

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Lucie Vojtková

Nemoc si nevybírání – Život s „deprezí“

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Olga Šmídová, Ph.D.

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 14. května 2012

Lucie Vojtková

Děkuji všem, kteří naslouchají příběhům druhých.

Děkuji slečně D. za spolupráci a obohacující přátelství.

Upřímně děkuji PhDr. Olze Šmídové, Ph.D. za přirozenost a ochotu, se kterou trpělivě
otevívá oči druhým.

OBSAH

1. ÚVOD	6
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1. Duševní nemoc, nemoc jako každá jiná?	8
2.2. Patologické a normální, teoretické ukotvení normality osobnosti	9
2.3. Dominantní příběhy o duševní nemoci	10
2.4. Duševní nemoc očima laika	10
2.4.1. Stigmatizace a duševní nemoc I.....	12
2.5. Duševní nemoc očima odborníků	14
2.5.1. Stigmatizace a duševní nemoc II.	15
2.6. Sociální konstrukce duševní nemoci	16
2.7. Strategie zvládnání nemoci	16
2.8. Typologie zvládacích strategií	17
2.8.1. Typologie podle Chromého	17
2.8.2. Typologie podle Goffmana.....	18
2.8.3. Koncept „Zotavení“ (<i>recovery</i>).....	19
2.9. Proč studovat individuální koncepty?	19
2.10. Narativní metafora a narativní přístup	21
2.11. Povaha narativních dat a jejich interpretace	23
2.11.1. Základní kategorie narativní rekonstrukce	24
2.12. Deprese („Velký příběh“)	26
2.13. Proměny onemocnění v čase	27
2.14. Smutek je „normální“	28
2.15. Kdy je smutek „chorobný“ a proč?	29
2.16. Jak se pozná nemoc (klinický obraz deprese)	29
2.16.1. Poruchy kognitivních funkcí.....	30
2.16.2. Změny v chování.....	30
2.16.3. Stanovení diagnózy	31
2.16.4. Průběh a prognóza.....	32
2.17. Nemocný v rukou odborníků	33

2.18. Příručkový obraz deprese (doporučované porozumění)	33
2.18.1. Doporučení a rady nemocnému	34
2.18.2. Doporučení a rady rodině	35
2.19. Simplexní schizofrenie („Velký příběh“)	36
2.20. Stanovení diagnózy	36
2.21. Simplexní schizofrenie (doporučované porozumění).....	37
2.22. Dorotina léčba	38
2.23. Léčba deprese.....	38
2.24. Léčba schizofrenie.....	39
2.25. Dorotino terapeutické „menu“	39
3. EMPIRICKÁ ČÁST	42
3.1. Formulace výzkumného problému.....	42
3.2. Základní výzkumná otázka:	42
3.2.1. Dílčí výzkumné otázky:.....	43
3.3. Výběr zkoumaného případu	43
3.4. Design výzkumu a použité metody	44
3.4.1. Rozhovor a narativní metafora.....	44
3.5. Zajištění anonymity a informovaný souhlas	45
3.6. Příprava a realizace výzkumu	45
3.7. Zpracování a interpretace dat	46
3.8. Žitý život.....	46
3.9. Vyprávěný život	47
3.9.1. Negativní zážitky, opuštění a fantazijní svět	47
3.9.2. Nemoc a vina	48
3.9.3. Rodiče (jejich vztah k ní).....	49
3.9.4. Významní druzí a druhé doma	50
3.9.5. Samota.....	51
3.9.6. Psychologie a „černej filtr na všechno“	52
3.9.7. Parta a druhý domov II.	54
3.9.8. Stres a vyčerpání	56

3.9.9.	Deprese	59
3.9.10.	Zvraty a útky	60
3.10.	Shrnutí.....	62
3.11.	Příběh Dorotiny léčby	63
3.11.1.	O první doktorce	63
3.11.2.	O arteterapii	67
3.11.3.	O partě	68
3.11.4.	O terapeutovi, se kterým mlčela	68
3.11.5.	O kurzech arteterapie.....	69
3.11.6.	Když se objevila nemoc.....	70
3.11.7.	O krizové intervenci	71
3.11.8.	O psychologce a psychiatrovi, kteří byli sousedi.....	73
3.11.9.	O vyléčení a ukončení terapie.....	74
3.11.10.	Zpátky na dně.....	74
3.11.11.	Invalidní důchod.....	75
3.11.12.	O diagnóze	75
3.11.13.	Ideální představa - O uzdravení	76
3.11.14.	Pokusy o vysvobození	77
3.11.15.	O hospitalizaci a léčích.....	79
3.11.16.	O porozumění: uvězněná v pevnosti	81
3.12.	Shrnutí.....	83
3.13.	O „neexistující“ druhé diagnóze.....	84
3.14.	Shrnutí.....	90
3.15.	Když se velké a malé příběhy prolínají.....	91
3.16.	Zodpovězení výzkumných otázek.....	92
4.	ZÁVĚR.....	99
	SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	102

1. ÚVOD

Tato práce vznikla jako reakce na potřebu dvou konkrétních lidí vzájemně si porozumět. Vzápětí se proměnila v dobrodružnou cestu za poznáním. Rozhodnutí podrobněji prozkoumat jednu konkrétní individuální zkušenost vyrovnávání se s nemocí, vzešlo z mého upřímného zájmu a snahy o pochopení náročné životní situace slečny D. V rámci dobrovolnické praxe, založené na pravidelném dlouhodobém setkávání se velice brzy ukázalo, že subjektivní prožívání nemoci a život s ní, nemusí nutně korespondovat s učebnicovou charakteristikou konkrétní diagnózy stanovené lékařem.

Subjektivní a intersubjektivní porozumění situaci nemocného a jeho zkušenosti jsou bezpochyby ovlivněny odborným věděním a rámcováním jak nemoci tak i nemocného, jeho identity. Roli zde sehrávají dostupné informace o typickém průběhu nemoci, evidence konkrétních symptomů, stejně jako znalost návodů na zvládnutí jejich efektů. Se svým vlastním laickým předporozuměním, které se formovalo skrze postupné nabývání informací v rámci „seznamování se s problematikou duševně nemocných“, jsem však brzy začala narážet na různé otázky.

Napříč literaturou panuje obecná shoda, že porozumění nemoci napomáhá terapeutickému procesu. Taková shoda je formulována na základě celospolečenského konsenzu normality a jejích hranic. Jde však o portrét nemoci, který dokážeme zachytit „my zdraví“, ať už profesionálové či laici? Nebo je to obraz, který maluje nemocný a který nám předkládá tak, jak ho vidí on sám? Bezpochyby je to obojí. Paleček (2006) ve své práci sleduje proces konstruování obrazu duševního onemocnění v psychiatrické péči. Poukazuje tak na proměnlivost duševního stavu člověka v každodenním životě. Tuto proměnlivost dokládá zachycováním pohledů všech, kteří se na procesu konstruování reality duševní nemoci konkrétně podílejí a tak dojednávají její „konečnou podobu“. Takové komplexní uchopení by mělo být samozřejmou součástí diagnostických a terapeutických procesů.

Pohled odborníků na duševní onemocnění přináší nespočet odborných publikací. V nich je konceptualizována nemoc v různých psychiatrických a psychologických diskurzích. To má vliv na subjektivitu nemocných a obecně na práci s nimi. Léčba, sociální práce, služby a podpora se téměř vždy odvíjí od diagnózy. Terapie je de facto poznávání a management nemoci a subjektivitu, profesionální nástroj sloužící

k přerámcování nemoci jako subjektivní reality a její přeměně ve vyléčenou nemoc, nebo k její stabilizaci (přijetí, smíření).

Tato práce se zabývá pohledem slečny D., která se ocitla současně na obou březích. Její životní příběh před námi odhaluje neobvyklou perspektivu. Slečna D. vystudovala psychologii a trpí duševním onemocněním. Disponuje tedy odbornou znalostí a současně je v péči profesionálů jako pacient. Jak svému onemocnění rozumí, jak k němu přistupuje a jaké strategie zvládnání sociálně rozporuplné identity odborníka s odstupem a nemocného, který svou nemoc bezprostředně prožívá, volí?

V teoretické části se zaměřím na bližší představení problematiky sociální konstrukce duševní nemoci a s ním souvisejících konceptů strategií zvládnání. Podrobně také představím dominantní medicínský obraz diagnóz, které s příběhem slečny D. bezprostředně souvisí. Využitím metafory příběhu, jej převyprávím jako „Velký příběh porozumění duševní nemoci“. Dále představím narativní přístup, jako relevantní způsob zkoumání, poznávání a porozumění světu.

V praktické části představím metodologii realizovaného výzkumu a dále se budu věnovat narativní analýze tří rozhovorů a jejich interpretaci. V závěru práce shrnu odpovědi na výzkumné otázky a nastíním možná prolnutí „Velkého příběhu o porozumění duševní nemoci“ s „Malým příběhem porozumění slečny D.“

Cílem práce je zpráva o subjektivním prožívání života člověka s duševním onemocněním. Vydávám se tak na „tenký led“ nikdy nekončících snah uchopit lidskou individualitu skrze rekonstrukci jedné životní zkušenosti, tak jak byla autobiograficky zpracována a prezentována během výzkumného rozhovoru, tedy v interakci, kdy se vytváří intersubjektivní porozumění mezi výzkumníkem a subjektem vyprávění.

2. TEORETICKÁ ČÁST

Tato část práce představuje teoretickou základnu, na jejímž podkladě je analyzován jedinečný životní příběh. Vymezení základních pojmů ukotvuje práci v oblasti psychologie, psychiatrie, psychoterapie a sociologie.

Práce čerpá ze zdokumentovaných poznatků o duševní nemoci, zejména pak o depresivní poruše, přičemž využívá kvalitativních metod, konkrétně konceptu narativní konstrukce identity a narativní analýzy.

2.1. Duševní nemoc, nemoc jako každá jiná?

Nemoc (i duševní poruchy) se v různých kulturách, diskurzích a v různých dobách definují různě. Různé jsou i předpoklady na kterých daná definice stojí a z nichž vychází. Východiskem mé práce je předpoklad, že člověk je do těchto diskurzů zapojen a skrze tyto výkladové rámce o sobě a o své nemoci přemýšlí.

Své čestné místo mezi ostatními nemocnými si „šílenci a blázni“ získávali nesnadno. Ani samotný pojem „duševní nemoc“ nevznikal nijak samozřejmě. Tyto proměny strhujícím způsobem dokumentuje Foucault (1994), v jehož Dějinách šílenství můžeme sledovat strastiplnou cestu všelijakých vyhnanců a zatracenců, ze kterých se jen pomalu a dramaticky rekrutovala samostatná skupina ještě vyhnanějších a ještě zatracenějších – duševně nemocných. Ti, ačkoli exkulповáni ze všech nepravostí, které učinili, byli v zájmu společnosti další dlouhá staletí odsunováni za brány ústavů a léčeben. Samotná léčba duševně nemocných byla prakticky až do konce 19. století spíše experimentováním se sporným terapeutickým efektem, z dnešního pohledu často na nebo i za hranicí humánnosti (Komárek, 2005: 30-41).

Otázka, zda je duševní zdraví legitimním předmětem péče společnosti, zůstávala dlouho otevřená. Pro vývoj psychiatrie jako moderního lékařského oboru bylo zásadní až 20. století, které přineslo psychiatrickou klasifikaci a účinné terapeutické metody. Zásadní proměny psychiatrické praxe přinesly nové možnosti farmakoterapie, zavedení neuroleptik (léčba schizofrenie) a následně antidepresiv (léčba chorobně smutné nálady) a moderních anxiolytik (léčba úzkosti). Brány psychiatrických léčeben se tak v 50. a 60. letech 20. století otevírají. Na změny v přístupu a v péči o nemocné mělo zásadní vliv také antipsychiatrické hnutí a nový systém komunitní péče, který postupně až do současnosti vytváří záchrannou a podpůrnou síť zahrnující sociální služby a podporu, pracovní

a sociální rehabilitaci pacientů. Léčba a péče o duševní nemoc byla prohlášena za lidské právo roku 1992. Na jejím základě byly formulovány principy k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné (Libiger, 2001).

2.2. Patologické a normální, teoretické ukotvení normality osobnosti

Latinské slovo norma původně znamená průřez, přeneseně průměr. Některé jazyky jej překládají jako vzor či předpis. V našem prostředí je užíván význam: běžné, očekávatelné, z řady nevybočující. Každá nějak kvantifikovatelná vlastnost je v populaci distribuována zhruba podle rozložení Gaussovy křivky. Extrémních hodnot v obou směrech není mnoho. Většina vlastností se tak kupí někde v oblasti středních hodnot, což v jednotlivých oblastech lidského jednání vymezuje prostor pro „normální“ (Komárek, 2005). Podrobný souhrn definic normy přináší taktéž například Vágnerová (2007: 21-27).

Dynamika vývoje při vymezování normy závisí na aktuální úrovni poznání. Uvažování o normalitě podléhá také hodnotícím „normativním“ soudům, které jsou uplatňovány ve všech oblastech (např. etika, výchova, duševní zdraví, filosofie, politika) (Syřišťová a kol., 1972). Normální chování tak odpovídá určitým sociálně přijatým normám. Definování a přijetí norem představuje rámec, ve kterém všichni členové daného společenství vykládají různé situace podobně, čímž dochází ke konsenzu. Tento konsenzus/rámec, tak ustanovuje obraz skutečnosti, který bude v daném prostředí respektován (Goffman citován in Šubrt, 2001). Disponujeme tak „samozřejmou“ znalostí toho, co je „normální“, toto „normální“ v každodenním životě vykonáváme a současně očekáváme od druhých. Normální jsou tedy ti, kteří se v negativním smyslu od těchto konkrétních očekávání příliš nevzdalují (Goffman, 2003). Dalo by se tedy předpokládat, že jsme přirozeně citliví k detekování jakýchkoli odlišností od existujících, námi ustanovených pravidel.

Na závěr se v otázkách vymezování ne/normality přikloním ke konstruktivistickému proudu. Zajímavé a pro tuto práci důležité pojetí normality přináší například Nebeský (2001). I jeho článek naráží na dynamicky se měnící vývoj zaujímání stanovisek k různým společenským fenoménům. Přestože se jeho text netýká konkrétně problematiky duševního zdraví, dá se jeho poznatků využít: jak už bylo řečeno, odborné posuzování normality podléhá společenskému vývoji stejně jako kulturně podmíněným individuálním a kolektivním hodnotícím soudům. Normalita je stav, ke kterému se všichni nějak vztahujeme a vymezujeme. Normalita je tak neustále vytvářena – sociálně konstruována

diskurzivně (diagnóza/označení blázen) i materiálně (psychofarmaka). Subjektivní prožívání ne/normality je tedy nutně utvářeno na základě reflexe pohledu druhých, na základě nálepek dominantního diskurzu medicínského a veřejného.

2.3. Dominantní příběhy o duševní nemoci

Úvodní kapitoly měly v krátkosti uvést čtenáře do problematiky oblasti duševního zdraví a ne/normality. Chtěla jsem poukázat na fakt, že se původní chápání duševní nemoci jako šílenství proměnilo celkem nedávno a že aktuálně disponujeme vysoce profesionalizovanou znalostí, která je v našem kulturním prostředí vykonávána. Psychiatrická klasifikace, výzkum mozku, výzkum a pokroky na poli farmakoterapie, vznik psychologie, rozvoj specifických služeb a zařízení, a systém péče jako diskurz, zároveň bohatě přispívá k utváření a sdílení obrazu duševně nemocného a celé škály potencialit k ne/normalitě. Její hranice však nemusíme vždy chápat jako pevné. Toto v našem kulturním prostředí aktuálně dostupné chápání ne/normálního je součástí žité zkušenosti každého z nás, a tudíž veřejností i odborníky většinou sdíleno jako pravdivé:

„Popis diskurzu jako sociální praxe implikuje dialektický vztah mezi dílčí diskurzivní událostí a situací, institucí a sociální strukturou, jež tuto událost rámcují: dávají jí tvar a zároveň jsou jí samy tvarovány. To znamená, že diskurz je sociálně tvořen a sám sociálně vytváří – tvoří situace, objekty vědění, identity lidí stejně jako vztahy mezi nimi a rovněž lidské skupiny. Je konstitutivní ve dvojitým smyslu: Jednak pomáhá udržovat a reprodukovat status-quo, a zároveň přispívá k jeho změnám.“ (Wodak citován in Přeavorovská, 2009: 2)

Procesům utváření sociální reality a diskurzů se věnují odborníci různých vědeckých disciplín (filosofie, sociologie, psychologie, literární teorie), reprezentanti sociálně konstruktivistického proudu. Tento přístup k realitě, její povaze a k možnostem jejího poznávání umožňuje užitečnou reflexi, která aplikovaná na oblast současné psychiatrie a psychologie, přináší zajímavé podněty k zamyšlení a k výzkumu.

2.4. Duševní nemoc očima laika

Většina z nás „laiků“ se určitým způsobem cítí kompetentní v otázkách posuzování normality. Obvykle si neklademe otázky po její skutečnosti, po vztahu normality ke zdraví, její dynamice, nepídíme se po jejích proměnách v čase a nevnímáme bohaté spektrum oblastí, ve kterých je odborníky uchopována.

Obecnou shodu, že po nemoci nikdo netouží a že být zdravý je dobré (Křivohlavý, 2002; Styx, 2003), nikdo z nás většinou nezpochybňuje. Může ji však oslabovat skutečnost, že role nemocného (Parsons citován in Křivohlavý, 2002) může mnohdy přinášet „úlevu“ v podobě vyvinění se z „neschopnosti poradit si“. V případě nemoci duševní, přirozená ochota společnosti přijmout fakt, že je konkrétní osoba nemocná a pomoci jí, podléhá specifickému hodnotícímu procesu. Laikovi se leckdy může zdát, že role nemocného primárně nabízí možnost různým „podivínům“ vyhnout se odpovědnosti za své jednání Styx (2003). Přiznání snížené zodpovědnosti duševně nemocným tak jde ruku v ruce s podezřívavostí a obecně řečeno se stigmatizací, neboť spolehlivost založená na racionalitě aktérů jednání je základem každého společenského styku.

V případě některých psychických poruch, například poruch afektivního ladění, je někdy neochota blízkých přiznat člověku roli nemocného evidentní (Vágnerová, 2007). To může ale být vyvoláváno jak potřebou bránit blízkého před stigmatem, který se pak přenáší i na blízké, nebo je důsledkem podezřívavosti z úniku před sociálními požadavky do pohodlí nemoci či jen nepochopení možné jinakosti druhých. Lidé totiž obecně považují za duševní nemoc pouze extrémní typy chování, které neodpovídají ustálenému stereotypu normálního racionálního jednání (Chromý, 1990).

Zvláště významnou roli hraje tato skutečnost v každodenním životě nemocného člověka. Často totiž, alespoň z počátku, dochází k odlišnému vnímání situace, což samo o sobě koresponduje s konstruktivistickým předpokladem, že realita je vždy konstrukcí, která vzniká v interakci - v komunikaci, kdy se významy utvářejí, vyjednávají a ustalují. Laik (většinou v bezprostředním okolí nemocného) nemusí vždy vyhodnotit projevy nemocného jako chorobné. Na nemocného je tak často vyvíjen tlak a kladen požadavek adekvátnějšího chování v souladu s ustanovenou normou. Někdy pak problémy způsobuje zdánlivá neochota nemocného, související například se sníženou/zvýšenou mírou aktivity (u deprese a mánie) nebo projevovaný nesouhlas s výkladem situace z pohledu druhých (schizofrenie) a „neschopnost“ plnit základní požadavky běžného dne. V každodenním životě tak často dochází mezi nemocným a jeho blízkými ke konfliktům a ani objasnění situace nemusí zabránit jejich vzniku (Vágnerová, 2007). Jednoduše proto, že obě strany definují situaci odlišným způsobem a nedokážou se na ni podívat z perspektivy druhého. Chování považované za typické projevy duševní poruchy člověka, nezřídka vede k narušení mezilidských vztahů, což nakonec dříve či později přivádí člověka do náruče „těch, kteří vědí“. Odborníci jsou jakýmsi překladateli situace pro normální společnost

i pro nemocného. Jsou ti, kteří definují situaci jako konkrétní nemoc a ustanovují tak status nemocného.

