ty jsi byla v blázinci.“* Výsledky ukázaly, že téměř všichni respondenti se se stigmatem kvůli duševnímu onemocnění mířenému k jejich osobě nesetkali. Pouze v jednom případě lze uvést, že stigma vychází hlavně z rodinného prostředí a i tam se ale jedná spíš o stigma oboru psychiatrie než znehodnocování onemocnění daného jedince. Také je nutné uvést, což potvrdila respondentka 4, že když se člověk ocitne na dně a je hospitalizován, nezáleží na tom, co si myslí okolí a co považuje za normu.

### **Kategorie 5 – Aktivizační a terapeutické metody**

Kategorie se zabývá aktivizačními metodami a podpůrnými terapiemi, které mohou využít jedinci s duševním onemocněním. Uplatňují se v rámci hospitalizací, denních stacionářů, CDZ a dalších zařízení, která poskytují služby jedincům s duševními nemocemi. Hodnotí také povědomí o nabízených službách i zařazení aktivit do svého života. Všechny respondentky uvedly, že se se službami setkaly až díky stacionáři, zde se ale názory na terapie již odlišují. Respondentka 1 má ráda sportovní aktivity, pracovní terapii, činnostní terapii a relaxační metody. I když by o to velmi stála, nedokázala si aktivity zařadit do svého života po ukončení stacionáře. Naproti tomu pro respondentku 2 je malování vášní, sama se jí věnuje několik let, provozuje také karate, kde má několikrát týdně tréninky.

Nordicwalking, který byl každodenní aktivitou ve stacionáři společně s jógou, byl pro ni velmi přínosný, stejně jako arteterapie. Respondentka 3 o terapeutických možnostech povědomí měla, ale žádné se nevěnovala. Během stacionáře pro ni byly nejprínosnější pohybové aktivity, relaxační techniky, arteterapie a činnostní terapie. Stejně jako respondentka 1 si bohužel žádnou z uvedených činností nedovedla odnést a dále se jim věnovat, i když by o to velmi stála. Respondentka 4 se o možnostech dozvěděla v rámci hospitalizace.

### **Podkategorie 5 A: Aktivizační metody a terapie v rámci stacionáře**

Respondentka 1 uvedla, že s aktivitami tohoto charakteru se setkala pouze na denním stacionáři, do té doby o těchto možnostech vůbec nevěděla. Ačkoli ji řada těchto činností naplňovala, tak nebyla schopna si aktivity přenést do svého života, jde převážně o to, aby překonala svou vůli, což je pro ni ale velmi obtížné a stresující. Sama ale preferuje spíš pracovní terapii než umělecké terapie. *„Hm, to sem absolvovala jen v rámci těch stacionářů jinak ne, ale sama doma si občas sem tam něco tvořím sama. Bylo tam malování, různý sportovní jako zájmy, chodili jsme plavat, na procházky, takže to mi taky dělá docela dobře, akorát to nedělám, nevím. Muzikoterapii jsem nezkoušela, když jsem byla mladší byla hudba smyslem mého života, hned ráno jsem zapínala, zpívala, to jsem milovala, ale teď už vůbec jako neposlouchám, když mi to připomínáš. Já, jelikož neumím malovat, tak se tomu nevěnuji, ale dělám třeba jiný věci, ubrouskovou techniku, nějaký tvoření z internetu. To mi možná ten stacionář trochu otevřel oči no a s vnoučkem se tomu věnujeme. On maluje a já se na něj koukám.“* Respondentka 2 z podpůrných metod využila: *„Vyzkoušela jsem psychoterapii, KBT terapeutickou skupinu, skupinovou terapii ve stacionáři, dechová cvičení a svalovou progresivní relaxaci.“* Respondentka 3 se shoduje s respondentkou 1 a 4, které udávají, že přestože pro ně řada aktivit byla přínosná, dále se jim nevěnují. *„Všecky terapie byly super, hlavně arteterapie, vyrábění, procházky a jóga, to bylo skvělý, snažila jsem se v tom pokračovat, doma jsem hodně malovala a čerpala z toho, co jsem se tam naučila, i jógu jsem chtěla začít dělat, ale všechno to po stacionáři bohužel nějak vyšumělo, a to mě mrzí. Hlavně proto, že mi opravdu pomohli se zvednout ze dna, začít něco dělat, na něco se soustředit a zažít si nějaký vlastní úspěch při překonání nějaké činnosti. Asi nejméně příjemné pro mě byly skupinové psychoterapie, dělá mi potíže mluvit o velmi osobních věcech, někdy poměrně bolestivých před zbytkem skupiny.“*

Respondentka 4 se poprvé setkala s terapiemi v nemocnici, kde byla hospitalizovaná a poté je absolvovala v určité míře i ve stacionářích. Aktivity, které oceňovala, se týkaly pracovní terapie a arteterapie. Během jedné hospitalizace absolvovala také hipoterapii, zvířata jsou pro respondentku dalším pozitivním faktorem, který zlepšuje její duševní pohodu. „*Já jsem absolvovala jen co bylo v nemocnici a ve stacionáři – tam byla keramika, šití, navlékání korálků, práce se sklem, už si všechno nepamatuji, nějaký výtvarný věci, arteterapie, to jsme měli skoro všude a takový ty různé dílny činnostní a pracovní terapie a v Bohnicích ještě byla hipoterapie, tam jsem byla jednou, ale byl to úžasný pocit. Někaký ty kreativní věci, že si člověk něco vyzkouší a že něco dokáže vytvořit sám. Procházky mi přišly nudný, krom toho že mě bolely záda, tak mě to přišlo takový jako furt stejný – nezáživný nevím. Nejsem ten typ, který by sportoval jen proto, že jako musí sportovat, vím, že mě to musí bavit a tohle mě fakt nebavilo.*“ Výsledky dané kategorie ukazují, že jsou aktivizující a speciálně pedagogické terapie prospěšné, přičemž každá z respondentek uvedla jako přínosnou jinou aktivitu dále se jim však většina nevěnuje. Důvodem je nízká motivace a neochota zkoušet nové věci.

#### **Podkategorie 5 B: Přínos aktivit a režimu ve stacionáři v životě jedince**

Respondentka 1 popisuje, že z jejího pohledu ji stacionář velmi pomohl se zařazením do nějakého režimu, sociální kontakty stále moc nevyhledává, ale se svou rodinou, hlavně s vnoučaty tráví stále více času. Výrazně jí prospěl režim a nastavený program, který musela dodržovat, ale aktivit se účastnila ráda. Jen, jak říká, sama se nedokáže k aktivitám, které by ji bavily, donutit, potřebuje vždy nějaký impulz zvnějšku. „*Mám kladné zkušenosti, první teda ty stacionáře, tam jsem byla na dvou. Ten první mi určitě pomohl, ten jsem i doporučovala, kde jsem mohla, tam mi opravdu pomohli, tam jsem pochopila, co mi je, co mě trápí, jak s tím můžu pracovat, takže když jsem odtud odcházela, byla jsem jiný člověk, než když jsem tam přišla. Byla jsem nadšená a znovu se ve mně probudil nějaký ten smysl života, takže ten mi určitě pomohl, ten druhý stacionář nebyl špatný, vrátil mě do režimu zpátky nějak pravidelného, ale nevím, jak to říct, nezapůsobil na mě jako ten první, tady mi to přišlo takový méně osobní, mně dělalo dobře, jak tam byla komunita v tom prvním stacionáři. Každý ráno jsme se sešli a povídali si. mohli jsme i klást otázky a byla tam psychologka pokaždé přítomna, z toho jsem byla nadšena, to jako doporučuji fakt. Tenhle je spíš takový, když se dostaneš do nějaký fáze, že nemáš ten denní režim a chceš už aby ses zapojila zpátky do toho běžného života, že ti tam nastaví nějaký limity, pravidla a plán.*“

Také dodala, že přesně si pamatuje určitý okamžik, kdy si všimla, že se zase dokáže radovat a má znovu energii žít a bojovat s nemocí. „*U toho prvního stacionáře si pamatuji, že to bylo týden před ukončením, tam jsme měli pin ponk, nevím, jak se to sešlo a to jsem se nasmáli a to jsem poprvé cítila že se směji doopravdy a to pro mě bylo nezapomenutelný, protože si to pamatuji do dneška a tam bylo obrovský uvolnění a pak jsem říkala doktorce, že je to asi po půl roce, co jsem prožila tu radost v tom srdci a tam se to jako zlomilo.*“

