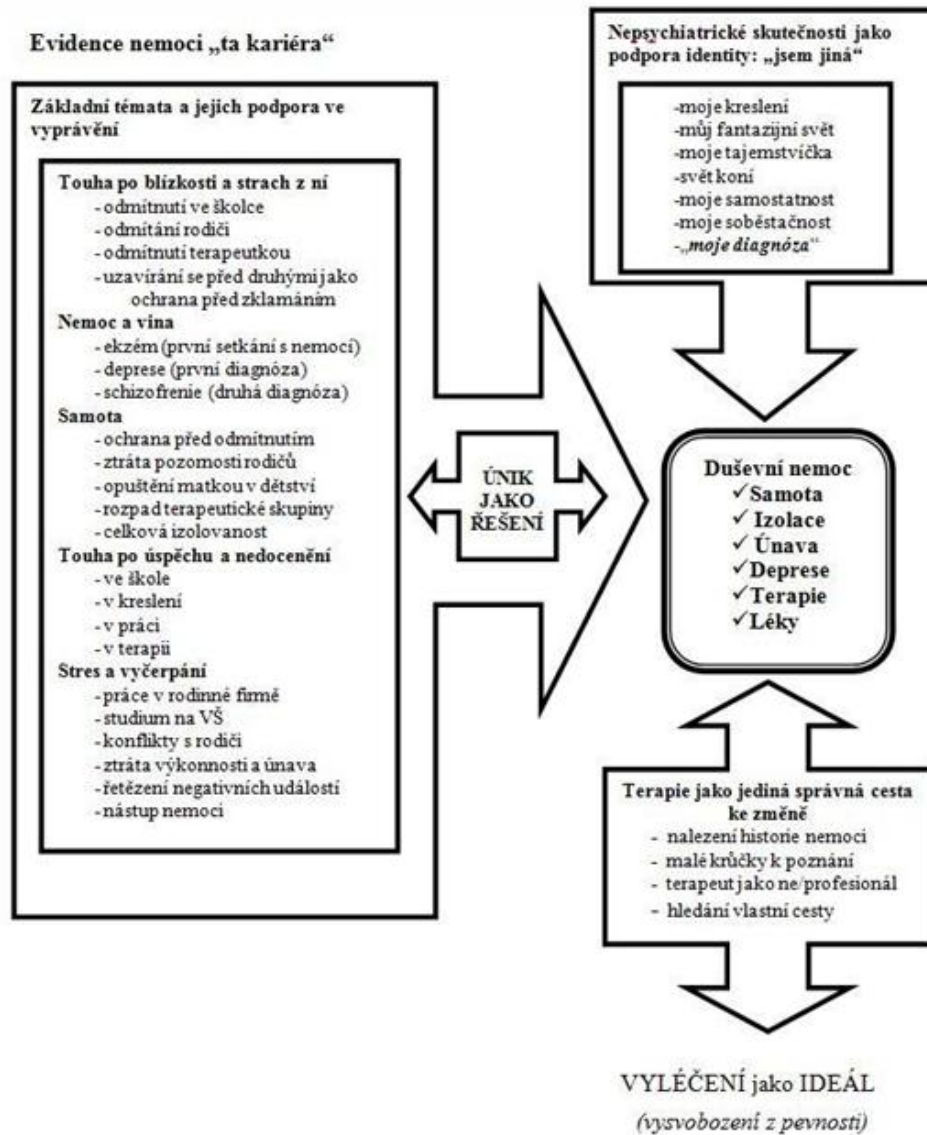


## **PŘÍLOHY**

- Příloha I. Schéma znázorňující Dorotino porozumění nemoci  
Příloha II. Projekt diplomové práce