2.4.1. Stigmatizace a duševní nemoc I.

Stereotyp duševně nemocného je systematicky studován od 50. let 20. století a i když je zřejmá jistá dynamika ve vývoji, stále je vymezován negativně (Chromý, 1990).

Diagnóza nemoci je trvalou značkou – stigmatem. „Schizofrenik“, „hysterka“, „neurotik“, to všechno jsou označení, ke kterým se pojí konkrétní emoce, které většinou umožňují okamžitý odsudek bez objektivního posouzení (Libiger, 2001). Staletí tabuizace problematiky a odsun duševně nemocných za brány ústavů a léčeben zapříčinily na dlouhou dobu všeobecnou zatuhlost veřejnosti. Nedostatečná informovanost, nezáměr a média, mající moc ovlivňovat veřejné mínění, dlouhodobě přispívají k prohlubování zakořeněných předsudků. Čas od času je na toto téma vyprovokována veřejná diskuze, ovlivněná aktuálně medializovanými kauzami. Necháváme se tak ustrnout nad nehumánností klecových lůžek, abychom se zanedlouho hromadně děsili neschopností profesionálů zasáhnout v případě „nebezpečných šílenců vraždících svoje blízké“.

V očích veřejnosti je tak stále sycena představa duševně nemocného jako potenciálně nebezpečného, intelektově podprůměrného a navždy odepsaného individua. Většina stěžejních psychiatrických diagnóz ve společnosti stále ještě funguje jako posměšky a nadávky. Nálepka „blázna“, tak stále může duševně nemocnému člověku způsobovat mnohé komplikace v každodenním životě (Praško a kol., 2003).

Stigma spojené se značkou konkrétní diagnózy může sehrát zásadní roli v procesu socializace a adaptace (Goffman, 2003) a velmi pravděpodobně má vliv na průběh léčby nemoci samotné. Problematikou stigmatizace se Goffman (2003) podrobně zabývá a v této souvislosti představuje koncept morální kariéry stigmatizovaného jedince. Sledovat morální kariéru jedince, umožňuje uvidět formování jeho identity pod vlivem střídání rolí, do kterých během svého života vstupuje v rámci společenských interakcí a institucí. Goffman (2003) tohoto konceptu využívá k ilustraci toho, jaké možnosti mají osoby se stigmatem při utváření vlastních identit, a zároveň ukazuje, jak může být identita formována vlivem instituce, ve které se stigmatizovaný ocitá.

Jak už bylo řečeno výše, určitá představa toho, co je „normální“ je ve společnosti téměř bez výjimky dostupná každému jejímu členu. Stejně tak každý nějak rozumíme tomu, jaké by bylo stigma nést. Goffman (2003) rozlišuje čtyři základní vzorce morálních kariér, které má stigmatizovaný k dispozici v případě, že je s touto skutečností osobně

konfrontován. Duševní poruchy z hlediska typologie stigmatu řadí do kategorie vad charakteru (stejně jako třeba nezaměstnanost, uvěznění nebo alkoholismus). Kromě tohoto typu stigmatu rozlišuje ještě dva další druhy stigmat odvozené od jinakostí tělesných (znetvoření, ošklivost apod.) a kulturních (náboženství, barva pleti apod.). Jednotlivá schémata morální kariéry stigmatizovaného jedince pak ilustrují tyto základní kombinace událostí a interakcí:

- 1) osoba s vrozeným stigmatem si osvojuje měřítko „zdravé“ společnosti během procesu socializace a zároveň současně získává jasný obraz sebe, jako toho, kdo těmto měřítkům nedostačuje,
- 2) silně protektivně orientovaná rodina a blízcí v okolí stigmatizovaného kolem něho obvykle utvoří pevný ochranný štít a selektivní kontrolou informací umožní stigmatizovanému nahlížet na sebe bez ohledu na svou (jinými rozeznatelnou) odlišnost. Pak záleží na mnoha okolnostech, jestli, jak a kdy se osobě se stigmatem tato skutečnost zpřístupní. Tehdy získává zásadní morální zkušenost, která se stává nutně součástí jeho sebepojetí,
- 3) stigma osoba získává až později, v pokročilém věku, v takovém případě nepotřebuje nijak významně měnit pohled na svoji minulost. Osoba se také může dozvědět pozdě, že byla ve skutečnosti vždy diskreditovatelná. To může významně ovlivnit proces utváření identity, taková osoba může mít velké potíže svou identitu znovu nalézt,
- 4) osoba plně socializovaná v rámci specifické „cizí“ komunity, např. v psychiatrické léčebně nebo v ústavu pro mentálně postižené si musí následně osvojovat další způsob bytí v „normální“ společnosti.

Koncept kariéry tedy popisuje zásadní události a okolnosti ve vztahu k objevení a přijmutí stigmatu a identifikuje zásadní momenty, kdy u stigmatizovaného jedince může docházet k otřesení osobní identity a ke změně vnímání sebe sama. Je jasné, že tyto zásadní mechanismy stigmatizovaný potřebuje nějak uchopit. To i biograficky (narativně), obraz tohoto pak můžeme rekonstruovat skrze vyprávění.

Zvládacích strategií, které má stigmatizovaný k dispozici je celá řada. Jsou značně individuální z hlediska druhu stigmatu a způsobu jeho manifestace. Odvíjejí se také v závislosti na konkrétních situacích a na průběhu dané morální kariéry. Obecně při volbě strategie záleží na možnostech, potřebě a nutnosti informace o sobě skrývat či odhalovat při jednotlivých sociálních interakcích (Goffman, 2003).

2.5. Duševní nemoc očima odborníků

Duševní porucha jako pojem je značně kulturně i názorově podmíněn. Definovat jej není jednoduché. Z učebnic psychiatrie je však patrné, že moderní věda obecnou definici příliš nepotřebuje. Současný odborný dominantní diskurz, předpokládá rozvoj poruch na základě biomedicínského modelu - mnohočetných rizikových faktorů biologických, psychologických a sociálních (Praško a kol., 2003). Tím je obecně řečeno, že psychickou poruchu může spustit prakticky cokoli.

Psychiatrický klasifikační systém (u nás nejrozšířenější mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize), je vystavěn formou řazení poruch do jednotlivých skupin na základě společných znaků. „*Každá duševní porucha je definována specifickými operacionálními kritérii, která musí být splněna, má-li být potvrzena diagnóza určité poruchy.*“ (Praško a kol., 2003: 53). Diagnostický proces začíná anamnestickým zjišťováním těchto možných příznaků, které je možné dále organizovat do skupin (syndromů). Klinická jednotka (jako výsledná diagnostická kategorie) pak vzniká na základě komplexního vyhodnocení a popisu těchto příznaků z hlediska času (průběhu), jejich etiologie většinou za pomoci dalších pomocných vyšetření.

Höschl (1997) uvádí, že cílem vyšetření je získat anamnézu a přehled o dosavadním životě a navázat kontakt (terapeutický vztah) na základě vytvoření důvěry a atmosféry spolupráce. Porozumění současnému stavu nemocného pak umožňuje „postavit“ diagnózu a stanovit léčebný plán. Psychiatrie, ačkoli se ukazuje jako velmi normativní a pozitivistická, poruchy popisuje víceméně podle symptomů, které jsou (především u některých méně závažných poruch) paradoxně velmi subjektivní.

Přesto nebo možná právě proto počet kategorií duševních poruch dramaticky narůstá. Tento trend přispívá k tomu, že „...*stále více problémů každodenního života se stává „nemocí“ či poruchou, jejíž „léčba“ je odkázána do rukou specialistů.*“ (Skorunka, 2008: 58-59). Chromý (1990, 38-47) v této souvislosti užívá termín medicinizace (reformulace nejrůznějších problémů do podoby nemoci), který ilustruje například na mechanismech ustanovování alkoholismu jako duševní nemoci.

Nad důvody proč tomu tak je, se zamýšlí Chromý (1990: 24-25), mezi nejvýznamnější podle něj patří:

- a) vysoká frekvence učebnicových příznaků duševních poruch v běžné populaci, zejména pokud jde o poruchy lehčí,
- b) princip řešení nejistoty v diagnostickém procesu, které vychází z obavy lékařů před přehlédnutím důležitých signálů onemocnění. V případě nejistoty lékař u nemocného raději nemoc předpokládá. „Presumpce nemoci“ je založena na přesvědčení, že diagnostikovat neexistující nemoc a případně ji léčit je menší chyba, než zanedbat nemoc skrytou.

Chromý (1990) v této souvislosti dále upozorňuje, že psychiatrická intervence nemusí být bez sociálních důsledků pro vyšetřeného jedince. Styk s odborníkem spouští některé sociální mechanismy, které mohou mít pro nemocného negativní dopad. Diagnóza duševní poruchy vede ke změně koncepce sebe sama (ve vztahu k sobě) a může docházet i k nevhodnému formování postojů okolí.

2.5.1. Stigmatizace a duševní nemoc II.

Ke sdílení stereotypních představ nezřídka dochází i na půdě profesionální péče o duševní zdraví. Stigma je tak sdíleno nejen veřejností, ale někdy i lékaři. Tak ani nepřekvapí, že tento předpoklad často vnímají a přijímají i pacienti samotní.

Libiger (2001) je toho názoru, že v případě duševní nemoci, procesu destigmatizace může pomoci ***plná informovanost pacienta*** o povaze, průběhu a důsledcích jeho onemocnění. Ta, podle jeho názoru, vede ke znalosti toho, jak s nemocí zacházet. Takové porozumění pak přispívá také k tomu, že se pacienti naučí s nemocí žít. Podobně se vyjadřuje i Goffman (2003: 47), když tvrdí že: „...*takováto situace staví zvláštní úkol před lékaře, totiž informovat nemocného o tom, kým se bude muset stát.*“

Ztotožňuji se s názorem, že společným úsilím zdravotníků a nemocných mohou být odstraněny problémy a omezení, vyplývající více z postojů společnosti, než z povahy konkrétního onemocnění. V této práci si však dovoluji hlouběji prozkoumat, jak různě může být zacházeno s onou ozdravu umožňující formulkou: ***plná informovanost pacienta.***

2.6. Sociální konstrukce duševní nemoci

Zajímavý vhled do problematiky a základní myšlenku, na které stojí i tato práce přináší Paleček (2004, 2006), který ve svých pracích na konkrétních příkladech z praxe dokumentuje proces konstruování duševního onemocnění v prostředí psychiatrické péče a mimo něj. Citlivě ukazuje, že „ne/existenci“ duševní nemoci zcela prakticky vykonáváme tím, jak a kde je pro nás duševní nemoc v konkrétních situacích pozorovatelná a tedy skutečná. Tím autor dává možnost částečně se vymanit z dominujícího medicínského diskurzu a vnímat v životě nemocného člověka i nepsychiatrické skutečnosti, kdy se nemoc jakoby neobjevuje. Jde o dvě odlišné perspektivy, které jsou různě podporovány v prostředí péče o duševně nemocné a služeb.

Cílem takových úvah není kritizovat či problematizovat psychiatrickou praxi, pochopitelně cílem není ani popírat existenci duševních poruch jako takových. Tímto způsobem je však možné rekonstruovat logiku, která dává smysl konkrétnímu jednání a pravdivost konkrétnímu pohledu. Cílem není odhalit, kdo má větší pravdu, ale ukázat, že se skutečnost děje více způsoby a záleží na perspektivě jednotlivce i praktikách péče. V této práci je *plná informovanost pacienta* podrobena narativní analýze v konstruktivistickém pojetí.

Současná psychiatrická praxe, jak bylo již několikrát uvedeno, předpokládá, že porozumění nemoci napomáhá terapeutickému procesu. Domnívám se, že také pacientova strategie k zvládnutí a překonání nemoci ať už vědomě, či nevědomky, se do značné míry uskutečňuje na základě tohoto porozumění. Je tedy zřejmé, že tomu, jak nemocný své situaci rozumí, napomáhá porozumění terapeuta a dalších, kteří se tohoto procesu účastní. V této práci budu tyto interakce a v nich se rozvíjející morální kariéru jedince sledovat.

Dále uvádím některé typologie zvládacích strategií, tak jak jsou v literatuře dokumentovány.

2.7. Strategie zvládnání nemoci

Fakt, že se obvykle snažíme ze všech sil náročnou situaci zvládat, si už každý z nás jistě mohl ověřit ve vlastním životě. Způsoby a účinnost našich postupů se různí. Jednotlivé postupy a jejich efektivita jsou předmětem zájmu výzkumníků, což prokazuje mnoho uskutečněných studií (Křivohlavý, 2001).

Pojem strategie zvládání vyjadřuje snahu zvládnout těžkou situaci a řešit bezprostředně naléhavé problémy, které s sebou nese. Takové jednání je více záležitostí usilování (než získávání), může být vyjádřeno konkrétními činy, stejně tak jako slovním predefinováním nějaké subjektivně těžko zvládnutelné situace (Šmídová, 2008). Proto jsem se pro účely této práce rozhodla držet této obecné definice: „*Jádrem zvládání je využití snah (jak intrapsychických tak typu určité aktivity) řídit (monitorovat, ovládnout, minimalizovat, zmenšovat, tolerovat) vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka (a konflikty mezi nimi).*“ (Lazarus citován in Křivohlavý, 2001: 70).

2.8. Typologie zvládacích strategií

Základní typologii strategií zvládání přináší v roce 1966 Rotter (citován in Křivohlavý, 2001), vymezuje dva odlišné přístupy ke zvládání životních těžkostí s přihlédnutím k osobnostním vlastnostem. Část z nás v náročných životních situacích spoléhá na vlastní schopnosti, možnosti a dovednosti, je iniciativní a ochotná „jít do boje“ (Internal Locus of Control). Na opačné straně kontinua jsou ti pasivnější, kteří soustředují svoji pozornost k vyšší moci (osudu) a čekají na změnu okolností, nezávislou na jejich přičinění (External Locus of Control). Volba strategie má pak zásadní vliv na úspěšnost překonávání problémů. Podle Rottra je těmito dvěma póly vymezen prostor, ve kterém se pohybuje každý z nás.

2.8.1. Typologie podle Chromého

Další typologii individuálních zvládacích strategií uvádí Chromý (1990: 30). Jednotlivé typy strategií byly definovány na základě studia subjektivních zkušeností a individuálních hodnotových schémat.

- a)nemoc jako destrukce:** nemoc je považována za zničující zásah do života, který vede k nečinnosti a závislosti na druhých (postoj vedoucí k pasivitě),
- b)nemoc jako osvobození z každodennosti:** nabízí vidět v nemoci paradoxně svobodu, která nemocným umožňuje větší míru soukromí a tak prostor zabývat se intelektuálním rozvojem,
- c)nemoc jako výzva k boji:** tato koncepce shrnuje postoj těch nemocných, kteří se rozhodli s nemocí bojovat. Veškeré uvolnění z povinností přijímají jako podmínku ke zvládnutí tohoto zápasu. Svůj potenciál jsou připraveni využít k uzdravení, jsou však připraveni přizpůsobit se i chronickým formám nemoci.

2.8.2. Typologie podle Goffmana

K výzkumu adaptace a proměn osobnosti v prostředí psychiatrických zařízení přispěl Goffman (1961: 61-74, vlastní překlad), který rozlišil několik hlavních forem adaptace následovně:

- a) regrese (situational withdrawal):** stažení se do sebe. Tato strategie umožňuje stáhnout se a nevnímat si ničeho, co se člověka bezprostředně netýká. Svou účast jednatel omezuje na nutné minimum,
- b) rebelie (intransigent line):** taková reakce je charakteristická důrazným odmítáním spolupráce. Pro některá psychiatrická oddělení je tato rebelantská atmosféra dokonce typická. Jinde může jít o dočasný způsob zvládnání situace, zejména v počátku hospitalizace, který obvykle postupně přechází v regresi,
- c) kolonizace (colonization):** snaha o získání maximálního možného uspokojení v rámci dosažitelných zdrojů uvnitř zařízení. Jednatel zažívá zkušenost „bezpečnějšího a lepšího“ (having found a home) v porovnání s tím, co je venku. Čím snesitelnější prostředí na jedince uvnitř zařízení čeká, tím snáze se k této strategii uchyluje,
- d) konverze (conversion):** proměna identity jedince v souladu s předkládanou koncepcí (převzetí oficiální verze sebe sama i druhých). Ti co se v zařízení nacházejí dlouhodobě, například postupně přejímají slovník i výrazy používané personálem a odborníky, někdy se stávají pravou rukou ošetřujícího personálu.

Goffman (1961) vymezení pojmu adaptace rozšiřuje o zkoumání reakcí na institucionalizaci, na definování nemoci ze strany organizací (jako jsou léčebny pro duševně nemocné) a odborného diskurzu. Jak už bylo řečeno, všiml si mechanismů, které a jak zúčastněné jedince ovlivňují a postupně formují jejich identitu. Pochopitelně v rámci těchto mechanismů, dochází také k jejich vzájemnému prolínání a kombinování. Hlavní funkcí adaptačních strategií je minimalizovat pocity ohrožení, snižovat napětí a chránit zúčastněného od případného fyzického a psychického poškození (Keller, 1996).

2.8.3. Koncept „Zotavení“ (*recovery*)

V oblasti péče o duševní zdraví je individuálním konceptům a subjektivnímu prožívání nemoci věnována stále rostoucí pozornost (Skorunka, 2008). Od 90. let 20. století se do popředí dostává nové pojetí zvládání nemoci – koncept zotavení (Říčan, 2011).

Psychiatrické pojetí konceptu *recovery* se orientuje na snižování počtu symptomů, čímž je dosaženo vyšší kvality života.

Uživatelské pojetí naproti tomu neusiluje ani tak o úplné vymizení příznaků a uzdravení, jako spíš o prožívání a žití smysluplného a spokojeného života v rámci možností. Základním kamenem uživatelského pojetí je tak individuální vhléd do situace a uvědomění si vlastních možností. Víc než samotné konečné překonání nemoci je sledován proces, ve kterém se nemocný snaží dát svému životu s nemocí smysl a naplnit jej. Aktivní přijetí nemoci se vším, co nemocnému přináší, umožňuje nalézt novou životní cestu. *„Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství a bezmocnosti. Je to učení se používat symptomy a stresory, znovuzískávání kontroly nad vlastním životem, opětovné přijetí odpovědnosti, zvýšení sebeúcty, pocit, že opět mohu něco znamenat pro druhé a že jsou uznáváni jako osobnost.“* (Pěč, Probstová, 2009: 20)

Stále častěji je předmětem zkoumání biografické vyprávění. Někteří autoři se domnívají, že zkoumat subjektivní pojetí v širším rámci vlastního života a jeho pokračování, vedle a spolu s těmi vnějšími „objektivními“ schémata medicínskými, je z hlediska zvládání nemoci i terapie zásadní, neboť jsou součástí sebedefinování a proměny vlastního já (Skorunka, 2008; Říčan, 2011).

2.9. Proč studovat individuální koncepty?

Již uskutečněné výzkumy ukazují, že zkoumání subjektivního prožívání zdravotního stavu nemocných prostřednictvím vyprávění je opodstatněné, neboť přináší mnoho užitečných informací, zvyšuje vzájemné porozumění a vytváří tak prostor ke zlepšování kvality života nemocných. Ukazuje se také, že pacient, který se obrací na lékaře, má poměrně bohatě strukturovanou představu o tom, co se s ním děje a nějak si svůj stav vykládá (Williams, 1984). Této představě je doporučováno věnovat pozornost, i když se může lišit od představy odborníků *„...vlastní laická přesvědčení pomáhají pacientům v orientaci o stavu, do kterého se dostali. Dávají jim určitý myšlenkový rámeček (schéma,*

model atp.) pro to, aby mohli lépe pochopit, oč jde, aby mohli smysluplněji zvládat situaci, do níž se dostali a aby mohli s větší mírou jistoty hledět kupředu na to, co je asi čeká.“ (Křivohlavý, 2002: 20)

V rozsáhlém výzkumu Leventhala a Nerenze (citován in Křivohlavý, 2002), bylo metodou zcela volných rozhovorů zjištěno, že nemocní vnímají svůj změněný zdravotní stav v pěti konkrétních dimenzích.