Respondentka 2 hodnotí stacionární podporu jako velmi užitečnou a efekt to určitě mělo. Především v oblasti navrácení se do života, zápalu do nových věcí a dříve pravidelných činností, ke kterým se po stacionáři zvládla vrátit, zlepšily se jí kognitivní funkce, hlavně pozornost, paměť a vůle. Srovnaly se postupně i somatické potíže, vzniklé na základě duševního onemocnění. Jednoznačně udává, že stacionář své místo v léčbě a podpoře duševních onemocnění jednoznačně má, s tím souhlasí i respondentky 1 a 3. „*Přínos pozitivní, splnilo to účel, který byl požadován, zároveň míra podpory od odborníků tam je úžasná. Tyto činnosti mají veliký význam při udržení si duševního zdraví, uklidňující činnosti, mohu takzvaně vypnout, přesměřovat pozornost na konkrétní práci. Díky stacionáři jsem se navrátila ke spoustě aktivitám, které jsem na dlouhou dobu zavrhlá, zlepšily se mi jídelní návyky a starání se o sebe samu, dalo mi to naději v řešení dalších věcí. Dodalo mi to vlastně impuls zařadit si určité činnosti i do času mimo stacionář. Také mi to dalo režim a větší touhu po tom se věnovat povinnostem – škole, sobě, rodině a spol.*“ Respondentka 3 uvedla, že pro ni celá tato zkušenost měla opravdu vysoký význam, především navazování kontaktů, schopnost svěřit se a nebát se odsouzení, získat pocit, že v něčem může být dobrá a že na to nemusí být sama a ani nikdo další. „*Moje vděčnost za to, že jsem tomu dala šanci, překonala jsem stud a úzkost a zvládla to. Kdybych tuto zkušenost neměla, můj život by nebyl takový, jaký je. I když jsem moc chtěla, nepodařilo se mi udržet aktivity ze stacionáře, ale velmi mi toho daly. Samotný přístup paní doktorky a terapeutky byl sám o sobě léčivý, člověk pozná, když na vás někomu záleží. Dle mého má nezastupitelnou hodnotu projít stacionářem, netvrdím, že jsem se tam vyléčila nebo se stal zázrak, ale jen samotná zkušenost, která vám ukazuje, že tu nejste sami, že mnoho lidí má stejné potíže jako vy, ale vy je nevidíte v tom celku. Jestli mám určit jednu konkrétní věc, která mi změnila život po projití stacionářem, je to naděje a pochopení. Vstala jsem ze dna a postupně stoupala výš a výš, to vše díky personálu, organizaci a neskutečné vstřícnosti vedení stacionáře – které splnilo svůj hlavní účel dát nám zase naději a sílu bojovat s nemocí na 100 %.*“

Respondentka 4 uvádí, že největší přínos měly aktivity spojené s tvořením, sama se jim věnuje i doma, kdykoli jen má příležitost. Díky tomu se zvýšilo její sebevědomí a sebehodnocení, protože když se člověku něco povede má, ze sebe dobrý pocit. Neboli jak sama respondentka uvedla: „*u toho vyrábění mi přišlo fajn, že člověk zjistí, že není tak úplně k ničemu.*“ Neměla problém ani s prací ve skupině, ať už se to týkalo společného tvoření, malování nebo psychoterapeutické skupiny. Přínos jako takový v tom moc nevidí, ale sama také zhodnotila, že není schopna sama posoudit, zda se její stav zlepšil, protože nedokáže vidět postupné krůčky, které dlouhodobě zlepšují duševní stav. Ale pokud má hodnotit začátek léčby a současnost, vidí na sobě velký posun. „*Nepocítala jsem, že by mi bylo nějak líp, vlastně ne jako když se podívám zpětně na začátek, jak jsem se tenkrát cítila, tak je to o moc lepší, ale když vlastně si teď řeknu ten stacionář, co jsem skončila, tak já tam ten posun nevidím, ale je to pravděpodobně proto, že já vlastně se zlepšuju pomalu a nevidím ty kousky, vidím ten rozdíl mezi začátkem a koncem. Nedokážu vnímat krůčky k lepšímu, ale když si představím dobu před 9 lety, je to výrazně lepší.*“ V tomto případě jednoznačně vychází podpůrná léčba ve stacionáři a další metody podpory a aktivizace jako maximálně prospěšné a zvyšující motivaci k vyléčení. Režimová opatření jsou určitě základem úspěchu celého procesu, stejně jako uvádí literatura. Organizace snižuje míru napětí díky předvídatelnosti denních činností. Všechny respondentky se shodují, že stacionární a terapeutická péče jim pomohla a bez ní by zřejmě byly stále na začátku v léčbě. Díky stacionáři jsou více aktivní, snaží se plánovat, relaxovat a věnovat se činnostem, které mají rády, což zvýšilo také jejich motivaci se léčit a rozdíl před absolvováním stacionáře a po něm je rozdíl výrazný.

### **Kategorie 6 – Hodnocení efektu nastavení režimu**

Kategorie se věnuje podpůrnému systému stacionární péče a léčebnému efektu organizace a plánování času, který je základem celkové léčby a podpory jedinců s duševním onemocněním. Právě režimová opatření působí pozitivně na duševní zdraví a dávají nám možnost smysluplného vyplnění času a kontrolu nad svým životem. Právě i předvídatelnost a schopnost mít svůj program pod kontrolou jsou velmi důležité, protože když se režim změní nebo se rozpadne, vznikne v životě chaos a stres, které přizívají symptomy duševního onemocnění. Všichni respondenti se shodli, že plánování a režim je zásadní pro léčbu duševního onemocnění, pouze respondentka 2 jej však pečlivě dodržuje. Ostatním respondentkám se po ukončení stacionáře držet režim nepodařilo.

## Podkategorie 6 A: Přínosy plánování a organizace času

Respondentka 1 uvedla, že před nástupem do stacionáře nevěděla o podpůrném účelu plánování na duševní zdraví. V rámci stacionáře jej byla schopna dodržovat a viděla v tom zároveň i velký benefit. „*To jsem nevěděla že to plánování na to má nějaký efekt, že nějaký ten řád udržuje nějakou normu, co vyhovuje tělu i hlavě. Taky jsem to dodržovala ten půl rok po tom prvním stacionáři no, pak jsem to nějak držela i v práci jsem dokázala říkat, že ne, že tam nebudu a pak jsem zas do toho sklouzla.*“ Plánování jí přinášelo hlavně pocit jistoty a kontroly nad svými aktivitami a schopnost prožívat dny smysluplně, něčemu novému se naučit a dosáhnout tak pocitu, že může být stále prospěšná a není na světě jen nepotřebná. „*Viděla jsem benefit, že ten den má smysl a význam. Já musím mít pocit, že jsem užitečná, když hlídám ty vnoučata, tak pro mě je to jako dobrý pocit, že nejsem tady marně na tom světě, že mě někdo jako ještě potřebuje.*“ Respondentka 2 pociťuje výrazný přínos plánování v jejím životě, pomáhá jí hlavně k tomu, aby se soustředila na aktivity, které musí splnit a byla neustále v obraze o tom, co ji ten den čeká. Plánování jí výrazně zvyšuje pocit smysluplnosti a radosti z produktivně využitého času. Stacionář, který navštěvovala, jí pomohl se vrátit ke svému režimu a činnostem, které dlouhodobě nezvládala kvůli zhoršené funkci plánování, rozhodování, pozornosti, vůle a myšlení, které jsou součástí symptomů duševního onemocnění. „*Plánuji na denním pořádku, vyhovuje mi struktura dne a udržuje mě to v obraze. Díky stacionáři jsem se navrátila ke spoustě aktivitám, které jsem na dlouhou dobu zavrhlá, zlepšily se mi jídelní návyky a starání se o sebe samu, dalo mi to naději v řešení dalších věcí.*“ Respondentka 3 plánování dříve využívala pravidelně, během propuknutí duševního onemocnění ale plánovat již nebyla schopna. Hlavní přínos, který na plánování vidí, je režim, který člověka udržuje v chodu a pomáhá mu se orientovat v životě a mít cíl, který ho pohání dál. „*Plánování bylo moje hobby plánovala jsem doslova všechno, když přišlo duševní onemocnění, přestalo mi vše dávat smysl, tak jsem už dál nezvládla pokračovat. Ve stacionáři, kde jsem se dozvěděla o tom, že to má obrovský vliv na uzdravení, jsem získala novou naději a snažila si zase víceméně plánovat alespoň částečně některé aktivity, které jsem musela udělat. Po stacionáři, kdy u mě došlo opět k velkému propadu jsem plánovat opět nedokázala, a tak se v tom plácala. V současné době, ač jsem ve velkém stresu, se snažím plánovat, tak abych splnila alespoň jednu činnost, kterou mám ten den v plánu udělat. Ne vždy to vyjde, ale doufám, že se k tomu časem zase dostanu, protože to mělo nezastupitelný efekt na můj život, teď se nacházím spíš ve fázi, kdy za mě plánuje tzv. okolí.*“

