

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Andrea Klikarová

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Problematika péče o duševní zdraví v ČR se zaměřením na osobní zkušenosti
uživatelů péče

Issue of mental health care in the Czech Republic with a focus on the personal
experience of the users

Bc. Andrea Klikarová

Vedoucí práce: Mgr. Klára Šimáčková Laurenčíková

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika péče o duševní zdraví v ČR se zaměřením na osobní zkušenosti uživatelů péče vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 16. dubna 2019

Andrea Klikarová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Kláře Šimáčkové Laurenčíkové za její odborné vedení, cenné rady, nápady a životní inspiraci. Dále bych ráda poděkovala respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu, za jejich cenné zkušenosti a životní optimismus.

ABSTRAKT

Ve své diplomové práci bych ráda seznámila čtenáře s problematikou péče o duševní zdraví v České republice. Zaměřím se na definici duševního zdraví, na klasifikaci duševních nemocí, a zároveň představím služby poskytované osobám s duševním onemocněním. Dále se budu zabývat systémem péče o duševní zdraví v ČR, kde se pokusím poukázat na největší pozitiva, ale i slabiny tohoto systému. Čtenář se také dozví o české legislativě spojené s touto problematikou. V neposlední řadě informuji o reformě psychiatrické péče, která v ČR probíhá již od roku 2013 – představím hlavní milníky, plán a strategii této reformy, a klady reformy demonstruji na konkrétních realizovaných krocích a projektech.

Ve výzkumné části se zaměřím na osobní zkušenosti uživatelů péče, kde pomocí rozhovorů dokážu čtenářům přiblížit největší úskalí péče o duševní zdraví z pohledu samotných uživatelů této péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

duševní zdraví, duševní onemocnění, systém psychiatrické péče, psychopatologie, reforma psychiatrické péče

ABSTRACT

In my diploma thesis I would like to introduce the readers to the issue of mental health care in the Czech Republic. I will focus on mental health definition, classification of mental illnesses, and also introduce services provided to people with mental illness. Furthermore, I will deal with the system of mental health care in the Czech Republic, where I will try to point out the greatest positives and also some negatives of this system. The reader will also learn about Czech legislation related to this issue. Finally, I will inform about the psychiatric care reform, which started in 2013 in the Czech Republic – I will mention the main milestones, plan and strategy of this reform, and the benefits of this reform will be demonstrated on particular steps and realized projects.

In the research section, I will focus on personal experience of care users, where thanks to the interviews, I can mediate the biggest mental health care problems from users point of view.

KEYWORDS

mental health, mental illness, psychiatric care system, psychopathology, psychiatric care reform

Obsah

1	Úvod	9
2	Duševní zdraví.....	10
2.1	Definice zdraví.....	10
2.2	Definice duševního zdraví	10
3	Duševní onemocnění	12
3.1	Definice duševního onemocnění.....	12
3.2	Historie duševních onemocnění.....	12
3.3	Etiologie duševních poruch.....	13
3.4	Stres jako spouštěč duševního onemocnění.....	14
3.4.1	Definice stresu	14
3.4.2	Stresová reakce	15
3.4.3	Důsledky působení stresu na organismus.....	15
3.4.4	Diagnostika a měření stresu.....	16
3.4.5	Syndrom vyhoření	17
3.5	Klasifikace duševních poruch	18
3.5.1	Organické a symptomatické duševní poruchy.....	18
3.5.2	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek 20	
3.5.3	Schizofrenie, schiziformní poruchy a poruchy s bludy	20
3.5.4	Poruchy nálady (afektivní poruchy)	21
3.5.5	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy ...	22
3.5.6	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	24
3.5.7	Poruchy osobnosti a chování dospělých.....	25

3.5.8	Poruchy v oblasti sexuality.....	26
3.5.9	Mentální retardace	26
3.5.10	Dětská a dorostová psychiatrie	26
3.6	Léčba duševních poruch	30
3.7	Duševní hygiena jako prevence duševního onemocnění	31
3.7.1	Definice duševní hygieny	31
4	System péče v ČR.....	32
4.1	Legislativa.....	32
4.1.1	Mezinárodní dokumenty závazné pro ČR	32
4.1.2	Národní dokumenty	33
4.2	Péče o osoby s duševním onemocněním v ČR	35
4.2.1	Současnost	35
4.3	Prevence.....	37
4.4	První pomoc – krizová intervence	37
5	Služby poskytované osobám s duševním onemocněním.....	39
6	Problémy v oblasti péče o duševní zdraví v ČR.....	41
7	Reforma psychiatrické péče v ČR	42
7.1	Základní principy reformy	42
7.2	Úspěchy reformy.....	43
7.3	Komparace s jinými evropskými zeměmi	44
7.3.1	Belgie.....	45
7.3.2	Dánsko	45
7.3.3	Itálie	46
7.3.4	Portugalsko	47
7.3.5	Řecko	47

7.3.6	Spojené království	47
7.3.7	Španělsko.....	47
8	Výzkum – osobní zkušenost uživatelů péče	49
8.1	Cíl výzkumu.....	49
8.2	Metodika výzkumu	49
8.3	Výběr respondentů a realizace výzkumu	50
8.4	Zpracování shromážděných údajů	50
8.4.1	Veronika, 23let (R1)	50
8.4.2	Magda, 30 let (R2).....	54
8.4.3	Lucie, 29 let (R3).....	57
8.4.4	Lucie, 25let (R4).....	60
8.4.5	Jakub, 34 let (R5)	65
8.5	Závěr výzkumu	71
9	Závěr.....	75
10	Seznam použitých informačních zdrojů	77
11	Seznam příloh.....	81

1 Úvod

Vzhledem k celosvětově rozšířenému problému zhoršení kvality života a celkově velkému zatížení společnosti, se v posledních letech do popředí dostává problematika duševního zdraví a péče o něj.

Světová zdravotnická organizace a další obdobné organizace se dlouhodobě snaží o zlepšení oblasti péče o duševní zdraví v celosvětovém měřítku. Sama Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a tudíž chápe duševní zdraví jako nedílnou součást celkového zdraví jedince.

Rizikové jsou domácnosti žijící na pokraji chudoby, lidé s chronickými zdravotními problémy, děti a mladiství vystaveni násilí a zneužívání, minoritní skupiny, staří lidé a další. A protože duševní zdraví jedince je důležité pro společnost, a pak celkové duševní zdraví společnosti ovlivňuje významně politiku, životní prostředí, trh práce a další životní standardy, je nesmírně důležité problematice duševního zdraví a duševních nemocí porozumět a umět tyto problémy řešit, a to nejen v současné době, kdy na světě trpí duševními poruchami asi 1,1 miliardy lidí.

Na tuto problematiku navazuji i svou diplomovou prací, která by měla sloužit v teoretické části k získání základních znalostí z oblasti duševního zdraví, duševní nemoci, stresu a jeho následků, klasifikace duševních poruch, jejich léčby a systému péče. V teoretické části také věnuji kapitolu tématu reformy psychiatrické péče v České republice, na kterou navazuji komparací s některými evropskými zeměmi, kde mohu poukázat na stav péče o duševní zdraví v širším kontextu Evropy.

V praktické – výzkumné části diplomové práce zkoumám zkušenosti uživatelů péče. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru, jelikož mi tato metoda poskytuje dostatek prostoru pro hlubší poznání problematiky péče o duševní zdraví z pohledu samotných účastníků procesu, a díky podrobnějším informacím mohu o problematice uvažovat v širších souvislostech.

Věnovat se hlubšímu poznání duševního zdraví je nejen obohacující zkušeností, ale zejména nutností proto, abychom dokázali problému narůstajícího počtu lidí potýkajících se s duševním onemocněním čelit a nastolit na poli legislativy a služeb vhodné podmínky.

2 Duševní zdraví

2.1 Definice zdraví

Definice zdraví existuje velké množství. Záleží tedy na tom, z jakého pohledu chceme na zdraví pohlížet.

„Plné zdraví můžeme chápat jako nepřítomnost nemoci – a podobně nemoc jako nepřítomnost plného zdraví.“ (Orel, 2014)

Zdraví z různých pohledů – z pohledu lékaře jako nepřítomnost nemoci, z pohledu sociologie je zdravý člověk ten, který dokáže dobře fungovat ve všech sociálních rolích, humanista bere zdravého člověka jako takového, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, idealista jako člověka, kterému je dobře tělesně, duševně, duchovně a sociálně. (Křivohlavý, 2009)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. (Křivohlavý, 2009)

2.2 Definice duševního zdraví

Duševní zdraví můžeme chápat jako nepřítomnost symptomů duševní nemoci, nerovnováhy a maladaptace. Duševní zdraví je komplexní problematika, která se dotýká několika vědních oborů – medicína, psychologie, pedagogika a dalších.

Psychické aspekty zdraví:

- Schopnost sladit vnější s vnitřní potřebou, vycházet od primárních životních potřeb a tyto umět rozlišit od sekundárních návyků
- Schopnost navázat kontakt s jiným člověkem, a sice bez idealizování, projektování nebo jiných skrytých obranných mechanismů
- Schopnost udržovat a vyjadřovat pocity a umět rozhodnout, kdy je na místě zdrženlivost nebo vyjádření pocitů
- Osvobození se od strachu, když nehrozí žádné nebezpečí
- Odvaha se zasadit o to, co považujeme za správné, i když existuje určité nebezpečí (Miňhová, a další, 2018)

Zdravá osobnost podle A. Maslowa:

- Dobré poznání skutečnosti, adekvátní vysvětlování událostí, odlišování skutečných poznatků do domněnek, rozlišování podstatného od druhořadého
- Kladné hodnocení sebe sama, druhých lidí a přírody
- Živé vnímání skutečnosti, emoční prožívání a reagování, schopnost prožívat velkou radost, „vrcholné“ okamžiky a stavy
- Dovednost a potřeba být sám, zamyslet se nad životem
- Samostatnost, relativní nezávislost na vnějších vlivech
- Altruismus, kladný vztah a přátelské vztahy k lidem, umění jim pomáhat
- Tolerance, snášenlivost, demokratičnost k odlišným názorům a způsobu života
- Tvořivost
- Daleké životní cíle, přijetí obecně lidských hodnot (Miňhová, a další, 2018)

3 Duševní onemocnění

3.1 Definice duševního onemocnění

Definovat duševní zdraví znamená definovat širokou skupinu duševních poruch s nejrůznějšími symptomy, které narušují myšlení, prožívání a sociální vztahy jedince v různém rozsahu a časovém horizontu. Na vzniku duševního onemocnění se podílí kombinace faktorů biologických, psychických a sociálních, a proto ani léčba není jednostranně zaměřená, ale zahrnuje multidisciplinární přístup. Vnímání duševního onemocnění je podmíněno společenskými normami dané země (lokace) v kombinaci s jejími kulturními podmínkami a časovým vymezením. (Hartl, a další, 2015)

Z údajů zveřejněných v roce 2018 trpí nebo v minulosti trpělo duševním onemocněním 15-20 % populace, což znamená každý 6. člověk. (Our world in data)

3.2 Historie duševních onemocnění

Stejně jako lidé s různými typy postižení, ani osoby s duševní poruchou nebyli ušetřeni fyzickým trestům, izolaci či krutému zabíjení. Společnost v minulosti používala nemalé množství „léčebných metod“, které měly člověka duševní poruchy zbavit. Zajímavé je, že tato muka se děla pouze duševně nemocným v Evropě, avšak arabské země byly v přístupu k těmto jedincům značně napřed, a tak vznikaly první útulky pro duševně choré již v 7. století. Místní lékař Ibn Sina (Avicenna) se věnoval léčbě duševně nemocných.

Za významné milníky v psychiatrii můžeme považovat například prohlášení profesora Johannese Weyera (1515-1588) o medicínských příčinách duševních poruch, dále vliv Sigmunda Freuda na pochopení, diagnostiku, klasifikaci a léčbu duševních poruch – své bádání zaměřil na nevědomé procesy, obranné mechanismy a možné příčiny duševních nemocí ukrytých v hloubi lidské psychiky. Posledním milníkem je zavedením psychofarmak do léčby duševně nemocných v 50. letech 20. století. Prvním takto použitým lékem byl v roce 1956 chlorpromazin, který byl použit k léčbě bludů a halucinací u pacientů trpících schizofrenií. (Orel, 2016)

První zmínka o duševních poruchách vyvstala se vznikem psychiatrie jako samostatného oboru na přelomu 18. a 19. století. Ve 20. století dochází k uvolnění diagnostického systému, které vyvrcholilo „antipsychiatrickým hnutím“. Se vznikem různých psychologických a

psychiatrických škol vznikaly i vlastní diagnostické systémy, což vedlo k tomu, že si odborníci přestali rozumět. Proto v roce 1893 vznikl první mezinárodní seznam nemocí a celkové nové pojmosloví. Duševní poruchy byly zahrnuty až v 5. revizi, která vyšla v roce 1938. Mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10 (v ČR platná od 2013) definuje duševní poruchu jako existenci klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkcí. (Miňhová, a další, 2018)

V současné době dle výzkumu Hannah Ritchie a Maxe Rosera z roku 2016 jsou celosvětová data o výskytu duševních poruch následující: celkové číslo osob potýkajících se s duševní poruchou je 1,1miliardy, z toho 16 % tvoří muži a 15 % ženy. Nejrozšířenější poruchou je úzkostná porucha. Celosvětové procentuální vyjádření jednotlivých duševních poruch je následující: deprese 4 %, úzkost 4 %, bipolární porucha 0,6 %, poruchy příjmu potravy 0,14 %, schizofrenie 0,3 % a další. Počty osob s duševním onemocněním celosvětově stoupá. (Our world in data)

3.3 Etiologie duševních poruch

Složitost etiologie duševních poruch plyne především ze samotné nejasnosti původu některých duševních poruch, ale proces znesnadňuje i vícefaktoriální původ duševních poruch.

Klasifikovat duševní poruchy můžeme dle kritéria doby vzniku na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi prenatální vlivy prekoncepční (před oplozením) řadíme například věk matky nebo nedostatek živin. Mezi prenatální vlivy postkoncepční (po oplození) patří působení škodlivin na vývoj plodu (vliv záření, stres matky, působení toxických látek). Perinatálními faktory, které se objevují během porodu, jsou zejména poškození způsobená mechanicky nebo z důvodu nedostatečného přívodu kyslíku do mozku dítěte). Na vzniku duševních poruch v postnatálním období se podílí zejména záněty mozku, mozkové nádory, metabolické poruchy apod. (Miňhová, a další, 2018)

Příčina vzniku duševních poruch se dále může dělit na příčiny způsobené endogenními a exogenními vlivy. Endogenní vlivy jsou ty, jejichž původ nemusí být zcela jasný, vznikají

přímo z popudu psychiky jedince. Exogenní porucha vzniká na základě evidentní příčiny – úraz, onemocnění nebo rentgenové záření. (Miňhová, a další, 2018)

3.4 Stres jako spouštěč duševního onemocnění

3.4.1 Definice stresu

„Stres je vrozená, přirozená a předem naprogramovaná reakce organismu na zátěž a změnu. Základní úlohou je především chránit organismus.“ (Orel, 2014)

Stres není jen lidskou výsadou, můžeme se s ní setkat i v živočišné říši. U člověka hovoříme o stresu tehdy, když se dostane do složité nekomfortní situace a tlak ho obklopuje ze všech stran. Tento tlak můžeme nazvat stresorem. Zjednodušeně se dá říct, že člověk je ve stresu, pokud je míra intenzity stresoru vyšší než schopnost/možnost člověka situaci zvládnout.

Mezi nejčastější stresory patří přetížení množstvím práce, časový stres, velká odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, nezaměstnanost, hluk, vztahy v rodině, nesvoboda, omezený prostor, apod. (Křivohlavý, 2009)

Stresová reakce má podobný průběh. Dříve byl přirozenou reakcí na stresovou situaci fyzický útek nebo boj, což jsou aktivity, při nichž tělo musí vykazovat intenzivní svalovou aktivitu. Tento jev přetrval dodnes, čili stres stále zůstává mocným aktivátorem svalové činnosti.

Příčinou stresu může být cokoli, třeba i běžné každodenní situace či drobné konflikty nebo nepříjemnosti. Stresové stimuly jsou všude kolem nás, ale jen někdo se nechá těmito stimuly ovlivnit natolik, že se u něj rozvine stresová reakce. Celá tato akce závisí na individuální frustrační toleranci jedince. Stresové stimuly dělíme na fyzické, psychické a sociální. Mezi fyzické stresory patří například bolest nebo neuspokojení základní lidských potřeb (hlad, žízeň, vyměšování). K psychickým stresorům můžeme zařadit strach, obavy, smutek nebo situace s požadavkem na výkon – maturita, pracovní pohovor apod. K sociálním stresorům řadíme například svatbu, narození potomka, rozvod nebo úmrtí partnera. V některých situacích může dojít k provázání více typů stresorů. (Orel, 2014)

3.4.2 Stresová reakce

Stresová reakce má 3 fáze – poplachovou reakci, fázi odolávání/odporu a fázi vyčerpání. Poplachová reakce aktivuje organismus s cílem mobilizace sebezáchovných mechanismů – tato fáze je pro celý organismus velmi energeticky náročná. Fáze odolávání přichází ve chvíli, kdy organismus už nějakou delší dobu stresoru odolává a dochází při ní k rozvoji specifických obranných mechanismů s přechodem organismu do nouzového režimu. Tato fáze je též doprovázena změnami chemických reakcí v těle. Ve fázi vyčerpání již tělo spotřebovalo veškeré rezervy na boj se stresem, a pokud toto nevyústí ve smrt nebo poškození organismu, vyvolá se další poplachová reakce, čímž se organismus dostává do bludného kruhu. (Orel, 2014)

Stres můžeme podle intenzity stresové reakce rozdělit na hyperstres (stres překračující hranice adaptability) nebo hypostres (stres nedosahující velké intenzity), a dále podle kvality stresové reakce na distres (negativně působící stres) a eustres (kladně působící stres). Zcela odlišným typem stresu je tzv. anticipační stres. Ten vzniká tehdy, když člověk očekává možný vznik zátěže či traumatické situace. (Miňhová, a další, 2018)

3.4.3 Důsledky působení stresu na organismus

Děje probíhající během stresové reakce tvoří složitý a komplexní systém s jediným cílem – minimalizovat zásah organismu a zajistit jeho přežití. Hlavní úlohu při řízení tělesné reakce na stresovou situaci zaujímá hypotalamus, který řídí vnitřní funkci organismu.

Stresor aktivuje sympatickou část vegetativního nervového systému a dření nadledvin. Nadledviny vyloučí do krevního řečiště katecholaminy (adrenalin a noradrenalin) během několika sekund, dochází k tzv. katecholaminové bouři. Katecholaminy v krvi pak způsobí zesílení stahů srdce a zvýšení rychlosti vedení vzruchu mezi buňkami, což vede ke zvýšení krevního tlaku. Působením adrenalinu dojde též k rozšíření průdušek a ke zvýšení frekvence dýchání. Díky katecholaminům dále dochází v játrech ke štěpení cukru a tukové tkáně – oba děje souvisí s rychlým nástupem energie do celého organismu.

Vliv stresu na fungování organismu je nepopíratelný, existuje tedy i úzký vztah působení stresu na vznik nejrůznějších onemocnění. Nejedná se však o přímý důsledek stresové zátěže, vždy musíme brát v úvahu komplexnost příčin různých onemocnění. Stres ovlivňuje kardiovaskulární systém (způsobuje arytmií, infarkt), trávicí soustavu (žaludeční vředy),

pohybovou soustavu (chronická bolest, svalové napětí), imunitní systém (alergie, kožní defekty, nádorové bujení), reprodukční soustavu (porucha ovulačního cyklu, porucha tvorby/funkce spermií). (Orel, 2014)

3.4.4 Diagnostika a měření stresu

Mezi fyziologické metody diagnostikování stresu patří zejména biochemické vyšetření (vyšší hladina katecholaminů v moči = stres). Co však nejvíce vypovídá o tom, zda je jedinec ve stresové situaci, je soubor fyziologických údajů o krevním tlaku, dýchání, galvanické kožní reakci, apod.

Psychologické metody diagnostikování stresu, které můžeme v praxi využít, jsou dále metoda zjišťování přítomnosti stresu pozorováním chování a symptomatologický přístup k diagnostikování stresového stavu.