Pět kognitivních dimenzí dle Leventhala a Nerenze

- identifikace (sleduje přesné určení příznaků, které na sobě nemocný pozoruje)
- představy o příčinách změněného zdravotního stavu
- časové dimenze změněného zdravotního stavu
- následky změněného zdravotního stavu
- léčitelnost

Tato práce vychází z přesvědčení, že individuální koncepty a jejich konstrukce jsou výzkumníkovi dostupné skrze vyprávění a že samo vyprávění je strategií, která umožňuje a napomáhá náročnou životní situaci zvládat. V širších souvislostech problematiky zdraví a nemoci je nemoc důležitým milníkem v životě člověka. Žítí tohoto dočasně či trvale změněného zdravotního stavu je nemocným zakomponováno do životního příběhu a skrze něj zprostředkováváno sobě i druhým. Skrze příběh nám pak vypravěč umožňuje do svého světa nahlédnout. Odborníci na poli psychiatrie (Křivohlavý, 2001, 2002; Skorunka, 2008; Greenhalgh, Hurwitz, 1999) a sociologové, zabývajícími se analýzou vyprávění (Riessman, 2003; Williams, 1984; Paleček, 2004, 2006), podávají mnoho zajímavých dokladů o tom, že příběh o nemoci (skrze, který je dostupný obraz porozumění) má mnoho podob. Shoda panuje v tom, že profesionál, jehož vědomostem a schopnostem jako nemocní uctivě důvěřujeme, by měl pacientově příběhu naslouchat, co víc vědomě a cíleně spolupracovat na jeho utváření ve snaze pomoci mu nesnáze spojené s nemocí překonat. Je evidentní, že tím, jak odborníci do pacientova příběhu/života vstupují, jak s ním následně pracují a spolupracují na jeho zotavení, stávají se jeho součástí.

2.10. Narativní metafora a narativní přístup

„Život žádného člověka nelze vtěsnat do jednoho vyprávění. Neexistuje způsob jak určit závažnost jednoho každého roku, zahrnout každou událost, každého člověka, jenž pomáhali tvořit běh života. Je ovšem možné zachovat věrnost ducha v líčení děje a snažit se najít cestu k lidskému srdci.“

-Ghándí-

Zkoumání vnitřního světa jedince, jeho prezentaci druhým i sobě v podobě převyprávění, tak aby byl pochopitelný a dostupný i druhým je možné opřít o mnoho teoretických konceptů (např. psychoanalytických, psychodynamických, kognitivně behaviorálních). Při hledání odpovědi na položené otázky v této práci jsem se rozhodla využít možnosti narativního přístupu. V této kapitole se pokusím popsat jeho základní východiska a tím své rozhodnutí zdůvodnit.

Narativní přístup patří mezi metody kvalitativní, využívá jeden z nejstarších prostředků lidské komunikace, vyprávění a příběhu (Miovský, 2006). Význam vyprávění příběhů v historii lidské existence není nutné sáhodlouze opisovat. Skrze vyprávění se již tisíciletí předávají z generace na generaci vědomosti, zkušenosti a názory díky nimž se pokoušíme rozumět světu a žítí. Narativní přístup je inspirován literární analýzou a navazuje na dlouhou tradici spontánního výkladu příběhů. Východiskem tohoto přístupu je postmoderní (sociálně konstrukcionistické) chápání světa, které se opírá o tvrzení, že realita, kterou sdílíme a žijeme, se utváří a přetváří v procesu interpretace a vzájemného dojednávání smyslu a řádu. Jde o názorovou platformu, která se zakládá zejména na těchto základních předpokladech:

- realita je sociálně konstruována
- realita je vytvářena prostřednictvím jazyka
- realita je strukturována a udržována prostřednictvím vyprávění
- neexistují žádné neměnné pravdy

Příběh je základní lidská aktivita, prostřednictvím které dáváme smysl svému životu a své zkušenosti. Konstruktivisté zdůrazňují, že vyprávění je aktivitou, která

prostřednictvím sdílení a sdělování samotný smysl utváří (konstruuje). Diskurz pak můžeme chápat jako kulturní narativy („velké příběhy“), které společně sdílíme, sdělujeme a vyjednáváme (objektivizujeme), učíme se je spolu s jazykem v průběhu života (socializace). Velké příběhy se tak nejen stávají součástí těch individuálních („malých“), ale také je utvářejí (Freedman, Combs, 2009: 42).

„Příběh je jednou z možností vyjádření významu života jedince, je to dílčí reprezentace nikdy nekončícího procesu, který může být zachycen narativní reflexí či interpretací v nejšířším slova smyslu“ (Čermák citován in Skorunka, 2008: 21).

Narativní modus jako forma poznávání a porozumění světu je cenný pro svou schopnost zachycovat subjektivní vidění (podobné životu). Protože není postaven na přísné exaktnosti, více koresponduje s individuální zkušeností a vyvažuje tak stále převažující čistě empirické a experimentální paradigmatické pojetí. Tento přístup jednoduše řečeno odmítá existenci jedné pravdy o lidské realitě a jedinou správnou interpretaci lidského jednání. Záměrně soustřeďuje svoji pozornost na uskutečňování světa prostřednictvím jazyka (Freedman, Combs, 2009), skýtá tak možnost poznávat bohatství lidské zkušenosti z různých aspektů a v různých výkladových rámcích.

Narativní přístup je často podrobován kritice, přesto jde ale o koncept, kterému je v současnosti věnováno mnoho pozornosti a jeho možnosti se ve výzkumu stále častěji využívá. Například pro psychoterapii je narativní koncept naprosto zásadní. Každá forma psychoterapie je na vyprávění a převyprávování příběhů v podstatě závislá. Tento koncept je v současné době zajímavý jak pro literární teoretiky, filozofy, antropology, sociální vědce, tak pro neurovědce a kognitivní psychology.

Předmětem narativní analýzy může být jakýkoli lidský výtvar, zachycující určitý příběh nebo jeho části (autobiografie, deníky, rozhovor atd.). Vyprávěním konkrétního prožitku formujeme a sdílíme vlastní zkušenosti (jejich výsledný stav i proces, jak vznikly). Příběh je chápán jako vyjádření způsobu organizace zkušenosti. Naslouchajícimu i vypravěči umožňuje těmito zkušenostem lépe rozumět (Fisher-Rosenthal, Rosenthal, 2001). Popis žité události tak nabízí individuální výklad porozumění životní zkušenosti.

Příběh je komplexní formou, která umožňuje zachytit souvisle popisy situací v jednotlivých větách a spojit je s dílčím typem diskurzu. Narativita je prostředkem vytváření celistvosti životního příběhu. Někteří odborníci (Polkinghorne, Bruner citován in Čermák, 2003) pak chápou narativní konstrukci jako základní princip organizace světa, tedy i identity člověka. *„Úspěch v tomto začleňování zkušeností do příběhů dodává lidem pocit kontinuity a smyslu v životě, a toto potom slouží jako základ pro uspořádávání*

každodenního života a pro interpretaci dalších prožitků.“ (White, Ebston citován in Freedman, Combs, 2009: 51)

Přijmout metaforu příběhu jako formu prezentace, reprezentace a interpretace skutečnosti, znamená uvidět celkový tvar prožívaného života například skrze figury a zápletky příběhů, které žijeme a vyprávíme (Chrz, 2009). Narativní výzkum se pak zaměřuje na způsoby, jakými je prostřednictvím narativní konstrukce dáván zkušenosti a životu význam. Skrze perspektivu postavy v příběhu je možné vykládat mechanismy konstruování identity, i když často jde o neexplicitní obecnější rovinu významu. Vypravěč je v autobiografii hlavní postavou příběhu, který se začal psát od okamžiku jeho narození a který se bude psát minimálně do konce jeho dní. Je tím, za koho je v době žití svého příběhu oprávněně považován druhými (Olson, 2010). Na druhé straně má vypravěč exkluzivní nárok na vlastní verzi sebe sama, která se ale odvíjí v interakci s příběhy, které o něm tito druzí vyprávějí.

Přístup tedy problematizuje základní modernistické tvrzení, že je možné stavět hranici mezi objektivní a subjektivní realitou a další dualismy. Jediná realita, kterou je možné poznat, je ta sdílená v jazyce v rámci společné interakce. Nejde tedy o pasivní přijímání předem existujících pravd. Ty jsou chápány jako produkty předchozích interakcí aktérů, jako dosavadní sociální konstrukce, které se objektivizovaly. Narativní metafora nabízí možnost zkoumat jednotlivé příběhy, to jak s nimi nakládáme a jak ovlivňují naše životy (Freedman, Combs, 2009).

2.11. Povaha narativních dat a jejich interpretace

Jak dále uvádí Chrz (2009), vyprávění a zkušenost nelze beze zbytku ztotožňovat. Narativně orientovaný výzkumník vychází z přesvědčení, že vyprávění alespoň v určité míře utváří a reprezentuje žitou zkušenost navenek. Jak už bylo řečeno, vyprávění zkušenost formuje, je prostředkem vytváření a sdělování zkušenosti a to i sobě v duchu. Vždy se však jedná o jednu z mnoha možných verzí ztvárnění života. Je tedy nutné v tomto pojetí zdůraznit, že vyprávění je závislé na výrazu situace a jejím kontextu, v němž je produkováno, včetně toho kulturního. Hodnotu subjektivního vyprávění o zdraví a nemoci vyzdvihuje a aktualizuje Skorunka (2008), který se ve své disertační práci věnuje narativnímu přístupu v psychoterapii.

2.11.1. Základní kategorie narativní rekonstrukce

Narativní přístup se věnuje konkrétním dimenzím, které je v biografickém vyprávění možné sledovat a analyzovat. O všech kategoriích je možné říci, že zachycují způsoby, jak vypravěč rozumí svému životu a jak na základě tohoto porozumění ve svém životě jedná. Podrobně jednotlivé kategorie uvádí Chrz (2009):

•Životní témata

Identifikace životních témat ve vyprávění, je možné je chápat jako výchozí kategorii narativní rekonstrukce. Jako literární příběhy jsou i naše vyprávění plná témat a motivů, skrze které dáváme najevo, oč v našem životě kráčí. Vypovídají o vztahu k sobě, k druhým i ke světu. Posluchač - výzkumník při vyprávění sleduje témata, která s námi chce vypravěč sdílet, snaží se ale identifikovat i ta neexplicitní. Zkoumán bývá způsob, jakým přání a záměry v naší zkušenosti „přicházejí ke slovu“.

•Ztvárnění jednání

Skrze vyprávění sděluje vypravěč posluchači přímo i nepřímo své životní postoje. Předmětem výzkumu jsou pak způsoby, jak je v příběhu zkušenost vlastního jednání v životních situacích konstruována, jak je život a jednání ztvárněno. „*V žitém vyprávění se člověk situuje do určitých pozic, v nichž přijímá určitou míru zodpovědnosti za to, co dělá, v kontextu toho, co se děje. Rozvrhuje určité uspořádání sebe jakožto aktérů či příjemců akcí. Konstruuje určitý způsob „aktérství“ (svého i druhých), určitou kapacitu jednat vzhledem k okolnostem, schopnostem či závazkům, určitý způsob a míru, v níž je v moci jednajících postav dosáhnout žádoucího a vyhnout se nežádoucímu.*“ (Chrz, 2009:4) Jednání je ve vyprávění zdůvodňováno vždy v souvislosti konkrétních záměrů, cílů a podmínek k jejich dosažení. Umožňuje tak rekonstruovat motivovanost jednání (řád důvodů) a vysvětlovat jej z hlediska kauzality.

•Zápletky a figury

Prostřednictvím zápletek a figur jsou ve vyprávění konstruovány dějové souvislosti. Zápletky mají kauzální charakter, dávají naší zkušenosti souvislost a směřování, organizují ji do jednotného celku, který má svůj začátek a konec, „hlavu a patu“. Narativní zřetězení

zkušenosti má své logické uspořádání, které je možné najít a pojmenovat. V narativní psychologii je například využíván koncept, podle kterého je možné na vyprávěný příběh nahlížet z hlediska klasických žánrů. Ve vyprávění pak nalézáme konkrétní prvky romance, tragédie, komedie, ironie, podle toho, jak vypravěč na své životní křižovatky sám nahlíží a v nich jedná. „*Obecně řečeno, koncept žánru zahrnuje a obsahuje stylistickou a tematickou jednotu příběhu a potom také z konceptu žánru stylistická a tematická jednota vyplývá.*“ (Adler, 2004: 86)

Při identifikaci žánru v příběhu, panuje obvykle mezi posuzujícími jedinci výrazná shoda. Základní žánr životního příběhu je obvykle nevědomě „rozhodnut“, vypravěč si ho sám nevybírá. „*Koncept žánru autobiografického příběhu vysvětluje a odráží jedincův interpretační systém – a systém základních postojů k sobě, druhým a k celému světu.*“ (Adler, 2004: 87)

•Hodnoty a přesvědčení

Vyprávění obecně nabízí možnost zachytit hodnotovou orientaci vypravěče. Systémy hodnot a přesvědčení umožňují v životě člověku odpovídat na konkrétní události. Vyjádřením „životní filozofie“ dáváme svým zkušenostem hodnotový a normativní aspekt, sdělujeme „oč má cenu usilovat a co je správné“. Sdílíme svoje potíže v dosahování našich cílů a činíme konkrétní události vlivnými a osoby odpovědnými, odůvodňujeme a postulujeme vlastní stanoviska, vůči nim.

•Sebeobraz a obrazy druhých

V rámci narativní konstrukce vypravěč nabízí také vysvětlení vlastní pozice. Tato „pozice“ vypovídá o jeho postavení, jehož stěžejním rozměrem je „pozice ve vztahu k druhým“. Vypravěč je současně komentátorem a současně sám postavou v příběhu vedle druhých. Zkonstruovat sebeobraz, tj ztvárnit se jako „postava“ mající určitou „pozici“, znamená rozvrhnout se v určitém prostoru, v určitém čase a ve vztahu k druhým lidem, ke světu. Z narativního pohledu je jedinec nositelem celé řady různých pozic a rolí v příběhu nejen z pozice postavy, ale i z perspektivy vypravěče.

•Reflexe a hledisko

Porozumět zkušenosti podle Chrze (2009), znamená porozumět způsobu, jakým je jednání a vyprávění, které ho ztvárňuje a vysvětluje tím, jak jej dává do souvislosti,

utvářeno. Na tvorbě se podílí vypravěčova přesvědčení, přání a konkrétní záměry. Způsob tohoto ztvárnění (reflexe) podléhá vědomému třídění v závislosti na konkrétním úhlu pohledu a situaci.

Od následující kapitoly, ještě v teoretické části, začneme společně sledovat příběh slečny D. V tuto chvíli také prozradím jméno, které si pro účely této práce informantka pro sebe vybrala.

Již název této práce napovídá, že život a tudíž i příběh slečny Doroty provází diagnóza duševního onemocnění. Upřímně by mě zajímalo, zda čtenář zaznamenal jeden významný detail, a sice to, že je v názvu práce záměrně užito uvozovek. Vše bude podrobněji osvětleno v praktické části, ale považuji za důležité v tuto chvíli upozornit na fakt, že v příběhu slečny Doroty byla vyslovena více než jedna diagnóza jejího stavu, na což Dorota ve svém příběhu o své situaci a o sobě samé reaguje. Analýza toho, jak Dorota přepracovává příběh o sobě samotné jako nemocné zejména (ale nejen) pod vlivem nového medicínského labelu, bude předmětem poslední analytické kazuistické části.

Narativní metafora umožňuje na následující kapitoly nahlížet jako na příběh „duševního onemocnění“, který můžeme v našem kulturním prostředí považovat za dominantní – „Velký“. Představím tedy „Velký příběh“ – skrze vyobrazení diagnóz a terapeutických intervencí, které k „Malému příběhu Doroty“ neodmyslitelně patří. Nejvíce se budu věnovat diagnóze deprese, definuji tím prostor, který pro ni vymezila sama Dorota ve svém vyprávění a pravděpodobně i v životě. Stručněji pak zmíním diagnózu simplexní schizofrenie.

2.12. Deprese („Velký příběh“)

Toto onemocnění je v mezinárodní klasifikaci nemocí řazeno do kategorie afektivních poruch (poruchy nálady) a mezi duševními onemocněními je celkově třetí nejčastější. Statistiky uvádějí, že některá z afektivních poruch celosvětově postihne alespoň jednou za život přibližně 25 % populace (Vágnerová, 2007), z toho deprese postihuje 5-10 % lidí. Ve vyspělých státech je deprese nejčastějším důvodem ztráty pracovní schopnosti (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2000). Zkušenost s tímto onemocněním tak

zažívá přibližně každá pátá žena a každý desátý muž. Deprese proto patří k nejčastějším onemocněním vůbec (Praško, 2007).

Další statistická data (Hartl, Hartlová, 2009) naznačují, že doba a úspěšnost překonání deprese je různá. Zhruba čtvrtina depresí odeznívá po měsíci, polovina do tří měsíců a čtvrtina má trvání delší než jeden rok. 10 % nemocných trpí chronickou formou, při které má nemoc trvalý charakter.

Jednotícím příznakem afektivních poruch je chorobně smutná nálada (depresivní), nebo nálada nadnesená (manická) doprovázená odpovídajícími změnami chování (Praško a kol., 2003). Odborné publikace uvádějí podrobnější členění afektivních poruch podle konkrétních příznaků (Praško, Pašková, Prašková, 2001; Praško, Buliková, Sigmundová, 2009), tato práce jejich bližší specifikaci neuvádí. Při samotném prožívání onemocnění je charakteristická výrazná individuální různorodost (Dörner, Plog, 1999).

2.13. Proměny onemocnění v čase

„Pohledte jen, prosím, blíže na myšlenky melancholiků, na jejich slova, představy a činy a zjistíte, že melancholický mok rozlitý v jejich mozku pokrývá všechny jejich smysly.“ (Foucault, 1994: 62)

Popisy poruch nálad, které v zásadě odpovídají dnešním charakteristikám deprese, dokumentují již historické prameny jako je Starý zákon (příběh krále Saula), či Homérova Iliada. Původně byl pro chorobný stav extrémně smutné nálady užíván název Melancholie. Při pátrání po příčinách vzniku onemocnění, můžeme na časové přímce sledovat měnící se úroveň poznání a odpovídajícího světonázoru (v závislosti na kulturním prostředí) a historické etapě dějin. Středověké myšlení přebírá hebrejské pojetí melancholie jako Božího trestu za hřích a v otázce možných příčin připouští zásah mocností pekelných. Pro tuto dobu bylo typické ztotožnění nemoci a trestu, což pochopitelně ovlivňovalo také postoje a chování společnosti k postiženým jedincům. Existovala zažitá představa, že melancholie je pouze hříšná trudomyslnost, morálně odsouzeníhodný nezájem o dar života (Libiger, 2001). Tato perspektiva ovlivňovala také subjektivní prožívání nemocných, u kterých dominovaly pocity viny (Vágnerová, 2007). Současné pojetí duševní nemoci v tomto období ještě zdaleka není ukotveno, existuje všezahrnující kategorie „šilenství“, které je řazeno do hierarchie neřestí (Foucault, 1994).

Od poloviny 17. století se „blázní“ hromadně dostávají za brány léčeben a ústavů. Internace se stává přirozenou součástí jejich života a navždy vstupuje do veřejného

povědomí. Porozumění a vysvětlování stavu melancholie je dlouhou dobu ovlivňováno archaickou perspektivou čtyř šťáv, která v této souvislosti odvozuje pozorovatelné projevy od fyziologie černého moku. Zajímavé je, že tedy pojem melancholie původně není utvářen na základě lékařské teorie. Foucault (1994: 62-65) dokládá, že zkušenost melancholie je vykládána fenomenologicky.

Teorie fluid během následujících desetiletí svou vědeckou prestiž ztrácí. Pozdější výzkumy předpokládají vznik nemoci na základě vlastnosti látek jak tekutých, tak pevných. Například „nervová“ forma melancholie je popisována takto: „...určitý obzvlášť silný pocit rozechvěje nejprve ta vlákna, do nichž vstoupí; odrazem se zvýší napětí vláken ostatních, která jednak ztuhnou a jednak se tím víc rozvibrují. Ale když pocit zesílí ještě víc, napětí ostatních vláken dosáhne takové míry, že už vibrovat nemohou; jsou tak ztuhlá, že už v nich nemůže obíhat krev a životní fluida znehybní. To je stav melancholie.“ (Foucault, 1994: 66) Popis podstaty melancholie a jejích forem se znovu proměňuje, nikoli však na základě exaktních metod přesného pozorování. Koncem 18. století je jako melancholie diagnostikováno každé neblouznivé šílenství, charakterizované nehybností, beznadějí a určitým ponurým otupením.