Respondentka 4 má k plánování rozporuplný vztah, jeho „léčivý“ efekt zaznamenala a velmi jí to pomohlo, hlavně ve stravě. Když si dokázala aktivity naplánovat tak, aby je byla schopna opravdu zvládnout a neměla na sebe zbytečně vysoké nároky. Po stacionáři byla chvíli schopna v tom pokračovat, ale nakonec se vždy vrátila do fáze, kdy celý den nevyšla z postele a rušila domluvené aktivity, protože se na ně necítila a stejně jako předchozí respondentce jí to přestalo dávat smysl. *„No, v podstatě, když se mi to povede, tak mám radost, myslím, že je důležitý, že jsem pochopila princip, jakým se mám jako chovat a když to nedělám, vím, že je to špatně, ale nedokážu u toho, jak by to mělo být, setrvat. Vnějšek mě donutí k činnosti, záleží taky, jak se cítím, jsou dny, kdy vstanu v těch 9 a celý dopoledne pracuji, ale mnohem víc je dnů, kdy v 9 vstanu, nasnídám se a pak si zase lehnu. Ruším věci hodně, dokonce bych řekla, že často řeším, že moji přátelé vlastně chápou, že když jsem unavená, že nemám šanci to zvládnout, tu schůzku a kolikrát, když bych to i mohla zvládnout, tak proto že se necítím komfortně, tak to radši zruším.“* Všechny respondentky účel plánování chápou a vidí v něm významný benefit, který jim pomáhá k dobrému pocitu, že využily svůj čas kvalitně. Ale kvůli zhoršení vůle nejsou schopny se toho držet, když nemají podporu z vnějšku, i když by to dodržovat chtěly, protože léčebný efekt to mělo na každou z nich. Respondenty se shodují, že plánování zvýšilo soustředěnost na aktivitu, odpočinek, zájmy a změření se na stravování a pohyb.

## **Kategorie 7: Životní styl a psychohygienu**

Kategorie se zaměřuje na schopnost ovlivnit duševní onemocnění změnou životního stylu. To proto, že právě životní styl je v podstatě jedinou proměnnou, kterou můžeme sami ovlivnit. Právě zdravá strava, dostatek pohybu, dodržování psychohygieny, kvalitní spánek a techniky relaxace a všímavosti. Stejně jako nezdravá strava, obezita, užívání návykových látek a absence pohybu zvyšují pravděpodobnost vzniku nebo zhoršení projevů onemocnění a v tomto případě nejen toho duševního, ale i fyzického. Psychohygienu je důležitá pro udržení duševního zdraví v rovnováze – existuje řada technik, které lze využít pro různé typy relaxací, mindfulness, autogenní trénink, dechové techniky, meditace, jóga atd. Všechny respondentky se shodly, že životní styl dokáže významně podpořit duševní zdraví, ale pouze některé z nich jsou schopny se jím řídit a udržovat zásady psychohygieny.

### **Podkategorie 7 A: Životní styl v kontextu duševního onemocnění**

Respondentka 1 smýšlí o životním stylu jako důležité součásti udržení duševního zdraví, sama jej ale moc nedodržuje, v čemž se shoduje i s respondentkou 4, která má podobný názor. Respondentka 1 uvedla, že už jako malá se ráda věnovala pohybu, ale v dospělosti od toho upustila s narozením dětí a nástupem do práce. Stravu, jak sama říká, zatím řešit nedokáže, i když připouští, že ji dodržování tří jídel denně dávalo úplně jinou energii do života. „*Sportovala jsem odmalička hlavně gymnastiku, plavání, volejbal, zlomilo se to s příchodem dětí, přestal být čas. Práce, děti a vyšumělo to úplně do ztracena. Chodila jsem do sportovní školy. Proto sport, když se k němu dostanu, tak mi to dělá dobře, ale už ty výkony nejsou takový. Ale nedokážu se k tomu dokopat. Chtěla bych, ale neudělám ten krok, potřebovala bych někoho, kdo by chodil se mnou nebo mi to zařídil, možná tak bych chodila. S tou stravou je to horší, jsem se bohužel vrátila k tomu, že mám to jídlo jenom jednou denně, třeba ve tři ve čtyři odpoledne, tam to nějak nedokážu změnit. Dopoledne nemám chuť k jídlu, většinou začnu mít pak odpoledne pocit hladu, taková jako nutnost se najíst. Cítím, že oproti tomu, když jsem držela ty tři jídla denně, měla jsem víc energie, teď zase ta energie odchází.*“ Respondentka 2 se sportu věnuje stále, jde o karate, jemuž se věnuje už od dětství a momentálně je na soutěžní úrovni. Velmi ráda vaří a vymýšlí různé zdravé recepty, aby byla schopna si udržet stravu. Kromě toho dělá mnoho dalších činností, které jí dělají radost. *Díky stacionáři jsem se navrátila ke spoustě aktivitám, které jsem na dlouhou dobu zavrhla, zlepšily se mi jídelní návyky a starání se o sebe samu, dalo mi to naději v řešení dalších věcí. Mám karate třikrát do týdne, plavání jednou týdně, vycházení schodů/eskalátorů a běh jsou mé pravidelné činnosti.*“ Respondentka 3 považuje změnu životního stylu za zásadní během léčby duševního onemocnění. Už jen strava a pohyb, které člověku dávají lepší pocit ze sebe samého. Změna návyků a udržení režimu dne, který stojí alespoň na pár základních bodech, je alfou a omegou celé léčby, na které závisí další komponenty. „*Můj životní styl se měnil v průběhu několika let a to velmi zásadně. Trpěla jsem poruchou příjmu potravy a vyřazováním téměř většiny potravin ze svého jídelníčku, což stále trvá, ale částečně se snažím vracet do nějakého bodu rovnováhy. Jediný sport, který dělala, je tanec, občas nějaká jóga, pilates, či domácí posilovací cvičení, ale to mi vždycky vydrželo jenom chvíli, vyloženě dlouhodobou aktivitou byl pouze tanec, kterému jsem se věnovala asi 15 let.*“

Respondentka 4 uvedla, že jako malá sportovala hodně, důvodem bylo zapadnout do nějaké sociální skupiny. Ohledně aktivit ve stacionáři jí dal vzhled do zdravého životního stylu, hlavně v oblastech stravy, opravdu hodně. Díky pravidelnému plánování a zpětné vazbě zjistila, co a jak dělá špatně a v čem může vidět prospěch, snížit svou váhu a ulevit

tak zádům a kolenům, s jejichž silnými bolestmi se potýká a zhoršují kvalitu života. „*No v mládí jsem hodně sportovala a řekla bych že to jsem dělala, proto že jsem chtěla patřit do nějakého kolektivu a někam zapadnout a tam to nějaký pozitivní účinky mělo, ale vlastně jsem sportu zanechala, když jsem začala pracovat, nebyl čas, pak už jsem se k tomu nikdy nevrátila. Jóga je pro mě nutný zlo, chtěli po mně věci, který jsem nedokázala, ale snažila jsem se a pak mě všechno bolelo a spíš mě to pak rozhodilo akorát. Návyky ze stacionáře jsem si moc nevzala, ale ohledně té stravy hlavně nějaký věci. Já vždycky jakoby si říkám že budu zkoušet různé ty věci, ale pak zjistím že jako nejsem schopná se na to soustředit, nevím, jak bych to řekla, že prostě se mi rozletí myšlenky u všeho někam a řekla bych, že relaxuji prostě tak, že zírám do blba.*“ Všechny respondentky se shodly na přínosu udržování zdravotního stylu, ale jen částečně se jím sami řídí, respondentka 4 by ráda dělala sportovní aktivitu, ale zabraňují jí v tom zdravotní komplikace, snaží se řídit pravidly zdravé výživy, ale ne vždy jí to vychází i vzhledem k rodině, která je na nějaký způsob stravování už zvyklá. Naproti tomu respondentka 1 má problém s vůlí a rozhodováním začít, cvičení a veškerý pohyb ji baví, cítí se po něm dobře, ale pokud nepřichází podnět z vnějšku a rozhodnutí je čistě na ní, tak se tomu raději vyhýbá. Stravu také v podstatě neřeší, vzhledem k tomu, že má obvykle pouze 1 jídlo za den, tak záleží spíš na tom, aby do sebe dostala nějaké živiny. Respondentky 2 a 3 se snaží dodržovat v rámci možností zdravý životní styl, který zahrnuje změny ve stravě, pohybu, relaxaci atd.