Zjišťování těžkých životních událostí (Stressful life events – Holmes a Rahe 1967) je seznam životních těžkostí uspořádaných podle jejich obtížnosti (smrt manžela/manželky 100b, uvěznění 63b, drobné právní přestupky 11b).

Diagnostikování drobných každodenních starostí – dotazník HS (hassles scale), který byl ale kritizován pro nejednoznačnost otázek – vznikl tedy SRLE (Survey of recent life experiences)- Kohn a Macdonald 1992 – obsahuje dotazy na četnost stresových situací v životě člověka. ICSRLE (The inventory of college students recent life experiences (Brannon a Feist 1997) je postavený na podobném principu jako SRLE. (Křivohlavý, 2009)

V současné době také vyvíjí tým českých odborníků v čele s doc. MUDr. Julií Dobrovolnou, Ph.D. – vedoucí pracoviště Molekulární metabolismus a chronická onemocnění na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity v Brně – přístroj na měření míry stresové resilience u člověka. Již z historie víme, že lze míru stresu u člověka měřit na základě množství tepla, které člověk vyprodukuje do svého okolí. Tým doc. Dobrovolné však poukázal na zajímavou kombinaci tohoto faktoru s faktorem dalším – a tím je množství spotřebovaného kyslíku u člověka. Kombinace těchto dvou jevů nám může ukázat, jak je konkrétní člověk schopný se adaptovat vnějším podmínkám, a to i v případě zátěžových situací. Celý výzkum je nyní implementován především na odhad stresové odolnosti u osob s vysoce náročným povoláním (vojenská oblast), a dále v urgentní medicíně, kde

díky výsledkům měření odolnosti vůči stresu, může metoda následně pomoci určit návrh teplotní manipulace s pacientem tak, aby byly vytvořeny nejlepší podmínky pro jeho rekonvalescenci.

Doc. Dobrovolná dále zmiňuje, že se v populaci vyskytuje asi 10-15 % lidí, kteří jsou superodolní vůči psychosociálnímu stresu, ale dalších 40-50 % z těch zbývajících 85-90 % jsou lidé, u kterých v důsledku působení tohoto typu stresu může dojít k propuknutí některého ze závažných onemocnění.

Výzkum v této oblasti již probíhá, a výsledky lze očekávat do 2 let. (Aktuálně.cz, 2019)

3.4.5 Syndrom vyhoření

Kromě negativního působení stresu na tělesnou schránku člověka, má stres vliv právě i na duševní pochody. Nejčastějším stavem, který následuje po dlouhotrvající zátěži je syndrom vyhoření. Burn-out syndrom je stav psychického a fyzického vyčerpání, které nastane po dlouhotrvajícím stresu. Člověk, který se potýká se syndromem vyhoření, pociťuje neustálou přítomnost negativních emocionálních stavů (deprese, úzkost, vyčerpání), snižuje se jeho efektivita v práci (nutno dodat, že existuje celá řada povolání, která jsou psychicky náročnější, a tedy zde existuje vyšší riziko propuknutí syndromu – zdravotník, právník, učitel, pomáhající profese), chybí mu motivace a radost ze života. (Miňhová, a další, 2018)

Propuknutí syndromu vyhoření závisí na mnoha vnějších faktorech (kontext situace, nedostatečné zázemí v životě jedince, profese se specifickými stresory) a na vnitřních faktorech (osobnost člověka, zdravotní stav, způsoby a možnosti regenerace v různých životních situacích). Vnější faktory úzce souvisí s pracovním prostředím a rodinnou situací člověka. Vyšší riziko propuknutí syndromu mají lidé, kteří ve své profesi jednájí s lidmi na každodenní bázi, kteří jsou pracovně přetíženi, nemají dostatek kvalitního odpočinku, pracují často limitováni časovými termíny, nemají možnost kariérního růstu, potýkají se se špatnými vztahy na pracovišti apod. V rámci rodiny se člověk může cítit přehlížen, může se potýkat se špatnými finančními nebo bytovými podmínkami, s nemocí v rodině nebo se špatnými mezilidskými vztahy v rodině. Mezi vnitřní rizikové faktory patří přehnaná soutěživost, nepřiměřené sebehodnocení, nepravidelný denní biorytmus, snaha udělat si všechno sám, neschopnost zpomalit tempo, neschopnost pasivně nebo aktivně odpočívat, neschopnost říct ne, vysoké nároky na sebe apod.

Nejllepšími doporučeními, jak bojovat proti syndromu vyhoření je naučit se relaxovat, kvalitně spát, trávit smysluplně volný čas (příroda, sport, zájmy), dodržovat pracovní hodiny a dělat smysluplnou práci, která jedince naplňuje. (Miňhová, a další, 2018)

3.5 Klasifikace duševních poruch

Pro klasifikaci duševních poruch používáme Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10. Duševní poruchy spadají do kategorie F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování.

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90- F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

F99 – Neurčená duševní porucha (WHO, 2018)

3.5.1 Organické a symptomatické duševní poruchy

Jedná se o onemocnění, která jsou v přímé souvislosti s postižením mozku. Organická onemocnění – např. degenerativní poškození neuronů, patologické proteiny, odumření mozkové tkáně – jsou způsobena přímo patologickými procesy v mozku. Symptomatické duševní poruchy vznikají v průběhu postižení primárně jiné části těla, přičemž dochází druhotně k poškození mozku (např. při selhání jater dojde k zaplavení mozku toxickými látkami).

Organické a symptomatické duševní poruchy dále dělíme podle rychlosti nástupu (formy akutní - delirium nebo chronické - demence) a dle rozsahu poškození (poruchy generalizované - demence nebo izolované - halucinózy). (Orel, 2016)

Demence

Jedná se o pestrou skupinu duševních onemocnění vzniklých následkem organického poškození mozku, při kterých dochází k celkovému úpadku osobnosti jedince. Primárně je zasažena oblast kognitivních funkcí (poruchy paměti, myšlení), dále klesá celková výkonnost jedince, dochází k omezení či úplné ztrátě orientace (časové, prostorové,..). U onemocnění typu demence dochází k postupné progresi nemoci, která prohlubuje příznaky onemocnění, věk je tedy nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Postupně jedinec přestane zvládat i péči o sebe sama, kdy je dotyčný zcela odkázán na poskytovanou péči.

Mezi onemocnění tohoto typu patří Alzheimerova nemoc – až 50 % všech demencí, ischemicko-vaskulární demence, demence vznikající u pacientů s Pickovou nemocí, Huntingtonovou nemocí nebo Parkinsonovou chorobou, demence infekčního – bakteriálního (neurosyfilis) nebo virového (demence spojená s AIDS) původu. (Raboch, a další, 2012)

Deliria

Delirium je jednou z nejčastějších poruch psychického stavu a vzniká jako nespecifická odpověď na různé příčiny (reakce na organické poškození mozku, somatogenní faktory – onemocnění vnitřních orgánů, infekci, senzorickou deprivaci) – k nejčastějším příčinám patří metabolický rozvrat, intoxikace nebo traumata. Základními projevy deliria jsou poruchy vědomí a poruchy psychických funkcí (pozornosti, paměti, vnímání, myšlení, chování, emocí). Jedinec, který se potýká s deliriem má zpravidla narušenou časovou i prostorovou orientaci, obecně lze říci, že je narušený jeho kontakt s realitou. (Orel, 2016)

Další organické a symptomatické duševní poruchy

Do kategorie organických a symptomatických onemocnění mohou dále spadat nádory (dochází k ložiskovému poškození mozku), úrazy hlavy (důsledky komoce, kontuze nebo dilatace mozku), epilepsie, roztroušená skleróza nebo cévní mozková příhoda. (Orel, 2016)

3.5.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Do této kategorie řadíme poruchy vyvolané účinkem alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ a hypnotik, kokainu, stimulantů, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel, nebo jejich kombinace.

Uvedené látky mají jedno společné – působí nepříznivě na mozek a jeho funkce. Rizikem je v dnešní době snadný přístup k psychoaktivním látkám – hypnotika a sedativa nám dnes běžně předepíše lékař, organická rozpouštědla jsou přítomna v každé domácnosti. Tyto látky však lidé začali užívat k navození příjemných pocitů, uspokojení, pocitu slasti.

Nebezpečí psychoaktivních látek spočívá v jejich rychlé cestě od občasného užívání k syndromu závislosti. S tím je dále spojeno riziko rozvoje psychotických stavů (toxická psychóza), které jsou spojeny s halucinacemi, bludy, paranoiou nebo stihomamem. Dále dochází k poškození mozkových neuronů a psychických funkcí – zhoršení paměti, nástup demence, poruchy osobnosti a chování nebo afekty. (Orel, 2016)

3.5.3 Schizofrenie, schizoforní poruchy a poruchy s bludy

Tato skupina onemocnění patří k nejzávažnějším, jelikož poškozují několik psychických funkcí současně, a zároveň mohou být pro člověka invalidizující až smrtelná.

Schizofrenie

Jedná se o duševní onemocnění, které narušuje vnímání reality, myšlení, emoce, motivaci a chování. Průběh onemocnění je u každého pacienta jedinečný, lze však tvrdit, že čím dříve se dotyčný začne léčit, tím příznivější jsou jeho vyhlídky na budoucnost. Nástup nemoci bývá různý – nejčastěji u mužů mezi 16. a 25. rokem života, u žen mezi 22. a 34. rokem života, v dětství nebo po 40. roce života bývá nástup nemoci výjimečný. (Raboch, a další, 2012)

Existuje několik druhů schizofrenie – paranoidní (s dominujícími bludy a halucinacemi), hebefrenní schizofrenie (dezorganizované chování, negativismus, dětinské projevy), katatonní schizofrenie (extrémně zvýšená motorická aktivita, stereotypní pohyby), simplexní schizofrenie (oploštění emočních projevů, extrémní introvertnost, apatie), a další. (Orel, 2016)

Akutní a přechodné psychotické poruchy

Jedná se o poruchy, které se překrývají příznaky se schizofrenií, avšak mají krátký průběh (maximálně 1 měsíc) s náhlým začátkem. Mezi příznaky jasně dominují bludy a halucinace nebo emoční rozrušení. U těchto druhů psychotických poruch můžeme dohledat spouštěcí faktor – velká životní změna, zátěž, stresová situace nebo šok. (Orel, 2016)

Schizoafektivní porucha

Dochází ke kombinaci příznaků schizofrenie a patologických změn nálad s netypickým výskytem zmatenosti nebo deliria, s významným podílem dědičnosti. Oproti schizofrenii mají pacienti se schizoafektivní poruchou příznivější prognózu. (Orel, 2016)

Poruchy s bludy

Blud je chorobné a nezvratné přesvědčení dotyčného, které má vliv na jeho prožívání a chování. Bludy mohou být součástí jiné poruchy (typicky schizofrenie, delirium), ale mohou být dominantním znakem psychopatologického nálezu.

Erotomanická forma (chorobné přesvědčení, že se do dotyčného zamilovala nějaká osoba), žárlivecká forma (Othellův syndrom; přesvědčení o tom, že je partner nevěrný), megalomanická forma (chorobné přesvědčení o vlastní výjimečnosti), perzekuční forma (přesvědčení o nepřátelství nebo zneužívání dotyčného jinou osobou/institucí), hypochondrická forma (přesvědčení o vlastní nemoci nebo defektu), smíšená forma. (Orel, 2016)

Schizotypní porucha a jiné psychotické poruchy

Řadíme sem onemocnění zahrnující příznaky schizofrenie – kolísavá nálada, úzkost, hloubavost, uzavřenost, nemluvnost, vztahovačnost apod. Typickými znaky jsou nápadné až výstřední projevy chování, které neodpovídají situaci, a které nedosahují intenzity schizofrenie. (Orel, 2016)

3.5.4 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Patří mezi časté a závažné psychické poruchy, které zasahují kompletně všechny oblasti lidského bytí s projevy v chování a prožívání. Kromě psychických funkcí ovlivňují i tělesné funkce. Afektivní poruchy zasahují až pětinu populace. (Raboch, a další, 2012)

Mánie

Pro diagnózu mánie je typická patologicky nadměrně dobrá nálada, euforie a optimismus. K vzestupu nálady dochází nezávisle na okolních podmínkách. Člověk, který trpí mánií, je přehnaně optimistický, hýří energií a nápady, začíná nové projekty, je přátelský, otevřený, snadno a ve velkém navazuje vztahy, má tendence utrácet peníze. Veškeré projevy člověka s mánií jsou zrychlené, hlasité a budí pozornost. Pokles potřeby spánku, stejně tak vzestup sexuální apetence i chuti k jídlu a ztráta sociálních zábrán jsou dalšími typickými znaky.

Nebezpečí této diagnózy spočívá především v následcích, které nese nezodpovědnost a nedbalost v chování a projevech dotyčného. Často pak dochází k narušení sociálních vztahů, k materiálním ztrátám, nadužívání psychoaktivních látek apod. (Orel, 2016)

Deprese

Depresivní stavy můžeme charakterizovat chorobným smutkem se ztrátou zájmů, které trvají minimálně 2 týdny. Převládají pocity méněcennosti, provinění, bezvýchodnosti, které mohou přerůst v sebevražedné myšlenky.

U jedince s depresí dochází k celkovému útlumu, snížení chuti k jídlu a potřebě spánku. Deprese je často doprovázená též tělesnými obtížemi (zažívací obtíže, bolesti) – tzv. somatický syndrom. (Raboch, a další, 2012)

Bipolární porucha

Bipolární porucha spojuje fázi manickou a fázi depresivní, kde se tyto dvě substance střídají s různou intenzitou a vzájemným poměrem. (Orel, 2016)

Trvalé poruchy nálady

Jedná se o dlouhodobé obtíže v oblasti nálady jedince s možným začátkem již v dětství nebo adolescenci, které trvají déle než dva roky. Jedná se zejména o diagnózu cyklotymie a dystymie. (Orel, 2016)

3.5.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoforní poruchy

Společným znakem „neuróz“ je především úzkost spojená s tělesnými projevy. Za vznikem neuróz můžeme hledat vrozené dispozice, zátěžovou situaci nebo výchovné působení,

příčinu proto můžeme považovat za multifaktoriální, protože neexistuje jedna jediná konkrétní příčina tohoto onemocnění.

Z biologického hlediska lze poukázat na nadměrnou aktivaci sympatické části autonomního nervového systému u osob s touto diagnózou. Psychosociální teorie zase poukazuje na souvislost mezi rozvojem nemoci a předchozího prožitého traumatu, frustrace nebo stresové zátěže. (Orel, 2016)

Úzkostné poruchy

Jedná se o subjektivní pocit vlastního ohrožení nebo strachu bez zjevné příčiny. Může trvat od několika minut až po dny, stejně tak se může objevovat nárazově. Intenzita se pohybuje na široké škále od mírného neklidu až po stav naprosté paniky.

U úzkostných poruch se vždy objevuje stresová situace, která se projevuje tělesnými změnami – dechová frekvence stoupá, zvyšuje se produkce potu, objevují se trávicí obtíže a další.

Do této kategorie spadají i fobické poruchy. Fobie je velmi silný, avšak neopodstatněný strach, který jedince většinou velmi omezuje v prožívání a mění jeho chování. (Orel, 2016)

Obsedantně-kompulzivní porucha

OCD (obsessive-compulsive disorder) je porucha s typickými nutkavými myšlenkami (obsese) či nutkavým jednáním (kompulze). Kompulze mohou začít jednoduchými úkony, které se opakují, ale později se tyto úkony mohou seskupovat do činností (rituálů) – tyto rituály vyžadují opakovanou kontrolu ze strany dotyčného. (Orel, 2016)

Reakce na závažný stres, poruchy přizpůsobení

Reakce na závažný stres začíná ve chvíli, kdy se jedinec dostane do situace, která přesahuje frustrační toleranci dotyčného. Reakce se může objevit i u jedince, který netrpí žádnou duševní poruchou, ale zažil jen jednu větší zátěž – tady hovoříme o přechodné reakci, která odezní během několika hodin až dní. Obecně lze říci, že se jedná o maladaptivní reakci, protože jsou narušeny mechanismy úspěšného vyrovnání se se stresovou situací, a tím zhoršují fungování jedince ve společnosti. (Raboch, a další, 2012)

Velké procento jedinců s diagnózou F43 (reakce na závažný stres) tvoří případy posttraumatické stresové poruchy. Rozdíl mezi reakcí na závažný stres a posttraumatickou stresovou poruchou spočívá zejména v reakční době – u reakce na závažný stres se rozvoj poruchy dostaví během hodin po traumatu, ale u posttraumatické stresové poruchy se příznaky poruchy rozvíjí v řádu týdnů až měsíců po prožitém traumatu. (Orel, 2016)

Disociativní poruchy

Společným znakem disociativní poruchy je dezintegrace psychických nebo tělesných funkcí. Jedná se o narušenou integraci vzpomínek s vědomím vlastní identity a tělesných funkcí.

Somatoformní poruchy

Tato skupina poruch se projevuje především subjektivními tělesnými obtížemi, které ovšem nejsou potvrzené organickým nálezem.

Dalšími poruchami, které spadají do skupiny neurotických poruch, jsou například neurastenie (subjektivní pocit psychické/fyzické únavy) nebo depersonalizační a derealizační syndrom. (Orel, 2016)

3.5.6 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Skupina behaviorálních syndromů zahrnuje ty poruchy, které souvisí s patofyziologickým procesem; sem řadíme neorganické poruchy podmíněné psychosomatickými problémy. Mezi nejzávažnější patří poruchy příjmu potravy. (Svoboda, a další, 2006)

Poruchy příjmu potravy

Jedná se o poruchu tělesného schématu, kde kromě osobních postojů hraje roli například kultura dané země nebo celkový sociální kontext. Mezi nejčastější takové poruchy patří mentální anorexie (úmyslné snižování váhy odmítáním potravy a přehnaným cvičením), mentální bulimie (nekontrolovatelné záchvaty přejídání doplněné o následné záchvaty zvracení), přejídání spojené s jinými psychickými poruchami a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.

Neorganické poruchy spánku

Neorganická nepsavost neboli insomnie se projevuje obtížným usínáním, častým vstáváním v průběhu noci nebo předčasným probuzením, které dotyčný následně vnímá jako celkovou sníženou kvalitu spánku. Pokud tento problém trvá déle než měsíc a objevuje se aspoň třikrát do týdne, můžeme poruchu klasifikovat jako insomnii.

Do této kategorie dále můžeme zařadit neorganickou hypersomnii (zvýšená potřeba spánku v denní době), narkolepsii (náhlé nechtěné ataky spánku), spánkový apnoický syndrom (přerušované dýchání v průběhu spánku), syndrom neklidných nohou, poruchu cyklu bdění a spánku, somnambulismus (náměsíčnictví) nebo noční můru. (Orel, 2016)

3.5.7 Poruchy osobnosti a chování dospělých

Pacienti s poruchami osobnosti jsou různorodou skupinou, ve které nalézáme rozmanité klinické stavy a vzorce chování, které jsou neměnné a pro konkrétní osobnost typické. Pacienti s poruchou osobnosti mají specifické, charakteristické temperamentové a charakterové rysy, kterými se odlišují od většiny populace.

Etiologie poruch osobnosti je multifaktoriální, diagnóza je významně vázaná na biologické předpoklady (perinatální poškození, genetické vlivy apod.). Některé typy poruch osobnosti jsou prokazatelně vázány na poškození konkrétní části mozku. V dospělosti získané změny osobnosti mohou být též důsledkem dlouhodobého stresu či vystavování (opakované či dlouhodobé) extrémním traumatizujícím situacím. (Raboch, a další, 2012)

Specifické a smíšené poruchy osobnosti

Jedná se o celoživotní stavy, kdy jedincovy osobnostní rysy jsou extrémní, zakrnělé, nebo úplně chybí. U jedinců s těmito stavy dochází k narušení sociální interakce, kdy si zároveň sami svou poruchu neuvědomují.