Takto postižení „odmítají vstát z postele...; vstojí se dají do chůze, jen když je donutí přátelé, nebo jejich pečovatelé; lidem se nevyhýbají; ale když se na ně mluví, nevěnují tomu, zdá se, pozornost, vůbec neodpovídají.“ (Foucault, 1994: 67-74)

Podle Foucaulta (1994) tak proces ustanovování melancholie jako choroby neproběhl metodou od pozorování ke konstrukci explikativních obrazů, ale opačně. Skrze obrazy došlo ke strukturaci percepce, v níž příznaky nabývají své signifikantní hodnoty až následně a tak se uspořádávají ve viditelnou pravdu.

2.14. Smutek je „normální“

Prožívání depresivních pocitů a smutku je v životě člověka natolik běžnou zkušeností, že mají svou pevnou „společenskou normu“. Dnešní vnímání se opírá o skutečnost, že žijeme v komplikované době, kdy je člověk v mnoha oblastech neustále vystavován řadě významných ztrát (skutečných i symbolických). Smutek a depresivní reakce jsou v takových situacích považovány za normální odpověď organismu na opuštění nebo ztrátu. Skrze prožívání smutku a beznaděje je zdravému člověku umožněno zpomalit, zastavit se, případně změnit směr a přizpůsobit se novým podmínkám. Je-li naše sebepojetí a celistvost ohrožena, náš organismus přirozeně startuje obranné mechanismy, které nám nakonec umožní nevyhnutelnost ztráty přijmout (Styx, 2003).

Popsány jsou také normální mechanismy zvládnání náročných situací a smutku. Obvykle obranná reakce probíhá v několika fázích, kdy člověk zprvu odmítá vzniklou životní situaci akceptovat a popírá ji. Následně se potýká se záplavami hněvu, hledá viníka situace a lamentuje nad nespravedlností života, aby v naprostém vyčerpání propadl zoufalství, které umožňuje znovu začít vnímat realitu, přijmout danou skutečnost a uvědomit si svou ztrátu. Taková reakce následně vede ke smíření, znovunalezení naděje a k hledání nové životní cesty (Styx, 2003).

Poruchy nálady se objevují jako součást většiny somatických i duševních potíží, jsou tedy chápány jako schopnost organismu signalizovat narušení či ohrožení vlastní rovnováhy. Tento výstražný systém má pak schopnost ovlivňovat aktuální tendenci k určité aktivitě. Tyto mechanismy jak už bylo řečeno, literatura shrnuje pod pojmem obranné a existuje jich celá řada (Vágnerová, 2007).

2.15. Kdy je smutek „chorobný“ a proč?

Svou přirozenost prožívání smutku ztrácí a stává se chorobným ve chvíli, kdy pozbývá svou orientačně-regulační funkci a přestane tak odpovídat vzniklé situaci. To vede k neadekvátnímu chování a prožívání (Vágnerová, 2007).

Dnešní obraz onemocnění neztrácí nic na tajemnosti co do příčin vzniku, jelikož ty dosud nebyly uspokojivě vysvětleny. Pro vznik onemocnění a intervenující faktory existují konkrétní teorie, které jsou vázány na dominantní medicínský diskurz. Za určující rizikové faktory či jejich kombinace jsou považovány především tyto: biologická zátěž, genetické predispozice, psychologická zátěž. Svou roli sehrávají také kritické momenty při vývoji osobnosti. Farmakologický model předpokládá dysfunkci v systémech nervových přenašečů noradrenalinu a serotoninu, které zprostředkovávají přenos vzruchu na určitých synapsích (Praško a kol., 2003). Depresivní porucha je stejně, jako byla v minulosti, jedna z nejčastěji diagnostikovaných duševních poruch.

2.16. Jak se pozná nemoc (klinický obraz deprese)

Za hlavní příznak nemoci je považována patologická depresivní nálada (pocity prázdna, mrtvolnosti, vyprahlosti, lhostejnosti, beznaděje), která svou intenzitou a délkou trvání není adekvátní k případné zátěži a nemusí tak být vázána na aktuální události (Vágnerová, 2007). Nemocný ztrácí schopnost radovat se z obvyklých činností (anhedonie), obviňuje se, propadá beznaději. Signifikantní je, zda jsou pocity doprovázeny poruchami spánku, ztrátou chuti k jídlu, únavou a celkovou vyčerpaností. V nemoci se

vytrácí také zájem o sexuální aktivity (Praško a kol., 2003). Pokud smutná nálada přechází až v neschopnost prožívat emoce (bolest, úzkost, smutek) je považován celkový psychický stav člověka za závažnější. Nemocný se jeví ochromený, svázaný, neschopný rozhodování, volní neschopnost se v některých případech klasifikuje až jako ustrnutí (Dörner, Plog, 1999). Nemocný postupně jeví známky ztráty schopnosti koncentrace, nedokáže dokončit započatou činnost a celkově tak selhává v každodenních činnostech. Až dvě třetiny nemocných napadají sebevražedné myšlenky, které jsou důležitým indikátorem existence nemoci (Praško a kol., 2003). Případné známky lhostejnosti se u nemocného projevují i ve vztahu k nejbližšímu okolí. V případě závažnější poruchy nemoc modifikuje všechny emoce čímž, je ovlivněno veškeré prožívání.

2.16.1. Poruchy kognitivních funkcí

U kognitivních funkcí jsou sledovány zejména změny v hodnocení různých situací (negativní automatické myšlení), celkové zpomalení a utlumení veškerých poznávacích funkcí. Je možné pozorovat, že myšlení nemocného člověka je velmi úzce filtrováno skrze černobílé až katastrofické vidění světa, zaměřeno zejména na negativní dění. Typické je přeceňování vlastních chyb (Vágnerová, 2007).

Procesy učení, myšlení i paměť vykazují známky ovlivnění až poruchy koncentrace. Změny v této oblasti by však neměly mít povahu úbytku inteligence.

Tento stav je diagnostikován také na základě známek vnitřního neklidu, napětí, které se na venek může jevit jako nečinnost, „lenost“, ale také jako hektické přecházení sem tam, nebo bezvýhodné nářky. U nemocného se mohou objevovat bludné představy (8–15 %) typu: „jsem nejvíce nemocný na celém světě“, „jsem nejchudší na světě“, mohou opisovat pocity absolutního znehodnocení, nepotřebnosti „jsem druhým jen na obtíž“, „jsem úplně bezcenný, největší smolař, co kdy žil“ (Dörner, Plog, 1990: 113-129). Vzácně se mohou objevit také halucinace, mající nejčastěji podobu hlasů, které nemocného obviňují a kritizují. Změny v prožívání zasahují nejenom do chápání přítomnosti, ovlivňují také vnímání událostí minulých a definují vztah nemocného k vlastní budoucnosti.

2.16.2. Změny v chování

V oblasti chování je diagnostickým vodítkem zvýšená unavitelnost, která má podobu snížení počtu realizovaných aktivit. Změny se dají pozorovat nejen na chování, změněný je i celkový vzhled pacienta. Smutek a beznaděj se jakoby odráží ve výrazu nemocného, mimika je strnulá a tělo celkově ochablé, pohyby pomalé, řeč bývá monotónní a tichá.

Výjimečně může být vyhodnocen depresivní stav až jako depresivní stupor, který se pozná tak, že nemocný vůbec na nic nereaguje. V chování nemocného mohou být pozorovány autoagresivní tendence, jako je sebepoškozování nebo i opakující se sebevražedné jednání (Vágnerová, 2007).

Výše uvedený dokonalý popis „depresivního syndromu“ se však vyskytuje pouze v učebnicích. Praktická zkušenost poukazuje na nekonečnou individuální různorodost prožívaných depresivních stavů. Dörner a Plog (1990) studenty psychiatrie a další psychiatrické pracovníky upozorňují na fakt, že teoretický popis nemoci je konstrukcí, která skutečnost zachycuje pouze částečně: „...*pojmy nejsou nikdy skutečností samou!*“ (Dörner, Plog, 1990: 117)

Z výše uvedeného vyplývá, že depresivní onemocnění je koncipováno jako závažná porucha, která hluboce zasahuje do každodenního života člověka, významně narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce, prakticky ovlivňuje celou jeho osobnost. Uplatníme-li zde narativní perspektivu, všechny prožívané události, změny a další zkušenosti jsou nemocným vždy nějakým způsobem biograficky zpracovány, tím pádem zakomponovány do vlastního životního příběhu a dostupné. Stávají se součástí vyprávění, na základě kterého jsou ostatně také převážně vyhodnocovány během vyšetření.

2.16.3. Stanovení diagnózy

Diagnóza deprese je obvykle stanovována na základě vyšetření, kdy se cíleným rozhovorem a pozorováním ověřuje naplnění konkrétních diagnostických kritérií. Pro správné zhodnocení stavu pacienta je dále doporučováno využívat informací z okruhu blízkých osob pacienta a k vyloučení „organických“ příčin je (zejména u starších lidí) dále doporučováno užití laboratorních a zobrazovacích metod (vyšetření mozku).

Pro určení diagnózy deprese se z uvedených diagnostických kritérií musí v průběhu dvou týdnů vyskytovat nejméně pět nebo více příznaků současně. Důležité je, zda se aktuální prožívání a chování postiženého dá odlišit od prožívání a chování v předchozím období. Na základě vyšetření se dá stanovit také závažnost poruchy (lehká, středně těžká, těžká forma) a případná přítomnost psychotických příznaků (Praško a kol., 2003).

Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu:

- a) depresivní nálada každý nebo skoro každý den
- b) zřetelný pokles zájmu o svět, ztráta pocitu radosti z činností, které dříve radost přinášely
- c) nechutenství, pokles hmotnosti nebo naopak přejídání a přibývání na váze (kolísání váhy v porovnání s předchozím měsícem alespoň o 5 %)
- d) poruchy spánku
- e) psychomotorické zpomalení nebo naopak agitovanost
- f) ztráta energie a únava
- g) pocity bezcennosti, nepřiměřené pocity neurčitého provinění
- h) ztráta koncentrace, poruchy myšlení, nerozhodnost
- i) úvahy o sebevraždě, opakovaně se objevující myšlenky na smrt

2.16.4. Průběh a prognóza

Za spouštěče nemoci jsou považovány konkrétní ztráty nebo zatěžující situace. Fakt, že smutek a přirozená depresivní reakce přerostly v diagnostikovatelnou poruchu, která vyžaduje zásah odborníka a lékařskou péči, nemusí být samotným postiženým a jeho blízkým okolím zprvu správně vyhodnocen. Depresivní porucha může vzniknout u jakéhokoliv typu osobnosti, na základě některých charakteristických znaků (introvertní rysy, úzkostnost) však byla pojmenována tzv. premorbidní osobnost, u které existuje vyšší riziko vzniku nemoci.

Diagnóza deprese je vyslovena v případě, že diagnostikovatelné potíže přetrvávají po dobu delší než dva týdny, důležitá je zvýšená míra rizika sebevražděného jednání.

Prognostická data naznačují, že více než v polovině případů se depresivní epizoda v životě několikrát opakuje (rekurentní depresivní porucha). Těžké osobnostní změny postihují jen malou část nemocných, mohou však vést k dlouhodobé invalidizaci. Pacienti se sebevražděnými tendencemi jsou vždy hospitalizováni.

Délka léčby je také stanovena. Neléčená depresivní epizoda trvá zpravidla několik měsíců (6-9 měsíců). Naprostá většina nemocných je léčena psychofarmaky v kombinaci s psychoterapií a zpravidla bývá úspěšná. Nezvadatelné sebevražděné tendence odmítání jídla a tekutin, které pacienta přímo ohrožují na životě a nemožnost komunikace s ním (v případě depresivního stuporu) opravňuje lékaře k indikaci elektrických šoků. Z výše

uvedeného vyplývá, že onemocnění může probíhat různě, prognosticky významné jsou zafixované způsoby zvládání potíží a premorbidní osobnostní rysy (Vágnerová, 2007).

2.17. Nemocný v rukou odborníků

Je-li nemocný v péči profesionálů a je-li stanovena diagnóza deprese, je považováno za nevhodné, pacienta rozveselovat či nadměrně litovat. Za efektivní je považována přiměřená snaha pacienta podporovat v oblíbených aktivitách. Doporučuje se zaměřením na krátkodobé malé cíle v postupných krocích. Nad aktivitami, jako je příjem jídla a tekutin, je veden zvýšený dohled. Zvýšená pozornost je pochopitelně věnována sebevražedným tendencím, profesionálové jsou nabádáni k jejich aktivnímu opakovanému zjišťování (Praško a kol., 2003).

Tento příběh jsem nazvala dominantním, protože je součástí odborného diskurzu, který je v našem kulturním prostředí považován za platný. Řídí se jím odborníci, nemocní a laikovi je dostupný prostřednictvím běžných komunikačních a informačních kanálů. Přestože vychází ze skutečností, které se dají hodnotit výhradně subjektivně, zachovává si svou normativní a pozitivistickou orientaci, za což je tato koncepce nemnohými kritizována (Skorunka, 2008). Potenciálně nemocný je postaven do nerovné situace, kdy odborník (expert) je ten, kdo má zásadní vliv na objektivní posouzení skutečnosti. Následující podkapitoly potvrzují expertní zacházení s pravdou v případě stanovené diagnózy. Příběh pokračuje definováním toho, jak se mají nemocný a jeho nejbližší chovat a jak mají nemoci rozumět.

2.18. Příručkový obraz deprese (doporučované porozumění)

Příručky, (Praško, Pašková, Prašková, 2001; Doubek, Herman, Praško, Hovorka, 2007) a dále (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009), které jsou určeny nemocným a jejich rodinám od prvních stránek popisují základní symptomy onemocnění a v první řadě usilují o informování a potažmo o uklidnění potencionálního čtenáře. Chorobně smutnou náladu striktně nazývají nemocí, vyhýbají se však označení „nenormální“ poukazováním na její častý výskyt v populaci.

Větší část všech prostudovaných příruček se věnuje popisu příznaků, klasifikaci jednotlivých forem onemocnění, identifikaci příčin a možnostmi léčby. Přičemž vždy je značná pozornost věnována charakteristice jednotlivých psychofarmak, možnostem

a popisu základních forem psychoterapie. Součástí některých příruček je i sebehodnotící diagnostický dotazník, po jehož vyplnění je možné určit závažnost poruchy (např. Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese) a další nástroje měření uvádí Praško, Buliková, Sigmundová (2009). Za nejosvědčenější a nejrozšířenější způsob léčby je shodně doporučováno užívání antidepresiv v kombinaci s psychoterapií. Zbývající prostor publikací je věnován užitečným radám a doporučením, jak s nemocí nakládat a jak jednat. Doporučení v podobném duchu jsou poskytnuty v krátkém přehledu také rodině.

2.18.1. Doporučení a rady nemocnému

- Deprese je léčitelná nemoc.
- Vaše hodnocení skutečnosti je nemocí zasaženo.
- Důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu své potíže sdělit, zejména úvahy o sebevraždě.
- Lékař vašemu stavu rozumí, a proto může pomoci než kdokoli jiný.
- Během deprese nečiňte žádná závažná rozhodnutí. Rozhodování je depresí vážně ovlivněno. Nejde-li to jinak, poradte se s těmi, kteří vás znají.
- Nehodnoťte svůj výkon! Zhoršení výkonnosti je typický příznak deprese.
- Neříkejte si, že depresi „zlomíte vůlí“.
- Zkuste dělat to, co je vám příjemné.
- Neočekávejte od sebe příliš.
- Neuchylujte se do samoty. Samota depresi zhoršuje.
- Nepokoušejte se depresi „zaspat“. Nepijte alkohol.
- Nedůvěřujte svým negativním myšlenkám. Jsou negativně změněné.
- Nevěřte těm, kteří vám říkají, že byste se měli vzchopit, že jste líní.
- Nestydte se brečet, kdykoli potřebujete.
- Nečekejte od léčby zázraky za několik dní. Nečekejte, že deprese zmizí rychle. Léčba potřebuje svůj čas, řádově týdny až měsíce.
- Napadají-li vás myšlenky na sebevraždu, řekněte to svým blízkým a hlavně lékaři. Je to velmi důležité. Sebevražda vás ohrožuje nejvíce.
- Vysvětlete své rodině, že deprese je nemoc. Je lepší požádat lékaře, aby to udělal za vás.
- Neukončujte předčasně léčbu.

2.18.2. Doporučení a rady rodině

- Deprese je nemoc, nikoli lenost. Ten kdo jí trpí, si to nijak nezavinil.
- Podpořte rozhodnutí nemocného navštívit psychiatra a zahájit léčbu. Čím dříve, tím lépe.
- Podporujte depresivního během léčby, aby vytrval. Podporujte ho v užívání léků.
- Nepodceňujte poznámky o sebevraždě. Informujte lékaře ihned, co se objeví.
- Nezelehčujte stav nemocného a neobviňujte ho a nekritizujte.
- Člověk v nemoci potřebuje zejména citovou podporu.
- V nemoci nepomůžou léčitelé, akupunktura, homeopatie, nebo jiné alternativní praktiky.

Charakter těchto informací ilustruje již zmíněný, stále převažující paternalistický medicínský přístup odborníků. Přesně vědí, co je pro nemocného dobré a jeho verzi skutečnosti diskvalifikují – pro nemoc nemůže ani myslet racionálně a být za sebe zodpovědný. Takové pojetí je několik posledních let podrobováno kritice a postupně transformováno. Změny v přístupu je možné vysledovat už i v odborné literatuře, která profesionály k přehodnocení svých stanovisek nabádá (v praxi je však stále spíše výjimkou): „*Dříve chtěli psychiatři pacientovi (= objekt) lépe rozumět. Naším cílem by však mělo být, aby pacient (=subjekt) porozuměl lépe sobě samému - oklikou skrze nás, psychiatry*“ (Dörner, Plog, 1999: 119) V případě deprese je však důležité, aby nemocný dokázal rozlišit, „...*jak dalece je hříčkou své deprese, jak jím deprese žije, nebo jak dalece pacient to, co dělá, dělá sám, v souvislosti s možností, že může jednat též jinak. Cílem je, aby vnímal, že je to on sám, kdo žije svou depresi, vytváří ji, že je nejenom obětí, ale i pachatelem.*“ (Dörner, Plog, 1999: 119)

V úvodu této kapitoly jsem zmínila, že v příběhu slečny Doroty hraje roli také diagnóza simplexní schizofrenie. Zmínila jsem, že tato role je, dalo by se říci – vedlejší. Navzdory prostoru, kterému Dorota ve svém příběhu této zápletky věnuje, se však v souvislosti s vyslovením této druhé diagnózy zásadně promění. Další epizoda po vyslovení diagnózy schizofrenie pak v příběhu vede k mohutné „biografické práci“ a jinému rozuzlení. Především proto, že diagnóza schizofrenie je pro takto označenou Dorotu pevně spjata s vědomím vlastní stigmatizace, přičemž takového znehodnocení se

obává a nechce se s ním smířit. Zde také dojde poprvé v jisté míře k praktickému uplatnění a Dorotiny odbornosti.

2.19. Simplexní schizofrenie („Velký příběh“)

Schizofrenie je definována jako chronické psychotické onemocnění, postihující přibližně 1 % populace. Psychóza obecně je řazena mezi závažná onemocnění, při kterém je typická ztráta kontaktu se skutečností. Nemoc zasahuje oblast vnímání, myšlení, prožívání a chování (Praško a kol., 2003).