### **Podkategorie 7 B: Psychohygienu v každodenním životě**

Respondentka 1 uvedla, že vyzkoušela Jacobsonovu svalovou relaxaci, na čemž se shodla s respondentkou 2 a 4, které ji též prováděly. Ohledně stacionáře ji více vyhovovala relaxace s poslechem, kterou občas aplikuje dodnes. „*Hm, asi bych řekla na rovinu, že relaxaci jedinou, kterou jsem dělala, je Jacobsonova svalová relaxace, tam vím, že mi to pomáhalo víc než tahle klidová relaxace, že bych to třeba střídala spíš. Jinak spíš ten poslech byl lepší, nedokázala jsem tu řízenou relaxaci prožít a ke konci jsem to flákala a ty věci jsem už nedělala. Doma občas na spaní si pustím nějakou relaxaci. To mi doporučila teď moje psychiatricka, ale občas, není to pravidlem. Nevím, jestli jsem lempl, ale nedokážu si ty činnosti zpravidelnit, protože mám pak pocit, že mě to strašně svazuje a nemůžu si dělat, co já chci.*“ Respondentka 2 také zkoušela svalovou relaxaci, ale relaxuje spíše aktivně a v rámci psychohygieny dělá zkrátka věci, které má ráda a naplňují ji, má ráda umělecké činnosti, vaření, sport, hudbu a práci na zahradě. Vyhovuje jí, když může relaxovat právě

svými oblíbenými aktivitami naproti klasické klidové nebo řízené relaxaci. *„Já se věnuji výtvarným činnostem, protažení/jóga a sport to miluji, také hudba, kterou ráda poslouchám. Mezi mé oblíbené aktivity řadím taky vaření a přípravu dobrého a hezky vypadajícího jídla. Mám ráda také práci na zahradě nebo balkoně a často chodím do přírody, kde čerpám energii. Pasivní relaxace mi tolik nevyhovuje.“*

Respondentka 3 si vyzkoušela autogenní trénink, řízenou relaxaci a klidovou relaxaci s poslechem, to jí víceméně vyhovovalo, ale sama jej neprovozuje. Relaxuje hlavně poslechem hudby nebo posloucháním podcastů. Velmi ráda také čte a utíká do jiných světů, to je často aktivitou, která jí pomáhá odpoutat se od svých problémů a být na chvíli „někým jiným“ a prožívat problémy knižních hrdinů. Sleduje řadu zařízení a zná celou řadu aplikací, které jí občas pomáhají, hlavně tak, že jí dodávají naději a energii bojovat s duševní nemocí a pocit, že na to není sama. Má velmi ráda zvířata a malé děti, které vnímá jako své nejbližší a nejlaskavější bytosti a vždycky jí pomůžou překonat černé myšlenky. *„Moje nejoblíbenější činnosti jsou čtení a hudba. Z toho čerpám asi nejvíc. Klidovou relaxaci moc neprovozuji, respektive občas právě při poslechu hudby, ale i přitom většinou dělám i nějakou další činnost, při čtení se ale můžu dostat do jiných světů, zažívat úplně jiné problémy, než jaké řeším ve svém osobním životě a to mi neskutečně pomáhá. Miluji také zvířata a děti, tak jakákoli činnost, se kterou jsou spojeny, je úžasná. Někdy zkouším tipy nebo rady z různých aplikací, jako je Nepanikař nebo nevypusť duši, dříve jsem chodila i na přednášky podobného typu. Asi nedokážu posoudit, jaký vliv to má na mé duševní zdraví, ale jsou to činnosti, bez kterých bych nedokázala žít.“* Respondentka 4 relaxační techniky moc nevyužívá, občas praktikuje dechové techniky nebo svalovou relaxaci, ale řízená relaxace ji spíše stresovala. Svalová relaxace jí pomáhala daleko více na uvolnění svalů, také si vyzkoušela autogenní trénink, ale ani ten již neprovozuje. Udrhuje si duševní zdraví hlavně díky hudbě, zpívá ve sboru, věnuje se kočkám, které má velmi ráda a v podstatě se její pozornost částečně přenesla ke kočkám v době, kdy už ji děti přestaly potřebovat. Občas si něco tvoří a věnuje se celé řadě kreativních činností. *„Ta pasivní já, když jsem sledovala, co mám dělat při ty aktivní relaxaci, tak jsem byla pořád v napětí, jestli to dělám správně a dýchám a ležím správně, jestli dávám pozor, tak jsem vlastně nebyla vůbec uvolněná. Jakobsonova ta mi nefunguje ani tak na relaxaci ale na uvolnění stresu spíš, že ji nepoužívám k tomu se zrelaxovat, ale uvolnit tlak při stresové situaci. Autogenní trénink jsem dělala občas, ale taky mi to nějak nevyhovuje, nedokážu se soustředit, něco dělat nějakým postupem, že já to jako neumím, tak mě to víc stresuje, že mi to pak nejde. Poslouchám taky*

*hudbu, zavřu oči, toulám se v myšlenkách a koukám do zdi. No, když se cítím moc špatně, využívám ty dechové techniky, odpoutání pozornosti, imaginaci, kočky a ten zpět, to mi dává energii částečně. Nejdůležitější význam pro mě měly vždy moje děti, ale teď už je to jako, že jsou obě dospělé, takže s tou starší jsme se už v podstatě odcizily.“*

Celkově se respondentky shodly na tom, že největší podíl na jejich duševním zdraví mají aktivity jako čtení, hudba, zvířata, kreativní a pohybové činnosti, které, dalo by se říct, spíš odpoutávají pozornost od svých pocitů a myšlenek. Naproti tomu klidová či řízená relaxace fungující na principu všímavosti, sledování dechu a používání smyslů jim tolik nevyhovuje právě z důvodu, že se nedokážou soustředit a zdá se jim stresující, když to nedělají „správně“ a místo, aby odpoutaly myšlenky od každodenního života, jsou spíš v napětí.

## 8.5 Vyhodnocení výzkumného šetření

**HVO: Jaký vliv mají vnější faktory na život jedince, který se potýká s překážkami způsobenými duševním onemocněním, čímž se snižuje kvalita jeho života?** Z výzkumu můžeme říct, že všichni respondenti, léčící se s duševním onemocněním, vnímají efekt podpůrných a aktivizačních metod, ale každý z nich vidí smysl a přínos v jiných aktivitách. Ohledně celkového přínosu docházení do denního stacionáře všem vyhovoval primárně režim a organizace aktivit. Někteří respondenti uvedli, že by aktivity jinak časově uspořádali, jiní by vypustili aktivity, které jim nebyly příjemné nebo při nich pociťovali nějaká omezení. Největším omezením je pro každého z nich navazování sociálních vztahů, spolupráce, komunikace a důvěra, jimž byli ve stacionáři každodenně vystaveni. Vnější negativním faktorem je také stigmatizace diagnóz duševních onemocnění ve společnosti a jejich stereotypní nálepkování vycházející z nevhodného prezentování duševních nemocí nebo neochota získávat pravdivé informace. Další formou je pak popírání existence duševních onemocnění či stigmatizaci některých zdravotníků, kteří pacienta vnímají jen jako diagnózu.

**VO 1: Jak stigma duševních onemocnění a oboru psychiatrie ovlivňuje socializaci jedinců?** (K4 B, K3 B) Z daných rozhovorů vychází, že stigma vnímají, ale většina z nich se díky pozitivním vztahům ve svém okolí nesetkala se situací, kdy by byli z důvodu duševního onemocnění nějakým způsobem stigmatizováni, což by mohlo negativně ovlivnit nejen sociální vtahy, ale i sebehodnocení jedinců. Zároveň jsou si ale vědomi, že osobám, se kterými si nejsou tolik blízcí, o svém duševním stavu neřekli, čímž jim ani nedali možnost se jakkoli k situaci vyjádřit. Velmi často se ale rodina nemocného cítí „onálepkována“ duševním onemocněním rodinného příslušníka, vzniká to primárně v situacích, kdy je rodina konfrontována a musí vysvětlovat a odpovídat na otázky týkající se jedince s duševním onemocněním.

**VO 2: Které faktory mají největší vliv na stabilitu v rodině a eliminaci vztahových problémů?** (K3, K3 A) Největší význam má pro jedince s duševním onemocněním podpora ze strany rodiny a pochopení. Pokud rodinní příslušníci nechápou nebo nevěří, že duševní onemocnění je vážné psychické onemocnění, končící nezřídka smrtí jedince, vznikají v rodině napjaté vztahy, konflikty, znevažování problémů jedince, což může vyvrcholit sociální izolací, ztrátou sebevědomí, sebehodnocení a sebe stigmatu. Respondenti, kteří se s

takovou situaci setkali, se považují za méněcenné, zbytečné a častěji vyhledávají akutní odbornou pomoc.