Výčet konkrétních diagnóz spadajících do této kategorie je bohatý: paranoidní porucha osobnosti (extrémní podezřívavost vůči druhým), schizoidní porucha osobnosti (emoční oploštění, nezájem druhé), disociální porucha osobnosti (nerespektování pravidel společnosti), emočně nestabilní porucha osobnosti, histrionská porucha osobnosti (teatrální projevy osobnosti), anankastická porucha osobnosti (pocit nízké sebehodnoty), anxiózní porucha osobnosti, závislá porucha chování. (Orel, 2016)

Nutkavé a impulzivní poruchy

Společným znakem je opakované nutkání k činnostem doprovázené napětím dotyčného. Pokud jedinec vykoná činnost, ke které je vnitřně puzen, dojde ke vzrušení a celkovému uspokojení. Mezi takové diagnózy patří patologické hráčství – gambling, patologické zakládání požárů – pyromanie, patologické kradení – kleptomanie, trichotillomanie (vytrhávání vlastních vlasů nebo chlupů). (Orel, 2016)

3.5.8 Poruchy v oblasti sexuality

Lidská sexualita má komplexní charakter – obsahuje totiž složku biologickou (tělesnou), psychickou (duševní), ale i vztahovou (sociální).

Do této skupiny můžeme zahrnout problematiku sexuální orientaci (preferenci pohlaví sexuálního partnera), dále sexuální dysfunkce – které nemají povahu organické poruchy nebo nemoci (ztráta sexuální touhy, odpor k sexu, hypersexualita), dále poruchy pohlavní identity (transsexualismus, transvestitismus), poruchy sexuální preference (fetišismus, pedofilie, sadomasochismus, voyerismus), poruchy pohlavního vývoje a orientace (porucha sexuálního vyzrávání, porucha sexuálních vztahů). (Orel, 2016)

3.5.9 Mentální retardace

Mentální retardace (nedostatečný vývoj rozumových schopností) má různé příčiny a je vrozená nebo vzniká v raném věku (do 2 let věku). Příčinami mohou být chromozomální odchylky (Downův syndrom), metabolické poruchy nebo toxické poškození. Svou roli při vzniku hrají i sociokulturní vlivy. (Orel, 2016)

3.5.10 Dětská a dorostová psychiatrie

V současné době se dětské psychiatrické poruchy dle MKN-10 dělí na 2 skupiny – Poruchy psychického vývoje (F8) a Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F9). Kromě těchto poruch se objevují i další psychiatrická onemocnění, která nemají kritéria pro dětský věk, a proto se porovnávají s výskytem v dospělém věku. Jedná se především o diagnózy schizofrenie, afektivní poruchy, poruchy příjmu potravy a poruchy spánku. Při stanovování diagnózy je ale zapotřebí vzít v potaz i další okolnosti jako např. kulturní a rodinné zázemí, typ výchovy a osobnost rodičů, jazykové bariéry, vzdělání apod.

Neopominutelnou součástí diagnostiky musí být odborníková znalost specifík vývojových stádií u dětí.

Diagnostická činnost si klade za cíl určení stupně vývoje, zjištění příčin odchýlného vývoje od věkové normy, zjištění individuálních zvláštností osobnosti, zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů, prognóza a predikce.

Mezi diagnostické metody klinické patří pozorování, rozhovor, anamnéza a analýza spontánních produktů. Mezi testové metody diagnostiky patří vývojová diagnostika, testy inteligence, testy speciálních schopností, neuropsychologické metody, projektivní metody, kresebné metody, dotazníky, objektivní testy osobnosti a posuzovací škály.

Mezi základní skupiny Poruch psychického vývoje řadíme specifické vývojové poruchy (specifické vývojové poruchy řeči a jazyka – artikulace, exprese, recepce, afázie; specifické vývojové poruchy školních dovedností – čtení, psaní, počítání; specifická vývojová porucha motorických funkcí a pervazivní vývojové poruchy (poruchy autistického spektra – dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, hyperaktivní poruchy, Aspergerův syndrom.

Další skupinou jsou Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (hyperkinetická porucha, poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy).

Ke specifickým psychopatologie dětského věku patří syndrom CAN, tedy syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte. Dítě trpící syndromem CAN celkově neprospívá, mívá problémy s chováním nebo v navazování sociálního kontaktu, neurotické projevy. (Raboach, a další, 2012)

Poruchy psychického vývoje

Mezi specifické vývojové poruchy spadají ty poruchy, které narušují řeč nebo jazyk (specifická porucha artikulace řeči, expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči, získaná afázie s epilepsií), školní dovednosti (specifická porucha čtení, specifická porucha psaní, specifická porucha počítání) a motorické funkce.

Do skupiny pervazivních vývojových poruch patří skupina PAS (poruchy autistického spektra), která se projevuje v narušené sociální interakci. Mezi poruchy PAS patří Dětský autismus, Atypický autismus, Rettův syndrom, Jiná dezintegrační porucha v dětství,

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby a Aspergerův syndrom. (Svoboda, a další, 2015)

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

Do této kategorie poruch spadají Hyperkinetické poruchy, Poruchy chování, Smíšené poruchy chování a emocí, Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (Elektivní mutismus), Tikavé poruchy, Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci (poruchy příjmu jídla v útlém dětském věku, koktavost, breptavost). (Raboch, a další, 2012)

Schizofrenie v dětství a adolescenci (F20)

Mezi 10. a 25. rokem života člověka vznikne až 70 % schizofrenií. U dětí této diagnóze předchází specifické příznaky, jako např. nadměrná hloubavost, pokles zájmů a soustředění, depresivní ladění, pocity lhostejnosti, dále emotivní změny nebo poruchy vnímání.

Léčba schizofrenie u dětí spočívá, stejně jako u dospělého, v komplexní terapii, která zahrnuje farmakoterapii (specifická je v tom, že dětské pacienty se schizofrenií mohou užívat pouze schválená antipsychotika 2. generace), psychoterapii a nácvik sociálních dovedností. (Raboch, a další, 2012)

Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících (F50)

Jde o 3. nejčastější psychiatrické onemocnění v období dospívání, věk propuknutí obtíží se neustále snižuje – děti do 12 let tvoří až 5 % pacientů.

Výzkumy v českém prostředí prokázaly, že 35 % dívek a 13 % chlapců věku 13 let není spokojeno se svým tělem, z toho 40 % z nich se záměrně omezuje v jídle a 4 % záměrně zvrací.

Léčba spočívá v komplexní terapii, především s použitím kognitivně-behaviorální terapie. Úspěch léčby je však závislý na motivaci pacienta. (Raboch, a další, 2012)

Právní normy v dětské psychiatrii

Práva dětí s psychiatrickou diagnózou zajišťují dokumenty různé právní síly – k nejdůležitějším z nich patří Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte. Dále sem patří zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách

jejich poskytování, zákon č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, zákon č. 94/1963 Sb., o rodině. (Svoboda, a další, 2015)

Následky traumat u dětí

Některé děti se v průběhu dětství setkají s událostmi, které mají povahu traumatu, a musí se s nimi vyrovnávat. Takové trauma může být buď jednorázové povahy, nebo dlouhodobější povahy, přičemž v obou případech mohou vznikat závažné důsledky vyvolávající deprivaci, úzkosti a další známky posttraumatu. Vyhrocené situace dlouhodobější povahy generují děti ohrožené prostředím, ať už se jedná o děti týrané, fyzicky či psychicky, nebo zanedbávané. Následky těchto událostí závisí na řadě faktorů – na povaze události (to jak ji dítě vnímá a hodnotí, délka trvání události, míra ohrožení dítěte), na věku a vývojové úrovni dítěte (týká se temperamentu a osobnosti dítěte, jeho sociálních dovedností apod.), a na sociální opoře v rodině a okolí (pocit ocenění, lásky, důvěry). (Svoboda, a další, 2015)

Následky traumat jsou pak buď krátkodobé, nebo dlouhodobé. Jako normální reakci dítěte můžeme zachytit krátkodobé poruchy spánku, zvýšenou závislost na rodině, mírný vývojový regres či nezáměr o oblíbené činnosti. Při dostatečné opoře obvykle dítě tyto projevy překoná. Může však dojít k rozvoji posttraumatické poruchy, která má za následek celkový útlum dítěte, ztrátu sebekontroly nebo paniku, dále opakované prožívání traumatu ve snech, snahu vyhýbat se podobným situacím jako jsou ty, které samotné trauma vyvolaly. Pro odstranění posttraumatické poruchy je potřeba cílená a komplexní léčba, terapie a především dostatečná opora rodiny a blízkého okolí. (Svoboda, a další, 2015)

Děti ohrožené prostředím

Špatné zacházení s dítětem v rodině i mimo ni má mnoho forem. Bohužel velmi často dochází k výskytu současně několika forem nebo plynule přechází jedna forma do jiné, a děti takto ohrožené zůstávají nezachyceny.

Mezi nejčastější formy zneužívání dětí patří zneužití dospívajícího dítěte vrstevníkem (40-60 % případů), dále opakované zneužívání v rodině (10-16 %), z toho zneužívání dítěte po dobu delší než 2 roky (7-15 %). Trvalé následky v případě kontaktního zneužití uvádí téměř 70 % nyní dospělých, v dětství zneužívaných.

Mezi rizikové faktory v situacích dětí ohrožených prostředím patří: psychopatologie rodičů samých, zneužívání návykových látek ze strany rodičů, neadekvátní očekávání rodičů, negativní zážitky rodičů z jejich vlastního dětství, nízký věk rodičů, manželské konflikty, nechtěné těhotenství, domácí násilí, postižení dítěte, sociální izolace rodiny, separace rodičů a dítěte a další. (Svoboda, a další, 2015)

3.6 Léčba duševních poruch

V oblasti léčby duševních poruch víme, že je nezbytné postupovat podle nejnovějších poznatků, dodržujeme proto postup *lege artis*, čili v souladu s medicínskými poznatky. Doporučené postupy léčby odpovídají světovým standardům a pro ČR byly zpracovány Psychiatrickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Nedílnou součástí léčby je informovanost pacienta o povaze onemocnění, jejich příznacích, možných důsledcích a způsobech léčby. Cílem léčby je pak nejen řešení momentálního problému, nýbrž i prevence relapsu a recidivy. (Orel, 2016)

Moderní přístup k léčbě duševních poruch udává trend biologického způsobu léčby duševních poruch. Biologická léčba je zaměřená především na oblast mozku a na jeho procesy, ovlivňuje však i neurony a receptory. Nejběžnější forma biologické léčby je farmakoterapie. Jedná se o nejčastěji používanou metodu léčby psychických poruch, která je založená na optimalizaci psychického stavu pomocí chemických látek.

Psychofarmaka dělíme na antidepresiva (léčí depresivní nálady), thymoprolaktika (léčí maniodepresivní epizody), antipsychotika (léčí psychotické projevy), anxiolytika a hypnotika (léčí úzkost, zklidňují), neuroprotektiva (ochrana před poškozením neuronů), psychostimulancia (léčí narkolepsii).

Do skupiny nefarmakologické biologické léčby řadíme elektrokonvulzi (elektrošoková terapie), fototerapii (léčba světlem), transkraniální magnetickou stimulaci, stimulacei bloudivého nervu, fototerapii (léčba pomocí rostlinných složek), akupunkturu a terapii pohybem.

Psychologická léčba je nedílnou součástí celkového léčebného postupu u pacientů, běžně ji nazýváme psychoterapií. Hojně je v současné době využívána kognitivně-behaviorální terapie, dále sem řadíme psychoanalýzu, analytickou psychoterapii, dynamickou

psychoterapii, logoterapii, transakční analýzu, rodinnou terapii, daseinanalýzu, muzikoterapii nebo arteterapii.

Součástí celkové léčby pacienta je i sociální terapie, jejímž cílem je práce s klientem na takové úrovni, aby byl schopen zůstat nebo být zpětně začleněn do původního a přirozeného prostředí a umožnit mu co největší samostatnost. V rámci sociální terapie může klient docházet do socioterapeutických klubů nebo může být součástí svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných. (Svoboda, a další, 2006)

3.7 Duševní hygiena jako prevence duševního onemocnění

3.7.1 Definice duševní hygieny

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (Míček, 1984)

Duševní hygiena je nauka o tom, jak chránit své duševní zdraví a zvyšovat odolnost vůči negativním jevům. Jedná se o soubor opatření vedoucích k prevenci propuknutí psychického onemocnění. (Míček, 1984)

Duševní hygiena je boj proti výskytu duševního onemocnění. Předpokladem je znalost sebe sama, jak reaguji v určitých situacích, jak velkou mám míru frustrační tolerance vůči nenadálým životním situacím. Celkové sebepoznání a sebereflexe je nezbytným předpokladem pro práci se sebou samým v rámci konání duševní hygieny.

Do aktivit duševní hygieny můžeme zahrnout správnou životosprávu, time management, relaxaci, spánek, kvalitní sociální vztahy apod. (Křivohlavý, 2009)

Spánkem tráví každý člověk přibližně třetinu svého života. Je to aktivita, při níž dochází k regeneraci mozku, paměti, doplnění energetických zásob těla, důležitý pro imunitní, endokrinní systém a autonomní řízení těla. Epidemiologické studie naznačují, že s nedostatkem (kvalitního) spánku se váže vyšší riziko propuknutí kardiovaskulárních chorob a dalších onemocnění, mezi nimi i duševní onemocnění. (Raboch, a další, 2012)

4 Systém péče v ČR

4.1 Legislativa

V této kapitole upozorňuji na důležité národní i mezinárodně závazné dokumenty pro ČR týkající se péče o osoby s duševním onemocněním.

Podle dat projektu Světové zdravotnické organizace „Mental Health Atlas 2017“ má ze členských států programu Comprehensive Mental health action plan 2013-2020 72 % států vládní program na podporu problematiky duševního zdraví, a pouze 57 % států má samostatný zákon o duševním zdraví. (WHO, 2017)

4.1.1 Mezinárodní dokumenty závazné pro ČR

Rada Evropy sjednala v roce 1950 *Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod* (zkráceně *Evropská úmluva o lidských právech*) a se zřetelem na *Všeobecnou deklaraci lidských práv* přijatou v roce 1948 Valným shromážděním OSN zavazuje zapojené státy k povinnosti respektovat lidská práva, dodržovat právo na život, zákaz mučení, zákaz otroctví a nucených prací, právo na svobodu, na spravedlivé řízení, svobodu projevu, svobodu shromažďování, právo uzavřít manželství a k zákazu diskriminace. Úmluva byla v tehdejší Československu ratifikována v roce 1992 a publikována pod č.209/1992. (Evropský soud pro lidská práva)

V roce 1989 přijalo Valné shromáždění OSN *Úmluvu o právech dítěte*, která zavazuje stát k poskytnutí pomoci rodičům se zabezpečením životních podmínek dítěte, k zajištění bezplatného vzdělání, k zajištění odpovídající péče matce před porodem. Dále Úmluva definuje právo dítěte na život, na jméno, na ochranu soukromí, ochranu před násilím, na výhody sociálního zabezpečení, na vzdělání, na používání vlastního jazyka, a pro děti s duševním nebo tělesným postižením právo prožít plný a řádný život. Tehdejší Československo Úmluvu ratifikovalo v roce 1991. (OSN, 2015)

V roce 1991 vydalo OSN dokument *Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care)*, kde se zavazuje zlepšit péči o duševně nemocné, kdy má pacient právo na dostupnou péči o duševní zdraví, právo na ochranu před ekonomickým, sexuálním či jiným vykořisťováním,

ponižující léčbou, dále je zde definován zákaz diskriminace a právo na život v komunitě. (WHO, 2004)

V roce 2006 přijalo Valné shromáždění OSN *Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením*, v ČR byla Úmluva přijata v roce 2007. Podpisem této úmluvy se ČR zavázala k dodržování lidských práv a svobod osob se zdravotním postižením, podpoře jejich nezávislosti, rovnoprávnosti a jejich aktivnímu zapojení do života společnosti. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016)

4.1.2 Národní dokumenty

Roku 1992 vešla v ČR v platnost *Listina základních práv a svobod*, kde se definuje právo na život, na vzdělání, na svobodnou volbu povolání, právo na zachování lidské důstojnosti, nedotknutelnosti osoby, dále je zde definován zákaz mučení, trestu smrti a ponižujícího zacházení, právo osoby se zdravotním postižením na zvýšenou ochranu zdraví při práci a zvláštní pracovní podmínky. (Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 1992)

Národní strategie ochrany práv dětí – „Právo na dětství“ - navazuje na Úmluvu o ochraně práv dětí, schválila vláda ČR v roce 2012 a zavázala se tím, že do konce roku 2018 vytvoří funkční systém zajišťující ochranu práv dětí a naplňování jejich potřeb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013)

Koncepci prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR 2020 schválila vláda ČR v roce 2013, čímž poukazuje na potřebu komplexního řešení této problematiky, přičemž problematiku bezdomovectví vnímá jako slabinu současného systému. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018)

V roce 2013 schválila vláda ČR *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017*, který je výstupem Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, který byl v roce 2012 vyhlášen Evropským parlamentem a Radou na návrh Evropské komise. Akční plán navazuje na Národní program přípravy pro stárnutí na období let 2008-2012, Národní program přípravy pro stárnutí na období let 2003-2007 a na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, 2002). Dokument zavazuje stát k zajištění ochrany lidských práv starších osob, ochranu před diskriminací, týráním a zneužíváním, k vytvoření funkčního systému dalšího vzdělávání, k podpoře zapojení seniorů

do dobrovolnické činnosti, k motivaci k odkladu odchodu do důchodu. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013)

V roce 2014 Vláda ČR odsouhlasila *Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí - Akční plán 3: Duševní zdraví*, kterým se primárně zavazuje ke zlepšení zdravotního stavu populace. Navazuje tak na Národní psychiatrický program 2007, Reformu psychiatrické péče 2013, Koncepti hygienických služeb a primární prevence v ochraně veřejného zdraví 2013 a opírá se o dokumenty WHO a EU (Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise). Cílem této strategie je zlepšení kvality péče a života pacientů s psychiatrickou poruchou, k zajištění dostupnosti psychiatrické péče, redukci rizik vyplývajících z psychiatrického onemocnění, k podpoře primární péče a rozvoji komunitní péče, ke snaze o destigmatizaci osob s duševním onemocněním. Dalšími body je i tvorba metodik, legislativní změny, financování a meziresortní spolupráce. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015)

V roce 2014 Vláda ČR schválila *Strategii sociálního začleňování 2014-2020* a *Strategii boje proti sociálnímu vyloučení 2016-2020*, kde se zaměřuje hlavně na boj s chudobou a prevenci sociálního vyloučení určitých skupin osob. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018)

Vláda ČR připravila v roce 2015 *Koncepti sociálního bydlení 2015-2025*, na kterou by měl navazovat Zákon o sociálním bydlení, který však zatím nebyl schválen (údaj k lednu 2019). V koncepci Vláda ČR poukazuje zejména na nedostatek finančně dostupného bydlení pro některé skupiny osob (osoby se zdravotním postižením, senioři, matky samoživitelky a lidé žijící v sociálně vyloučené lokalitě), které jsou ohroženy sociálním vyloučením nebo ztrátou bydlení. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015)

V roce 2015 Vláda ČR schválila *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015-2020*, kde se zavazuje k ochraně osob se zdravotním postižením před diskriminací, k rovnosti před zákonem, k přístupnosti informací a veřejných služeb, k možnosti participovat na správě věcí veřejných, k možnosti života v rodině, k rovnému přístupu ke zdravotní péči, vzdělání (+ uplatnění inkluzivního vzdělávání) a zaměstnání, a v neposlední řadě k transparentnosti způsobu financování sociálních služeb. (Vláda České republiky, 2015)

V roce 2016 Vláda ČR schválila *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016-2019*, kde se zavazuje zlepšit podmínky stanovování diagnózy, ke včasné pomoci, zajištění vhodné péče, prevenci nemoci v rámci zdravotnických a sociálních služeb a ke zvýšení povědomí veřejnosti o nemoci. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016)

Vláda ČR schválila v roce 2016 *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*, kde se zavazuje k naplnění snah přechodu od institucionální péče k péči v přirozeném prostředí klienta, k naplňování potřeb uživatelů péče, ke zlepšení postavení pečující osoby, k vytvoření sítě sociálních služeb, k nastavení systému inspekcí. (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

4.2 Péče o osoby s duševním onemocněním v ČR

4.2.1 Současnost

Cesta péče o pacienta s duševním onemocněním začíná mnohdy u praktického lékaře, který pacienta odešle ke specialistovi – psychiatrovi. Po komplexní diagnostice a stanovení výsledné diagnózy, může dojít k nasazení medikace a zvážení nutnosti hospitalizace. Pokud je hospitalizace nevyhnutelná, po propuštění je nutné pro pacienta, aby následná péče okamžitě navazovala systémem komunitní péče. Za cíl si tato forma následné péče klade začlenění pacienta do běžných každodenních aktivit. (Svoboda, a další, 2006)

Podle dat získaných z projektu Světové zdravotnické organizace Mental Health Atlas 2017 existuje po celém světě asi 350 programů na podporu duševního zdraví. 40 % z těchto programů se věnuje problematice osvěty, lidských práv a destigmatizace, 12 % pak prevenci sebevražd. Ostatní programy jsou zastoupeny do 10 %. (WHO, 2017)

Sít' psychiatrických zařízení

Psychiatrická péče je v České republice realizována prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkového, ambulantního a komplementárního typu. Naprosto nepostradatelnou součástí psychiatrické péče je multidisciplinarita – provázanost a návaznost sítě služeb.