Simplexní schizofrenie konkrétně, je řazena do chorob schizofrenního okruhu. Jde o méně častý typ schizofrenie s poměrně „netypickými projevy“ a oproti jiným typům, chudou symptomatikou (Dörner, Plog, 1999). Symptomy jsou zejména v plíživém počátku nemoci připodobňovány poruchám osobnosti. Charakterizuje je nápadná lenost a sociální nepřizpůsobivost. U nemocného je pozorovatelný nezájem prakticky o nic a nerespektování běžných sociálních norem. Zjevná je tendence izolovat se od společnosti, apatie až autismus. Jako projev nemoci je koncipována také nápadná neschopnost zvládat i běžné požadavky, zanedbávání péče o vlastní osobu a celkově postupné upadání. Prognosticky se jedná o nejzávažnější formu schizofrenie: prokazatelně dochází k postupnému zhoršování myšlení až na úroveň demence (Vágnerová, 2007).

2.20. Stanovení diagnózy

Odborníci se shodují, že určit diagnózu schizofrenie není jednoduché. Příznaky jsou podobné jako u jiných psychotických poruch. Žádný typický příznak schizofrenie (jako konkrétního psychotického onemocnění mezi ostatními) není definován. V současnosti není k dispozici žádná laboratorní ani zobrazovací vyšetření mozku, na jehož základě by mohlo být onemocnění jednoznačně diagnostikováno (používají se pouze pro vyloučení jiných příčin psychotických příznaků, jako jsou epilepsie, nebo nádor mozku). Psychologické vyšetření má v případě schizofrenie pouze pomocnou hodnotu. Pro stanovení diagnózy je stěžejní pohovor lékaře s nemocným a jeho blízkými, stanovuje se na základě pátrání po konkrétních, předem definovaných příznacích. Diagnóza schizofrenie je stanovena, je-li přítomen minimálně jeden velmi jasný příznak (a obvykle dva a více méně jasné příznaky) v časovém horizontu jednoho měsíce a déle. V případě schizofrenie simplexní, dochází k diagnostikování poruchy až „ex post“, dle odborníků vyžaduje delší pozorování. „Vyznačuje se dlouhodobým stavem „už nemohu“ nebo „už nechci“, neochotou o sebe dbát. Literatura upozorňuje na skutečnosti, že psychiatrický

personál takové chování často vyhodnocuje spíše než v kategoriích příznaků, v kategoriích poslušnosti. Nesprávné vyhodnocení může mít závažné následky (Dörner, Plog, 1999).

2.21. Simplexní schizofrenie (doporučované porozumění)

Základní charakteristika nemoci vystihuje schizofrenii jako závažné léčitelné psychotické onemocnění, které zásadně ovlivňuje osobnost pacienta a hluboko zasahuje jeho vztahy s okolím. Příručka překládá základní typologii psychóz, přičemž schizofrenie simplexní je označena za nejzávažnější formu nemoci (Doubek et al., 2008). Stručně poukazuje na možné predispozice k nemoci, popisuje manifestaci choroby a její příznaky. Co do příčin vzniku je za nemocnější faktor považována nadměrná stresová zátěž z okolního prostředí. Kapitoly o léčbě upozorňují, že léčba psychofarmaky (v případě nutnosti aplikovaná injekčně) má zásadní vliv na zvládnutí akutní fáze nemoci. Z textu je evidentní, že jejich užívání není vždy bez nežádoucích vedlejších účinků (což je nejčastějším důvodem k předčasnému ukončení farmakologické léčby). Případnou smutnou náladu, která se v průběhu léčby může objevit, je nutné ovlivňovat současným užíváním dalších léků (antidepresiv). Příručka obsahuje také upozornění, že účinnost antipsychotik nelze určit dopředu, jelikož individuální reakce vykazují značnou variabilitu. Je tedy třeba v zájmu nemocného experimentovat a případně léky i několikrát změnit. Jako doplňující, podpůrná léčba je doporučována psychoterapie a psychoedukace, přičemž psychoterapeut je vykreslen jako lidský průvodce, „...*který svým pochopením umožní pacientovi se uklidnit a postupně porozumět souvislostem.*“ (Doubek et al., 2008: 29)

Příručka také potvrzuje platnost stigma v souvislosti s diagnózou, když v několika větách zmiňuje tuto problematiku. Upozorňuje tak na skutečnost, že v případě schizofrenie nejsou stereotypní představy a neznalost veřejnosti zdaleka překonány. Následkem stigmatizace může docházet k sociální izolaci a nemocného může natolik paralyzovat, že ztratí i svou schopnost fungovat na trhu práce. Vlivem stigma se mohou objevit další problémy, jako je zneužívání alkoholu či drog. V neposlední řadě toto onemocnění umisťuje nemocné za brány psychiatrických klinik a ústavů.

Jako v případě deprese, následuje výčet rad a doporučení, které se prakticky téměř neliší (schizofrenici jsou navíc nabádáni k neuposlechnutí svých hlasů). Závěrečná kapitola příručky uvádí nejčastější a nejzávažnější komplikace při léčbě psychóz a dodává návrhy na možné způsoby zvládnutí těchto situací.

2.22. Dorotina léčba

Varieta přístupů k léčbě je bohatá, dále proto uvedu pouze ty způsoby léčby, které jsou relevantní z hlediska Dorotina životního příběhu, neboť cíl mé práce není orientován na přehled odborných přístupů k této nemoci. Je případovou studií jedné biografie vyprávěné na pokračování jednou pacientkou a založené na vlastním dlouhodobém zúčastněném pozorování mladé ženy s depresí v rámci vztahu dobrovolnice/asistentka - pacientka/klientka.

2.23. Léčba deprese

Terapie je stanovována na základě individuálních vlastností nemocného a konkrétních příznaků nemoci. V naprosté většině případů je onemocnění úspěšně léčeno ambulantně kombinací psychofarmak a psychoterapie. Za určitých okolností je nutná hospitalizace pacienta (v případě těžké deprese, kdy hrozí riziko sebevražděného jednání). U pacientů bezprostředně ohrožených na životě jsou indikovány elektorkonvulze.

V odborné literatuře je pozitivně hodnocena vysoká účinnost antidepresiv. Až v 70% případů dochází k jednoznačnému zlepšení stavu, přičemž je garantováno, že nejnovější generace léků nemá prakticky žádné vedlejší účinky. Psychofarmaka přispívají k uklidnění a k ovlivnění negativních psychických projevů, jsou vhodné zejména k překonání akutních potíží (Vágnerová, 2007). Literatura uvádí, že antidepresiva pomáhají tím, že regulují narušenou rovnováhu neurotransmiterů v mozku a účinkují za 6-8 týdnů podávání. Odborníci celkem důrazně upozorňují, že léčbu je důležité nepřerušovat ihned po odeznění potíží. Vysadit léky je doporučováno za 6-9 měsíců. U 80% pacientů byla totiž prokázána souvislost mezi časnějším vysazením léků a opakováním depresivní epizody. Dále z řad odborníků přichází uklidnění, že léčba psychofarmaky nemá negativní vliv na osobnost nemocného (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

Všechny formy psychoterapeutického působení jsou zaměřeny zejména na **pacientovo porozumění vlastní situaci a pochopení svého onemocnění**. Toto porozumění by mělo vést k vytvoření účelnějšího vztahu k vnějšímu světu, ale i k sobě samému. Do terapeutického procesu odborníci někdy doporučují zapojit i ostatní členy rodiny (Vágnerová, 2007). Psychoterapie nabízí „bezpečný prostor“, ve kterém může nemocný otevřeně hovořit o svých nesnázích. Přístup je založen na podporování zdravých

částí osobnosti. Pacient může využít mnoho různě teoreticky odlišných přístupů ve formě individuální, skupinové nebo rodinné (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009).

2.24. Léčba schizofrenie

Základem léčby schizofrenie je dlouhodobé až celoživotní podávání léků (antipsychotik, neuroleptik). Farmakologickou léčbu musí doplňovat léčba psychosociální, především je tím myšlena **psychoedukace** (poskytování detailních informací o nemoci nemocnému a blízkým a identifikace nevhodných způsobů komunikace). Současně je doporučována také individuální a skupinová terapie, především kvůli znovuoobnovení důvěry k lidem, případně k nácviu sociálních dovedností, které nemocný vzhledem ke vzniku onemocnění pozbývá (Praško a kol., 2003).

2.25. Dorotino terapeutické „menu“

•Krizová intervence

Rychlá, kdykoli dostupná pomoc v akutní zátěžové, ohrožující nebo nepříznivé situaci. Cílem je uklidnění, snížení úzkosti, získání pocitu alespoň částečné kontroly nad situací nebo emocemi. Krizová intervence je zaměřená na řešení aktuálního problému (stabilizace stavu klienta, snížení nebezpečí, že se bude zhoršovat). Z hlediska dlouhodobějších cílů nabízí klientovi možná řešení problému, orientuje ho na blízkou budoucnost, podporuje jeho samostatnost a vlastní kompetence (Vodáčková a kol., 2007).

•Psychoterapie podpůrná

Jde o základní formu psychoterapie, ke které je kompetentní ošetřující lékař, psycholog, ale i zdravotní sestry ve zdravotnických zařízeních poskytujících psychiatrickou péči. Nejvíce by se měla podobat **neformálním způsobům podpory opřeným o odbornou znalost**. Poskytovat by měla zejména empatické aktivní naslouchání, podporu a vedení v náročné situaci, pochopení a přijetí. Součástí je také nekritické posilování realistického náhledu na situaci a **poskytování relevantních informací o onemocnění a léčbě**.

•Individuální dynamická psychoterapie

Terapeutické intervence jsou zaměřeny hlavně **na identifikaci a analýzu nevědomých konfliktů**. Nezaměřuje se tolik na odstranění konkrétních příznaků jako spíše na změnu osobnosti člověka. Převedení nevědomého do vědomí pomocí interpretací, vede

k vzhledu pacienta, modifikuje jeho maladaptivní vzorce chování, pohledy na svět i postoje k sobě samému. Jde o dlouhodobou formu terapie, která není určena k ovlivňování akutních stavů.

•Skupinová psychoterapie

Skupinová forma psychoterapie deprese je obzvláště doporučována tehdy, když onemocnění vedlo ke vzniku vztahových problémů, nebo s nimi bezprostředně souvisí. Umožňuje těmto problémům **lépe porozumět**. Probíhá ve skupině (6-8) osob, kterou nejčastěji vedou dva terapeuti odlišného pohlaví, využívá skupinovou dynamiku, která je daná vztahy mezi jednotlivými členy, **odhaluje a modifikuje navyklé způsoby chování**. V průběhu psychoterapie většinou dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009). Využívá takových procesů jako je vytvoření kladného očekávání, získávání naděje a odvahy, **sebeexplorace** a sebeprojevování, konfrontace s problémy, získávání náhledu, emoční korektivní zkušenosti, zpětné vazby atd. (Kratochvíl, 2006). Skupina nabízí bezpečné prostředí, ve kterém je možné hovořit o jakýchkoliv osobních nebo vztahových záležitostech, které souvisí s problémy, kvůli kterým pacient do skupiny přichází. Účastníci jsou podporováni k vytváření vzájemné podpůrné atmosféry, sdílejí asociace a myšlenky. Během setkání jsou podrobeny zkoumání vztahy mezi jednotlivými účastníky. Skupinová psychoterapie umožňuje poskytování a přijímání podpory a zpětné vazby, zkvalitňování mezilidských vztahů a komunikace, otevřené vyjadřování pocitů, pochopení myšlenek a chování druhých lidí atd. Během terapie dochází ke zlepšení sebedůvěry, sebehodnocení a sebeúcty, k prodělání osobní změny uvnitř skupiny, která vede ke zlepšení života i mimo ni (Yalom, 2007).

•Arteterapie

Léčebný postup využívající výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění psychiky a mezilidských vztahů. Cílem je prostřednictvím aktivního procesu tvorby uvolnit a vyjádřit emoce, které je obtížné verbalizovat. Arteterapie je vhodná k řešení osobních a vztahových problémů, často je využívána v poradenství (www.arteterapie.cz).

•Dramaterapie

Intervence využívající dramatické (divadelní) prvky a postupy. Podněcuje duševní a fyzickou integraci a osobnostní růst. Vhodná k úpravě interpersonálních vztahů.

Na tomto místě bych ráda uzavřela „Velký příběh“, který jsem nazvala dominantním, a který je dostupný skrze kontakt s odborníky, publikace, učebnice a příručky. V další části této práce, se budu věnovat „Malému příběhu, který Vám budeme vyprávět já a slečna Dorota. I nadále se bude příběhu účastnit laik, odborník a nemocný. Dominantní „Velký“ příběh však opouštíme pouze zdánlivě, přestože se autorem a vypravěčem příběhu života s nemocí stává slečna Dorota a já jako tazatelka, posluchačka a blízký člověk.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1. Formulace výzkumného problému

Snad se mi podařilo, již v teoretické části, objasnit základní východiska, ze kterých tato práce vychází. V první řadě jsem se pokusila za pomoci konstruktivistického pojetí problematizovat hranici mezi ne/normalitou, objektivní a subjektivní pravdou o duševní nemoci a „vrátit do hry“ příběh a auto/biografické vyprávění jako legitimní formu pro uchopení proměn skutečnosti, která je dostupná skrze jazyk. Považuji za velice důležité po vzoru zastánců konstruktivistických teorií upozorňovat na to, že realita, ne/vědění a s ní i hranice ne/normality, kterých se tato práce týká, je neustále utvářena především, ale nejen, diskurzivně či narativně (Foucault, 1994; Berger, Luckman, 1966; Freedman, Combs, 2009) a že je legitimní tyto mechanismy sledovat a zkoumat (Paleček, 2004, 2006). Narativní metafora, skrze kterou je v této práci nahlíženo na jednu individuální životní zkušenost, představuje jednu z mnoha možností, jak analyzovat vyprávění v souladu s touto koncepcí. Moje počáteční úvahy, ještě před vznikem této práce, o možnostech porozumění duševnímu onemocnění mě nakonec dovedly až sem. Musím přiznat, že to nebyla cesta jednoduchá a domnívám se, že jsem nakonec dokázala dojít k cíli. Ten není nijak objevný, nicméně shodou výjimečných náhod tato práce představuje příběh, který zajímavým způsobem otevírá řadu otázek pro všechny, kteří mají chuť uvažovat o různých úhlech pohledu na svět v nás. Zároveň se připojuji k hlasům těch, kteří kritizují dominantní psychiatrický diskurz jako „diskurz deficitu“, který je zaměřen výhradně na patologii jedince (Skorunka, 2008, Chromý, 1990).

Práce zachycuje jeden z mnoha pohledů na duševní nemoc a představuje zkušenost člověka „s jedním konkrétním onemocněním“, tak jak jsme jej „možná“ zahlédly společně. Odpovídá na otázky formou odpovědi: „*Rozumím tomu, co mi je takto a žiju s tím.*“

3.2. Základní výzkumná otázka:

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

3.2.1. Dílčí výzkumné otázky:

Dílčí výzkumné otázky byly v souladu s cirkulární povahou kvalitativního výzkumu v průběhu sběru a analýzy dat upravovány (Švaříček, Šed'ová, 2007) do následující konečné podoby:

- *Jak informantka svému onemocnění rozumí?*
- *Probíhá sebediagnostický proces v souvislosti s diagnózou, terapií a prognózou a jak?*
- *Co informantka, kdy považuje za projev nemoci, jak probíhá sebe/kategorizace?*
- *Ovlivňuje porozumění onemocnění vlastní volbu terapie? Jaké druhy terapie informantka volí?*
- *Co je důležité o nemoci (ne)vědět?*
- *Ovlivňuje odbornost informantky strategii zvládnání nemoci, pokud ano, jak?*
- *Jaká je vlastní strategie zvládnání?*

3.3. Výběr zkoumaného případu

Pro tuto práci jsem se rozhodla využít své dobrovolnické zkušenosti a pomocí případové studie se pokusit přispět popisem konkrétního případu k dokumentování strategií zvládnání duševních onemocnění.

Od března roku 2010 jsem v intenzivním kontaktu (6-10 hodin měsíčně) s klientkou, která souhlasila stát se objektem této studie. Rozhodnutí o vzorku tedy předcházelo volbě výzkumného designu. Studii jsem se rozhodla postavit na unikátnosti, jelikož jde o případ vzácný svým výskytem (Švaříček, Šed'ová, 2007: 96-111). Pokusila jsem se podrobit zkoumání všeobecně proklamovanou domněnku, že porozumění nemoci pomáhá její léčbě. Jedinečností tohoto případu je myšlen fakt, že informantka disponuje odbornou znalostí v oblasti duševního zdraví a zároveň je uživatelem psychiatrické a psychologické péče. Trajektorie sebereflexe duševní nemoci prizmatem biografie či životní historie může být zajímavým příspěvkem ke studiu sebeutváření a identitní práce na zvládnutí a překonání nemoci člověkem, který je (také) odborníkem a insiderem dominantního (odborného) diskurzu.

3.4. Design výzkumu a použité metody

Nalézt vhodnou formu a metodu pro výzkumnou část této práce v souladu s problematikou nebylo těžké. Z povahy definovaného problému je doufám zřejmé, že je mým cílem, detailně studovat konkrétní jev jako proces (Švaříček, Šed'ová, 2007), využívat tedy budu možnosti kvalitativního přístupu. Kvalitativně zaměřený výzkum je obecně možné charakterizovat především užíváním takových postupů, které směřují k systematickému hledání porozumění. Ke zkoumání toho, jak uchopujeme naše prožitky, jak a co vyhodnocujeme jako smysluplné a co nám umožňuje orientovat se v životě (Skorunka, 2008: 99-100).

Rozhodla jsem se provést a prezentovat výzkum jako **případovou studii**. Metodu případové studie je pro účely této práce vhodné využít z několika základních důvodů:

- Je to strategie usilující o detailní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí (Švaříček, Šed'ová, 2007: 96).
- Je to strategie umožňující klást výzkumné otázky typu jak (?) a proč?
- Je to strategie vhodná pro „hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu daného případu“ (Miovský, 2006: 94).
- umožňuje využití dlouhodobé spolupráce

Základní použitou výzkumnou metodou jsou tematicky zaměřené narativní biografické rozhovory (Fisher-Rosenthal, Rosenthal, 2001).

3.4.1. Rozhovor a narativní metafora

Při narativním rozhovoru by měla být strukturující aktivita výzkumníka omezována na minimum, přesto je potřeba brát v úvahu fakt, že i tak se výzkumník během procesu vypravování konstruktivních mechanismů účastní. Výzkumník se tak nezbavuje odpovědnosti za spolukonstrukci a spoluinterpretaci získaného biografického materiálu.

Interpretaci získaných dat je možné chápat jako „analytické převyprávění vyprávění“ nebo jako „narativní rekonstrukci konstrukce životního příběhu“. Tato rekonstrukce je pak zaměřována na způsob narativní strukturace, na způsob vytváření významu narativními prostředky. Perspektiva metafory příběhu umožňuje vidět „subjekty autobiografických vyprávění jako jednající postavy pohybující se v prostoru a v čase, jako aktéry a příjemce akcí druhých. Umožňuje vědět, že lidská přání a záměry dostávají svoji podobu a tvar

prostřednictvím dějových souvislostí, zápletek a figur, od nichž život odvozuje svoji kontinuitu, směřování a smysluplnost.“(Chrz, 2009: 3)

3.5. Zajištění anonymity a informovaný souhlas

Jelikož se tato práce zabývá jedním konkrétním případem, bylo nutné věnovat zvýšenou pozornost okolnostem, které by mohly být charakterizovány jako eticky problematické. Zásadní v tomto ohledu bylo zamezit identifikaci informantky. Pochopitelně jsou v této práci pozměněny nejen všechna jména osob, které v rozhovorech uvádí, ale také to její. Pozměněny byly dále všechny údaje, které by mohly vést k odhalení její totožnosti. Informantce byl podrobně vysvětlen účel i cíl této práce a práce samotná jí byla předána k přečtení ještě před zveřejněním. Všechny rozhovory byly pořízeny s jejím vědomým a s výslovným souhlasem k pořízení záznamu (Švaříček, Šedřová, 2007).

3.6. Příprava a realizace výzkumu

Výzkum byl realizován využitím kvalitativní metody rozhovoru: uskutečněním tří hloubkových rozhovorů. Ze všech rozhovorů byl pořízen zvukový záznam a všechny byly podrobně přepsány. Rozhovory probíhaly v Dorotiniě bytě, v útulném domácím prostředí, kde jsme měly dostatek času a prostoru pro navození příjemné atmosféry a klidu.