**VO 3: Jakým způsobem jsou režimová opatření, organizace, plánování času a aktivit prospěšná pro člověka s duševní nemocí?** Režimová opatření měla na všechny respondenty pozitivní vliv. Díky plánování měl jejich den smysl, cítili se potřební, produktivní a měli ze sebe radost. Stacionář jim pomohl s nastavením režimu, ve kterém měli pokračovat i mimo ve svém životě, nejprve o víkendech, poté samostatně po ukončení stacionáře. Kvůli nedostatku vůle většina z nich nedokázala dlouhodobě plánovat. Záviselo to i na aktuálním psychickém stavu a okolnostech. Ve výsledku jsou plánování a režim účinná metoda, jak ovlivnit duševní onemocnění a jsou základem pro celkovou léčbu a podporu. Dávají jedincům jak přehled a schopnost stanovit si úkol a splnit ho, tak možnost zažít pocit úspěchu, soustředit se pouze na dané aktivity a upozadit ostatní rušivé faktory.

**VO 4: Které oblasti života jsou nejvýrazněji zasaženy duševní nemocí, jejíž důsledky se promítají do fungování v životě?** (K4 A, K5 B) Z rozhovorů je patrné zasažení některých dimenzí kvality života více než jiných, u všech dotazovaných má onemocnění negativní dopady na socializaci, komunikaci, práci a školu, cestování/dopravu a vztahy v rodině. Pro fungování ve společnosti je podstatná komunikace při práci i ve škole, je spojena se setkáváním s lidmi a s vůlí a osobností jedince. Značné potíže způsobuje také cestování, za předpokladu agarofobie, sociální fobie atd., kdy jedinci nejsou schopni používat městskou hromadnou dopravu, což jim může značně narušit život. Vztahy v rodině jsou primárně u obtížných situací, zahrnující duševní onemocnění, výrazně nestabilní. Proto vzniká vysoké riziko jejich narušení, které vyvolává další duševní potíže. Současně všechny zasažené dimenze zneschopňují jedince způsobem, který omezuje pracovní proces, využívání dopravy, udržování sociálních kontaktů, komunikaci s okolím a zvládání úkolů i dodržování deadlinů. Dopady mohou vést k sociální izolaci, uzavření se, ke ztrátě motivace. V případě obsedantně kompulzivní poruchy jsou ovlivněny téměř všechny dimenze kvality života, stejně jako u generalizované úzkostné poruchy, deprese atd. Všechny zmíněné diagnózy jsou propojeny symptomy deficitu kognitivních funkcí a ztrátou kontroly nad svým životem.

**VO 5: Jakým způsobem může životní styl jedince ovlivňovat fyzické a duševní zdraví?** (K7, K7 A) Životní styl dokáže velmi významně ovlivnit kvalitu života, ale i duševní a somatické potíže, s čímž souhlasí všichni respondenti. Jen část je zároveň praktikuje i ve

svém životě. Všichni uvedli, že od dětství hodně sportovali, ale nyní respondentky, které již mají dospělé děti, od toho upustily kvůli nedostatku času při péči o rodinu. Bohužel se jim nepodařilo se k aktivitám vrátit, přestože téměř všem respondentkám vyhovují a pomáhají pohybové aktivity, věnuje se jim pravidelně pouze jedna z nich. Důvodem je nedostatečná motivace, vůle a schopnost rozhodování, která souvisí s tím, aby udělaly první krok. Mimo pohyb je důležitou součástí zdravého životního stylu i pestrá a zdravá strava. Ta má velmi dobrý vliv na vznik i průběh duševního onemocnění tak jako pohybová aktivita. Zdravé stravování většina dodržuje, jak jen je možné, bohužel do toho vstupují i okolní vlivy, např. rodina, psychický stav a chuť k jídlu. Se zdravým životním stylem souvisí rovněž psychohygienu zaměřující se na techniky relaxace a všímavosti.

**VO 6: Jaký vliv na léčbu a snahu jedince podílet se na cestě k uzdravení má jeho duševní onemocnění, jeho vznik a jím způsobené zneschopnění v některých aspektech života?** (K2 A, K2 B) Pro spolupráci a motivaci k léčbě je z rozhovorů patrný vliv samotného duševního onemocnění, jehož šíře zasahuje do mnoha oblastí života. U jedinců s afektivní poruchou je výrazně zhoršena motivace, vůle, schopnost rozhodování, vnímání, myšlení, jež umocňují příznaky typu rezignace, sociálního stažení a výčitek. Při úzkostných poruchách jsou ovlivněny adaptační mechanismy, jedinec je v neustálém napětí a obavách, má představy a předtuchy katastrofických scénářů, které mohou vyústit v nevycházení z domu a stranění se sociálnímu kontaktu. Jedinci, kteří mají zmíněné potíže, působí na okolí negativně a nepříjemně. Základem propuknutí onemocnění u jedinců byly buď narušené sociální vztahy, přehlčení aktivitami, úkoly, pracovní vytížení nebo traumatizující událost. Z výsledků rozhovoru je patrná přítomnost právě těchto hlavních činitelů, které způsobily propuknutí onemocnění a zároveň jsou stálým negativním faktorem, majícím vliv na jedince. Právě tyto narušené aspekty většinou souvisí s motivací k zotavení.

**VO 7: Jaké zásady psychohygieny jsou podstatné k udržení duševní stability a k eliminaci výkyvů zdravotního stavu?** (K7 B) V zásadě všichni využili nějaké formy relaxace, které zahrnovaly svalovou relaxaci, autogenní trénink, aktivní i pasivní relaxaci, imaginaci a techniky všímavosti. Výsledek rozhovorů ukázal, že prospěšná byla primárně svalová relaxace a pasivní relaxace. V denním stacionáři probíhala forma aktivní a pasivní relaxace, ta probíhala formou poslechu mluveného slova, naproti tomu aktivní relaxace byla vedena psychiatrickou a byla koncipována na základě konkrétních instrukcí, jejichž výsledky byly pro respondentky poměrně nízké, většina z nich byla ve stresu a napětí

způsobeném neschopností potřebné koncentrace a rizikem špatného provedení. Ve výsledku nejvíce prospěšné z hlediska psychohygieny byly aktivity spojené s poslechem hudby, knih či podcastů, se čtením a aktivitami se zvířaty. Duševní zdraví podporuje také příprava jídla, které je zdravé a dobře vypadá a práce na zahradě. Relaxační techniky jsou jistě účinnou metodou, ale v každodenním životě se podaří jen málokomu udržet jejich pravidelnost. Mnohem efektivnější jsou zkrátka aktivity, které člověku dělají radost, jsou pro něj smysluplné, dávají mu pocit, že je užitečný a zlepšují tak jeho duševní stav a pohled na svět.

### **Význam a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi**

Doporučením pro speciálně pedagogickou praxi je snaha o co nejkomplexnější podporu jedinců s duševním onemocněním zahrnující co nejsnazší zapojení do společnosti, pracovního a samostatného každodenního života. Speciální pedagogové, kteří působí na různých pracovních pozicích, by měli být schopni orientovat se v problematice duševních onemocnění, znát způsoby práce a komunikace s jedinci a terminologii, která je důležitá pro ucelený mezioborový přístup. Ve škole, kam dvě respondentky stále dochází, je podstatná podpora ze strany učitelů, poradenských zařízení a vedení školy, které může po doložení přítomnosti duševního onemocnění jedinci navrhnout individuální plán a podpůrná opatření, vztahující se k výuce, docházce a zkoušení. V případě dospělých je potřebná podpora pracovního začlenění, což zajišťují denní stacionáře, socioterapeutické skupiny, specifické terapie – především ergoterapie, peer job kluby, ale kromě toho řeší i trávení volného času a schopnost organizace a vyplnění dne aktivitami pro smysluplné využití času. Speciální pedagog by kromě toho mohl fungovat jako součást týmu v psychiatrických zařízeních, které poskytují komplexní podpůrné a aktivizační služby, napomáhající k rychlému zotavení a integraci. Jelikož řada jedinců, jak bylo z výzkumu zjištěno, neznala možnosti podpory a v krizové situaci nevěděla, kam se obrátit, je zásadní, aby jak speciální pedagogové, tak pracovníci v dalších odvětvích znali návazné služby a byli schopni doporučit komplex služeb, které mohou využít, čímž podporují současnou snahu přesunu ústavní péče do ambulantních a komunitních služeb. Právě síťování v mezioborové spolupráci je klíčové pro fungování celého systému pro podporu jedinců s duševním onemocněním. Ze speciálně pedagogických aktivit se jim nabízí arteterapie, muzikoterapie, zoo terapie, snoezelen, činnostní a pracovní terapie. Speciální pedagogika stojí na pomezí psychopatologie, sociální práce, psychologie a medicíny. Právě tento systém by měl fungovat jako provázaná síť služeb, která ve většině případů dokáže plně nahradit ústavní péči. Každá z odborností, které

se podílejí na zotavení, má specifické kompetence, které se prolínají a navazují na sebe – čímž je řečeno, že při narušení tohoto systému narážíme na to, že se celý systém služeb může rozpadnout. Závěrem bych doporučila, aby se dbalo na provázanost služeb, na informování jedinců s duševním onemocněním, na vysvětlení problematiky a zajištění podpůrných služeb. Důležitou součástí je také dostupnost informací týkajících se anamnézy a zdravotního stavu jedince pro všechny odborníky, kteří se na péči podílejí, protože pro jedince s duševním onemocněním je mnohdy obtížné neustále opakovat stejné informace, ze kterých postupně mnoho vypustí, zapomenou nebo pominou.