Psychiatrickou hospitalizaci lze uskutečnit v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích nebo v psychiatrických nemocnicích.

Psychiatrická oddělení se dělí na uzavřená a otevřená. Na uzavřených psychiatrických odděleních má psychiatr možnost omezit volný odchod pacienta – důvodem je ochrana pacienta nebo okolí. Na otevřených psychiatrických odděleních se nachází pacienti, jejichž stav nevyžaduje nepřetržitou kontrolu.

Lůžková zařízení psychiatrické péče se dělí na psychiatrické oddělení, kliniku a nemocnici. Existuje rozdíl mezi psychiatrickým oddělením, psychiatrickou klinikou a psychiatrickou nemocnicí- spočívá ve spektru a množství pacientů, ale i v délce pobytu. Psychiatrická oddělení a kliniky zajišťují pobyt v délce dnů až týdnů. V psychiatrických nemocnicích se jedná o měsíce až roky.

Ambulantní zařízení psychiatrické péče slouží pro pacienty, jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci. Psychiatrické ambulance slouží k e kontrolám stavů, sledování komplikací a úpravu medikace pacientů. (Orel, 2016)

Komplementární péče

Komplementární typ psychiatrické péče je jakýmsi mezičlánkem mezi hospitalizací a ambulancí. Nabízí pacientům rozvoj nebo podporu soběstačnosti. Mezi možné varianty komplementární péče patří denní stacionáře, chráněné dílny, chráněné bydlení, dům na půl cesty, domov se zvláštním režimem, terapeutické kluby nebo svépomocné skupiny. (Orel, 2016)

Denní stacionáře jsou používány již více než půlstoletí. V roce 1932 otevřeli v Moskvě psychiatrickou nemocnici bez lůžek – důvodem byl nedostatek peněz. V roce 1935 zařízení podobného typu otevřeli v Bostonu, v roce 1938 ve Velké Británii. V roce 1946 založil Biere v Londýně psychoterapeutickou komunitu nezávislou na nemocniční bázi. V současné době mohou denní stacionáře fungovat jako alternativa ústavní péče nebo jako intenzivní varianta ambulantní péče, ale i jako dlouhodobá rehabilitační služba pro pacienty se závažnou duševní poruchou. V České republice jsou denní stacionáře nejčastěji využívány jako psychoterapeutické zařízení pro pacienty s neurotickými obtížemi a pro rehabilitaci dlouhodobě psychicky nemocných. Krátkodobý program denního stacionáře se poskytuje v délce 1-3 měsíců, dlouhodobý program na 3-9 měsíců s možností opakovaného využití. (Svoboda, a další, 2006)

4.3 Prevence

Primární prevenci v psychiatrii můžeme chápat jako metody, kterými se snažíme předejít samotnému vzniku onemocnění. Spočívá především v podpoře žádoucích forem chování, propagace zdravého životního stylu – obecně jde o osvětu, informovanost veřejnosti a všeobecné povědomí o nemoci, jejích projevech a případné léčbě.

Sekundární prevence v psychiatrii je realizována jako přímá práce s lidmi, u kterých duševní porucha již propukla, nebo jsou jejím vznikem významně ohroženi. Cílem je zabránit rozvoji a prohloubení nemoci. Sekundární prevenci tedy můžeme chápat jako depistáž ve společnosti, následnou diagnostiku a léčbu osob, u kterých bylo riziko rozvoje nebo prohloubení duševního onemocnění potvrzeno.

Terciální prevence je zaměřena na práci s lidmi, kteří se s duševním onemocněním již setkali. Snahy se soustřeďují na zabránění relapsu nemoci, na udržení psychického zdraví a podpora znovuzařazení člověka do života. (Orel, 2016)

Cílem osvěty je chránit, podporovat a udržovat emoční a sociální pohodu a vytvářet individuální podmínky umožňující optimální rozvoj duševního zdraví. Cílem prevence je učinit předběžná opatření tak, aby byly redukovány rizikové a maximalizovány protektivní faktory v oblasti duševního zdraví.

Zpráva vydaná Evropskou komisí definuje nejdůležitější místa, kam by se měla prevence stahovat: domov, škola, pracoviště, ordinace praktického lékaře, ordinace specialistů, zařízení pro seniory, kostely, kluby, internet. (Winkler, a další, 2013)

4.4 První pomoc – krizová intervence

V České republice existuje mnoho organizací, které se snaží o podporu osob s duševním onemocněním. Mnoho z nich má ve svých službách zahrnutou krizovou pomoc pro osoby, které momentálně zažívají těžkou životní situaci a nabízí jim psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. Krizová intervence spočívá v podpoře těchto osob – zahrnuje diagnostiku, případnou medikaci, případnou hospitalizaci, učí metody zpracování krizové situace apod.

Krizová intervence je odborná metoda pomoci lidem v psychosociální krizi. Krizová intervence dodržuje princip dostupnosti, individuality krize, komplexnosti péče, návaznosti

a vnitřní bezbariérovosti. Je určena pro osoby v akutní krizi psychosociálního charakteru jako důsledku výjimečné životní situace (úmrtí v rodině, oběť násilného činu, přeživší tragické nehody/ přírodní katastrofy), dále osobám s akutními psychickými obtížemi apod. (Asociace denních stacionářů a krizových center, 2003)

V současné době může člověk s akutním problémem využít služeb krizových center, která fungují na pomezí zdravotnických a sociálních služeb a mohou být součástí zdravotnických zařízení, vznikají při obecních úřadech nebo z iniciativy neziskových organizací.

Krizová centra existují specializovaná na určitou problematiku nebo všeobecně zaměřená. Poskytují telefonickou krizovou intervenci, služby ambulance nebo pobyt na krizovém lůžku. V ideálním případě zde funguje multidisciplinární tým, ve kterém spolupracuje psychiatr, psycholog, sociální pracovník a sestra s psychoterapeutickým vzděláním.

Všechna krizová centra by měla fungovat na principu nízkoprahového zařízení, s dobrou dostupností ve všech krajích, bez nutnosti předchozího objednání a v nepřetržitém provozu.

Dále některé organizace (např. Fokus Praha) nabízí službu mobilní výjezdové krizové služby, a nabízí tak zásah přímo v místě vzniku krize.

Služby krizové pomoci nabízí například Psychiatrická nemocnice Bohnice (Centrum krizové intervence), Krizové centrum RIAPS, Fokus Praha, Diakonie (SOS centrum). (Psychiatrie pro praxi, 2009)

5 Služby poskytované osobám s duševním onemocněním

Služby v oblasti duševního zdraví jsou rozděleny na služby poskytované v oblasti propagace duševní pohody, prevence duševních problémů, léčby symptomů a jejich následků, rehabilitace a následné podpory. (Winkler, a další, 2013)

Služby poskytované osobám s duševním onemocněním se řídí zákonem č. 108/2006 o sociálních službách. „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017)

Sociální službou rozumíme činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. V rámci služeb sociálního poradenství lze osobám s duševním onemocněním poskytnout služby odborného sociálního poradenství.

Služby využitelné pro osoby s duševním onemocněním se dělí na služby sociálního poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Mezi využitelné služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Mezi služby sociální prevence pak řadíme ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Služby bydlení (azylový dům, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, terapeutická komunita), krizová pomoc, pečovatelská služba a osobní

asistence, poradenství, rehabilitace (case management, služby následné péče, sociální rehabilitace, terénní program), stacionář, vzdělávací a volnočasové aktivity (centrum denních aktivit, aktivizační služby, svépomocné aktivity), zaměstnání (chráněné dílny, chráněné pracovní místo, podporované zaměstnávání). (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017)

Kompletní výčet zpracovala organizace Vida, a.s. v roce 2009, dostupné na adrese: <http://www.vidacr.cz/wp-content/uploads/VIDA-Adresar-sluzeb-2016.pdf>

O celorepublikovém působení můžeme mluvit u několika organizací – Fokus ČR, Centrum Anabell, z. ú., Péče o duševní zdraví, z. s., Charita Česká republika, Vida, o. s.

Adresář krizových psychosociálních služeb k nahlédnutí zde: http://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/adresar-krizovych-sluzeb/zobrazit_krizova_centra.php?radio_mesto=1&hledat_kraj=&hledat_mesto=&hledat_nazev=&submit=Hledat

6 Problémy v oblasti péče o duševní zdraví v ČR

Největšími problémy v oblasti péče o duševní zdraví v současném systému je zejména celková zastaralost systému psychiatrické péče u nás, konkrétně zastaralost psychiatrických nemocnic (technické zázemí, metody, postupy). Dále se ČR potýká s nedostatkem specialistů na danou problematiku, nedostatečnou kapacitou zařízení psychiatrické péče, nedostatečnou sítí, a s tím spojenou špatnou dostupností služeb, dále také chybí propojenost a návaznost služeb. Oblast psychiatrické péče se také potýká s výrazným podfinancováním.

Lidé s duševním onemocněním se potýkají se stigmatizací ze svého okolí, a s tím souvisí jejich vysoká nezaměstnanost, problémy s bydlením a s integrací do společnosti. Celkově také chybí podpora pacientů v jejich přirozeném prostředí (otázka komunitních služeb apod.). (Reforma péče o duševní zdraví, 2018)

Všechny tyto problémy je potřeba vyřešit v dohledné době, vzhledem k očekávanému nárůstu psychiatrických diagnóz. (Our world in data, 2018)

7 Reforma psychiatrické péče v ČR

7.1 Základní principy reformy

Reforma psychiatrické péče probíhá v České republice pod záštitou Ministerstva zdravotnictví již od roku 2013. Jedná se o zásadní systémovou změnu psychiatrické péče, která je dlouhodobým projektem, a zároveň závazkem.

Na Reformě psychiatrické péče se podílí mnoho odborníků. Celý projekt zaštiťuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve spolupráci se zdravotními pojišťovkami a Psychiatrickou společností ČLS JEP.

Reforma vznikla zejména z potřeby celkové reorganizace psychiatrické péče, a to zejména z toho důvodu, že je systém péče již zastaralý, potýká se s významným podfinancováním, chybí mezioborová spolupráce a podpora péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou v přirozeném domácím prostředí.

Obecným cílem reformy je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, k čemuž by měly směřovat konkrétnější cíle reformy:

- Zvýšení kvality psychiatrické péče
- Destigmatizace osob s duševním onemocněním
- Zlepšování služeb psychiatrické péče
- Zefektivnění péče díky včasné diagnostice
- Úspěšné začleňování osob s duševní poruchou do společnosti
- Provázanost a návaznost služeb
- Humanizace psychiatrické péče

Z konkrétních cílů dále reforma klade důraz na potřebu vybudovat komplexní a koordinovaný systém psychiatrické péče, zajistit rovnoměrné rozložení péče v ČR, modernizovat léčebné metody, zajistit dostatečný počet psychiatrů (25 na 100 000 obyvatel), specialistů v oblasti dětské a dorostové psychiatrie (4,5 na 100 000 obyvatel), specialistů v oblasti gerontopsychiatrie (3,5 na 100 000 obyvatel), specialistů v oblasti sexuologie (3 na 100 000 obyvatel), specialistů na poruchy příjmu potravy (3 na 100 000 obyvatel), specialistů na adiktologii (4 na 100 000 obyvatel), klinických psychologů (19 na 100 000

obyvatel), klinických psychologů pro děti (11 na 100 000 obyvatel), psychiatrických sester (30 na 100 000 obyvatel), sociálních pracovníků (10 na 100 000 obyvatel).

Reforma si dále klade za cíl v oblasti financí vytvořit systém a pravidla pro financování psychiatrické péče, v oblasti legislativy analyzovat potřebnost samostatného zákona o duševním zdraví, upravit legislativu podle doporučení EU, definovat pravidla pro situace vyžadující omezení osobní svobody, dále v oblasti edukace podporovat vzdělávání v oblasti psychiatrie a klinické psychologie.

Reforma dále klade úkoly jednotlivým resortům: Ministerstvu financí - tvorbu systému finančních pobídek pro rozvoj v oblasti sociálního podnikání, Ministerstvu práce a sociálních věcí - podporu zaměstnanosti, navýšení počtu chráněných pracovních míst, chráněného bydlení a sociálních služeb, Ministerstvu pro místní rozvoj - vyřešení otázky sociálního bydlení, Ministerstvu vnitra - edukaci PČR a složek IZS v oblasti komunikace a přístupu k osobám s duševním onemocněním, Ministerstvu spravedlnosti - nastavení pravidel pro řešení situace zbavení způsobilosti k právním úkonům, Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy - inkluzi osob s duševním onemocněním do běžných škol. (Reforma péče o duševní zdraví, 2017)

7.2 Úspěchy reformy

V rámci Reformy psychiatrických služeb byl vytvořen zcela nový typ služeb – Centra duševního zdraví. Tato centra poskytují ambulantní, mobilní, denní a krizové služby a jejich cílem je prevence a zkracování délky hospitalizace, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění a reintegrace dlouhodobě hospitalizovaných do společnosti. Z informací k 1. 1. 2019 víme, že již vzniklo v rámci ČR 5 nových Center duševního zdraví, a to v Brně, Přerově, Havlíčkově Brodě a dvě CDZ v Praze – ve Strašnicích a na Proseku. V této první fázi vznikají centra specializovaná na dospělé klienty s vážným duševním onemocněním (Severe mental illness – schizofrenie a bipolární afektivní porucha), protože je tato skupina nejvíce ohrožena vyloučením ze společnosti a institucionalizací. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018)

Jak informuje Ministerstvo zdravotnictví na svých stránkách ze dne 15. 1. 2019 přibude u nás dalších 15 Center duševního zdraví, jejichž provoz by měl být spuštěn postupně do

července 2019. Nová CDZ tak vzniknou například v Mladé Boleslavi, Kroměříži, Opavě, Plzni, Pardubicích, Hradci Králové, Chebu, Strakonících, Táboře, Trutnově, Uherském Hradišti a na Praze 6. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019)

Za dobu působení reformy se již povedlo také: navýšení platu psychiatrickým sestřím, došlo k podepsání memoranda o navýšení úhrad za péči pro poskytovatele akutní a následné lůžkové péče; došlo k setkání odborníků na mezinárodní úrovni Mysli na duši, kde se jednalo o hlavních tématech reformy, jako například o aktuálním stavu reformy, zkušenostech s komunitním modelem péče, multidisciplinaritě a destigmatizaci; došlo k mapování kvality péče ve smyslu Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v psychiatrických nemocnicích; proběhl již třetí ročník festivalu Na hlavu; vznikla iniciativa Na rovinu, jejichž destigmatizační kampaně jsou součástí reformy psychiatrické péče; vzniká uživatelské hnutí – setkávání osob se zkušeností v rámci ČR.

7.3 Komparace s jinými evropskými zeměmi

Finance investované do oblasti péče o duševní zdraví je těžké jednoznačně interpretovat vzhledem k tomu, že se v každé zemi liší rozsah toho, co je financemi kryto (někde jde o služby čistě zdravotnické, jinde o smíšené s oblastí sociální). Dále nemůžeme porovnávat zcela údaje o samotných odbornících – psychiatrech, vzhledem k tomu, že se v každé jednotlivé zemi liší jejich kompetence nebo vzdělání.

Z analýzy, na které se podílela data nasbíraná WHO, Evropskou komisí a European Brain council vyplývá, že vnitřní uspořádání psychiatrické péče v ČR je nejvíce podobné zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu, lišíme se však vyšším HDP per capita. Naopak co nás s těmi státy pojí je fakt, že máme velmi nízký podíl psychiatrické péče na celkových zdravotních výdajích, koncentrujeme péči do psychiatrických nemocnic a máme nedostatečně rozvinutou síť komunitní péče. Jednoduše řečeno je ČR v porovnání s nejnávštějšími státy Evropy velmi pozadu, rozdíly jsou propastné. (Winkler, a další, 2013)

Pokud se podíváme na hlavní evropské metropole a jejich vývoj reformy psychiatrické péče, lze usoudit, že všechny státy mají stejný cíl, a tím je zkvalitnění péče o osoby s duševní

poruchou a co největší integraci klienta. Reformy se zaváděly postupně, různou rychlostí a jsou určovány historickým kontextem, sociokulturním prostředím a ekonomickými možnostmi dané země. Úroveň služeb se v rámci dané země může lišit i dle regionů. Všechna větší evropská města jsou nositeli myšlenky ukončení éry lůžkových zařízení a nastolují novou vizi myšlenky komunitní péče. (Winkler, a další, 2013)

7.3.1 Belgie

V Belgii probíhá úsilí o reformu již několik desítek let. Prvním krokem byla v roce 1990 reforma psychiatrické péče v oblasti počtu lůžek, konkrétně zde dominovala snaha o snížení počtu lůžek v rámci poskytované psychiatrické péče. Cílem bylo vytvořit domy s psychiatrickou péčí, chráněné bydlení a služby domácí péče, které byly financovány zčásti státem a zčásti samotným pacientem, což se ale později ukázalo jako značně problematické.

V roce 1999 proběhla 2. reforma psychiatrické péče s cílem koncentrovat intenzivní a specializovanou péči do psychiatrických léčeben a zlepšit mezioborovou spolupráci. Součástí reformy byla i snaha umožnit stabilizovaným pacientům domácí péči. 3. reforma proběhla v roce 2012 a jejím hlavním cílem bylo snížení počtu lůžek v léčebnách o 11 %.

System péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou tvoří praktičtí lékaři, soukromí psychiatři, všeobecné nemocnice, psychiatrické léčebny a komunitní služby. Jako problematický se ukázal jiný informační systém v jednotlivých zařízeních péče, kdy je téměř nemožné vyhodnocovat data o pacientech.

V rámci reformních změn v oblasti péče o duševní zdraví vzniklo v Belgii 81 specializovaných center, ve kterých působí multidisciplinární týmy a jsou financovány na úrovni regionů. (Winkler, a další, 2013)

7.3.2 Dánsko

Dánsko se posledních 30 let pokouší o reformu psychiatrické péče zejména v oblasti deinstitucionalizace služeb určených psychiatrickým pacientům. Nutno dodat, že snahy se zdají být velmi úspěšné – od roku 1970 došlo ke snížení počtu lůžek o 60-70 %. Vedlejší snahou reformy je přesun základní péče o psychiatrické pacienty do všeobecných nemocnic.

Veškeré služby péče o duševně nemocné jsou považovány za součást zdravotnictví, a jsou tedy hrazeny z veřejného pojištění.

Mezi pilíře systému péče o pacienty s duševním onemocněním spadá převzetí péče o psychiatrické pacienty s méně závažnou duševní poruchou praktickými lékaři, pacienti s těžšími formami duševního onemocnění i nadále spadají do agendy psychiatrů.

Ambulantní péče probíhá v komunitních centrech a specializovaných klinikách, které se však potýkají s nedostatečnou kapacitou a dlouhými čekacími lhůtami. 85 % pacientů čeká na 1. vyšetření více než 3 měsíce, u 45 % pacientů se tato lhůta prodlužuje až na 6 měsíců. (Winkler, a další, 2013)

7.3.3 Itálie

Itálie prošla radikální reformou v 70. letech. Hlavním cílem reformy byl přechod od nemocniční péče ke komunitnímu modelu psychiatrie, kdy mělo dojít k postupnému uzavření všech psychiatrických léčeben.

Výsledkem reformy je snížení počtu hospitalizovaných o 53 % v letech 1978-87, v roce 2000 bylo dokončeno uzavření psychiatrických nemocnic. Dále reforma přinesla větší zájem o lidská práva osob s duševním onemocněním. Došlo k zakládání psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích pro akutní příjem (maximálně 15 lůžek). Reforma také nastolila přísnější pravidla pro přijetí pacienta k nedobrovolné hospitalizaci.