Zdroj: vlastní výzkum

**Projekt diplomové práce****Předpokládáný název práce:**

Nemoc si nevybírání – život s depresí

**Vstupní diskuze a cíle:**

V životě z různých důvodů i opakovaně zažíváme období, kdy se nám nedaří podle našich představ. V takových chvílích se cítíme vyčerpaní a smutní. Činnosti, které nám dříve přinášely radost, nás přestávají těšit, trpíme nechutenstvím nebo se naopak nepochopitelně přejídáme, špatně spíme, prožíváme nepřiměřené pocity viny nebo se cítíme bezcenní, nemilovaní, nedokážeme se soustředit ani rozhodnout pro to či ono, je nám do pláče a schoulení do klubíčka se schováváme před světem. To, že je tento druh „rozpoložení“ součástí životní zkušenosti téměř každého člověka a fakt, že se takové životní zkušenosti prakticky nelze vyhnout neznámá, že existuje jednoduchý recept, který každému z nás stoprocentně zaručí jeho jednotné prožívání a úspěšné zvládnutí. Pokles výkonnosti a ztráta energie, převládající pocity smutku a méněcennosti, poruchy spánku a ztráta schopnosti koncentrace patří mezi kritéria pro diagnostikování duševního onemocnění (Praško a kol., 2003), které je podle světové zdravotnické organizace celosvětově druhým největším zdravotním problémem ve věkové skupině 15-44 let. Každý rok onemocní klinicky významnou depresí 5 % obyvatelstva nezávisle na věku, dvě třetiny nemocných udává sebevražedné myšlenky a 10-15 % z nich sebevraždu skutečně spáchá. WHO v této souvislosti uvádí až 850 000 sebevražd ročně (WHO, 2007).

V tomto světle nám tolik představitelná „špatná nálada“ definovaná výše poněkud mění svůj význam. Depresivní porucha představuje onemocnění, které hluboce zasahuje do každodenního života člověka a významně narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou poruchy adaptace, sociální selhávání (Vágnerová, 2004) dočasná i trvalá invalidita. Proč depresí neonemocníme a někdo jiný ano, odborníci stále

ještě nedovedou uspokojivě vysvětlit. V její etiologii je formulována celá řada rizikových faktorů, vliv náročných životních situací nevyjímaje. Patogenezi onemocnění objasňuje farmakologický model, který předpokládá dysfunkci v systému nervových přenašečů, především noradrenalinu a serotoninu. Depresivní onemocnění má dle klasifikace MKN – 10 několik podob a řadí se do kategorie afektivních poruch (Praško a kol., 2003). Léčba deprese se liší dle typu, závažnosti a průběhu onemocnění. V naprosté většině je využíváno farmakologických prostředků (antidepresiv) či kombinace psychofarmak a psychoterapie.

Pokusila jsem se velmi stručně shrnout základní fakta o onemocnění deprese a upozornit na tu skutečnost, že ne všichni pod pojmem deprese rozumíme to samé. Pro účely této práce pojednávám o stavu duše, který je navzdory jednotným charakteristikám vždy prožíván individuálně a který lze jen omezeně bez odborné pomoci ovlivnit vlastní vůlí. Napříč literaturou panuje obecná shoda, že porozumění nemoci velmi pomáhá její léčbě. Taková shoda je definována na základě celospolečenského konsenzu normality a jejích hranic. Paleček (2004) ve své práci sleduje proces konstruování duševního onemocnění v psychiatrické péči. Upozorňuje na to, že obraz duševního onemocnění je vykreslován nejen skrze jednotlivá diagnostická kritéria. Poukazuje tak na „proměnlivost“ duševního stavu člověka v každodenním životě. Snaha o zachycení i „nepsychiatrických skutečností“ umožňuje komplexnější uchopení reality a jako taková by měla být součástí diagnostických a terapeutických procesů.

Název práce naznačuje, že touto nemocí může onemocnět téměř každý. Nevyhýbá se ani těm, kteří získali odbornou způsobilost pomáhat druhým právě v oblasti duševního zdraví. Práce si klade za cíl přiblížit životní zkušenost konkrétního člověka. Cílem není takového člověka diskreditovat, naopak vyzdvihnout jeho odvahu „jít s kůží na trh“ a ochotu se podělit o to, jak o své nemoci přemýšlí, jaké kroky podniká ke svému uzdravení, a co jej k nim vede. Cílem není nezajímavě popsat depresivní onemocnění a vyjmenovat nejruznější způsoby terapie, ale pokusit se sledovat individuální způsob zacházení a zvládání této nemoci, které by měly pokud možno vést k uzdravení, či alespoň zlepšení stavu tak, aby umožňoval vést kvalitnější život. S duševním onemocněním je spojována také problematika stigmatizace. V morální kariéře stigmatizovaného lze vysledovat proměny v sebepojetí (Goffman, 2003). Tyto mechanismy probíhají v rámci specifického socializačního procesu, mají konkrétní podobu a odrážejí žitou zkušenost. Konfrontace psychologa s vlastním duševním onemocněním může přinést poznání viděné z neobvyklé perspektivy. Také nabízí možnost otevřeně hovořit o tématu, které by jinak mohlo být tabuizováno. Lékař se zcela určitě může stát pacientem, sociální pracovník

může být ohrožen sociálním vyloučením, rodinný poradce může být rozvedený, policista se může stát obětí trestného činu. Takové osobní zkušenosti obvykle považujeme za přínosné a málokdo se nad nimi pozastaví. Do budoucna totiž člověku nabízí taková zkušenost využitelný pohled „z druhé strany“, který jinak zůstává do značné míry nepřenosný. Pohled odborníků na duševní onemocnění přináší nespočet odborných publikací. Jaký je ale pohled psychologa, kterému se duševní onemocnění nevyhnulo, jak ke svému onemocnění přistupuje a jaké strategie zvládnání volí?