První rozhovor byl uveden vybidnutím k vyprávění o jejím životě, jak sama uzná za vhodné. Nebyl tedy zahájen konkrétní otázkou. Do vyprávění jsem prakticky nemusela zasahovat. Životní příběh Doroty jsem už útržkovitě slyšela během našeho ročního setkávání. Vyprávění bylo zcela jistě ovlivněné tím, že jsem Dorotu podrobně informovala o svém záměru, prozkoumat její porozumění týkající se nemoci. Příběh, který mi nabídla, už pravděpodobně převyprávěla mnohokrát terapeutům, psychiatrům, psychologům a možná by ho podobně vyprávěla každému.

Druhý rozhovor se uskutečnil o několik týdnů později. Cílem bylo navázat na předchozí vyprávění a podrobněji se věnovat tomu, jak své nemoci rozumí v duchu operacionalizace výzkumné otázky.

Třetí rozhovor vznikl o čtyři měsíce později a týkal se jen naznačené diagnózy schizofrenie, která vyplynula na povrch při druhém rozhovoru, čímž došlo k zásadní proměně charakteru a chápání Dorotina onemocnění.

3.7. Zpracování a interpretace dat

Při analýze dat jsem se držela základních kategorií narativní rekonstrukce, tak jak je navrhuje Chrz (2009). Vzhledem k definovaným výzkumným otázkám jsem se věnovala podrobné analýze zejména těchto:

- životní témata
- hodnoty a přesvědčení
- sebeobraz a obrazy druhých
- reflexe a hledisko

V analytické části budu sledovat následující logickou strukturu:

- život jak byl žit
- analýza tematických polí
- shrnutí

3.8. Žitý život

Následující text je rekonstrukcí života jako předmětu vyprávění: Dorota se narodila před 35 lety jako první a jediná dcera do úplné rodiny. První vzpomínky svého života umísťuje do období předškolního dětství. Chodí do školky, pak na základní školu a prázdniny pravidelně tráví u své babičky. Rodiče jsou vášniví horolezci a tak v období do roku 1989 využívá Dorotina matka vzácné příležitosti k vycestování za hranice. Po revoluci berou s sebou mimo ČR i malou Dorotu. Dorota velmi ráda kreslí a miluje koně. Svoje vzdělávání pokračuje studiem na gymnáziu, které i přes jisté potíže nakonec úspěšně dokončuje. Poté, co se nedostane na vysokoškolské studium jednooborové psychologie, začne na popud rodičů pracovat v rodinné firmě. Znovu zkouší přijímací zkoušky, tentokrát úspěšně a po sedmi letech studia ukončuje jednooborové magisterské studium Psychologie. V období dospívání Dorota absolvuje svou první psychoterapii, postupně však zejména pociťovaná samota, zátěž a nepříjemné pocity únavy a vyčerpání nabývají takové intenzity, až Dorota jednoho dne v průběhu vysokoškolského studia, navštíví krizové centrum psychiatrické léčebny. Tam je jí napřed diagnostikována přechodná porucha přizpůsobivosti a po šesti měsících pak depresivní porucha. Dorota přistupuje na léčbu psychofarmaky, kterou do té doby striktně odmítá. Zčásti vypomáhá v rodinné firmě a zároveň získává zaměstnání na poloviční úvazek v knihovně. Po dobu následujících čtyř

let se však její psychický stav stále zhoršuje, dominující jsou její potíže se soustředěním a únavou. Na základě měsíčního pobytu v nemocnici na psychiatrickém oddělení získává invalidní důchod a její psychický stav je znovu přehodnocen. Do jejího života vstupuje diagnóza simplexní schizofrenie. Po čtyřech letech končí svůj úvazek v knihovně a posléze se vrací do rodinné firmy. Zde svůj příběh života končí.

3.9. Vyprávěný život

3.9.1. Negativní zážitky, opuštění a fantazijní svět

D: Já teda, když jsem se narodila, tak to si nepamatuju, jo. Já si pamatuju až nějaký to dětství teda předškolní nebo tak. To vim, že jsem teda ráda kreslila, že jsem pořád kreslila, že jsem kreslila příběhy různý, že jsem pořád byla jako v nějakých fantaziích prostě (.) no a (.) tam mám jako první jako takovej nepříjemnej zážitek ze školky, kdy jsem teda byla jako poprvý ve školce, první den, tam jsem narazila na takovou holčičku, která si se mnou chtěla hrát, ale chtěla, abych dělala miminko. No a já jsem nechtěla dělat miminko, já jsem chtěla dělat druhou maminku a to ona jako nesnesla, začala na mě křičet, jako na to miminko a já jsem se naštvála a odešla jsem a už jsem se nějak neměla ke komu připojit, protože už si tam jako se mnou nikdo hrát nechtěl, tak jsem si hrála sama. No a tak jsem se další den ani nepokoušela nijak zapojit a prostě zůstalo to takhle no. Takže tím jsem si tak nějak určila tu kariéru asi už v tý školce no, a v tý škole jsem byla taková už vždycky, prostě stranou a moc jsem se jako nezapojovala do toho dění_(.) No tak to byla jako školka.

Již z prvních vět, poté co jsem Dorotu vyzvala k povídání o svém životě od narození až do současnosti je zřejmé, že se Dorota rozhodla hledat a nacházet odpověď na otázku proč je nemocná a jak se to vlastně celé „seběhlo“. Sama používá označení pro následující sled událostí „*ta kariéra*“ ve smyslu „*moje cesta k nemoci*“. Celé biografické vyprávění je pak dále organizováno vzhledem k tomuto cíli. Všechna další významná témata slouží k hromadění dalších a dalších důkazů o nemoci, jejích projevech, jejích příčinách či důvodech vzniku, přítomnosti (nemizení) a důsledcích, které mají vliv na její život (vztahy) a její identitu. Můžeme tedy spolu s Dorotou již od začátku vyprávění tento proces dokazování **identifikovat a sledovat jej jako hlavní tematickou linii**.

Dorota uvádí v život svůj fantazijní svět, který dále ve vyprávění ještě několikrát zmíní, vždy však jakoby s cílem podpořit svou představu o sobě jako o někom, kdo byl vždycky „*tak trochu jiný než ostatní*“. Kreslení jako oblíbenou činnost prezentuje jako zvláštnost, prostředek, který jí umožňuje unikat z reality, z nepřátelského světa do světa fantazií. Svůj příběh záhy uvádí do až anamnestické polohy sumarizací zažívaných

nepříjemností a identifikuje první negativní zkušenost, na jejímž základě si vysvětluje svůj, i pozdější, odklon od vrstevníků a pozici samotářky. Interpretace mající v příběhu vyprávění důležitou vysvětlovací funkci ve vztahu k základnímu životnímu tématu a popisy negativních zážitků, se ve vyprávění téměř okamžitě začínají řetězit. Izolovanost, osamělost a celkový obraz sebe ve vztahu k druhým, implicitně odhaluje téma opuštěnosti, nepochopení druhými (jinakost) a stažení se v důsledku řady událostí. Celým svým vyprávěním ilustruje Dorota svou cestu ke svému postoji a k sebepojetí, které se utvářely postupně skrze pocity vlastní odlišnosti, příběhy o nepřijetí druhými a odklonu od nich (uzavření se do vlastního světa a izolace jako řešení).

3.9.2. Nemoc a vina

D: eště teda jsem od malička měla ekzém, což byla taková jako další komplikace, která si myslím, že asi měla na mě dost velké význam, protože vono to bylo nepříjemný jednak, a jednak jsem pořád cejtla takový hm, to vočekávání jako jestli se to bude zlepšovat nebo ne, jestli se to zlepšuje nezlepšuje.(.) Tak to jsem vnímala prostě jako, že to je součást mě, že je to prostě nějaký hodnocení, který jsem vnímala jako takový strašně nepříjemný, prostě když mi někdo řek, že se mi to nezlepšuje, tak jsem měla pocit, že to patří prostě jako mě, že je to moje součást a že nějakým způsobem jako za to můžu (.) Tak to bylo takový hodně nepříjemný. No, když jsem měla jít do školy, tak jsem se na to hodně těšila, protože jsem si říkala, že se tam víc uplatní takovej ten můj smysl pro zodpovědnost, ktere jsem měla jako už když jsem byla malá.

Že je nemoc nedělitelnou součástí Dorotina života, je zřejmé už z několika prvních minut vyprávění. Nemoc ztvárňuje jako hodnotící kategorii, jejíž posuzování je plně v kompetenci druhých. Prezентuje ochotu „nebýt nemocná“ a zároveň pocíťovanou tíhu odpovědnosti za to „být zdravá“. Dorota se tedy poprvé setkává se stigmatem. Téma ekzému se ve vyprávění později ještě jednou zopakuje, v souvislosti s popisem náročného období dokončování vysokoškolského studia. Jako by nemoc nebyla nějakou vnější silou, která jí ohrožuje, ale byla jí samou, součástí Já, za které nese odpovědnost spojenou s pocity znehodnocení a viny.

D: no takže takhle jsem dospěla do závěrečné fáze toho studia, teda vona to ještě nebyla závěrečná fáze teda, protože já jsem si to studium prodlužovala, vlastně dvakrát, protože jsem to jako nezvládla normálně, jako na těch pět let, prostě jsem to nějak nezvládla. Eště vlastně v roce 2003, to bylo dva roky před koncem té školy, tak to jsem měla šílenej ekzém, to jsem měla vobdobí, kdy jsem taky měla vlastně takovou prodlevu v tom učení se a všem, protože jsem byla z toho ekzému strašlivě vyčerpaná.

L: hm

D: prostě jsem měla celý ruce jako vod ekzému až někam pocad', při každým pohybu mně to praskalo, prostě nedalo se s tím normálně existovat a pak ještě na podzim toho roku se mi zase udělalo totéž na vobličejí, což bylo snad ještě horší no. Takže to byl takovej jako podivnej rok teda, kdy jsem měla ten ekzém.

Hranice ne/normality je v příběhu pravidelně vykreslována jako pevná. Všechny nepřijemnosti, které ve vyprávění Dorota zmiňuje, jsou vždy vázány na tuto skutečnost. Přestože je opakovaně vyjadřována snaha o dosažení normy, je zároveň striktně, jasně a téměř definitivně předpokládána jako nedosažitelná pro ni samotnou, „jinou“ než ostatní. Nemoc jako protiklad zdraví, odlišnost jako protiklad normálního, překážky proti všemu, co mělo být snadnější, normálně dosažitelné. To vše vytváří v příběhu i v životě jakoby nepřekonatelnou bariéru, ke které se však Dorota neustále takto vztahuje, čímž její nepřekonatelnost neustále stvrzuje. V tomto pohledu jakoby ani nemělo smysl o překonání uvažovat, natož se o to snažit.

3.9.3. Rodiče (jejich vztah k ní)

D: ... ale potom v tý třetí a čtvrtý třídě přišlo takový vobdobí, že si mě rodiče přestali už všímat, protože už se se mnou nemuseli jako tolik učit a prostě... nějak už jsem byla samostatnější no...

L: to ti bylo těch deset

D: to mi bylo tak nějak devět, deset no. Takže to bylo takový vobdobí a ještě do toho přišla taková věc, že vlastně tenkrát jako dostal táta šanci jet na zájezd do (jméno státu), to bylo tenkrát ještě za totality, takže to byla jedinečná životní šance a von nemohl, protože si rozbil koleno, respektive se mu rozpadlo, prostě měl nějaký problém s kolenem a zrovna byl po operaci a nemoh tam jet, takže tam jela máma. Jela tam (.) já ted'ka nevím, jestli na měsíc nebo na dva.

L: hm

D: ale vim, že byla dlouho pryč a že to teda jsem taky snášela nějak jako hůř tady tohle to, že tam prostě nebyla.

Objevuje se strukturace životního příběhu na etapy - do jednotlivých období. První období je naplněno řadou významných témat, některá se začínají opakovat. První zmínka o rodičích přichází ve chvíli, kdy Dorotě přestávají věnovat svoji pozornost. Zmínka o rodičích má tak charakter pocíťované ztráty, která je ještě zdůrazněna následným odloučením od matky. Vyjádřená je zde zároveň touha po sdílení vztahu s nimi, která zůstává nenaplněná. Opakuje se téma nemoci v kontextu historicko-politických souvislostí: otcovy problémy s kolenem maří jeho jedinečnou životní šanci odjet za hranice totalitního

Československa. Samostatnost jako schopnost o sebe se postarat, je vyjádřena negativně, tak spíše podporuje téma nechtěného osamění.

3.9.4. Významní druzí a druhé doma

*D: ...někdy tam chodila **babička**, se kterou jsem si teda moc nerozuměla (.), to jsem ještě teda měla říct, že já jsem hodně času strávila ve (název města) s tou **babičkou, vlastně maminkou mojí mámy, se kterou jsem se cejtla dobře a ještě tam byla teta se strejdou, takže jako tam jsem se cejtla hodně dobře a jako nechtěla jsem vodtamtaď' vodjíždět zpátky (.) no, a pak jsem tam trávila vždycky prázdniny, když jsem chodila do školy no a tady v (název města) prostě s tou druhou babičkou a s tátou jsem si moc nerozuměla.***

L: hm

*D: **táta** byl teda tenkrát v tý době hodně **takovej prudkej a hodně prostě takovej vznětlivej**, že prostě stačilo strašně málo a strašně se rozčílil, tak jsem se toho bála...*

L: hm, hm

D: takže já jsem jako měla z toho někdy docela nervy, že prostě von byl rozčilenej z něčeho, za co já jsem ani nemohla a já jsem prostě nevěděla co mam dělat...

L: hm

*D: tak jsem byla zalezlá u sebe v pokoji a čekala jsem, až se bouřka přežene a bála jsem se cokoliv dělat, **protože jsem měla pocit, že tou svoji činností to vyvolávám** nebo zhoršuju nebo prostě jenom aby se to nezhoršilo, aby to bylo co nejrychleji pryč...*

L: hm

D: to bylo takový nepříjemný no, takže to bylo jako to dětství.

Dorota vtahuje do příběhu svého otce a širší rodinu a charakterizuje svoje vztahy k nim. S jednou babičkou si moc nerozumí. U druhé babičky (na kterou si vzpomene vzápětí), nalézá svoje druhé doma, bezpečné prostředí, ve kterém se cítí dobře a ze kterého je nerada pravidelně vytrhována. Druhý domov (**nepsychiatrická skutečnost**) popisuje krátce *jako ten lepší*. Zároveň ale líčí svou nechuť vracet se domů, což posiluje charakteristikou otce jako prudkého a vznětlivého člověka, ze kterého má strach. Znovu se objevuje téma viny, když popisuje pocity bezradnosti a cítí se být za otcovu prudkost odpovědná i když si není žádného provinění vědoma. Téma strachu, obav a nepřátelského světa se opakuje. Opět z něho uniká a stahuje se do své ulity. Únik představuje jako ochrannou strategii. Dorota ukončuje vyprávění o dětství jako významnou životní kapitolu se slovy, že bylo nepříjemné.

Ve vyprávění o dětství dominují téměř výhradně popisy negativních zkušeností, zážitků a pocitů opuštění druhými, které Dorota řetězí a které všechny dává do souvislosti s nemocí, tak aby jimi mohla být později zdůvodněna.

Příběhy, které mají potenciál vrhnout do vyprávění obtěžkaného nepříjemnostmi trochu světla, nejsou rozvíjeny. Pozitivní zážitky jsou do příběhu umisťovány ve formě spíše bolestivých vzpomínek, nemají trvalý charakter. Vše chtěné, radostné, dobré je vždy přerušováno něčím nechtěným, smutným a zatěžujícím, které to dobré přehlušuje a znehodnocuje.

3.9.5. Samota

D: já jsem jako v té době měla takový to vobdobí, kdy jsem měla strašně ráda koně, takže jsem kreslila koně no, prostě pořád ty fantazie, různé příběhy jsem měla a ty jsem si tam kreslila no a to prostředí mě nějak jako taky inspirovalo trošku jako k tomu tam prostě kreslit nějaký koně, v tom (jméno státu) prostě no (směje se), jo. Takže to bylo takový docela hezký, ale to vobdobí bylo jako už takový, že já jsem byla hodně už uzavřená, jako extrémně už a myslela jsem si prostě, že je to správný, že bych si měla prostě co nejvíc vystačit sama a nějak jako ten kontakt s těma ostatníma lidma prostě vomezit na nějakou nejnižší možnou míru prostě

L: a na tos přišla jak?

D: na to jsem přišla tak, že jsem měla pocit, že lidi otravuju, když prostě po nich chci něco

L: hm

D: no, protože rodiče byli zaneprázdněný a neměli na mě čas a když já jsem něco chtěla, tak to bylo prostě jako: já teďka musím pracovat, nemam čas prostě, no anebo, anebo to bylo ještě tak, že já jsem to bylo ještě, když jsem byla menší, že já jsem třeba brečela a dověděla jsem se, že nemam proč brečet (smějem se, nadhled)

D: takže já jsem si řekla, že prostě bude nejlepší, když jako těmahle těma emocema a různějma věcma nebudu obtěžovat, že prostě jsem byla taková, že jsem se snažila bejt co nejzodpovědnější a co nejdospělejší. Takže jsem se snažila ty důležitý dospělý nezatěžovat sebou (s nadhledem, směje se) a takhle jsem se prostě izolovala a potom jsem už na ně byla jako taková už docela i našťvaná vlastně, že s nima není prostě jako řeč

D: no, a to možná už voni měli jako nějaký pokusy se ke mně jako zase přiblížit, ale já jsem se tomu už prostě bránila, jak jsem mohla, že jo

Dorota vyděluje další životní období. I nadále vyprávění vykazuje znaky sebediagnostického procesu. Je důležité říci vše podstatné, což je zdá se to, čím se dá jakkoli doplnit obraz sebe jako nemocné. I pozitivní události (**nepsychiatrické skutečnosti**), zdánlivě pro vývoj dítěte neškodné („normální“) aktivity jako je první láska

a záliba v jezdeckví, jsou v zápětí opět podbarveny negativně, spadají tak do kategorie „vždycky jsem byla jiná“. Skutečnosti a události, kterými nelze podpořit sebeobraz jako nemocné, které narušují výčet negativních zážitků, jsou zahrnuty do příběhu pouze okrajově. Jako výjimky, jako to, co určitě nebylo podstatné:

D: No, takhle jsem fungovala (.) dva roky, pak mě máma přihlásila na jezdeckej tábor, takže jsem poprvý začala jezdit na koni doopravdy, to byla taky jako taková změna, ale vlastně asi né úplně podstatná jo, protože jsem teda dál měla ty svoje tajemství a dál jsem jako jela v takovym tom světě těch koní a tohohlenctoho.

Dorota pokračuje ve vysvětlování své prohlubující se izolace od ostatních lidí a halí se do svých světů (svět koní, svět kreslení, svět tajemstvíček), které navzdory praktickému vykonávání aktivních činností, vykresluje jako téměř neskutečné. Znovu hodnotí únik jako cílenou aktivitu, jako funkční obrannou strategii, reakci na opuštění, zejména rodiči. Vyprávění na krátko vrací do dětství, aby oživila vzpomínku na sebe jako na opuštěné plačící dítě, které rodiče odbývají, čímž zavírá pomyslné dveře vedoucí k lidem. Opakuje se také téma viny. Tentokrát explicitně viní druhé a uchyluje se do světa fantazií a příběhů. Její uzavřenost je tu jakoby definitivně potvrzena. Jakoby už nebylo cesty zpět.

3.9.6. Psychologie a „černej filtr na všechno“

Dorota plynule navazuje několika větami o přechodu na střední školu, uvedením dramatické zápletky o rozhodování se mezi výtvarnou školou a gymnáziem, pro které se nakonec rozhodla. Do tohoto období usazuje další životní téma a to své počínající „zahrávání si s psychologií“. Nejprve v podobě probírání se psychologickou naučnou literaturou, spíše v podobě příruček a návodů k osobnímu rozvoji, až po přijetí role pacienta. Velmi krátce se zmíní o navázání prvního přátelství, které jí vydrželo až do současnosti, ani tento příběh (**nepsychiatrická skutečnost**), však nijak nerozvíjí a tak rychle zapadne ve sledu dalších nepříjemných událostí.