### **Limity výzkumu**

Hlavním limitem výzkumu je počet respondentů. Pokud by se do výzkumu zařadilo větší množství respondentů s rozmanitějšími duševními nemocemi, kde by bylo možné se zabývat jinými psychickými poruchami, např. psychotickými, pak by byl možný hlubší průnik do dané problematiky. Dalším limitem je podstata onemocnění a z ní vyplývající symptomy a potíže. Zmíním situaci, kdy jsou respondenti často velmi nestabilní a mnohdy mění své názory na základě aktuálního duševního rozpoložení. Proto jsem musela hledat náhradu za jedince, kteří mi zapojení do výzkumu potvrdili, později jej ale zrušili, posunuli nebo přestali reagovat. Při výběru respondentů jsem dbala i na názor lékařky z denního stacionáře, přičemž jsem se soustředila na jedince, kteří byli stabilizovaní natolik, aby jim poskytnutí rozhovoru pro můj výzkum nezhoršilo duševní stav. U jedné z respondentek jsem kvůli zhoršení duševního zdraví a nestability v názoru, zda se bude schopna zapojit do výzkumu, nakonec zvolila formu rozšířeného dotazníku, který byl uzpůsobený, aby byly zmíněny veškeré potřebné informace s možností zpětné vazby a doplňujících otázek v případě nedostatku informací. Limitem je také široké spektrum onemocnění a věkové rozmezí klientů. Při pokračování výzkumu by bylo vhodné se zaměřit na určitou věkovou skupinu osob, psychiatrickou diagnózu nebo jednu z oblastí, kterou zasahují negativní důsledky nejvýznamněji.

## Závěr

V diplomové práci jsem se věnovala dospělým jedincům s duševním onemocněním a snažila se objasnit, zda vnímají terapie poskytované v rámci léčebných a podpůrných služeb jako přínosné a jaký vliv na život jedince měly. Rovněž jsem se snažila proniknout do problematiky stigmatu a sociálních důsledků, vznikajících na podkladě duševní nemoci, které snižují kvalitu života a schopnost se zařadit do běžného života. Práce je složena z 8 kapitol, které se zabývaly: historickými mezníky ovlivňujícími pohled na člověka s duševní nemocí, začátky léčby duševních poruch, kategorizací duševních onemocnění a sociálními dopady, které znesnadňují život a staví překážky v kontaktu mezi nemocnými a majoritní společností. Další kapitoly se věnují multidisciplinárnímu přístupu k léčbě, podpůrnými terapeutickými a aktivizačními metodami, aspekty kvality života a zásadami zdravého životního stylu a psychohygieny. Cílem práce bylo zhodnotit faktory, které přispívají k zotavení a faktory, které mají na uzdravení vliv negativní a snižují kvalitu každodenního života. Dále zhodnocení systému podpory, týmové spolupráce a orientace ve službách. Dílčí cíl zjišťoval, jak jedinci subjektivně hodnotí aktivizační a terapeutické metody a služby v rámci pobytu v denním stacionáři. Jakým způsobem je to ovlivnilo a které aktivity byly z jejich pohledu přínosné a které nikoli. Jak se celkově staví k aktivitám stacionáře a zda by udělali nějaké změny. Pokusila jsem se také zjistit, zda vnímají přínos speciálně pedagogických metod v rámci terapie, mezi něž patří například umělecká a pracovní terapie.

Kvalitativní výzkum probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru, na jehož základě jsem podle zakotvené teorie zvolila metodu kódování, ze které jsem utvořila kategorie, v souladu s otázkami v rozhovoru a pro zjištění dostatku informací na zodpovězení cílů a výzkumných otázek. Výzkumný vzorek byl složen ze čtyř respondentů, věkově mezi 18–52 lety, kteří odpovídali kritériím, mezi něž patřila primárně schopnost se rozhovoru účastnit na základě stabilizace zdravotního stavu jedince, předchozí léčba na denním psychiatrickém stacionáři a alespoň jeden rok léčby od vzniku duševního onemocnění. Rozhovor byl veden ve třech případech osobně a v jednom písemnou formou z důvodu zhoršení duševního stavu respondentky, tak aby forma byla pro jedince co nejpříjemnější. Otázky byly kladeny s ohledem na jejich aktuální stav. Na základě rozhovorů jsem na výzkumné otázky získala odpovědi, které jsou v souladu jak s hlavním cílem, tak s ostatními dílčími cíli práce. Cíle byli zodpovězeni, respondenti uváděli, že největší problémy zaznamenávají v sociálních vztazích, komunikaci a spolupráci, ve studiu, při vykonávání práce, bydlení atd. Nejvýrazněji jsou ovlivněni situací, kdy jsou v rodině

narušené vztahy. Vliv stigmatizace duševních poruch, s níž se jedinec může setkat v jakémkoli prostředí, závisí na tom, jak moc jedinci na podpoře v daném prostředí záleží. Naproti tomu za podpůrné metody, vedoucí k zotavení, byly považovány aktivizační a terapeutické metody – primárně pohybové aktivity, umělecké a pracovní terapie, dodržování režimu dne a plánování, relaxační techniky, podpora ze strany rodiny, spokojenost ve vztazích, věnování se zájmovým aktivitám a zdravému životnímu stylu včetně úpravy stravy a každodenním návykům a pravidelnému provádění psychohygieny, sloužící k udržení a stabilitě duševního zdraví. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že duševní onemocnění postihuje jedince ve všech složkách existence a výrazně snižuje kvalitu života, primárně v oblasti sociálních vztahů, v níž dochází k rozpadu vztahů a sociální izolaci. Velice záleží na osobnosti jedince, na jeho subjektivním vnímání, jak danou situaci prožívá. V rámci studia či práce byla největším problémem samotná docházka, mimo to ale jedince odrazoval sociální kontakt a pozornost ke své osobě nebo zhoršené kognitivní funkce, které mohly mít vliv na výkon. Pro některé bylo navíc obtížné i zvládnout cestu do práce, přičemž hromadnou dopravou toho nebyly schopné. V otázce systému služeb se nikdo z respondentů z počátku nevyznal, nyní už jsou všichni rámcově obeznámeni s možnostmi podpory, které lze využít. Pohled na týmovou spolupráci byl vesměs podobný, kvůli současnému systému, který není provázaný, musí člověk procházet stále počáteční anamnézou a ve výsledku chybí informace, které by při spolupráci byly pro všechny odborníky dostupné a komplexní, čímž by byl celkový proces daleko efektivnější a pro jedince s duševním onemocněním snesitelnější.

## Seznam použitých informačních zdrojů

### Bibliografické zdroje

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

FINK, Paul Jay a Allan TASMAN. Stigma and mental illness. Washington, DC: American Psychiatric Press, c1992. ISBN 0880484055.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. Základy psychopatologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-815-4.

KOHOUTEK, Rudolf. Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.

KUČEROVÁ, Helena. Psychiatrické minimum. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.

MIŠOVIČ, Ján. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

MORICOVÁ, Anna. Deníček psychiatricky, aneb, Pro (d)uši neslyšíš. Praha: Cosmopolis, 2021. ISBN 978-80-271-3446-5.

NÝVLTOVÁ, Václava. Psychopatologie pro speciální pedagogy. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.

POLÁCH, Ladislav. Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance. Bílovice: SYMEDIS PRO, [2016]. ISBN 978-80-906230-0-2.

PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. Neuropsychologie v psychiatrii. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1460-4.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020455017.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2014.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ, ed. Terapie ve speciálně pedagogické péči. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

### **Internetové zdroje**

American psychiatric association. DSM – 5. [online]. ©2022 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>

ANTHONY, W.A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s., *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 2.5. 2022, 16, 11-23. [cit. 2022-07-01]. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Arteterapie. Česká arteterapeutická asociace [online]. ©2022 cit. [2022-06-24]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

BOČEK, Jan. Z nemocnic zpátky do života: Reforma psychiatrické péče naráží na nedostatek psychiatrů, peněz i bytů. In: IROZHLAS.cz [online]. Praha/Brno, ©1997-2022, 3. 1. 2022 [cit. 2022-06-02]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/reforma-psychiatricke-pece-psychiatrie-psychologie-psychoterapie\\_2201030500\\_jab](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/reforma-psychiatricke-pece-psychiatrie-psychologie-psychoterapie_2201030500_jab)

BOUČEK, Jiří. Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní. Psychiatriepropraxi.cz Olomouc: Solen medical education ©2001–2022, 31. 12. 2002 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/02/11.pdf>

Centrum duševního zdraví. Eset. Seznámení s ergoterapií. In: Produsevnizdravi.cz: [online]. Praha: ©2022, 11.5. 2020 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://www.produsevnizdravi.cz/psychoterapie/203-seznameni-s-ergoterapii>

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů. 2006, částka 37, číslo 108. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20220201>

Česká společnost pro duševní zdraví. Svěpomoc a destigmatizace [online]. Praha: Česká společnost pro duševní zdraví. ©2015 [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: <https://www.csdz.cz/svepomoc-a-destigmatizace/>

ČEŠKOVÁ, Eva. Léčba deprese s kognitivní dysfunkcí. Psychiatrie pro praxi [online]. 2017, 18(2), 60-63 [cit. 2022-07-01]. ISSN 12130508. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2017/02/03.pdf>

CORRIGAN, P. Stigma a stigmatizace. In: Narovinu.net [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2021 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

CORRIGAN, Patrick, BINK, Andrea. The Stigma of Mental Illness. In: scitechconnect.elsevier.com [online]. Chicago: 2016 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://scitechconnect.elsevier.com/wp-content/uploads/2015/09/The-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>

Duševní hygiena 6+1 zásad psychohygieny pro péči o duši. In: navybranou.cz [online]. ©2022, 30.6. 2020 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <http://navybranou.cz/psychohygiena/>

Festival NA HLAVU. Na rovinu [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, ©2021 [cit. 2022-06-24]. Dostupné z: <https://narovinu.net/festival-na-hlavu-2021/>

Fokus Praha. Pomozte nám měnit životy lidí s duševním onemocněním k lepšímu [online]. Praha: Fokus ČR, ©2016 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/>

Green doors. Café Na půl cesty [online]. Praha, ©1993–2022 [cit. 2022-07-02] Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/projekty/caffe-na-pul-cesty/>

Green doors. Zaměstnávejte člověka s duševním onemocněním [online]. Praha, ©1993–2022 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/homepage/>

GRIFFITHS, C., HINA, F., POLARD, L. and REID, I. Effectiveness of Online Mindfulness Training for People Experiencing Mental Illness. [online]. ©2022, Open Journal of Depression, 11, 15-29. [cit. 2022-07-02]. doi: 10.4236/ojd.2022.112002. Dostupné také z: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=117042>

HAMPLOVÁ, Ludmila. Dělníci reformy psychiatrie fungují, hůře je na tom spolupráce zdravotnictví a sociálních služeb. In: Zdravotnický deník.cz [online]. Praha: Media Network, 10.10.2021 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/10/delnici-reformy-psychiatrie-funguji-hure-je-na-tom-spoluprace-zdravotnictvi-a-socialnich-sluzeb/>

JARDIN KOCOUREK, Renata. PETRÁSKOVÁ, Tereza. Dopady pandemie COVID-19 na duševní zdraví dětí a jejich rodin. In: blog. My clinic [online]. 14.6.2021 [cit. 2022-06-22]. Dostupné z: <https://www.myclinic.cz/blog/dopady-pandemie-covid-19-na-dusevni-9>

KAMENSKÁ, Veronika. Napanikar.eu: Projekt NEPANIKAŘ [online]. Břeclav: © 2022 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://napanikar.eu/>

Kognitivní poškození u pacientů s depresivní poruchou. MeDitorial. Praha: proLékaře.cz, 3.7.2013. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/lecba-deprese/detail/kognitivni-poskozeni-u-pacientu-s-depresivni-poruchou-2072>

Komunity. Na rovinu [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, ©2021 [cit. 2022-06-24]. Dostupné z: <https://narovinu.net/komunity/>

Koncept Snoezelen-MSE. In: Snoezelen-mse.cz [online]. Ostrava: ©2020, [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://snoezelen-mse.cz/o-nas/>

KOSOVI, Jiřina. Deprese s úzkostí a poruchami spánku. Psychiatriepropraxi.cz Praha: Solen medical education ©2001–2022, 2006 [cit. 2022-06-21]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/06/06.pdf>

KŘÍŽOVÁ, Beatrix. Ergoterapie a terapeutická zahrada FN Brno. In: Fnbrno.cz [online]. Brno: ©2022, [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/ergoterapie-a-terapeuticka-zahrada-fn-brno/t5798>

Materiály. Na rovinu [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, ©2021 [cit. 2022-06-25]. Dostupné z: <https://narovinu.net/komunity/https://narovinu.net/materialy/>

MAUSSEN, Jana a kol. Shrnutí závěrečných zpráv expertních skupin pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR. In: Vlada.cz [online]. Praha: Úřad vlády České republiky [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/udrzitelny-rozvoj/projekt-OPZ/Kvalita-zivota---shrnuti.pdf>

Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 1221 – linka první psychické pomoci. In: Reforma psychiatrie.cz [online]. Praha: MZČR, ©2022, 1.10. 2020 [cit. 2022-06-26]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/1221-linka-prvni-psychicke-pomoci?term\\_id=97](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/1221-linka-prvni-psychicke-pomoci?term_id=97)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. In: Reforma psychiatrie.cz [online]. Praha: MZČR, ©2022. 7.2. 2022 [cit 2022-06-02]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Doporučený postup individuálního plánování. In: Reforma psychiatrie.cz [online]. Praha: MZČR, ©2022, 28. 1. 2021 [cit. 2022-06-26]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-individualni-planovani?term\\_id=134](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-individualni-planovani?term_id=134)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Informační příručka pro pracovníky v pomáhajících profesích. In: Reforma psychiatrie.cz [online]. Praha: MZČR, ©2020, 21.12. 2020 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/zakladni-principy-jednani-s-lidmi-s-dusevnim-onemocnenim-nejen-v-pripade-krize?term\\_id=47](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/zakladni-principy-jednani-s-lidmi-s-dusevnim-onemocnenim-nejen-v-pripade-krize?term_id=47)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Koncept kvality života. In: Reforma psychiatrie.cz [online]. Praha: MZČR, ©2022, 11.3. 2020 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota?term\\_id=66](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota?term_id=66)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Malý průvodce CDZ. In: mzcrcz [online]. Praha, ©2022 [2022-06-03]. Dostupné také z: [https://www.mzcrcz/wp-content/uploads/wepub/15623/38543/Maly\\_pruvodce\\_CDZ.pdf](https://www.mzcrcz/wp-content/uploads/wepub/15623/38543/Maly_pruvodce_CDZ.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. In: Reformapsychiatrie.cz [online]. Praha: Evropský sociální fond, ©2022, 5.3. 2021 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika\\_MT\\_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf)

MOHR, Pavel a kol. Kognitivní poruchy u deprese. Česká a Slovenská psychiatrie. Klecany: Národní ústav duševního zdraví 2015, 111(6), s. 283–289. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1053>

Na rovinu [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, ©2021 [cit. 2022-06-24]. Dostupné z: <https://narovinu.net>

Na rovinu. Národní ústav duševního zdraví. [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2021 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

Národní ústav duševního zdraví. Analýza zahraničních zkušeností. In: Vizdom.cz [online]. Klecany: Evropský sociální fond, ©2021 [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: [https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2018/10/zahranicni\\_situacni\\_analyza.pdf](https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2018/10/zahranicni_situacni_analyza.pdf)

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>

NAYAR, K Rajasekharan. Covid 19 and its health consequences. In: tandfonline.com [online]. London: Informa, ©2022, 27.5. 2020 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>

Nevypušť duši. Nebojíme se mluvit o duševním zdraví [online]. 2015, ©2022 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/>

PAPEŽOVÁ, Simona. Psychiatriepapezova.cz: Psychiatrická ambulance a Denní psychiatrický stacionář [online]. Praha [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepapezova.cz/>