Reforma též ukázala velké rozdíly v socio-ekonomické úrovni jednotlivých italských regionů, kdy v chudších regionech přecházela péče o psychiatrického pacienta do rodinné péče, v bohatších do soukromých zařízení, čímž došlo také k rozvoji soukromých zařízení a rapidnímu nárůstu počtu zařízení tohoto typu.

Zákon č. 80 z roku 1978 definuje právo psychiatrických pacientů na stejnou péči, jaká je poskytována ostatním pacientům. Výjimku z tohoto zákona tvoří pouze pacienti se statutem nedobrovolného přijetí do instituce.

Velký výzkum v roce 2011 však odhalil velké procento pacientů s depresemi, bipolární poruchou a psychózami, kteří nedostali adekvátní péči. Přisuzováno je to právě této radikální změně systému péče o osoby s duševním onemocněním. (Winkler, a další, 2013)

7.3.4 Portugalsko

V Portugalsku snahy o reformu probíhaly podobně jako v dalších evropských zemích. Reforma probíhala od 80. let a jejím hlavním cílem byl přesun péče o psychiatrické pacienty do komunitní péče a uzavření psychiatrických léčeben.

V roce 1992 vznikl zákon č. 127, který nařizoval integraci center duševního zdraví do všeobecných nemocnic. V roce 1999 vznikla Strategie zneužívání psychotropních látek a v roce 2000 následovala Protialkoholní strategie. V roce 2004 pak vznikl Národní zdravotní plán 2004-2010, kde je stanovena oblast péče o duševní zdraví jako oblast prioritní.

Na doporučení WHO vznikl zákon č. 36/1998 s jasným cílem vytvořit systém péče a sítě komunitních služeb. Služby veřejných psychiatrů začaly být hrazeny z pojištění. (Winkler, a další, 2013)

7.3.5 Řecko

Řecko se ve své reformě, která probíhá od 80. let, soustředí zejména na sektorizaci populace. Péče je poskytována v sektorech tak, aby byly služby dostupnější a péče návaznější. Zároveň došlo k redukci psychiatrických léčeben a ke vzniku psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích. (Winkler, a další, 2013)

7.3.6 Spojené království

Veškeré služby v oblasti péče o duševní zdraví jsou poskytovány zdarma. V roce 2002 vznikl NZS plán, který vznesl požadavek na navýšení počtu zdravotníků, specializovaných nemocnic a lůžek, a na zlepšení mezioborové spolupráce. Služby jsou, podobně jako v Řecku, rozděleny podle geografických oblastí, kde v každé oblasti působí multidisciplinární tým. (Winkler, a další, 2013)

7.3.7 Španělsko

Od roku 1986 platí ve Španělsku Všeobecný zdravotní zákon - psychiatrická reforma, s důrazem na efektivní koordinaci a návaznost služeb a mezioborovou spolupráci tak, aby došlo ke zlepšení péče o psychiatrické pacienty. Větší důraz je kladen i na péči o osoby závislé na psychoaktivních látkách.

Péče o duševní zdraví je součástí systému národního zdravotního pojištění, čili pokrývá 100 % nákladů na akutní ambulantní, lůžkovou a specializovanou péči. Navíc je v platnosti

i nařízení o medikaci, která je u osob do 65 let věku hrazena z pojištění do 60 % výše, u pacientů nad 65 let věku je hrazena v plné výši. (Winkler, a další, 2013)

8 Výzkum – osobní zkušenost uživatelů péče

V této části diplomové práce se věnuji praktickému šetření poznatků z oblasti problematiky péče o duševní zdraví přiblížených v předchozích kapitolách. Z použitých zdrojů a informací zde existuje řada tvrzení, které budou komentovány v rozhovorech a vyhodnoceny v následujících kapitolách, kde se pokusím získané poznatky shrnout a případně navrhnout patřičné další kroky.

8.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit od uživatelů péče konkrétní data o jejich onemocnění, se zaměřením na příběh jako celku, průběh onemocnění, první kontakt s odborníkem, informovanost uživatele o průběhu léčby, o možnostech participace na průběhu léčby, zkušenosti se stigmatizací od okolí atd. Hlavním cílem je získat náhled na nedostatky současného systému péče v oblasti duševního zdraví v České republice.

8.2 Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila v rámci empirického výzkumu individuální kvalitativní rozhovor, kde figuruje tazatel a respondent. Tazatel klade otázky respondentovi, a tím shromažďuje data o určité konkrétní problematice. Kvalitativní rozhovor probíhá přímo za fyzické účasti obou zúčastněných a může být proveden méně strukturovaně.

Kvalitativní výzkumník obvykle nemá k dispozici specificky uspořádanou množinu otázek, které musí být zodpovězeny. Používá volněji strukturované způsoby dotazování, může mít však připravená témata, která chce probrat.

Kvalitativní rozhovor trvá obvyklé déle. Často se tazatel teprve po určité době dostane k jádru zkoumaného problému. Dobří tazatelé jsou přátelskými jedinci, kteří mají schopnost vidět situaci očima zkoumané osoby. Důležité je pozorně naslouchat. (Hendl, 2017)

Do svého výzkumu jsem použila metodu kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru. Předem jsem měla připravené otázky, ke kterým jsem chtěla rozhovor směřovat, nicméně jsem nechala i dostatek prostoru pro otázky, které vyvstaly v průběhu rozhovoru. Připravené otázky lze nalézt v příloze diplomové práce.

8.3 Výběr respondentů a realizace výzkumu

Do svého výzkumu jsem sháněla respondenty s osobní zkušeností uživatelů psychiatrické péče v ČR, kteří se potýkají nebo potýkali s duševním onemocněním. Respondenty výzkumu jsem oslovila výzvou na sociálních sítích, a ti mě v případě zájmu o rozhovor měli kontaktovat. Takto jsem shromáždila několik uživatelů ochotných vypovídat o svém osobním příběhu, nakonec jsem rozhovor realizovala s pěti z nich. Jedná se o 4 ženy a 1 muže. Průměrný věk respondentů je 28,2 let.

V souladu se zachováním etiky výzkumu se všichni respondenti zúčastnili výzkumu dobrovolně pod příslibem zachování anonymity. Respondenti byli před rozhovorem informováni o účelu výzkumu.

8.4 Zpracování shromážděných údajů

V následující kapitole se nacházejí přepsané rozhovory s respondenty. Tazatel (T) zadává otázku, respondent (R1-R5) na ni odpovídá. Rozhovory jsou zde zcela záměrně uváděny v plném znění z důvodu vytvoření detailního pohledu na celkový příběh jednotlivých respondentů a pochopení souvislostí v něm.

8.4.1 Veronika, 23 let (R1)

T: Mohla bys popsat začátek onemocnění a jeho projevy? Dokážeš dohledat spouštěč onemocnění?

R1: „*No tak oficiálně jsem to začala řešit u praktického lékaře před dvěma lety, možná dva a čtvrt, takže dva roky se léčím a docházím k psychiatrovi a psychologovi. Je to úzkostná porucha a obsedantně kompulzivní porucha. V podstatě celý život jsem měla nějaký problém, ale nevěděla jsem, že je to nemoc. Měli jsme problém v rodině s mojí mamkou, měla jsem nějaké fobie, takže jsem věděla, že je něco špatně, a potom až se to nedalo zvládat, tak jsem to začala řešit sama, protože doma to nešlo řešit, tak jsem sama musela vyhledat jako už fakt pomoc.*“

„*Úplně první si myslím, že jsem měla tu fobii z jehel, nedokážu jít k lékaři na vyšetření, nemůžu si nechat vzít krev ani dát injekci, to prostě nemám překonané. No a moje mamka byla nemocná, a potom jsme s psychologem zjistili, že to bylo i z toho. A já jsem jako dostávala různé záchvaty, takové jako záchvaty úzkosti nebo vzteku. Na ostatní lidi. Mezi*

blízkými, ne na veřejnosti. A potom mě hlavně začaly brzdit ty kompulze, kdy jsem všechno prostě kontrolovala, nemohla jsem kvůli tomu odejít z domu. Třeba jsem jela autem a čtyřikrát jsem se vrátila na jedno místo, jsem jela prostě pořád dokola. V tu dobu před těmi třemi lety se to prostě nedalo zvládnout. Tak jsem vyhledala pomoc.“

T: Věděla jsi něco o své diagnóze, než ti ji diagnostikovali?

R1: *„Myslela jsem si, že je něco špatně, ale nevěděla jsem přesně, co to je. Takže jsem něco gúglila nebo takhle, ale nevěděla jsem přesně, že to je nemoc a že se to musí léčit.“*

T: Zнала jsi nebo znáš někoho s podobnou zkušeností?

R1: *„Moje sestřenice měla taky ty obsese, ale to jí nějak rychle přešlo, ona měla to, jak si pořád myla ty ruce, ona to měla v rodině, ale jinak jsem o tom vůbec nic nevěděla.“*

T: Kde jsi hledala informace, kde hledat pomoc?

R1: *„Když jsem vlastně s mamkou měla ty problémy, tak jsme spolu chodily k psychologovi, na rodinnou terapii a věděla jsem, že je možnost jít k psychologovi. Ale když jsem byla malá, tak jsem tomu nevěřila, a protože jsem měla problém ještě s důvěrou ke svojí mamce, ono to prostě vůbec nefungovalo, a když jsem se odstěhovala, tak jsem sama vyhledala psychologa. A ten psycholog mi řekl, abych si okamžitě zašla k psychiatrovi.“*

T: Jak probíhal první kontakt s odborníkem?

R1: *„Ze začátku to bylo těžké a nějakou dobu trvalo, než jsem jim řekla všechno. Ze začátku se mi hodně ulevilo, že jsem to mohla někomu říct, protože to nikdo nevěděl. A asi mi to hodně pomohlo, že jsem se mu svěřila, ale ta psychiatricka mi nedávala takové ty rady jako ta paní psycholožka, ale spíš mě vyslechla. Ale potom později, protože mám problémy s důvěrou k cizím lidem, tak jsem pak měla problém i s tou paní, že jsem jí moc nevěřila, že to myslí vážně, ale to je asi těžký všude si myslím. Nebyla to její chyba. A s tou paní psychiatrickou jsme měly dobrý vztah, ta se na všechno ptala a myslela to vážně.“*

T: Jak dlouho trvalo, než ses dostala od psychologa k psychiatrovi?

R1: *„Tak tři měsíce.“*

T: A ten psycholog tě doporučil ke konkrétnímu psychiatrovi?

R1: „Ona mi doporučila 4, ale 3 z nich byli úplně obsazení, neměli vůbec místo, a ta čtvrtá paní doktorka byla prý dobrá, ale měla místo zase až za 3 měsíce. To první vstupní vyšetření trvá asi hodinu a půl, takže ona na to měla málo času. Na těch psychotestech jsem byla v Palatě.“

T: Mluvil s tebou odborník od začátku otevřeně, informoval tě o prognóze a možnostech léčby?

R1: „Jo, řekla mi všechno, řekla mi, co to je a jak se to léčí. Ne že by se ptala na ten problém a jeho řešení, to spíš ten psycholog.“

T: Řešil s tebou odborník ten problém, který vznikl v rámci tvé rodiny, o kterém ses zmínila?

R1: „Jo ta psychologka a k té jsem chodila rok a půl. A oni mi doporučili, abych se šla léčit do stacionáře na 3 měsíce. Ono se tam prý dá docházet třeba 3x týdně, nebo večer. Ale je těžké se tam dovolat, už jsem to zkoušela. Ale ještě nevím.“

T: Nabídla ti psychiatricka jen ten stacionář nebo i nějaké jiné možnosti?

R1: „Jen ten stacionář, protože mi řekla, že bych tam viděla ty jiné lidi, kteří mají stejný problém, jak fungují a mohla bych si s nimi povídat. Takže to bylo kvůli tomu, abych byla s těmi dalšími lidmi.“

T: Užíváš medikamenty?

R1: „Jo hodně léků mám a dost mi to pomohlo. Nejsem za to ráda, ale nedokážu si představit, že by to nebylo.“

T: Jak dlouho trvalo, než ti odborník předepsal léky?

R1: „Ona mě poslala na ty testy, pak jsem šla ještě jednou, tak to mohl být třeba měsíc. Spíš bylo blbě, že jsem musela 3 měsíce čekat na toho doktora, protože to jsem měla zrovna blbý stav a musela jsem i přerušit studium. Takže to bylo nejhorší období, to jsem ještě ani nevěděla, že budu něco brát. Ale 3 měsíce jsou hrozně dlouho.“

T: K psychiatrovi docházíš dosud? Informuje tě průběžně?

R1: *„Vždycky k ní jednou z a měsíc přijdu a jsem u ní asi 40 minut, ptá se na můj stav, co je nového v osobním životě, co se týče té nemoci a ptá se mě, jestli nepotřebuju zvýšit léky a mluvíme o tom, jestli je dobrý to zvýšit nebo snížit a proč.“*

T: Nabídl ti někdo možnost peer konzultací? Víš o této možnosti?

R1: *„O tom jsem nikdy neslyšela.“*

T: Setkala ses se stigmatizací ve svém okolí (ve škole, v práci, v rodině, mezi přáteli)?

R1: *„Ze začátku jsem to řešila s přítelem, protože on to nejvíc odnášel. Jinak jsem to nikomu neřekla, ve škole ne a doma jen mamce a tatkově jsem to nechtěl říct sama, tak to řekla mamka. Přítel mě vždycky podporoval. On mě i pořád hlídá, abych si vzala prášky, kdy jdu na kontrolu a že to nesmím zanedbávat. Paní doktorka nám dala nějaké knížky, jak jakoby by se měl on ke mně chovat, takže se snaží podle toho.“*

„Ve škole jsem se bála, že by to lidi nepochopili. Kamarádka jednou řekla, že její kamarádka se s někým pohádala a hned šla pak k psychologovi a ta moje kamarádka hned řekla, že jsou to blázni tyhle lidi a takhle, takže od té doby bych to někomu asi řekla, ale ani nevím, jak bych to měla říct. Já moc nechodím mezi lidi, ani s kamarádama. Ve škole je to dobrý, že se bavím kvůli té matice, ale jinak nemám žádný kamarády. Nechci nikam chodit, třeba bych chtěla jít, ale když už se rozhodnu, tak mám takový stav, že už se mi ani nechce a straním se sama. Asi si myslím, že by mě lidi neodsuzovali, asi by někdo mohl, ale ty, co znám, tak by mě neodsuzovali.“

T: Zaznamenala jsi probíhající reformu psychiatrie a s ní spojenou osvětu v oblasti duševních nemocí?

R1: *„Ve škole jsem zaznamenala nějaké plakáty s přednáškami na taková témata, ale asi bych tam ani nešla si myslím, protože je těžké s tím jít mezi lidi, i když se to nemusí nikdo dozvědět, ale vy to víte a myslíte na to a je to těžké prostě.“*

T: Myslíš, že se postoj společnosti vůči lidem s duševním onemocněním mění?

R1: *„Myslím, že na internetu je to teď takový, že s tím jdou lidi ven, že se za to nestydí jít ven s tím problémem. Na druhou stranu je to pořád těžké, pořád bych se bála to někomu říct.“*

T: Jak podle tebe vypadá ideální fungování společnosti vůči lidem s duševní poruchou?

R1: „Lepší by bylo, kdyby bylo víc psychiatrů a psychologů. Když jsem byla malá, tak jsme chodili furt k někomu a nikdo nám nevyhovoval, takže je těžké najít někoho, kdo by vyhovoval. A vlastně je to pro mě teď třeba i dost drahý, protože si to platím sama a nehradí to pojišťovna. V tom asi vidím největší problém, třeba i ty stacionáře jsou problém, v Praze je to na dvou klinikách a to je furt málo, a probíhá to 3 měsíce a dvakrát za rok, a to je strašně málo.“

T: Co bys doporučila lidem s duševním onemocněním?

R1: „Neznám ten jejich stav, tak je to těžký. Určitě ať jdou nejdřív k psychologovi a pak k psychiatrovi a říct to někomu z rodiny, ale spíš možná jít rovnou k tomu psychologovi.“

8.4.2 Magda, 30 let (R2)

T: Mohla bys popsat začátek onemocnění a jeho projevy? Dokážeš dohledat spouštěč onemocnění?

R2: „V podstatě ta diagnóza, se kterou se léčím, nebo jsem s ní teď už nějakým způsobem sžitá, je obsedantně kompulzivní syndrom neboli OCD a v podstatě jsem odmalinka byla hodně citlivá a začalo se mi to projevoval někdy od 7 let s tím, že jsem citlivě reagovala na všechno kolem a největším příznakem bylo, že jsem si hodně často myla ruce. Co se týče spouštěče, tak jsem pak zpětně přišla na to, že máma byla pedant a nutila mě být hodně čistotná a v podstatě mi narušovala moje komfortní zóny a táta byl alkoholik, takže tam byla i porucha sebepojetí, no a ono to vygradovalo v mých 13 letech, kdy mě máma vzala k dětskému psychiatrovi, a tam ty příznaky už byly takové, že jsem se bála vyjít mezi lidi, že jsem se klepala, a měla jsem nutkavou potřebu udělat nějaký rituál, posunout něco o dva centimetry, aby to bylo perfektní a tak dále.“

T: Jak probíhal první kontakt s odborníkem?

R2: „Tam mě přivedla mamka. Já jsem v podstatě měla trauma, ale ne tak ze strany toho odborníka, jako spíš ze strany mojí mámy, protože řekla - já tady mám dceru, která se chová divně, a já nevím, co s ní. Tak ta doktorka se snažila být korektní a poslala mě za dveře do čekárny, ale já jsem přes ty dveře stejně slyšela, jak máma začala v ordinaci vzlykat a ptala se té doktorky, proč nemám normální dítě, proč zrovna já musím tak trpět. Jen tak stranou

musím říct, že moje máma je hrozný manipulát a chová se ve společnosti jinak než když napadá tu svojí oběť.“

„Ona se mnou mluvila i bez té mamky, ale ona mi pohrozila, že nesmím nic říct, jinak půjdu do dětského domova, tak to ve mně pak prostě bylo zablokovaný. Já jsem nebyla schopná nic říct.“

T: Mluvil s tebou odborník od začátku otevřeně, informoval tě o prognóze a možnostech léčby?

R2: *„Jakože ona mě poslala na psychoterapie na KBT, ale řekla mi, že se s tím nedá nic dělat, že se musím smířit s tím, že jsem nemocná a doživotně budu muset brát antidepresiva, které jsem teda brala od těch 13 let, a že to je jako chřipka, která se může kdykoli vrátit. A mně se zdálo, že mě do toho hodila a řekla, že jsem odpad společnosti a že se s tím mám smířit.“*

„Neměla jsem žádné možnosti a nemohla jsem se podílet na ničem, ale antidepresiv beru malé množství, ale zapracovala jsem na sobě a je to pro mě teď jen obrana, ale dá se to řešit bez léků.“

T: Změnila jsi odborníka v průběhu let?

R2: *„Je to psychiatr a terapeut, úžasná doktorka, ale hlavně člověk s velkým srdcem, který mi neuvěřitelně pomohl, protože mě přivedla na cestu rodinných konstelací, alternativní metody a meditace. A nakonec mi pomohla rozklíčovat to, že ten problém nebyl ve mně, ale že tam bylo něco špatně v té rodině. A že já tím, že jsem hodně citlivá, tak jsem to přebírala jako svoje problémy. A když si vezmu, že od 3 let jsem byla v prostředí, kde máma vyváděla kvůli každé blbosti, kvůli tomu táta začal pít, a já jsem se z toho všeho začínala vinit a snažila jsem se těmi rituály nastolit pravidla, která tam nebyla, tak si vlastně člověk řekne díky bohu, že se to stalo, protože to vlastně žádná nemoc není.“*

T: Nabídl ti někdo možnost peer konzultací? Víš o této možnosti?

R2: *„Navštěvovala jsem skupinu s lidmi se stejnou zkušeností v 17 letech, kdy jsem se pokusila o sebevraždu, a to byl začátek toho, kdy jsem zjistila, že v tom nejsem sama a nejsem špatný člověk, a dá se s tím pracovat. A hodně mě to posunulo.“*

T: Co následovalo po pokusu o sebevraždu?