D: no, a tam sem jako začala trochu víc vnímat tu realitu nějak, bylo to takový, že jsem se snažila hodně teda učit a hodně prostě bejt dobrá na tom gymplu, ale věděla jsem, že to nikdo nevoceňuje, takže potom jsem měla takový vobdobí, kdy jsem dokonce z toho gymplu chtěla vovedít

Všechny události jsou znovu pevně spojeny s příběhem o samotě a implicitně s duševním onemocněním, stejně jako se dále rozvíjí konstrukce, kterou jsem nazvala

sebediagnostickým procesem. Téma vyloučení a stažení se do sebe a svého světa je spojováno s tématem jinakosti – nenormality jako neslučitelného rysu s normálními vztahy a životem (přijetím druhými) nebo přímo s tématem nepřijetí, ve formě opuštění druhými a odmítnutí jí samotné a potažmo i všech jejích přání (ocenění).

Dorota identifikuje další životní etapu, období dalších těžkostí. Realita je v něm vykreslena jako protiklad fantazijního světa, školní úspěchy, snahy o to být lepší a píše jako protiklad pocitů nedocenění. Opět je ustanovena ona neprostupná hranice, kterou se Dorota tu a tam pokouší překračovat. Toto snažení líčí vždy jako neúspěšné.

Všechny životní události se tak jakoby točí po jedné jediné ose, která má výsledný tvar sinusoidy: TOUHA PO SDÍLENÍ – NENAPLNĚNÍ TOUHY – ÚNIK DO SAMOTY, ze které nelze vybočit.

D: to bych řekla, že byla jako taková první známka toho jakoby, že prostě budu mít sklony k těm depresím, protože jsem byla ze všeho otrávená, úplně jsem všechno viděla černě a jako dokonce mi ráno bejvalo třeba špatně, když jsem měla jet do školy

L: hm

D: no, prostě to v období bylo jako hodně poznamenaný tím, že jsem teda měla takovej černej filtr na všechno.

Poprvé je v příběhu explicitně použita psychologická perspektiva v podobě vyslovení konkrétní diagnózy. Jednotlivé příznaky nemoci Dorota pojmenovává spíše svými slovy než odborně.

D: No, pak jsem se z toho dostala v podstatě tím, že jsem si řekla, že se vykašlu na to vocenění, který jsem nedostávala a že se prostě budu bavit jako tak, aby mě to bavilo jenom a že na tadytyhle věci kašlu, no a tím jsem se dala docela do pořádku zase, takže jsem ten gympl dokončila a jako celkem dobrý to bylo

Dorota také identifikuje změnu svého dosavadního postoje, zvládací strategii, která jí umožnila překonat pocity nedocenění (především ve vztahu k rodičům) a to přehodnocením a změnou životních priorit a očekávání od druhých v její bezprostřední blízkosti, zaměřením se na sebe. Odhaluje, že tento obrat v jejím prožívání zvládla sama, bez pomoci druhých. Na tomto „vystačím si“ a „zvládla jsem“ Dorota sama staví svou identitu a to pozitivně „je na to hrdá“, je to zdroj její sebeúcty a hodnoty. Stažení se a zaměření se na sebe paradoxně používá jako strategii, která pomáhá, přestože si je

vědoma své prohlubující se izolace, se kterou ale také vnitřně bojuje. Takové pozitivní pojetí tak v této konfrontaci s představou o tom, jak by to mělo probíhat „normálně“, jakoby nemůže obstát.

Zároveň mě provází dalšími důležitými momenty ve svém životě. Jakoby samozřejmě, popisuje přijmutí nové role, co by uživatele psychologické a psychiatrické péče. Předznamenává ale, že to pro ni znamenalo jisté potíže:

D: no a v té době jsem ještě začala chodit na tu první psychoterapii vlastně, s tou doktorkou, co jsem s ní potom měla ty problémy s tím pohlazením vlastně

V tomto momentu došlo k přerušení spontánního vyprávění. Dorota zmínila důležitou životní událost (konflikt s terapeutkou), ke které se vrátíme v druhém rozhovoru o terapii.

3.9.7. Parta a druhý domov II.

D: no, pak jsem teda udělala zkoušky na psychologii vlastně, na tu vysokou školu (.) a začala jsem chodit vlastně na tu psychologii. No a chodila jsem na (název volnočasové skupiny), byla jsem s nima na táboře, no a tam jsem se dostala do takový party lidí, kde jsem byla spokojená a kde vlastně jsem měla takovej pocit, že mám takovej jako druhý domov

Celé Dorotino vyprávění má na krátkou dobu potenciál získat pozitivní vývoj a to v okamžiku, kdy do svého příběhu zasazuje informaci o volnočasové terapeutické skupině vrstevníků, do které je Dorota přizvána terapeutem na základě rozhovoru o svých potížích. Dostává se tak mezi vrstevníky, se kterými se spřátelí a pravidelně se s nimi schází. Ve vyprávění by tomuto tématu pravděpodobně opět nepřislušela taková pozornost, kdyby nebyl rozhovor strukturován dalšími doplňujícími otázkami.

na jiném místě:

L: hm, a co že to teda bylo za skupinu teda úplně přesně?

D: no, byla to skupina, která byla určena jako vlastně lezecká skupina pro mládež, která byla jako ohrožená údajně užíváním drog

L: aha

D: takže vlastně taková volnočasová skupina, která je měla něčím zabavit, aby teda nedělali nějakou neplechu

L: a to si byla, nebo to jste byli ohrožený užíváním drog, jo?

D: no všichni jsme nebyli ohrožení užíváním drog, ale já jsem prostě byla nějak do té skupiny přizvaná tím jedním vedoucím, když jsem vlastně s ním mluvila vo svejch problémech, který mám, tak von mě nabídnul vlastně tady tuhlectu skupinu, jako nějaký řešení toho, že bych se mohla dostat mezi lidi

Na základě těchto otázek Dorota předkládá podrobnější popis skupiny a umisťuje do ní samu sebe tradičně jako „atypického člena“.

D: takže jsem se dostala do tady týhleť skupiny jako takovej trochu atypickej člen (směje se), ale jako celkem to fungovalo jako, takže to bylo dobrý

Rozhodla jsem se tento příběh prozkoumat podrobněji a tak pokládám další otázky, ptám se na počet členů a na společné aktivity. Skupina byla zaměřená sportovně, hlavně na horolezectví. Z našeho společného setkávání vím, že Dorotini rodiče jsou vášniví horolezci a že Dorota s nimi tento koníček rozhodně nikdy nesdílela s nadšením, proto mě toto téma zaujalo. Dozvídám se tak, že Dorotina konečně naplňovaná touha po přátelství a sdílení s vrstevníky má pro ni tak vysokou hodnotu, že je ochotná podílet se s nimi i na aktivitách, které by sama jinak nevyhledávala. Opět tím ale dokázala posílit svoji jinakost (*ostatní členové skupiny lezli – já ne*):

L: hm, a co ste tam dělali?

D: no, když jsme měli skupinu, tak jsme se bavili jako vo tom, jak se kdo měl a co dělal atakdále a jezdili jsme na víkendy, kde jsme lezli teda

L: to tě ještě bavilo lezení jo?

D: nooo, vono mě to lezení jako v podstatě nebavilo, ale já jsem tam jezdila hlavně kvůli těm lidem, abych byla mezi těma lidma no. Takže já jsem jako moc nelezla, kdyžtak jsem jistila někoho a byla jsem s nima v tý přírodě

L: hm

Následuje spontánní výčet dalších společných aktivit, do kterých se zapojuje s chutí. Sdílíme tak první a jediný příběh, který obsahuje podrobnější popis nepsychiatrických skutečností o dalších zálibách (hraní na hudební nástroje a zpěv). Atmosféra vyprávění se úplně proměňuje. Dorota líčí svůj příběh vesele až žertovně:

D: taky teda ten vedoucí hrál hodně na kytaru, takže jsme tam hodně zpívali, tak to bylo taky dobrý a já jsem se v té době snažila učit hrát na kytaru a pak jsem si koupila klávesy a tím pádem jsem na kytaru přestala hrát, protože mě klávesy začali bavit víc, takže jsem potom přešla na ty klávesy (směje se), ty

už jsem si na víkendy teda nevozila, protože to bylo trochu komplikovaný (vtípkuje, smích) Takže to byla skupina (název skupiny) no.

Tento příběh však vzápětí končí zvratem, skupina se definitivně rozpadá a s ní mizí i veselá pozitivní atmosféra vyprávění. Před Dorotou se dveře do světa lidí opět jakoby definitivně zavírají. Institucionalizace sdílení, která nabízí možnost setkávat se s vrstevníky v rámci organizace, je opět spatřována jako jediná dosažitelná forma blízkosti. Zrušení organizace znamená skončení vztahů. Skupina, kterou do této chvíle Dorota líčila spíše neformálně (nepsihiatricky) a vztahy v ní získávají čistě formální podobu, které nemají šanci v normálním světě obstát. Svět, ve kterém je skutečně druhými přijata se tak ztrácí pod tíhou pochybností o vlastní hodnotě. Opět se příběh začíná zahalovat do neustále cirkulujících témat: na scénu se vrací pocity viny, negativní události a stres:

D: no a vzápětí se na (název skupiny) změnilo vedení, takže se ta skupina vlastně kam jsem chodila, tak byla rozpuštěná a já jsem nějak nedokázala udržet ty vztahy s těma lidma mimo tu organizační strukturu nějak, protože jsem měla pocit, že je otravuju, když jim píšu smsku

D: No a potom, když se skupina rozpadla, tak bylo takový vobdobí dvou let, který bylo takový docela stresový, protože se děly různé věci, počínaje tím, že teda tady v tom baráku jsme měli rekonstruovat půdu a když jsme měli hotovej projekt, tak jsme zjistili, že na to nemáme peníze a to jsme na tom projektu strávili asi půl roku času, jenom vyběhat prostě ty povolení různé a dát to dohromady, takže to byla obrovská ztráta energie, úplně zbytečná

L: hm

D: táta začal mít z toho nějaký žaludeční problémy

3.9.8. Stres a vyčerpání

L: to jsi ještě ale bydlela u rodičů? Nebo jak?

D: no, to jsem ještě bydlela u rodičů, no. To jsem dokončovala tu školu a potom teda, když se tohleto nepodařilo, tak máma začala hledat nějakou jinou byt (.) no, a ještě teda v té době se dostala jako profesorka, nebo ne teda jako profesorka, ale asistentka na (název školy), takže dva roky učila na té (název školy) no, a do toho teda se začala rozvádět teta, která si přivedla nového přítele domu, kterého nesnášela babička. Ta babička z něho byla vyloženě vynervená, takže já jsem tam třeba byla a prostě snažila jsem se jí uklidňovat atakdál.

Téma stresu, únavy až vyčerpání jsou od určitého okamžiku trvalou součástí celého dalšího vyprávění. Dorota dokládá další náročná období ve svém životě, kdy na ni doléhalo vše, včetně stresu, který prožívali její rodiče. Opakuje se i téma nedocení, konfliktů mezi

rodiči i s rodiči, a to vše graduje až do vyjadřovaných pocitů beznaděje a narůstající únavy. Objevují se myšlenky na sebevraždu. Toto období sama nazývá „šiléným obdobím“.

D: a máma teda byla šíleně vystresovaná z toho vlastně, to se přenášelo na mě taky, no a pak začala pracovat s tátou v tý jeho firmě, kterou von už tenkrát měl. No a taky to bylo jako náročný, protože ona jednu dobu pracovala jako ještě v tom (název podniku) a už jako i s nim, a to prostě absolutně neměli čas na nic a chodili spát já nevím kdy

D: prostě šílený vobdobí. No, a pak teda ten (název podniku) definitivně se položil, no a ona začala pracovat s tátou, pak si začli lízt na nervy, protože měli ponorkovou nemoc atakdale no, takže tady do týhle situace já jsem vlastně vodmaturovala a začala jsem u nich pracovat, protože jsem se nedostala na žádnou školu.

D: no, a tenhlencten nástup k nim byl docela takovej jako drsnej, protože ze začátku jsem měla pracovat šest hodin, ale prostě táta to nerespektoval, nechtěl mě pouštět domu vlastně, chtěl mě pustit domu teprve až bude hotový to co mám udělat, takže jsem tam potom jako byla třeba devět hodin, no a domu jsem chodila strašně unavená a máma mě vyčítala, že chodim domu dřív než voni a že prostě když přijdu domu, tak že nic nedělám a že tam neuklidim atakdál, no, a já jsem přemejšlela vo tom, když jsem s nima jela do práce, co by se stalo, kdybych vtevřela dveře a skočila do tý magistrály, to bylo jako šílený vobdobí

Výčet vyčerpávajících událostí se vždy nějak týká stresu, ať už v podobě pracovního zatížení Doroty, nebo jejích rodičů, problémů při dokončování studia, vztahových konfliktů v širší rodině (rozvod tety, hádky), kdy umisťuje samu sebe mezi mlýnské kameny, snaží se ochotně a všestranně pomáhat a zároveň se sama cítí pod velkým tlakem. Hromadění všech těchto nepříjemných skutečností jakoby dává tušit špatný konec, ve smyslu absolutního vyčerpání, který také ve vyprávění skutečně následuje. Příznaky typické pro depresi se řetězí, stále však nemají charakter onemocnění vzhledem k Dorotině přesvědčení, že jde jen o únavu, která má své opodstatnění a která snad brzy přejde.

D: To bylo teda hodně náročný na nervy no, a mezi tím jsem dělala praxe a dokončovala jsem tu školu, no, a teďka jsem měla jako zkoušku z němčiny vlastně, na kterou jsem se hodně dlouho připravovala, protože jsem tu němčinu moc neuměla

D: no, a když jsem tu zkoušku udělala, tak jsem se sesypala

L: hm

D: to už jsem měla dělat jenom diplomku teda

L: hm

D: no, a to jsem se sesypala tak, že jsem prostě byla schopná fungovat jenom dvě hodiny denně

D: zbytek sem byla prostě v **takovém ospalém stavu, kdy jsem nebyla schopná se vůlí jako přinutit k činnosti, nebo jsem se k něčemu přinutila, ale prostě dělala jsem to tak, že jsem prostě udělala jeden pohyb a v tu ránu jsem prostě vůbec nevěděla, co dělám, hm (.) atakdále**

L: hm

D: prostě trvalo mi nějakou dobu, než jsem si vlastně uvědomila, co jsem to vlastně začala dělat a co to mám teda, v čem to mám pokračovat

L: po té zkoušce jo?

D: no, po té zkoušce. No, a takhle jsem zase udělala další krok a zase jsem se dostala do toho útlumu a říkala jsem si, že to je únava, že prostě se z toho zase dostanu, že je to po té zkoušce.

Následuje stále bohatší výčet příznaků, popis dramatického zhoršování psychického stavu a zasazení těchto informací do kontextu konkrétního časového období. Zopakuje se téma viny a potřeba utéct a ukrýt se přede všemi. Opakující se noční můry, se kterými si Dorota neví rady, dovedou příběh až k zásadnímu životnímu bodu. Dorota kontaktuje krizové centrum, kde je jí následně stanovena diagnóza duševní poruchy.

D: a v té době jsem do práce teda nechodila, to jsem byla doma, to jsem prostě celý den strávila tadyhle v tomhle útlumu **no a pak se začaly vobjevovat takový jako vyloženě černý pohledy na svět, že prostě vo mě nikdo nestojí, že tu diplomku nezvládnou napsat, že prostě to je jako jenom votázka času, kdy se na to přijde, že jsem provinilá jako a že se musím snažit, aby na to lidi nepřišli, jaká jsem prostě hrozná (s nadhledem)**

L:hm

D: **no a tohleto začalo jako houstnout, až po tom jsem jako měla pocit, že lidi se třeba jako bavěj vo tom, jak jsou dneska ty mladý lidi jako strašný, jak nic neudělaj, nebo rodiče přicházeli domů a já jsem je slyšela z dálky jak se bavěj a já jsem si myslela jak se bavěj vo tom, jak jsem nemožná prostě a jak to se mnou dál nejde no, a začaly se mi zdát hrůzostrašný sny no, a po té, co se mi zdál ten nejhrůzostrašnější sen, kterej jsem nemohla absolutně rozdejchat, to jsem jako celý den vlastně si vybavovala ten sen a nemohla jsem se toho zbavit, tak jsem teda potom jela na krizový centrum.**

L: hm

D: a tam teda mi řekli, že mám depresi

L:hm

D: to bylo vlastně půl roku po té, co ten útlum začal

3.9.9. Deprese

L: no, no a jak to jakoby probíhalo tam v tom centru?

D: no, tak já jsem tam jako přijela, vyličila jsem jim ty svoje problémy, který mám, to jsem teda jako měla stavy, že se mně furt chtělo brečet

L: hm

D: že jsem to jakoby stěží ovládala, a tam jsem se jim teda taky rozbřečela a říkala jsem jim prostě, jak je to s tou diplomkou, jak prostě na tom nemůžu psát, protože prostě nejsem toho schopná, jak prostě rodiče by už chtěli, abych to už měla za sebou, jak prostě se s nima nemůžu na ničem dohodnout a prostě, co se mi děje no

Dorota celkem podrobně popisuje události dne, kdy její stav nabyl podoby akutní krize. Den, kdy svěřila sebe a svůj příběh do rukou odborníků. Popisuje jim *ty svoje problémy*, líčí časté propukání v pláč, strach z rodičů a z konfliktů s nimi ohledně dokončování studia, které konkretizuje popisem poslední hádky s matkou a pocíťovanou absurdnost svého chování.

D: A to ještě, než jsem tam šla, tak jsem se pohádala s mámou strašlivě, protože vona přišla na to, že bych mohla tu diplomku vdevzdávat v květnu, no a to bylo prostě někdy na začátku března (.) no, a já jsem prostě absolutně neviděla šanci, že bych to mohla do května odevzdat.

L: hm

D: no, a tu noc jsem měla strach, že se mě rodiče vtrhnou do pokoje a že mě zmlátěj, takže jsem se tam musela zamknout

L: hm, hm

D: no, a já jsem si uvědomovala, že tyhle věci jako nejsou normální, že už prostě mi teda začalo hrabat, protože jsem, (.) jako jsme se vo tom učili v nějaký diagnostice nebo v něčem, věděla jsem, že tohleto už není normální, takže jsem jako na základě toho vlastně do (název nemocnice) jela

L: hm

Po druhé ve svém vyprávění vtahuje do příběhu svoji odbornost. Krizové centrum navštíví v okamžiku, kdy na základě svých znalostí ze studia psychologie vyhodnotí projevy svého chování jako nenormální. Svoje znalosti konfrontuje s představou, jak by to dopadlo, kdyby se o tom ve škole neučili. Ještě jednou tak zopakuje téma viny a skrývání se před světem – volila by svou strategii úniku, nicméně teď už ví, že je „nenormální“, což jakoby přináší dosud neuvažované možnosti:

D: jinak bych asi pokračovala ve snaze jako ukryt před světem svoji vinu (s nadhledem) a prostě nic bych s tím nedělala, protože bych vo tom nevěděla no (směje se)

Takto popisuje krizovou intervenci, která jí byla v centru poskytnuta: líčí především aplikaci léků „na zklidnění nervů“. Toto zklidnění hodnotí jako výrazné, snad až nepřirozené (až teda moc), nicméně umožňující soustředit se na dokončení diplomové práce:

D: takže tam mě dali (název léku) no, a to bylo dobrý, protože ten mně ty moje nervy prostě zklidnil, až teda moc, ale jako fungovalo to vokamžitě no, a pak mi dali antidepresiva no, a tahle kombinace těch léků mně umožnila, že jsem se mohla vrátit k tý diplomce no, a tak jsem teda se dokopala k tý mojí konzultance, že jsem tu diplomku stihla do toho května, že jsem jí vodezdala

3.9.10. Zvraty a útěky

Vlastně v průběhu celého vyprávění bylo možné sledovat příběhy plné dramatických zvratů a útěků. Každý jednotlivý příběh má svou zvláštní dynamiku. Vše pozitivní se vynořuje pouze na chvíli, spíše proto, aby to mohlo být téměř ve stejném okamžiku smeteno něčím negativním. Závěr příběhu použiji pro ilustraci právě těchto mechanismů. Zároveň je možné všimnout si opakování stále stejných základních témat.