### **Metodologie a vzorek:**

Pro tuto práci jsem se rozhodla využít své dobrovolnické zkušenosti a pomocí instrumentální explanatorní případové studie (Švaříček, Šed'ová, 2007) se pokusit přispět popisem konkrétního případu k dokumentování strategií zvládnání afektivních poruch, konkrétně deprese. Od března roku 2010 jsem v intenzivním kontaktu (tři hodiny týdně) s klientkou, která souhlasila stát se objektem této studie. Rozhodnutí o vzorku tedy předcházelo volbě výzkumného designu. Studii jsem se rozhodla postavit na unikátnosti (Švaříček, Šed'ová, 2007) jelikož, jde o případ vzácný svým výskytem a prověřit tak všeobecně proklamovanou domněnku, že porozumění nemoci velmi pomáhá její léčbě. Tato forma výzkumu je poměrně náročná na množství dat, a proto se pokusím využít informace různých zdrojů (rozhovory, zprávy z dobrovolnických schůzek, obrazy a texty informantky, pozorování). Využívat budu také biografických metod. Trajektorie sebereflexe duševní nemoci prizmatem biografie či životní historie bude zajímavým příspěvkem ke studiu sebeutváření a identitní práce na zvládnutí a překonání nemoci člověkem, který je (také) odborníkem a insiderem dominantního (odborného) diskurzu.

### **Základní výzkumná otázka:**

„Co všechno umožňuje porozumět nemoci a jak tohoto pochopení využívá nemocná v každodenním boji s ní?“

### **Další výzkumné otázky:**

- Jak informantka svému onemocnění rozumí?
- Probíhá sebediagnostický proces v souvislosti s diagnózou, terapií a prognózou a jak?
- Jak jí porozumění nemoci pomáhá v jejím zvládnání?
- Ovlivňuje porozumění onemocnění vlastní volbu terapie?
- Jaké druhy terapie volí?
- Co terapie nenabízí?
- Co je důležité o nemoci (ne)vědět?
- Vnitřní strategie zvládnání – vnitřní procesy.
- Ovlivňují znalosti psychologa strategii zvládnání nemoci, pokud ano jak?
- Co je, kdy považováno za projev deprese a jak probíhá sebe/kategorizace?

### **Struktura a obsah:**

V teoretické části budu věnovat pozornost klinickému popisu onemocnění, historii a terapii deprese. Větší díl teoretické části bude obsahovat podrobnější popis těch terapeutických intervencí, které absolvovala nebo absolvuje informantka. Praktická část bude obsahovat analýzy a interpretace získaných dat na podkladě teoretického konceptu dvou modelů konstrukce nemoci v psychiatrické péči. Odpovědi na položené výzkumné otázky budou shrnuty a prezentovány v závěrečné části.

### **Předběžná bibliografie k tématu**

Anderson, H. 2009. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti – postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing.

Corbinová, J., Strauss, A. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice.

Dorner, K., Plog, U. 1999. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada.

Foucault, M. 1994. *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Ferjenčík, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

- Freedman J., Combs G. 2009. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.
- Goffman, E. 1968. *Asylums: Essays on the Social Situation of the Mental Patients and Other Inmates*. New York: Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
- Goffman, E. 2003. *Stigma*. Praha: Slon.
- Komárek, S. 2005. *Spasení těla. Moc nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
- Kratochvíl, S. 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. 1998. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Paleček, J. 2004. „Opakujte po mně: ‘Duševní nemoc‘. Říkáte to stejně?!? O překládání duševní nemoci.“ Praha: *Biograf* 34.
- Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. 2003. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Praško, J., a kol. 2003. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. 1999. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Servan-Schreiber, D. 2005. *Uzdravení bez léků: Cesta ze stresu, úzkosti a deprese*. Praha: Portál.
- Švaříček R., Šedřová K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- WHO. Conquering depression: Some facts and figures. [online]. [cit. 24.01.2011].  
Dostupné z:  
<[http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826\\_8101.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8101.htm)>.