R2: *„Byla u toho máma a ona mi zakázala, abych to komukoli řekla, dělala si starosti, co by na to řekli sousedi, a že by to narušilo tu ideální představu o tom, jak ona je úžasná. Spolykala jsem kvůli nešťastné lásce prášky, teď se tomu směju, protože kdo nebyl tele v tomhle věku, že jo, ale teď to vidím zpětně, že ta reakce mámy byla naprosto neadekvátní a v podstatě se to neřešilo, ale řešilo se to tou skupinovou terapií, kterou mi ale zajistil rodinný příslušník. Po těch prášcích jsem ani nejela do nemocnice, jen se vyvolalo zvracení, ale zůstala jsem doma.“*

T: Setkala ses se stigmatizací ve svém okolí (ve škole, v práci, v rodině, mezi přáteli)?

R2: *„V práci to věděla jedna jediná kolegyně. Já si z toho dokážu udělat legraci, ale reakce lidí jsou buď ježišmarja můžu ti pomoci? Nebo že se odvrátí, co kdybych jim jako mohla něco udělat. Nebo to zaměňovali se schizofrenií. Takže se stýkám se stigmatizací.“*

T: Informovala bys zaměstnavatele při pohovoru o svém onemocnění?

R2: *„V nové práci bych to zaměstnavateli neřekla, protože by určitě nebyl rád, že beru farmaka a myslím, že bych mohla být nějakým způsobem degradovaná, že by mě ani nemusel vzít. Myslím si, že ve chvíli, kdy by byla podepsaná smlouva, tak by to neřešil a snažil by se o tom nemluvit a dělat, že to neexistuje. Ale když bych to řekla na pohovoru, tak by od toho dali ruce pryč.“*

T: Zaznamenala jsi probíhající reformu psychiatrie a s ní spojenou osvětu v oblasti duševních nemocí?

R2: *„Určitě pozoruju změny, třeba v tom, že jsou kavárny s obsluhou, kde jsou schizofrenici, to je super. I festival Jeden svět a další dokumenty. Já teď píšu knížku, a myslím, že bych mohla i nějak pomoci, založit skupinu pro lidi s nutkavou neurózou.“*

Souvisí s tím trošku i to, že moje bývalá psycholožka učí na FF UK úvod do psychologie a já k ní přestala chodit, protože jsem se cítila jako v kleštích a přestoupila jsem od ní, aniž bych jí to dala vědět. Ale kdybych chtěla studovat psychologii a ona by byla u přijímaček, tak by mě mohla poškodit a pohlížela by na mě s despektem, protože mám diagnózu.“

T: Co bys doporučil/a lidem s duševním onemocněním?

R2: „*Spíš bych něco doporučila všem lidem. Společnost si totiž neuvědomuje to, že to nechávají za zavřenými dveřmi. Netvrdím, že pokaždé je to špatnou rodinou nebo traumatem, ale dost často se stává kombinace genetiky a vlivem rodinného sociálního prostředí. A bylo by fajn, kdyby se třeba i sousedi koukali víc kolem sebe. Že třeba když ve dvě ráno uslyší dětský křik na schodech, tak ne aby zavírali okna a dali si špunty do uší, ale třeba zavolali tu sociálku, protože to může hodně pomoci. Třeba v mém případě, kdyby nebylo několika lidí odborníků z PPP a přátel, tak bych se z toho nedostala, a buď by se mi ta sebevražda povedla, nebo bych skončila v léčebně.*“

T: Čeho chceš dosáhnout v budoucnosti?

R2: „*Momentálně jsem ale hodně spokojená. Dřív jsem cítila, že mě ta rodina hodně svazuje, ale pak jsem si uvědomila, že to vlastně není moje věc a uvědomila jsem si, kdo jsem a co chci. Příznaky sice jsou, ale hodně vymizely. Já jsem si splnila kariérní sny, přecházím na volnou nohu, dokážu cítit radost, deprese – už ani nevím, co to je. Takže určitě je to možný. Když by tahle zkušenost mohla někomu pomoci, tak by to bylo skvělý.*“

8.4.3 Lucie, 29 let (R3)

T: Mohla bys popsat začátek onemocnění a jeho projevy? Dokážeš dohledat spouštěč onemocnění?

R3: „*Já sama jsem to na sobě nepozorovala, jak jsem spadla do deprese po rozchodu se svým prvním přítelem, a když to skončilo, tak jsem si to nechtěla připustit, ale skončil pro mě v tu chvíli život. Ne že bych měla sebevražedné sklony, ale měla jsem pocit, že už nikdy nic nebude. Nikdy. Že je prostě všechno špatné. Co dokážu takhle zpětně objektivně říct, tak jsem hodně spala, protože to byl útek od reality. Dokázala jsem spát pořád, nic jsem nejedla, takže jsem hodně zhubla a strašně moc jsem brečela, to byly takové 3 nejdůležitější věci. Ale zároveň jsem zvládla chodit do práce a nějak fungovat, ale vlastně to nebylo tak, že bych se úplně složila, ale možná mám nějaký odpovědný přístup, tak jsem normálně chodila do práce, do školy, normálně jsem fungovala. Ale úplně upřímně si z té doby nic nepamatuju, bylo to takové, jakože tam jsem, ale je mi to jedno.*“

„V té době jsem bydlela u rodičů, takže ti to viděli, protože se jim dcera rozpadala pod rukama, takže vlastně ty promluvy typu to je dobrý, to přejde, tak to nefungovalo, tak nevěděli, co dělat. Na doporučení maminkiny kamarádky jsme šli za takovou polodoktorkou, to provedení bylo ale příšerné. Po odchodu jsem měla pocit, že to je všechno moje vina. A když pak už rodiče nevěděli, tak gúglili a zjistili, že je teda asi potřeba psychiatr. Nejsem si jistá, zda rozlišovali psychologa a psychiatra, ale objednali mě k psycholožce v našem malém městě, objednáci doba byla měsíc, mezitím jsem šla za praktickou doktorkou, ta si to poslechla, zhodnotila, jak moc špatné to je, promlouvala mi trochu do duše a napsala mi Neurol. Ujišťovala se, abych to nesnědla celé. A říkala, že když to sním celé, tak budu mít problém já i ona, a tak si myslím, že mi tím naznačovala, že to nestojí za to zkoušet si toho vzít nějak hodně. No takže jsem byla na Neurolu do té doby, než jsem šla na psychiatrii.“

T: Jak probíhal první kontakt s odborníkem?

R3: *„Co si myslím, že bylo špatné, byla ta čekací doba, protože když máš nějaký akutní problém, tak to je dlouhá doba. Máš teda Neurol, ale ten tě otupí. První kontakt si moc nevybavuju, ten styl mi moc nevalil, vyslechla si mě a hlavně nepoučovala, nebagatelizovala. Snažila se přijít na to, jak moc je to špatné, odhadnout tu situaci. Strašně jsem tam brečela a ona se se mnou dohodla, zda můžeme nasadit antidepressiva, ale nedoporučovala mi psychoterapii, protože jsem nebyla v dobrém stavu a nefungovala jsem.“*

T: Mluvil s tebou odborník od začátku otevřeně, informoval tě o prognóze a možnostech léčby?

R3: *„Ano, ona mi dávala zprávy, informovala mě, ale bylo mi to jedno a nepátrala jsem víc. Neptala se mě, zda souhlasím s jejím postupem léčby, ale vím, že jsem nepokračovala s Neurolem, ale nevím, čím to bylo rozhodnutí. Nabízela mi i léky na přírodní bázi. Ale antidepressiva zůstávala po celou dobu.“*

„Za dobu 5 let jsem vystřídala asi 3 lékaře. Ta druhá si na mě dělala hodně času a nebylo to jen o předepsání receptu. U té nikdy nepadlo slovo, že bych přestala antidepressiva brát, ale poslala mě na terapii. Doporučila mi psychoanalýzu u jednoho pana psychologa, ale to byl můj nejhorší zážitek, hlavně konec byl dost nepříjemný, protože tenhle typ terapie mi nevyhovoval a už jsem pak radši ani neřekla, že nepřijdu a prostě jsem přestala chodit. On

byl určitě dobrý, ale nesešel mi přístup. Přišla jsem a on mi řekl prosím, povídejte a já ho chtěla potěšit, tak jsem se furt přemáhala. Pak jsem se tam skoro až bála přijít. Ted' chodím na KBT terapii, tu jsem si našla sama a ta mi vyhovuje.“

„Pak ta psychiatricka odešla do důchodu, ale nevěděla jsem o tom, a když jsem tam přišla na kontrolu, tak už doktorka odešla do důchodu a dokumentace byla nedostupná. Tak jsem kontaktovala jiné psychiatry, ale jejich objednávací doba byla šíleně dlouhá. Pak jsem zkoušela nějakou službu, aby mi jen napsali léky, ale to mi nikdo neudělal. A v Bohnicích pak to bylo hodně free, kde se mě zeptali, co potřebuju, a já že léky, a on vytáhl ze skříňky léky a rozloučil se. Dokumentace teda proběhla. A dál jsem hledala rychle psychiatra. Ted' chodím k doktorce, která je kombinací všech předešlých. Hodně se mě na vše ptá a konzultuje se mnou.“

„Pokračuju, ale mám ještě dráždivý tračník, kde mi doktoři řekli, že to má psychosomatický základ a doporučili mi nějaká antipsychotika, která ale měla hrozně špatné vedlejší účinky. Tak ted' beru antidepressiva 1. generace, ale je to spíš na ten fyzický problém, než že by mi to psychicky pomáhalo.“

T: Znáš někoho s podobným problémem ve svém okolí?

R3: *„Nevybavuju si. Babička tím trpěla, ale víc nevím.“*

T: Setkala ses se stigmatizací ve svém okolí (ve škole, v práci, v rodině, mezi přáteli)?

R3: *„V tu chvíli to bylo tak, že všichni byli rádi, že jsem lepší. Kamarádům jsem to řekla, ale ti byli taky rádi, že mi bylo líp. V práci to tušili, protože to na mě bylo hodně vidět. Každopádně nejčastější reakce ne hned, ale po čase, protože nejsem člověka, na kom by byly deprese poznat, takže kamarádi neznají tuhle moji stránku, kdy ležím večer a přemýšlím o kravinách, a jejich reakce byla, že antidepressiva jsou svinstvo a že to nemám brát, jestli mi to za to stojí a že je to návykové. Spíš zpochybňovali tu léčbu.“*

T: Informovala bys zaměstnavatele při pohovoru o svém onemocnění?

R3: *„Nepřemýšlela jsem nad tím, ale asi bych jim to neřekla. Jednak jim do toho nic není, možná kdybych měla nějaký těžký průběh, ale jsem zaléčená, a tím pádem jim do toho nic není. Taky bych jim neřekla, že mám žaludeční vředy, nic jim do toho není. Na druhou stranu to stigma tady je a chápu, že když toho člověka s diagnózou neznám, neznám to pozadí a*

průběh, tak bych chápala, že pokud je tady šance vzít někoho bez diagnózy, tak to ten zaměstnavatel tak udělá, protože to je lehčí. “

T: Myslíš, že se postoj společnosti vůči lidem s duševním onemocněním mění?

R3: *„Já bych řekla, že se společnost posunula do určité míry, ale možná je to tím, že je to děsně trendy s tím jít na světlo. Co se týká deprese a vše kolem ní, tak to už je skoro běžný ve společnosti. Ale když se řekne duševní onemocnění, tak si společnost představí divné lidi, a tam si myslím, že to stigma je a vždycky bude, protože si nikdo nepředstaví člověka s depresí nebo úzkostí, ale rovnou někoho s těžším průběhem nemoci. Co si umím představit, že bude dlouhodobě fungovat, když znáš někoho blízkého, kdo tím trpí, tak si dokážeš říct, že tě nezabije v kuchyni nožem. Festivaly a kampaně tomu moc nepomáhají, protože tam budou chodit ti, co už mají povědomí, ale jejich obavu to nezmění. A ani si nemyslím, že by to bylo tak, že starší generace chápe duš.onemocnění jinak než mladší generace. Tam záleží, jak moc ten člověk má vžitě, že duševní nemoc je součást společnosti. “*

T: Nabídl ti někdo možnost peer konzultací? Víš o této možnosti?

R3: *„Viděla jsem letáček a je to zajímavé, ale nic víc o tom nevím. A myslím si, že by to určitě byla pro někoho cesta. Jinak to bude prožívat ten, kdo byl týraný v dětství nebo já, která se sesype po rozchodu. “*

„Já mám i misofonii a jsou na to skupiny na sociálních sítích, a někomu to vyhovuje, že to napíše na fb, každý ho podpoří, ale mě to přijde jako fňukání. “

8.4.4 Lucie, 25 let (R4)

T: Mohla bys popsat začátek onemocnění a jeho projevy? Dokážeš dohledat spouštěč onemocnění?

R4: *„Ve své podstatě se potýkám s OCD, depresemi, generalizovanou úzkostnou poruchou a sporně diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchou. Byla jsem diagnostikovaná, když mi bylo 11 let a od té doby jsem v soustavné péči u odborníků a neustále se léčím. Začalo se to projevovat v 10/11 letech, kdy se mi rozvedli rodiče, kdy během měsíce dvou se mi vše sesypalo a začala jsem mít závažný příznaky OCD, kdy p 2*

měsících to bylo v akutním bodě, kdy jsem spala jen 3 hodiny, a zbytek byly rituály. Vzhledem k tomu, že o tom moji rodiče nic nevěděli a já taky ne, že existují duševní poruchy, tak se to začalo řešit až, když jsem nemohla spát, chodit do školy atd. Tam se rodiče snažili obracet, na koho šlo. Ještě my jsme vlastně z malého města, takže v tu dobu to bylo hodně problematické a kor když jsem byla dítě. Takže jsme akutně nikoho nesehnali a začali jsme dojíždět do Prahy. “

T: Napadlo tebe nebo rodiče jít nejdříve za praktickým lékařem?

R4: *„To rodiče ani nezvažovali, že bychom šli k praktickému lékaři, jim bylo jasné, že to bude z jiné oblasti. Ale sesypalo se to tak rychle, že nikdo nevěděl a muselo se to řešit rychle. Ty příznaky byly už od útlého dětství, ale nikdo tomu nepřisuzoval důležitost a nebylo to život narušující. Řešit se to začalo až v těch 10 letech, kdy jsme na internetu našli informace, ale nikdo mě nechtěl vzít, všechno bylo plné nebo to bylo daleko. Nakonec jsme skončili u jedné soukromé psychologičky tady v Praze a u jednoho psychiatra, a to šlo platit z pojištění. Problém byl s dlouhými čekacími lhůtami. A najít dětského odborníka bylo opravdu těžké. “*

T: Jak probíhal první kontakt s odborníkem?

R4: *„Probíhalo to tak, že jsme šli k té psychologičce, bez doporučení, a šli jsme tam jako celá rodina, tam si s námi psychologička povídala, a pak si vzala jen mě. Upřímně si úplně nevybavuju, že bych byla vystresovaná, ta paní byla fajn, profesionální, nevnímám to jako stresující zážitek, a byla jsem tak zoufalá, že jsem to viděla tak, že mi tam někdo pomůže. “*

T: Jak se k celé situaci stavěli rodiče?

R4: *„To nedokážu říct. Dodnes to rozebíráme, problémy jsou chronické a průběžné, takže to pořád řešíme. Ale táta mi až v dospělém věku řekl, že si myslí, že je to jeho vina, protože on byl ten, kdo odešel od rodiny, a to byl ten spouštěč. A oba moji rodiče nemají žádné diagnózy, ale v širší rodině ty psychiatrické diagnózy jsou. Ale táta si myslí, že i jeho genetická výbava mi způsobuje OCD, protože on to má taky a narušuje to jeho mezilidské vztahy. “*

„Máma nikdy neadresovala tenhle problém, nikoho nevinila. Tam jsou spíš potíže s labilitou, zkrátka z její strany jsou taky divoké věci a nevím, co se jí honí hlavou. “

T: Mluvil s tebou odborník od začátku otevřeně, informoval tě o prognóze a možnostech léčby?

R4: „U psycholožky – ta byla ten první člověk, kdo vyřkl diagnózu OCD, o depresích a dalších věcech se nemluvalo, OCD bylo to, co hořelo. Ona se mnou pracovala kvůli těm rituálům, abych mohla normálně fungovat.

Moc si nevybavuju, že bych měla prostor něco měnit, ale v tu dobu mě to ani nenapadlo, nebylo tam nic nepříjemného a nebyla jsem ve věku, kdy bych si mohla něco klást za podmínky.“

„Psychiatr přišel asi ve stejnou dobu. První setkání bylo podobné jako u psycholožky, šli jsme tam jako rodina, a pak jsem s ním mluvila o samotě. A on se mi snažil nadávkovat léky, abych mohla fungovat. Vydrželi jsme takhle ambulantně 3 měsíce, dojížděla jsem 3-4krát týdně víc než 100km, a pak byla navržena hospitalizace, kterou jsem přijala a strávila jsem 6-7 měsíců tady v Praze v Motole.“

T: Jaká byla situace po propuštění z hospitalizace?

R4: „Vystřídalo se toho hrozně moc. Nejdřív byli tihle dva odborníci, ty si pamatuju nejlíp. Při hospitalizaci si nepamatuju nic konkrétního, tam to bylo hodně mechanický. A pak jsem vyšla ven a snažili jsme se najít další odborníky, psychiatra jsem si nechala, ten mi vyhovoval a dál jsem teda dojížděla. S psychology bojuju dodnes, tam je to složitý. Nejdřív jsem se snažila najít někoho v Litvínově, ale nevybavím si nikoho konkrétního, nebyla to nikdy dlouhodobá záležitost. Vždy tam byl konflikt s rodiči nebo to nevyhovovalo mně.“

T: Mohla jsi jakýmkoli způsobem participovat na způsobu léčby?

R4: „V tom věku se řešilo jen OCD, ale na všechno kolem se pozapomnělo. Tak mi neřekli žádný plán, ale přišla jsem do ordinace s mámou, už teda bez táty, prošli jsme si, které rituály dělám, co se zlepšilo, zhoršilo, jak mi šlo vypracovávat nějaké konkrétní úkoly, vše jsem si měla sepisovat. Pak jsme to přesunuli do Litvínova, doprovázela mě jen máma, ale ty psycholožky si vždy povídaly spíš s mámou než se mnou a staraly se o to, jak to zvládá ona a já jsem měla úkoly na zvládnání rituálů, ale zabývání se mou osobou, to přišlo až v dospělosti. Do 14 let lobovaly psycholožky za léky, za víc léků a další typy léků. Psychiatra jsem měla rozumného, který se snažil léky přizpůsobit, aby mi to bylo příjemný, ale v podstatě ostatní odborníci chtěli, aby se na mě zkoušely další léky, takhle jsem byla zbytečně na lithiu půl roku.,,

„Chvilku jsem byla i u jiné psychiatricky v Litvínově, protože jsem to z Prahy chtěla přesunout blíž. Ale jak jsem brala léky, byla jsem apatická, usínala jsem ve škole. A tahle psychiatricka mi pořád dávky léků zvyšovala a nasadila mi i to lithium právě.

Pak mě rodiče vrátili zpět k tomu psychiatrovi do Prahy a ten mi ty léky zase snížil a dál mě držel na nízkých dávkách léků. Ale nedoporučoval cokoli vysadit. A já myslím, že jsem v tomhle ohledu měla trochu protestovat, protože ty léky mi otupily hrany toho nejhoršího, ale i toho dobrého, ale celý život na tom fungovat je zbytečné.“

T: Jaká je tvá současná situace?

R4: *„K psychiatrovi nedocházím, nejsem nikde vedená. Když mi bylo 21 let, kdy jsem brala prášky, tak jsem se jednoho dne vzbudila, že to takhle dál nechci, protože mi bylo permanentně špatně, a i když jsem neměla žádnou depresivní epizodu, tak mi bylo pořád špatně. Tak jsem zkoušela ty prášky vysadit. Nejdřív jsme zkoušeli změnit prášky ve spolupráci s tím psychiatrem, ale to jsem začala být agresivní, tak jsem pak sama usoudila, že toho mám dost a přestala jsem se psychiatrovi ozývat, a i když na to trpím pořád, tak léky teď žádně neberu. Radši si vytrpím nějaké období, ale pak přijde to dobré období.“*

„Když mi bylo 18 let, tak jsem začala chodit k psycholožce v Litvínově, tam jsem docházela 2-3 roky, pak ona přesídlila do Prahy a o dva roky později jsem ji znovu kontaktovala po přestěhování do Prahy. Ta mi hodně vyhovuje, respektuje mě, moje hranice, můžu si stanovovat vlastní cíle atd. Bohužel odešla na mateřskou, takže jsem už půl roku bez péče a nemůžu nikoho momentálně sehnat.“

„Čím vším jsem si prošla, to nevím, protože mi nikdo nic konkrétního neřekl, ale ta poslední psycholožka se mnou dělala asi existenciální terapii, to jsem si pak načetla, a ona byla asi jediná, kdo se mnou takhle pracoval, to mi vyhovovalo, a tak hledám někoho, kdo by se mnou pracoval taky takhle. Já tam necítla ten postup – je rozbitá – musíme ji opravit. S ní to bylo víc o normálním životě a osobnějším přístupu. Mohla jsem participovat a vyřešit si to sama, nebylo to jen o nějakých úkolech.“

T: Setkala ses se stigmatizací ve svém okolí (ve škole, v práci, v rodině, mezi přáteli)?