PFEFFERBAUM, Betty. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. In: *nejm.org* [online]. Massachusetts Medical Society, ©2022, 383:510-512 6.8. 2020 ISSN: 1533-4406. Dostupné také z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2008017>

Praha: BORZOVÁ, Claudia. Léčba nespavosti u pacientů s depresí. *Remedia*. Kostelec nad Černými lesy: CZ Pharma, 2005, č. 6, s. 491-494. ISSN: ISSN 0862-8947 Dostupné také z: <http://www.remEDIA.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2005/6-2005/Lecba-nespavosti-u-pacientu-s-depresi/e-9n-9O-bi.magarticle.aspx>

PRAŠKO, Ján a kol. Fototerapie – léčba jasným světlem. In: *Medicína pro praxi*. Solen. Olomouc: 2011, 8(11), 472-477. ISSN 1803-5310. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/08.pdf>

Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Bohnice.cz*: Duševní nemoc a druh péče [online]. ©2022 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/lecba/>

RABOCH, Jiří. Životní styl a duševní poruchy. In: *Raboch.mzf.cz* [online]. ©2011 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <http://raboch.mzf.cz/aktuality/zivotni-styl-a-dusevni-poruchy>

Rada vlády pro duševní zdraví. Dopady krize způsobené koronavirem SARS-CoV-2 a duševního zdraví populace ČR. In: *mzcr.cz* [online]. ©2020, Poslední změna 10.6. 2022 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Dopady-krize-zp%C5%AFsoben%C3%A9-koronavirem-SARS-CoV-2-a-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-populace-%C4%8CR.pdf>

Rada vlády pro duševní zdraví. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. In: *mzcr.cz* [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, ©2022, 13.1 2020, poslední aktualizace 25.6. 2021 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

SLÁNSKÁ, Nataša. Jak to vypadalo ve středověkých špitálech: Málokdo z nich vyšel živý. In: *Dotyk.cz* [online]. 13.4.2022 [cit. 2022-07-06]. Dostupné z: <https://www.dotyk.cz/magazin/spitaly-stredovek-30000411.html>

Spánek a duševní zdraví: Na co má vliv a jak lépe spát? In: navybranou.cz [online]. ©2022, 30.6. 2020 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: [http://navybranou.cz/dusevni-zdravi/](http://navybranou.cz/dusevni-zdravi/spanek-a-dusevni-zdravi/)

ŠPOK, Dalibor. Manuál pro naši mysl: 2. Mějte plán. In: Psychologie.cz [online]. Mindlab, ©2010, 27.3. 2020 [cit. 2022-07-02]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/mejte-plan/>

SURÁ, Alexandra. Psychiatrie ve starověkém Římě. Sanquis: Časopis o umění, medicíně a zdravém životním stylu. Praha: Audabiac, 2008, č. 56, s. 55. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: <https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art12>

THORNICROFT, G. Stigma a stigmatizace. In: Narovinu.net [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2021 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

Včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2021 [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://vizdom.cz/projekt/#projekt>

Všeobecná zdravotní pojišťovna. Zvýšení dostupnosti psychosociální podpory [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna. © 2021 [cit. 2022-06-20]. Dostupné z: <https://dusevnizdravi.vzp.cz/informace-o-prispevku/>

Využití muzikoterapie. Muzikoterapeutická asociace České republiky – CZMTA [online] [cit. 13.06.2022]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/vyuziti-muzikoterapie>

Zooterapie – Když zvířata pomáhají. In: meyra.cz [online]. Praha: ©2015–2022, 25. 06. 2021 [cit. 2022-06-30]. Dostupné z: <https://www.meyra.cz/clanky/zooterapie-kdyz-zvirata-pomahaji.html>

Příběhy bláznovství: Medičky bojují proti stigmatizaci duševních nemocí. Student. In: em.muni.cz., [online]. Brno: Magazín M: Zprávy z MUNI, ©2005–2022, 10. 6. 2017 [cit. 2012-07-01]. Dostupné z: <https://www.em.muni.cz/student/9351-pribehy-blaznovstvi-medicky-bojuji-proti-stigmatizaci-dusevnich-nemoci>

## **Seznam příloh**

Příloha 1

Příloha 2

## **Příloha 1**

### **Otázky k rozhovoru**

Rozhovor – polostrukturovaný

- Věk:
- Pohlaví
- Vzdělání

Jak dlouho se již léčíte s duševním onemocněním a jak se u Vás projevíly první příznaky nemoci? Pamatujete si moment, kdy jste se rozhodla vyhledat odbornou pomoc, jaký?

Jak se orientujete v problematice duševních onemocnění? (Vzděláváte se v tomto směru nějak, např. přednášky, literatura?)

Setkal/a jste se zpočátku s nějakým problémem spojeným s tím, že jste se neorientovala v možnostech podpory? Mohl/a byste mi popsat, jakým způsobem jste postupovala při hledání odborné pomoci?

(Jaké vám byly zpočátku léčby od odborníků doporučeny další možnosti podpory?)

Jak reagoval/a rodina na diagnózu a léčbu duševního onemocnění? (Můžete mi popsat, jaký význam pro vás má podpora rodiny?)

Vzpomněl/a byste si na reakce okolí na vaše duševní onemocnění a vnímala jste, že to mělo vliv na vaše sebevědomí, léčbu a socializaci? Jaké? Existuje osoba, které jste se z nějakého důvodu nesvěřila a co bylo důvodem?

Setkal/a jste se během léčby s dalšími zdravotními potížemi (např. fyzickými), které mohly být důsledkem zhoršení kvality života, případně jakými?

Jak využíváte plánování a organizaci režimu dne ve svém životě?

Můžete mi zformulovat, v čem Vám plánování pomáhá a zda jste měl/a informace o “terapeutickém účinku” dodržování režimu dne během léčby?

Jaké metody podpory či terapie jste využil/a po diagnostikování duševního onemocnění? (umělecké, zooterapie, ergoterapie atd.)

Znáte, či jste využili některou z moderních možností podpory – bavíme se zde především o mobilních aplikacích typu Nevypusť duši, Nepanikař či telefonické linky krizové pomoci? Víte, jak fungují a v čem mohou být prospěšné v krizi?

Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti s ambulantní podporou v denním stacionáři či jiných ambulantních službách? Jak jste se o těchto možnostech dozvěděl/a?

Jaké aktivity jste v rámci podpory ve stacionáři nejvíce ocenil/a, případně je něco, co Vám zde naopak nevyhovovalo a změnil/a byste to?

Jak byste popsal/a přínos uměleckých a pracovních aktivit na Vaše duševní zdraví?

Pocítil/a jste nějaká omezení spojená se zhoršením kognitivních funkcí? Jaká?

Měl/a pro Vás význam psycho edukace v rámci programu?

Jak jste se cítil/a během skupinových terapií, měly pro Vás nějaký přínos, jaký?

Jak byste po absolvování stacionáře posoudil/a vliv docházení do stacionáře na Váš život, zda se udála nějaká pozitivní změna ve Vašem osobním životě?

Myslíte, že mělo využití podpůrných metod a aktivizace ve stacionáři nějaký vliv na resocializaci a pracovní uplatnění? Jaký?

Jak byste popsal/a benefity, které jste získal/a díky docházení do stacionáře a kdy jste poprvé viděl/a nějakou změnu vašeho zdravotního stavu během léčby?

Praktikujete zde získané návyky i mimo stacionář, případně které a jak?

Využíváte některé relaxační techniky, jaké?

Provozujete pravidelně nějakou fyzickou/sportovní aktivitu? Jakou, jak často?

Využíváte nějaké další techniky, terapie pro podporu svého duševního zdraví?

Máte i nějaké koníčky, díky kterým si udržujete duševní zdraví a jsou důležitou součástí Vašeho života?

Chtěl/a byste doplnit něco, k čemu jsme se nedostali a je důležité to zmínit?

## **Příloha 2**

### **Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas s poskytnutím údajů pro vypracování diplomové práce.

Důraz je kladen: na anonymitu a mlčenlivost ve vztahu k osobním údajům.

- Před začátkem mi byl sdělený účel a smysl výzkumu.
- Svým podpisem stvrzuji, že před začátkem diagnostiky se necítím nemocen/nemocna nebo pod vlivem látek působících na centrální nervovou soustavu.
- Prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů souhlasím se: zpracováním osobních údajů.
- Lucie Cimbálová se zavazuje nakládat s daty podle výše uvedeného.

Datum: 1.6. 2022

Podpis: Lucie Cimbálová

\_\_\_\_\_.

Podpis respondenta