R4: *„Rodina to logicky ví, mluvíme o tom poměrně otevřeně s rodiči, oni k tomu přistupovali vždy velmi opatrně. Je to taková směs - nechci s tím mít nic společného, ale zároveň to budí*

respekt. Komunikaci vedu vždy já. Babičky, dědečkové o tom taky vědí, byli přítomní u propuknutí, ale není důvod se o tom bavit. Spřáteli o tom mluvím otevřeně. Partneři v minulosti o tom věděli, aby si ti lidé nevykládali špatně nějaké moje jednání, vztah by bez téhle informace nemohl fungovat. Problémy byly hlavně na základní i střední škole. Na vysoké škole s tím už problémy nemám. Ale na ZŠ a SŠ to bylo hodně divoké. Po návratu z hospitalizace to bylo těžké, rodiče nechtěli, aby někdo věděl, s čím jsem byla tak dlouho pryč, tak mi bez mého vědomí vymysleli diagnózu choroby srdce. Ani učitelé by to nevzali, nenechali by mě být tak dlouho pryč ze školy. Žádný individuální plán nebyl a nebrali na to ani učitelé ohled. Mysleli si, že jsem magor a šílenec. O všem se komunikovalo s ředitelkou a třídní učitelkou. Nakonec se s tím muselo jít ven, protože jsem ve škole nefungovala. A i já jsem chtěla, aby se o tom mluvilo. A navzdory rodičům jsem to začala říkat i kamarádům mimo školu, ale mám pocit, že to ty děti nezvládly zpracovat. “

„Už před hospitalizací jsem zažívala šikanu, a pak to jen pokračovalo. Když si děti myslely, že jsem nemocná se srdíčkem, tak mě litovaly, a zároveň záviděly, že jsem nemusela chodit do školy. Moje kamarádka tenkrát prozradila můj problém, a začala kyberšikana, dokonce i učitelé se mi vyhýbali. Na malém městě se mi stalo, že lidi po mě na náměstí začali házet odpadky, protože si myslela, že jsem magor. “

T: Zaznamenala jsi probíhající reformu psychiatrie a s ní spojenou osvětu v oblasti duševních nemocí?

R4: „Dodnes se s lidmi ze školy vůbec nepotkávám, protože jsem od té doby vyčleněná. A vlastně po celou dobu ZŠ a SŠ jsem vůbec nechodila na denní studium, měla jsem pak individuální plán. Rodiče se stáhli do sebe, nesměli jsme to říkat ani doktorům, protože jsme se setkali s tím, že jakmile se dozvěděli o mých problémech, odmítali mě léčit, protože tvrdili, že je vše psychosomatického původu. Dva měsíce mě nechali cvičit s černým kašlem apod. Na všech frontách to bylo hrozné. Na malém městě je to tedy určitě horší než v Praze. Ale je to obecně lepší, než to bylo. Byla jsem v Litvínově do svých 22 let, ale Praha je úplně někde jinde. Ale i v tom Litvínově už mají lidé povědomí. “

T: Informovala bys zaměstnavatele při pohovoru o svém onemocnění?

R4: „Momentálně nepracuju, když jsem pracovala, tak tam to o mně nevěděli, ale to byl jen částečný úvazek. Tam jsem to řekla až ve chvíli, kdy jsem nebyla schopná do práce docházet. Zaměstnavateli jsem to vysvětlila a on se zachoval dobře, nechoval se ke mně hůř, uvolnil mě a nikde to ani neříkal, to jsem ocenila. Když bych teď nastoupila do zaměstnání, tak bych neřekla nic o těch problémech a řešila bych je až ve chvíli, kdy bych to zvládat přestala. Ale jinak bych si nepřála, aby to věděli kolegové, ten kolektiv by mě vnímal jinak. Při pohovoru myslím, že by to byl důvod, proč by mě nevzali.“

T: Nabídl ti někdo možnost peer konzultací? Víš o této možnosti?

R4: „Mám kolem sebe dost přátel a známých, kteří se taky potýkají s psychickými problémy, a když si chci s někým o tomhle promluvit, tak za nimi můžu jít nebo jdu za rodinou. V podstatě to řeším takhle a nemyslím si, že bych se potřebovala setkávat s nějakou skupinou. Viděla jsem na FB, že jsou různé skupiny lidí s depresemi, a dokonce mě na to upozornila i máma, ale já jsem jí říkala, že bych si asi ani nepřála v něčem takovém být, protože bych škatulkovala sama sebe, a za tu dobu už mě škatulkovali dost. Myslím, že by mě to táhlo hlouběji do problémů. Dovedu si představit, že peer konzultace by mohly fungovat na začátku nemoci, nebo když je člověk mladší.“

8.4.5 Jakub, 34 let (R5)

T: Mohl bys popsat začátek onemocnění a jeho projevy? Dokážeš dohledat spouštěč onemocnění?

R5: „Diagnóza je cyklická dystymie ve spojení s endogenní depresí. Tady chybí ten bod, jak to vzniklo. Asi bych mohl chodit na psychoanalýzu, a tam bychom si vymysleli nějaký krásný bod, kdy mi bylo v dětství ublíženo, jakýmsi nedodáním dárku. Ale vzhledem k tomu, že to jsou endogenní deprese, tak věřím spíš v chybné nastavení systému, které se potvrdilo posléze při získání medikace, nicméně trvalo to tak 20 let, než se připotvrdilo to, co jsem si vždycky myslel, ale vyhrotilo se to tak, že to přestalo být slučitelné s funkčním životem. To je klasický symptom dystymiků, že celý život je těžší a furt se musí přemáhat a myslí si jenom, že to je stejný, jako je jim říkáno, že jsou líní nebo že se málo snaží a že se mají víc snažit a najít si práci, a pak si přestanou stěžovat a vidět to černě. No a tak když už ztratíte práci

a holku a nemůžete se hýbat, a trvá to už 2 měsíce, a už nefunguje to, co fungovalo dřív a nefunguje nic, všechno jste už vyzkoušeli – přírodní doplňky a sporty, radost, tvorbu, drogy, už nic nepomáhá, furt se to vrací. Tak jsem šel za doktorkou. Já jsem chtěl jít za praktickou doktorkou, abych šel to kolečko tak poctivě, jako by to udělal nevědomý občan. A ona mi dala ten dotazník, který jsem už jednou vyplňoval, když jsem se účastnil sketaminové studie léčby deprese. Tam je asi 15 otázek a vyplňuje se, jak často se to děje a jsou tam takové vtipné body, jako jestli nemáte chuť na sex, chuť k jídlu a nedaří se vám usnout a jsou tam možnosti často, občas a tak. A já, když jsem to zaškrtoval, tak mi vyšla nutnost okamžité hospitalizace, ale mně to přišlo všechno normální, tak jsem to měl vždycky a přišlo mi to úměrné tomu, že snad mám nějaké schopnosti, a tak si na to nebudu přece stěžovat. Je to ale provázaná diagnóza s obecně negativistickým náhledem, pesimismem, nedůvěrou a nesebevědomím. A mně to přišlo v pořádku, že tak to má být, že lidi se z těch věcí sesypou, ale když v tom žiju tak dlouho, tak přece se z toho nebudu sesypávat, když jsem došel takhle daleko. A ona říkala aha aha, jo tak to si asi nevymyslíte. A poslala mě za panem psychiatrem a ptala se, jestli bych si chtěl o tom spíš povídat nebo bych chtěl prášky, ale člověk nějak ví, jak je to s těma práškama často, to je taky takový stigma trochu. Donedávna to zavodňovalo, měnilo to osobnost trochu a byl to takový obchod s ďáblem, nebylo vám špatně, ale ani dobře. A ona říkala heleďte se, já bych vám ty prášky napsala, protože nám začíná podzim, a než ten psychiatr bude mít čas, tak je taková hlavní sezóna, tak bude lepší, když budete něco brát, a za ten měsíc už o tom budete mít nějaká data. Takový krásný logický argument – jakože buď mi to sedne, nebo ne. Ten doktor už třeba bude mít aspoň s čím pracovat. Ona se podle těch výsledků toho testu asi zřejmě bála, že bych se chtěl třeba zasebevraždit, ale sebevražda je věc, která člověku pravidelně přichází na mozek 20 let a on s tím hraje trochu takový zápasy o logické argumenty, takže to trvá, než se v hlavě ta myšlenka dotvoří. Ale někdy to přijde najednou a všechno se to vyřeší.“

„Pak jsem šel k tomu psychiatrovi, prášky nezabíraly, a kamarádi říkali – to musíš potkat pár týdnů, než to zabere. Už to bylo měsíc a půl, ale psychiatr řekl, že ty prášky byly zvoleny správně. Po skoro 2 měsících to konečně přišlo, na Vánoce. To bylo hezké. A ono to přišlo s takovým kick-startem, protože jsem potkal jednu slečnu, a i přesto, že jsem byl úplně v hajzlu, to bylo asi osudem daný, ale to vždycky na psychiku pomohlo. A možná díky tomu asi začaly fungovat i ty prášky. Ten psychiatr mi vysvětloval, že čím déle trvá ta nemoc před

lčbou, tím dle to pak trvá opravit nebo to zlepšit, což dávalo smysl, a vlastně ty dva měsíce byly ještě skvělý čas.“

T: Jak probíhal první kontakt s odborníkem?

R5: *„Spíš mě zarazilo, že ta praktická doktorka mi dala nějaké prášky na hlavu, ale já ji podezírám, že na to má nějaký papír, že to může dělat. A ten psychiatr..to bylo hezké. Přišlo mi to takové, že takhle jsem si to představoval z těch filmů, že ten doktor je takový ten hodný doktor, kterého znám jen jako očního doktora, protože jiní doktoři jako zubaři, ty chtěj někam lézt a na něco sahat, a to není dobrý prostě no. Ale očař nebolí, a to si člověk zapamatuje. Ale tenhle doktor tam tak seděl a tvářil se zúčastněně, a jak mi je a co jsem zač a co mě trápí a jak se to projevuje. A mně to přišlo krásné, že si o tom se mnou někdo povídá, a ví, jaké to je a jak to funguje v reálu, aniž bych mu musel moc vysvětlovat. Většina lidí bez zkušenosti si pod tím představí asi nějaký splín nebo smutek a říkají si, že to je jako v seriálu, kde stačí říct - nebud' smutný a on přestane být smutný a je veselý. On se ptal tak rozumně a i tak vědecky šel po tom, jestli nemám zkušenosti s drogami a jestli to nemůže být způsobené tím. A mně přišlo, že jsem měl v tomhle štěstí, že jsem si s tím psychiatrem sednul. A i ten doktor potkal dobrý protiklad, protože je asi výhoda, když má člověk rozum a tuší, jak by měl ty informace doktorovi formulovat, aby byl spokojenější a líp se mu s tím pracovalo. Já jsem od něj čekal trochu to, že se bude ptát detailněji, ale to přijde v dalších fázích. Ono když tam člověk přijde s tím, že je mu líp, tak se není potřeba do hloubky vyptávat, není to schizofrenie, nemá to ostří, není to psychotická porucha, není to úzkostné, jsou to jen bezmoci a deprese a letargie a 80kilová deka na myšlenkách člověka. Pokud pracujete s pacientem, který ví po tolika letech žití s tou diagnózou, čeho si má všímat, tak vám jasně řekne, že vnímá jasný výkyv do mánie nebo podivné nové ostří v psychice, protože jediný způsob, jak mohl přežít tak dlouho, je, že se naučil číst tu mentální mapu.“*

„Nemám důvod toho psychiatra měnit, a to je dáno tím, že nemám nějak složitou nebo komplikovanou diagnózu. Já jsem teď u něj objednaný na nějaké složitější komplexnější testy, které by měly potvrdit ledacos z toho, co se domnívám já. Člověk má po letech plno vlastních názvů pro ty psychické stavy, a může si myslet, že úzkosti jsou deprese a naopak, něco může být i bipolarita, nebo vícenásobně osobnostní porucha, kterou si on projektuje do tlakových výší a níží. Jiná situace by asi byla, kdyby mi ty prášky nepomohly tak čistě,

jak mi pomohly. Protože mi pomohly se zbavit toho, co bylo potřeba a nesebraly mi nic víc. Kdybych nastoupil na psychoterapii, tam by asi docházelo k větším konfliktům vzhledem k tomu, jaké mám představy, kam by měla moje psyché směřovat a o normalitě a nenormalitě věcí.“

T: Jak dlouho procházíš odbornou péčí?

R5: *„To je třičtvrtě roku od té návštěvy doktorky a u toho psychiatra jsem teď půl roku.“*

T: Setkal ses se stigmatizací ve svém okolí (ve škole, v práci, v rodině, mezi přáteli)?

R5: *„Okolí se k tomu staví pozitivně, protože si všimli, že na sobě nemám permanentně černou deku, skrz kterou se k nim snažím přiblížit. Ta stigmatizace spíš funguje v obrácené situaci – dvě kategorie, jedna kategorie je, když vám lidi nevěří, že něco takového jako deprese je a vy to přitom máte a musíte s tím žít – ti se dělí do dvou kategorií – buď je o tom dokážete přesvědčit zkušeností, nebo ne. Představitost lidí je v nepoměru k jiným intelektuálním kvalitám, veskrze co lidi nezažijí, tomu nevěří. Druhá kategorie je stigmatizace medikace. Já sám jsem toho byl součástí, sice ne tak extrémně, protože jsem věřil, že někomu to pomůže, ale sám jsem to odmítal. Pravděpodobně jsem se bál ztráty osobnosti nebo charakteru, což je to co budujete celý život, a pak o to máte přijít jedním mávnutím.“*

„Ano, stigmatizace je hrozná od lidí, které máte rádi a jsou vám blízcí, typicky rodina. Dokud nemáte papír od doktora, tak vám to nevěří. Mají pro to mnohem lapidárnější vysvětlení – lenost, zbabělost, neschopnost, cokoli. Nebývají to pozitivní hodnoty. S těmi lidmi nejde nic moc dělat a u nich člověk spadne do kategorie ulhané ludry, která si vymýšlí, aby se mohla „tvářit utrápeně, a to se nikdy nezmění, nikdy.“

V té druhé kategorii je subkategorie lidí, kteří na vás začnou brát takové divné ohledy, jakoby to byl větší defekt. Moje babička žila celý život na vozíku, protože jí v 16 letech rozežrala obrna svaly, ta tomuhle rozuměla, jak na vás někteří lidé koukají jako na nehodnotného člověka, nebo neplnohodnotnou lidskou bytost nějak postiženou, nehodnou vážnějšího vztahu nebo partnerství a potomků. To je smutné, ale nemůžete jim to vyčítat. Někdo se na to ptá, protože to shledává zajímavým asi stejně, jako když má někdo jen jednu ruku nebo měří dva metry deset.“

„Ted' zažívám hodně stigmatizaci s tou medikací, protože spoustu lidí se tváří tak, že já jsem prohrál a neměl jsem to dělat, protože to šlo určitě vyřešit jinak. Mně osobně to moc netrápí, člověk si umí vyargumentovat svoji pozici a nenechat se zničit zaškatulkováním, ale je to příležitost se o tom s lidmi pobavit a informovat je. Říkám to lidem, dávám jim příběh a oni hezky reagují, protože lidi mají rádi příběhy. A tohle je dobrý příběh.“

T: Informoval bys zaměstnavatele při pohovoru o svém onemocnění?

R5: *„Neřekl bych jim to narovinu, protože na to nemají nárok. Nemyslím si, že to je analogické fyziologické kondici. A neřekl bych to proto, že v lepší fázi léčby doufám, že to zmizí a nebude se to opakovat, že prostě nebudu muset vysvětlovat, proč nedokážu dojít do práce, když prostě nedokážu vstát. Takže si myslím, že to není potřeba zmiňovat. Já jim to moc rád řeknu, pokud to někdo pozná a zeptá se. Obecně lidi, kteří mají větší deprese, se navzájem poznají. Obecně lidi určité úrovně inteligence to vědí, nebo to poznají a nesoudí. Ale není to věc, kterou chci říkat rovnou z důvodu podsouvání informací, které můžou negativně ovlivnit jejich rozhodování ohledně mojí osoby. Typicky z důvodu strachu z neznáma. Vy řeknete, že berete něco na depresi, a ti lidi nevědí, jak si s tím poradit, protože je to něco navíc. Takže radši od toho dají ruce pryč..co kdyby. Ale jakmile budu mít jistou pozici a seznámím se s nimi, tak jim to moc rád řeknu a proti jejich vůli je budu informovat, protože to není nic nenormálního, a ti lidé s diagnózou nejsou méněcenní.“*

T: Znáš v okolí někoho s podobnou zkušeností?

R5: *„Neznám lidi s podobnou diagnózou, protože stejnou nikdo nemá. Dystymie je svinstvo, kdy se celý život pohybuje pod hladinou normálního nulového stavu, nad kterým můžete psychicky regenerovat. Vy prostě máte jenom sinusoidu nahoru a dolů, ale je celou dobu pod nulou. Jeden kamarád se zabil, ten ty deprese nedal. Další se dal na dráhu psychoterapeuta. Expříteckyně trpí velkými úzkostmi míchanými s depresí. Těch lidí je hodně kolem mě, já je vidím. Stejně jako poznám lidi, kteří berou drogy, a to je věc, která nikdy nezmizí. Ono jich bude víc, protože v základu, to je teda hypotéza, je to větší náročností na neustálou flexibilitu a akceschopnost a totální ztráta sebereflexe a odpočinku. Dneska máte důraz na to, jak člověk musí být furt v práci a něco dělat a tvořit, jinak je ten čas zbytečný a vyhozený, a zároveň se totálně zapomnělo na čas odpočinku, relaxace, reflexe a proces ukládání informací. Funguje to stejně jako spánek, jako když se celý den učíte, ale pak se*

nevyspíte a ty informace se nezastrukturují do správných struktur, a jsou pak náhodně rozházené. Z tohohle plyne mnohem větší nervozita mysli a vědomí. Zároveň tady existuje současný dohlížecí kapitalismus, neustálá potřeba být online a neustálá malá saturace podnětů skrz lajky a srdíčka, hned musí být všechno nasdílené. To vytváří na mladé lidi neskutečný tlak, na neustálou gratifikaci jejich jednání, které musí být hodnoceno pozitivně ze všech stran. Když nejsou slyšet chvály ze všech stran, tak mozek začne člověka posílat do neklidu a negativních stavů. A na to se reaguje roztěkaností, úzkostí a depresí. Bude toho čím dál víc. A trochu tomu nahrává i americká snaha farmaceutického koncernu předepisovat na sebemenší splín prášky, aby víc vydělali. “

T: Nabídl ti někdo možnost peer konzultací? Víš o této možnosti?

R5: *„Na to bych byl skvělý já, tím bych si rád vydělával. Asi by mi to pomohlo před 15 lety, kdy to šlo poznat, ale já jsem si to nepřipouštěl a okolí to nepoznalo. Tam by se mi takový znalý člověk hodil. U mě by to bylo specifické, protože to, proč jsem tak dlouho nikam nešel, je ta nedůvěra, že bych našel někoho tak chytrého, kdo by byl dobrý a neaplikoval na mě poučky ze základů psychologie a těma se mi nesnažil pomoci. Stačí klesnout dost hluboko a tenhle problém zmizí. Ale peer konzultace by se bývaly hodily. “*

T: Čeho chceš dosáhnout v budoucnosti?

R5: *„To je jednoduché - ten základní scénář je ten, že se toho nikdy nezbavím, to tam bude vždycky. První varianta je, že mi ty prášky pomůžou v mozku vytvořit tak silný oblouk a naučí ho fungovat tak, že to půjde i bez těch prášků a já přežiju bez větších problémů. Druhá varianta je ta, že to nebude fungovat, a ty prášky budu muset mít silnější nebo ve větším množství, a to pak bude ta spirála směrem dolů, to je pak souboj, který nejde vyhrát. Ale já jsem s tím smířený, i když bych rád tu variantu A. A jediný strašák je ta genetická dispozice, kterou bych, kdyby bůh dal, přenesl na svoje děti. Ale jak se zdá, tak by to za to stálo, kdyby se o tom takhle dopředu vědělo, vzhledem k tomu, že jsem první ze své rodinné linie, který něčím takovým trpí. Jsem s tím smířený a bylo by to skvělé. “*

„A ono se to dá přežít, když jsem přežil až doteď, vždycky jsou v zásobě elektrošoky, to se zvládne. V nejhorším se použije sanatorium po vzoru 19. století, to by bylo hezké dožití. Člověk tomu musí přizpůsobit svojí osobnost a to, co od života chce. Já nemůžu od života

chtít nějakou vrcholovou kariéru, ať už v byznysu nebo jinde. A mně to prostě tu osobnost nastavilo, a je to takhle v pořádku. Ona ta deprese je zajímavá v tom, že vám umožňuje vidět hlubší pravdy, než normálním lidem. Má to svoje výhody, nemyslím, že to je úplně prokletí, spíš specifické nastavení mozku, podobně jako autismus, který vám zas jinde umožní podávat super výkony. Ale společnosti to nevyhovuje. Jednou to ale bylo dané, tak se musím snažit to co nejvíc využít. To kdybych začal brát silnější prášky jen proto, abych byl jakoby normální, tak to je úplně k ničemu. Pak máte úplně obyčejný život o ničem, ztělesnění průměru bez zajímavosti. Takhle máte před sebou kopec, který musíte slízat, je to v něčem obtížné, ale něco se při tom můžete naučit, něco předat a někomu pomoci, sám ze sebe něco vydolovat. A čím těžší to je, tím víc víte, že většina lidí by to nezvládla, a vy to zvládnout máte, a třeba tam na konci něco čeká. A jestli tam nic nečeká, tak to v podstatě ani nevádí, protože ve finále si můžete říct, že cesta byla cíl a je to dobré. Občas je to otravné. Občas byste rádi existovali, a ono to nejde. Zas vidíte jiné věci, které jiní lidé nevidí.“

T: Jak podle tebe vypadá ideální fungování společnosti vůči lidem s duševní poruchou?

R5: *„Hrozně bych chtěl, aby se ta velká baterie psychologických testů dělala povinně na střední škole, a možná i na vysoké škole. Tolika lidem by to zodpovědělo tolik otázek, a přitom by je to stálo jedno odpoledne života. Náročnost na vědomí a neschopnost lidí to zvládat bude těchto lidí produkovat čím dál víc, tak tohle by měla být nejlepší cesta k destigmatizaci. Stejně jako se za mých mladých let dělaly rádoby přípravné scio testy a IQ testy, jejichž výstupem byly cesty, kam bychom třeba měli jít studovat, a kam naopak spíš ne. Tohle je úplně to samé, ale plno lidí by to zachránilo od moření se s tím problémem, protože lidé si to neumí přiznat, neumí to říct svým blízkým a neumí to přiznat ani sama sobě. Každého nemůžete posílat k psychiatrovi, ale tyhle testy by dodaly indikace dopředu. Takhle se měří jen váha, výška, a jestli máte v pořádku krev. A to je škoda.“*

8.5 Závěr výzkumu

Rozhovory probíhaly se všemi zúčastněnými v průběhu 2 týdnů. Respondenty se stali lidé, kteří se sami a dobrovolně přihlásili na mou výzvu na sociálních sítích, kdy jediným konkrétním požadavkem bylo najít osoby s duševním onemocněním, se kterým se buď stále potýkají, nebo v minulosti potýkali, a kteří by byli ochotní mi zodpovědět otázky. Vzhledem k tomu, že jsem tuto výzvu sdílela na sociálních sítích, přihlásila se mi skupina poměrně

mladých lidí – věkový průměr je 28,2 let. Mé obavy pak směřovali k tomu, aby výzkum nebyl příliš jednostranný, nicméně rozmanitost diagnóz, doba od diagnostiky a celková doba trvání potíží jsou natolik různorodými ukazateli, že mé počáteční obavy byly zbytečné.

Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila zejména kvůli tomu, abych měla lepší celkový vhled do situace respondentů a sloužil k lepšímu porozumění souvislostí, které by například z dotazníků nemohly vyplynout.

Oblasti, na které jsem se zaměřila během rozhovorů, tvoří logický celek, jehož výsledkem je analýza nejen osobního příběhu respondentů, ale i služby, kterou vyhledali, její účelnost, pozitiva a negativa tohoto systému, možnost respondentů participovat na léčbě, dále analýza stavu společnosti ve smyslu stigmatizace respondentů ze strany jejich okolí, a zda respondenti registrují reformu psychiatrické péče a její dílčí projekty.

Níže je výčet hlavním, důležitých bodů, které vyplynuly z rozhovorů.

- Mezi hlavními spouštěči projevů duševního onemocnění uvádí 4 z 5 respondentů problémy ve vztahové rovině, ať už se jedná o problém v rodině nebo s partnerem. Jednalo se konkrétně o problémový vztah s matkou, rozvod rodičů nebo rozchod s partnerem. V jednom případě respondent nedohledal konkrétní spouštěč.
- 4 z 5 respondentů uvádí, že začátek onemocnění mohou datovat do dětství, pouze 1 respondent datoval začátek nemoci až do 20. rok života.
- 2 z 5 respondentů vyhledali pomoc bezprostředně po traumatické situaci, ostatní respondenti čekali delší dobu – nejdelší dobu uvádí jeden z respondentů 20 let.
- 3 z 5 respondentů dohledali mezi svými příbuznými obdobné případy projevů jejich vlastního onemocnění, jednalo se konkrétně o sestřenici, babičku a otce.
- V rozhovoru jsem se dotazovala na průběh prvního kontaktu s odborníkem. 4 z 5 respondentů uvádějí pozitivní přijetí odborníkem, vyhovující úroveň způsobu komunikace i zvolené postupy léčby. Jako největší přínos kontaktu s odborníkem uvádějí všichni úlevu a ochotu odborníka nezaujatě naslouchat.
- Všichni respondenti shodně uvádějí, že odborník vždy poskytoval průběžné informace o průběhu léčby a všech možnostech, ale možnost pacienta participovat na průběhu léčby byla malá, nicméně to souvisí především s nízkým věkem respondentů v době docházení k odborníkovi (10, 11 let). Další 3 respondenti

uvádějí, že nezpochybňují průběh léčby, kterou zvolil daný odborník, a jsou spokojeni.

- V odpovědích na otázku stigmatizace z okolí jsem našla shodu, kdy všichni respondenti shodně uvádějí, že bezprostředně po začátku léčby bylo okolí rádo, že se danému člověku ulevilo. Stigmatizovali však způsob léčby – farmaka okolí vnímá jako zbytečné, nebezpečné a daného jedince odsuzují za to, že je začal užívat, často docházelo k bagatelizování nutnosti jejich užívání. Respondenti však shodně uvádějí, že bez farmak by byl jejich život složitější a věří postupům jejich ošetřujících psychiatrů.
- 1 respondent uvedl, že se setkal se stigmatizací po propuštění z hospitalizace v rámci postavení ve třídě na základní a střední škole.
- Všichni respondenti shodně uvádějí, že sami ze své iniciativy okolí neřeknou o své diagnóze, ale když se jich někdo z okolí napřímo zeptá, ochotně a otevřeně s ním o tom mluví.
- S tím pak souvisela další otázka týkající se sdělení své diagnózy při nástupu do nového zaměstnání – všichni respondenti shodně uvedli, že je to jejich soukromá věc a nemají potřebu to zaměstnavateli sdělit. Výjimkou je vlastní iniciativa zaměstnavatele nebo kolegů, kterým by na otázku odpověděli pravdivě.
- Peer konzultace respondenti neznají, nebo znají pouze okrajově, nicméně o využití podobné služby nevěděli, ale bývali by ji rádi využili na začátku svého onemocnění.
- Reformu psychiatrie jako celek respondenti nezachytili, nevnímají ji. Vnímají pouze dílčí projekty. Sami se ničeho neúčastní, nejsou členy žádných skupin osob s podobným nebo stejným problémem, dokonce 1 respondent uvedl, že podobná setkání vnímá jako nepřiměřené stěžování si.
- V názoru na to, zda česká společnost změnila postoj k lidem s duševním onemocněním, se respondenti shodli – vnímají určité společenské změny, které jsou ale pomalé a jen ve velkých městech. 2 z 5 respondentů tento jev přisuzují zejména tomu, že se o problémech začalo více mluvit veřejně, ale generuje to bohužel i případy neoprávněného diagnostikování sebe sama na sociálních sítích, kdy lidé uvádí, že mají deprese, ale o depresi se nejedná.

V poslední části rozhovoru měli respondenti možnost se vyjádřit celkově k problematice péče o osoby s duševním onemocněním, co by si oni sami přáli, co by chtěli zlepšit apod. Všichni respondenti se tak shodli, že čekací lhůty u psychologů a psychiatrů jsou opravdu velkým problémem, problémem je i nedostupnost služeb mimo velká města a vysoké platby za odbornou pomoc. Dále 4 z 5 respondentů uvedli, že nevěděli, kde hledat informace a jak se dostat do péče odborníka.

Dále z úst respondentů zazněla nespokojenost s fungováním okolí vůči lidem s duševním onemocněním, kritika konkrétně cílila na „zavírání dveří“ před problémy druhých.

Důležitým bodem, který zmínil jeden z respondentů, je potřeba zavést povinné testové baterie (psychologické testy) na středních a vysokých školách tak, aby se dříve identifikoval problém u konkrétních jedinců a dal se tak rychle řešit.

9 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala teoretickými poznatky v oblasti duševního zdraví, péče o něj, systému péče o duševní zdraví v České republice v porovnání s dalšími evropskými zeměmi a probíhající reformou psychiatrické péče u nás. Z teoretického zkoumání vyplynulo mnoho nových informací, a zároveň vyvstalo mnoho nových otázek související s transformací péče o duševní zdraví v budoucnosti. Z nejrůznějších výzkumů a statistik vyplývá na povrch obrovské množství nedořešených otázek, které jsou v přímé souvislosti se současným nastavením systému péče o osoby s duševní poruchou a jeho nutnou přeměnou do dalších let, a to nejen v České republice, ale v celosvětovém měřítku.

Celosvětovým trendem se stává komunitní forma péče, což je na zcela opačném konci pojetí péče o osoby s duševní poruchou, než s jakou jsme se setkali před 150 lety, kdy v popředí zájmu bylo budovat velká zařízení s mnoha lůžky. Dnes už ale víme, že se od této cesty vývoj v oblasti péče o duševní zdraví odklání. Velkou výzvou však stále zůstává cesta komplexní péče, která bude vyhovovat všem. Dále je nutné zajistit správné fungování této komplexní péče, její financování, rozdělení jednotlivých dílčích úkolů mezi správné resorty, které ale musí umět spolupracovat. Bez mezioborové spolupráce nemůžeme vytvořit dobře fungující komplexní systém péče o osoby s duševním onemocněním.

Existuje mnoho důkazů o tom, že se celý svět postupně transformuje a otázku duševního zdraví společnosti aktivně řeší. Například celá řada odborníků se již desítky let snaží pomocí nejrůznějších metod – testů, či přístrojovým měřením – změřit míru vlivu těžkých životních situací a traumat, ale i běžných životních situací, a jejich důsledky pro člověka ve smyslu narušení tělesných, ale i duševních funkcí. Celosvětově se trend ubírá ke snaze zajišťovat včasnou a vhodnou pomoc pro osoby v těžkých životních situacích, u kterých existuje reálné riziko propuknutí duševního onemocnění, ať už na bázi pomoci státu nebo soukromého sektoru. Česká republika v tomto trendu není pozadu, a následuje vzor dalších vyspělých států tím, že se zavazuje k plnění požadavků mezinárodních úmluv a standardů v oblasti péče o duševní zdraví. Čili lze říci, že zde rozvoj probíhá na rozličných platformách – snahou o legislativní ukotvení systému péče o duševní zdraví, v oblasti osvěty, prevence, služeb apod.

V praktické – výzkumné části mě zajímalo, jak budou současné dění v oblasti péče o duševní zdraví komentovat přímí účastníci tohoto procesu. Informace získané rozhovory s respondenty vedly k hlubšímu poznání skutečností a odstranění jednostranného nahlížení na danou problematiku. Respondenti celý systém vnímají veskrze pozitivně, ale nutno dodat, že všichni jednoznačně potvrdili, že odborníků specializovaných na oblast duševního zdraví je v České republice málo, jsou špatně dostupní, mají dlouhé čekací lhůty, kvalitní odborníci existují pouze ve větších městech a pracují v soukromých praxích, čili nejsou hrazení pojišťovnou, a pro pacienta je tím pádem služba špatně dostupná. Reforma psychiatrické péče však slibuje navýšení odborníků, lepší dostupnost, provázanost a návaznost služeb ve své strategii.

Cílem praktické části bylo poukázat na nedostatky systému z pohledu uživatelů péče, a to se mi podařilo.

Do budoucna by bylo jistě zajímavé porovnat současná data s daty po kompletní implementaci dílčích projektů reformy psychiatrické péče a po celkové transformaci psychiatrické péče a tato data shromáždit pomocí kvantitativního dotazníkového šetření rozsáhlejšího rázu.

Vzhledem k tomu, že respondenti poukázali na dle jejich názoru největší problém v oblasti stigmatizace duševních poruch, a to sice na stigmatizaci farmak, bylo by jistě dobré věnovat v rámci destigmatizačních snah pozornost i tomuto jevu.

10 Seznam použitých informačních zdrojů

Aktuálně.cz. 2019. Jsme pořád ve stresu, polovina lidí z toho bude nemocná, říká Dobrovolná. *Aktuálně.cz.* [Online] 8. duben 2019. [Citace: 9. duben 2019.] <https://video.aktualne.cz/dvtv/jste-ve-stresu-pristroj-tehle-vedkyne-to-pozna-odhadneme-co/r~5746e8ee592811e9a305ac1f6b220ee8/>.

Asociace denních stacionářů a krizových center. 2003. O krizové intervenci a krizových centrech. *Asociace denních stacionářů a krizových center.* [Online] 2003. [Citace: 20. únor 2019.] http://www.adskc.cz/?page_id=19.

Evropský soud pro lidská práva. Evropská úmluva o ochraně lidských práv. *Evropský soud pro lidská práva.* [Online] [Citace: 12. únor 2019.] https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf.

Hartl, Pavel a Hartlová, Helena. 2015. *Psychologický slovník.* Praha : Portál, 2015. 978-80-262-0873-0.

Hendl, Jan. 2017. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha : Portál, s.r.o., 2017. 978-80-262-1192-1.

Křivohlavý, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví.* Praha : Portál,s.r.o., 2009. 978-80-7367-568-4.

Míček, Libor. 1984. *Duševní hygiena.* Praha : SPN, 1984. 14-400-84.

Miňhová, Jana a Lovasová, Vladimíra. 2018. *Psychopatologie.* Plzeň : Aleš Čeněk,s.r.o., 2018. 978-80-7380-721-4.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2018. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 2018. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.mpsv.cz/cs/16156>.

—. **2015.** Koncepce sociálního bydlení ČR 2015-2025. [Online] 2015. <http://www.socialnibydeni.mpsv.cz/cs/co-je-socialni-bydleni/koncepce-socialniho-bydleni-cr-2015-2025>.

—. **2013.** Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 2013. [Citace: 12. únor 2019.]

—. **2013.** Národní strategie ochrany práv dětí a Akční plán k naplnění Národní strategie. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 2013. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.mpsv.cz/cs/14308>.

—. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>.

—. **2018.** Strategie sociálního začleňování 2014-2020. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 2018. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.mpsv.cz/cs/17081>.

—. **2016.** Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 2016. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.mpsv.cz/cs/28419>.

—. **2017.** Zákon o sociálních službách. *Ministerstvo práce a sociálních věcí.* [Online] 2017. [Citace: 20. únor 2019.] https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2019. Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 2019. [Citace: 2. březen 2019.] http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16665_3854_8.html.

—. **2016.** Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016-2019. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 2016. [Citace: 12. únor 2019.] http://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-dalsi-obdobna-onemocneni-na-leta-201_12997_3216_1.html.

—. **2018.** Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 2018. [Citace: 2. březen 2019.] http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrela-pacientum_16025_3801_1.html.

—. **2015.** Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky.* [Online] 2015. [Citace: 12. únor 2019.]

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf.

Orel, Miroslav. 2016. *Psychopatologie*. Praha : Grada Publishing,a.s., 2016. 978-80-247-5516-8.

—. **2014.** *Somatopatologie*. Praha : Grada Publishing,a.s., 2014. 978-80-247-4714.

OSN. 2015. Úmluva o právech dítěte. *OSN*. [Online] 2015. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.

Our world in data. Mental health. *Our world in data*. [Online] [Citace: 3. duben 2019.] <https://ourworldindata.org/mental-health>.

—. **2018.** Number of people with depression, by region. *Our world in data*. [Online] 2018. [Citace: 12. březen 2019.] <https://ourworldindata.org/grapher/number-suffering-from-depression-by-region>.

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. 1992. Listina základních práv a svobod. *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky*. [Online] 1992. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.

Psychiatrie pro praxi. 2009. Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. [Online] 2009. [Citace: 20. únor 2019.] <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/08.pdf>.

Raboch, Jiří a Pavlovský, Pavel. 2012. *Psychiatrie*. Praha : Univerzita Karlova, 2012. 978-80-246-1985-9.

Reforma péče o duševní zdraví. 2017. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. *Reforma péče o duševní zdraví*. [Online] 2017. [Citace: 2. březen 2019.] http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.

—. **2018.** Strategie reformy psychiatrické péče. *Reforma péče o duševní zdraví*. [Online] 2018. [Citace: 2. březen 2019.] http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/.

Svoboda, Mojmír, Češková, Eva a Kučerová, Hana. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál,s.r.o., 2006. 978-80-262-0976-8.

Svoboda, Mojmír, Krejčířová, Dana a Vágnerová, Marie. 2015. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál,s.r.o., 2015. 978-80-262-0899-0.

Vláda České republiky. 2015. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020. *Vláda České republiky*. [Online] 2015. [Citace: 12. únor 2019.] <https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015-2020-130992/>.

WHO. 2017. Mental Health atlas 2017. *WHO*. [Online] 2017. [Citace: 19. březen 2019.] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>.

— . **2018.** Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [Online] 7. březen 2018. [Citace: 20. únor 2019.] <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>.

— . **2004.** Principle for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. *WHO*. [Online] 2004. [Citace: 12. únor 2019.] https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf.

Winkler, Petr, a další. 2013. Reforma systému psychiatrické péče. *Národní ústav duševního zdraví*. [Online] 2013. [Citace: 20. únor 2019.] http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf. 978-80-87142-21-9.

11 Seznam příloh

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

- 1) Mohl/a bys mi popsat začátek onemocnění, jeho projevy a dokážeš dohledat spouštěč onemocnění?
- 2) Jak probíhal první kontakt s odborníkem?
- 3) Mluvil s tebou odborník od začátku otevřeně, informoval tě o prognóze a možnostech léčby?
- 4) Nabídl ti někdo možnost peer konzultací? Víš o této možnosti?
- 5) Setkal/a ses se stigmatizací ve svém okolí (ve škole, v práci, v rodině, mezi přáteli)?
- 6) Informoval/a bys zaměstnavatele při pohovoru o svém onemocnění?
- 7) Zaznamenal/a jsi probíhající reformu psychiatrie a s ní spojenou osvětu v oblasti duševních nemocí?
- 8) Myslíš, že se postoj společnosti vůči lidem s duševním onemocněním mění?
- 9) Jak podle tebe vypadá ideální fungování společnosti vůči lidem s duševní poruchou?
- 10) Čeho chceš dosáhnout v budoucnosti?
- 11) Co bys doporučil/a lidem s duševním onemocněním?

Příloha 2 – Seznam zkratk

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

EU – European Union (Evropská unie)

ČR – Česká republika

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

PČR – Policie České republiky

IZS – Integrovaný záchranný systém

CDZ – Centrum duševního zdraví

HDP – Hrubý domácí produkt