D: no, takže to jsem takhle teda dokončila tu diplomku, pak jsem byla měsíc vlastně u babičky, no a pak jsem se vrátila do (název města) a rodiče chtěli, abych vlastně hned šla k nim zase do firmy. Ani mně nechtěli dát nějaký čas, abych si našla práci a mysleli si jáká, že to není pomoc, že teda mě okamžitě chtějí zase zpátky do té firmy

L: hm, hm

Přesuny mezi domovem I. (u rodičů) a II (u babičky) implicitně vyjadřují přesun z neklidného prostředí do atmosféry pohody a bezpečí a zase zpět. V tomto případě je zvrát vyjádřen změnou situace po dokončení diplomové práce, po odpočinku u babičky zpět k rodičům, kdy se okamžitě začnou vrstvit další a další požadavky. Dorota vyjadřuje potřebu se osamostatnit, ochotu hledat si práci a nabídku rodičů jít pracovat zpět do rodinné firmy chápe jako „házení klacků pod nohy“.

D: no, a byly jako zase mezi náma konflikty, prostě kvůli jakémkoliv blbinám prostě, i kvůli tomu, že jsem třeba nevymyla skleničku vod marmelády a vyhodila jsem ji nevymytou a takhle prostě, takový

blbosti no, to vyloženě byly. No, a já jsem potom začala pracovat v knihovně, kam jsem se dostala přes jednu známou

L: po škole jo?

D: no, po škole, a tam jsem pracovala teda jako, dá se říct, nějaký čtyři roky, nebo takhle nějak

L: aha, dlouho (udiveně)

Osamostatnit se od rodičů se Dorotě nakonec podaří, ale líčení dalších a dalších konfliktů „i kvůli blbinám“ dává této samostatnosti opět jakoby podobu úniku. Pozitivní vývoj událostí opět válčuje zvrát – ztráta schopnosti koncentrace. Dlouhé čtyři roky života samostatnosti, tak zůstávají jakoby neprožity:

D: tam jsem pracovala na živnostenskéj list, na grantu, kterej byl vlastně vod května do prosince a potom ještě bejval vod ledna do března, takže já jsem si prostě nabrala jako nějaký ty hodiny na tom grantu, ale nebyla jsem schopná teda pracovat vosum hodin denně, nebo tahleta práce se ani vosum hodin denně snad dělat nedá, protože je to hodně náročný na soustředění

L: hm

Odstěhování se od rodičů, jako další krok k osamostatnění Dorota opět líčí v kontextu náhlého zvratu událostí, které ji dovedly znovu až na práh psychiatrické léčebny, kde její stav zhodnotili jako plně invalidní (jako řešení situace – únik):

D: a pracovala jsem jako tak tři, čtyři hodiny denně no, a potom jsem se vodstěhovala vlastně tady do tohohle toho bytu, to bylo teda vlastně půl roku po té, co jsem skončila se školou no, a tady jsem teda nějak jako bydlela a byla jsem z toho, co jsem si teda vydělala v tý knihovně no, a z rezervy, kterou jsem měla no. A potom se mi podařilo tu rezervu vyčerpat, takže jsem začala mít problém s tím se uživit, protože jsem byla ve stavu, kdy jsem teda nebyla schopná pracovat na plno no, a teda do toho eště byly takový jako legrace, že mi umřel ten papoušek vlastně, kterýho jsem měla sedm let no, z toho jsem byla hodně špatná, potom jsem začala chodit k psychiatrovi, kterej mi začal posílat neslušný esemesky, takže vod toho jsem musela vzejít. Pak jsem se dostala teda k nový psycholožce a k nový psychiatřičce, která mě vlastně poslala do (název města) do léčebny a potom jsem začala mít invalidní důchod

Návrat z psychiatrické léčebny přináší další zvrát v podobě dalšího zhoršení zdravotního stavu. Cesta zpátky z propasti nahoru je opět zmíněna pouze okrajově (*nějak se z toho zase dostala*):

*D: Po tom jako, co jsem se vrátila z té léčebny, se to se mnou jako hodně zhouplo, to jsem jako byla schopná pracovat snad jenom dvě hodiny denně, ale **naštěstí jsem se z toho dostala.***

No, a teďka vlastně to jsou dva roky, co jsem vodtamtaď pryč, takže jako teďka pracuju asi tak nějak dvě hodiny denně.

Závěr příběhu snad už analytický komentář nevyžaduje, Dorotiny kroky vedou zpět do rodinné firmy. Za povšimnutí však stojí fakt, že celé vyprávění postrádá jakékoli vztahování se k budoucnosti. Základním pilířem vyprávěného života je minulost vystavěná jako mozaika všeho špatného, co kdy Dorotu potkalo a způsobilo její současné psychické potíže.

L: z té knihovny jseš dva roky pryč jo?

D: no, z té knihovny ne, z té knihovny jsem asi tak rok jako, co tam nepracuju a to bylo tak vlastně, že já jsem byla souběžně v té knihovně a souběžně jsem vlastně pomáhala těm rodičům, a potom, co jsem se vrátila z té nemocnice, tak jsem dodělala poslední nějaký závazky, který jsem měla vůči té knihovně a pak jsem s tím přestala, protože jsem to soustředění měla tak špatný, že jsem prostě tam nemohla pracovat

L: hm

D: tak jsem se domluvila s rodičema, že tam teda budu u nich jako na plno a tam jsem teda na plno asi rok teda

L: hm

D: takže takhle to nějak jako bylo no (.)

3.10. Shrnutí

První rozhovor jsem použila k demonstraci toho, jak Dorota pojímá sebe sama. Její biografie je vybudována téměř výhradně z pozice pacienta. Má podobu velmi kompaktního příběhu, který zprostředkovává ucelenou představu o vývoji jejího onemocnění od raného dětství až do současnosti. Její příběh je tak jakousi evidencí nemoci. Skrze naprosto konkrétní události, které jsou chronologicky řazeny do po sobě jdoucích životních období, sledujeme strastiplnou životní cestu, která vede až absolutisticky přímo do bodu, kdy se duševní onemocnění stává její téměř samozřejmou součástí. Všechna témata mají diagnostickou povahu a jasnou kauzalitu. Příběh byl vyprávěn s cílem, hledat a nalézat doklady jinakosti a ne/normality, které uskutečnily duševní nemoc. Nepsychiatrické skutečnosti do příběhu nepatří, a když, mají výhradní funkci posilovat v příběhu odlišnost od běžného, zdravého a normálního, které je i přes veškerou snahu fatálně nedosažitelné.

S příběhem nemoci sledujeme současně příběh o samotě, nepřijetí, touze po blízkosti a zároveň strachu z ní.

Vyjadřované přesvědčení a snaha s nepřízní osudu a s nemocí bojovat, jsou tak sice implicitně v centru příběhu, avšak obklopeny tématy opakovaných neúspěchů a tím vždy odsouzeny k nezdaru. Bohatá dynamika vyprávění, plná zvrátů je uspořádána cyklicky, v podobě bludných kruhů se stupňuje a vždy znovu přináší ústřední téma nemoci. Jak už bylo uvedeno výše, hranice ne/normality je tak striktně ustanovena jako pevná a prakticky nedosažitelná. V příběhu zcela chybí jakékoliv vztahování se k budoucnosti, i v rozhovoru sdílená současnost je plně v zajetí minulého. Dorota tak představuje sebe samu jako uvězněnou ve své odlišnosti a vše normální vykazuje za hranice své žité zkušenosti.

3.11. Příběh Dorotiny léčby

Tento rozhovor navazuje na autobiografické vyprávění a zaměřuje se konkrétně na hlavní zkoumanou otázku: *Co všechno umožňuje porozumět nemoci a jak tohoto pochopení využívá nemocná v každodenním boji s ní?* Můj výchozí předpoklad byl, že Dorota uplatňuje v průběhu léčby svou odbornou znalost a tu propojuje se svou zkušeností jako nemocné. Následující rekonstrukce vyprávění demonstruje, jak se toto východisko ne/potvrdilo.

3.11.1. O první doktorce

D: no, tak jako v podstatě já jsem tam šla na doporučení doktorky obvodní teda, s tím, že prostě jsme napřed jako řešili volbu povolání no, ale nakonec se z toho tak nějak jako vyvrátilo, že mám taky jiný problémy jako, že prostě mám málo kontaktů s vrstevníky a takdál no, takže jsem tam začala chodit, ona mi nabízela prášky, teda už tenkrát a já jsem to odmítala

L: hele a to, že jsi tam šla, to jsi chtěla ty sama, jo?

D: to jsem chtěla sama no,

L: takže jsi šla za obvodáčkou a domluvila jsi se s ní, že ti dá doporučení k psychiatrice jo?

D: no, tak vono to bylo tak nějak to vyplynulo, protože já jsem byla u té obvodáčky, ještě teda s mámou, no, a tak jsme se nějak prostě vo tom bavily, já už si to přesně nepamatuju, jak to bylo no, a ta obvod'áčka právě nějak přišla s tím, že zná tadytuhletu doktorku, a tak mi ji doporučila no,...

Dorota se do kontaktu s psychiatrií dostává poměrně brzy a vidí sebe jako hlavní jednající postavu, která učinila rozhodnutí jít se poradit k obvodní lékařce. V příběhu má své místo také její matka, která jí doprovází. Problém: „nevím si rady s volbou povolání“ je během rozhovoru s lékařem přeformulován a tak zviditelněn problém úplně jiný: „málo

kontaktů s vrstevníky“, za kterým můžeme vidět už biograficky tematizovanou samotu. **Samota** je tedy vyhodnocena jako problém náležející pod dohled lékaře, a tedy jako **nemoc, kterou je třeba léčit**. Tak se Dorota dostává na doporučení lékařky poprvé do ordinace specialisty/psychiatra. Což se nakonec ukazuje jako přijatelné stanovisko (snad i předpokládané), které Dorota hodnotí jako prospěšné (*„neví si rady sama se sebou“*). Zároveň ale okamžitě odmítá léčbu ve formě farmakoterapie.

D: no, a já jsem byla docela ráda, že tady tohlecko ji napadlo, protože jsem si nevěděla trochu rady se sebou

Dorota vyjadřuje úlevu nad tím, že se mohla se svými potížemi svěřit odborníkovi a ve svém vyprávění se plně stylizuje do role pacienta. Patrná je prezentovaná důvěra v lékařskou autoritu, potažmo v dominantní medicínský diskurz. Vše je usazeno časově do doby, kdy se Dorota o psychologii nezajímá.

Absolutní důvěra „v systém“ je však následně otřesena, a tak první zkušenost s terapií nakonec vyznívá negativně. Dorota znovu dostává do vyprávění svůj příběh „o odmítnutí terapeutkou“, který jsem jí neumožnila rozvinout při biografickém vyprávění:

L: a to už jsi byla rozhodnutá, že půjdeš studovat psychologii?

D: ne, to jsem nebyla ještě rozhodnutá

L: a to ti bylo kolik teda ještě?

D: to mě bylo nějakých asi šestnáct no. A tak jsem k ní jako začala chodit no, a jako v podstatě to vypadalo tak, že ona si získala moji důvěru nějak jako celkem no, ale potom jsem jí zase nějak teda ztratila tím, že napřed mě teda pohládila, a když jsem to po ní chtěla po druhý tak mě jako vodmítla.

L: jo, to byla hned ta první, aha

D: no, to byla hnedka ta první

Již zde je patrné, že se začíná opakovat dynamika zvrátů i základní schéma jednání: **TOUHA PO SDÍLENÍ – NENAPLNĚNÍ TOUHY – ÚNIK DO SAMOTY**. Po vyjádřené potřebě sdílení v podobě pohlazení následuje příběh o odmítnutí terapeutkou, přičemž je zde zároveň nastíněna okamžitá reakce: únik a stažení se do sebe, které má za následek odmítnutí ze strany Doroty a definitivní ukončení dvouleté spolupráce. Z terapie, která trvala dvě léta, Dorota představuje pouze tuto zásadní událost. Implicitně také vyjadřuje

stížnost, která se týká nepravidelného setkávání, tudíž i intenzivní potřebu řešit a sdílet s někým svoje problémy, které primárně vycházejí z její izolace:

L: takže tam jste jakoby řešily ten problém s tím kontaktem jako fyzickým

D: no, my jsme ho pak vlastně potom už neřešily, protože já jsem k ní pak už nechtěla chodit

L: aha, a můžeš to teda nějak jako popsat, co se tam přesně jako stalo? Jak dlouho jste třeba ještě pak byly v kontaktu

D: no, asi dva roky

L: tak dlouho jo? Takže jsi k ní chodila jako pravidelně, jo?

D: no, nedá se říct jako pravidelně, protože vona si mě objednávala, kdy měla čas a to bylo třeba jednou za tři tejdny, nebo takhle

L: aha

D: takže to nějak pravidelně nebylo no

L: aha, ale to jste asi řešily hodně věcí?

D: no, to jsme řešily tak nějak hlavně ty moje starosti, který jsem měla a který jsem neměla s kým probírat, to bylo tak asi hlavní téma no.

První Dorotina terapie probíhá bez jakýchkoli procesů, které by vedly ke stanovení diagnózy. Dorota vyjadřuje určitou představu o svých potížích, ale především poukazuje na potřebu svoje starosti s někým sdílet. Zásadní důraz klade na svoje apriorní odmítání léků. Samota tak je sice vyjádřena jako „nemoc/potíž/starost“, kterou je třeba svěřit do rukou lékaře, ale lékem by mělo být samo sdílení ve formě pohlázení a pravidelného kontaktu. Dorota tedy rozumí povaze svých problémů a má také určitou představu o tom, co by jí ne/mohlo pomoci (léky rozhodně ne/ pohlázení ano).

L: hm, a vona ti jako dělala třeba i nějaký testy? Nebo tak?

D: ne, vůbec

L: a prášky ti chtěla dát jako jaký?

D: no, prášky mi chtěla dát, ale já nevím jaký, já jsem je prostě apriori odmítala

L: a nějaká diagnóza tam jako nepadla žádná?

D: ne

L: aha

D: no, takže to byla ta první doktorka

L: hm

Dorota posouvá příběh léčby dál, ale zasahuji do vyprávění otázkou na efekt terapie:

D: pak jsem mezi tím začala chodit na arteterapii na (místo)

L: počkej, a ještě se zeptám, mezitím se to jako nějak zlepšilo? Ses cejtla líp, ti to pomáhalo?

D: já jsem jako na začátku, když jsem k ní přišla, tak jsem se cejtla hodně špatně, ale potom jsem se docela jako zvedla, ale řekla bych, že to nebyla její zásluha, ale spíš moje, protože jsem přestala vočekávat to vocenění ve škole, kterýho jsem nemohla dosáhnout, takže jsem se začala soustředit na jiný věci, který mě přinášely uspokojení a tím se to změnilo

L: a k tomu tě nenavedla vona?

D: k tomu mě nenavedla vona, k tomu jsem dospěla sama

L: a ty jiný věci byly co?

D: no, ty jiný věci byly to, že jsem se učila tím způsobem, aby mě to bavilo, to byl v té době jako ten hlavní směr, kterým jsem se vydala

L: hm

D: takže to byla taková jako věc, která byla nastartovaná už v době, kdy já jsem k té psychiatričce přišla

L: no, a to jsi v tom průběhu těch dvou let jako takhle praktikovala a bylo ti líp prostě

D: no, to mě bylo líp, ale pak přišlo vobdobí, kdy jsem dělala zkoušky na vysokou a kdy jsem měla maturovat, a to jsem zas jako byla hodně vystresovaná no, teda. A pak jsem teda začala pracovat u rodičů a to bylo vobdobí, který bylo hodně stresový, to teda bylo hodně práce, rodiče byli hodně nervózní no, a to jsem prostě měla i úvahy vo tom, že bych se jako mohla zlikvidovat. To jsem měla pocit, že bych správně měla bejt robot a že jako robot nejsem dost dobrá, že tady k ničemu nejsem, takže jsem prostě měla takovýhle úvahy

L: hm

Dorota zvedá osu vyprávění, když popisuje změnu svého psychického stavu k lepšímu během terapie. S jistotou však hovoří o tom, že se tento proces zlepšování se nastartoval jejím vlastním přičiněním, nikoli terapií. Dochází k propojení biografie, když popisuje moment, kdy se na gymnáziu rozhodla „*vykašlat na ostatní a na ocenění od nich*“ a zaměřit se na činnosti, které činí radost jí samotné. Postavit sebe do pozice aktivně resistantního subjektu, který se odvrací od druhých, ale má jasně stanovené priority, Dorotě umožňuje zvládat situace, při kterých dochází k ohrožení její individuality.

V příběhu se opakuje dynamika okamžitého zvratu ve vyprávění: po vyličení úspěšného překonání potíží následuje popis obtížného období, kterým Dorota opět shrnuje celou řadu stresových událostí. Znovu zmiňuje tehdejší myšlenky na sebevraždu (vyprávění je téměř identické s biografií).

3.11.2. O arteterapii

Z pomyslného dna se dostáváme nahoru tentokrát díky změně terapie. Arteterapii vyhledává sama a cíleně, což již předpokládá určitou znalost možností, které má obecně k dispozici:

D: no, a pak jsem se z toho dostala tím, že jsem začala hledat arteterapii a dostala jsem se na ten (místo)

L: hm, a to sis vybrala proč tu arteterapii?

D: no, protože jsem jako dlouho kreslila, ale měla jsem jako pocit, že takovýto školský kreslení, kdy se kreslí teda na výkon, že to prostě pro mě není. a ta arteterapie se mně líbila, že tam jde vo to se hlavně vyjádřit

L: a to jsi se dozvěděla kde?

D: to jsem se dozvěděla v nějakých knížkách, to já už nevím ani přesně v jaký, nějak ke mně ta informace doputovala, takže jsem na internetu vobjevila, že to dělaj na (místo), takže jsem tam zavolala a chodila jsem tam rok vlastně, na tu arteterapii. Vono to bylo valstně souběžně s posledním rokem, kdy jsem chodila tady k týdletý doktorce, a to mně bylo nějakých, co já vim devatenáct asi

Pro výběr arteterapie byla určující Dorotina záliba v kreslení. Prakticky jej tak nedává do souvislosti s odborností („v nějakých knížkách“). Z vyprávění je zřejmé, že Dorota nespojuje absolvování terapie primárně ani s léčbou konkrétních potíží. Arteterapie tak jakoby saturuje její potřebu svobodně kreslit, možnost vyjádřit se bez ohledu na konvenční školskou formu kreslení zaměřenou na výkon. Prostředí a atmosféru arteterapie tak popisuje „nepsychiatricky“ jako další možnost k sebevyjádření. To mě přivádí k dotazu, co Dorotu k arteterapii vlastně přivedlo. Probírání „problémů s rodičema“ během terapie je až poslední v řadě důvodů, které Dorota zmiňuje:

L: hm, no, a teda tak to bylo tak, že ta terapie ti prostě něco dávala, tak tě to vedlo k tomu, že jsi volila jako další směr jako kudy se vydat, nebo to bylo jinak?

D: no, já jsem vlastně tu arteterapii hledala ještě předtím, než jsem měla ten problém s touhleťou doktorkou, jak jsme došly vlastně k tomu konfliktu ohledně toho pohlazení, takže jsem byla hlavně zvědavá na tu arteterapii, jak se tam vlastně dělá, jak se tam kreslí a jak to vypadá, jo takže jsem tam začala chodit a byla jsem konečně spokojená, protože tam jsem kreslila kvůli nějakému prostě vyjádření a ne kvůli tomu, aby se to líbilo nějakému učitelí, takže to bylo dobrý no, a tam jsem nějak pokračovala v tom, že jsme probíraly můj vztah s rodičema hlavně.

3.11.3. O partě

D: no, a potom jsem vlastně, po tom roce začala chodit do skupiny, do tý horolezecký

L: hm, protože ti to vlastně nabídli

*D: to mi vlastně nabídli, protože jsem ještě chodila na takovej, voni tam měli, říkali tomu klub, nízkoprahovej klub, kde mohl každej přijít, jednou tejdně to tam vždycky bylo. No, já jsem na ten klub chodila taky a voni mně tam vlastně nabídli, že bych s nima mohla jet **no, tomu se nedalo už říct terapie potom, to bylo zaměřený na něco úplně jinýho***

L: myslíš tu skupinu

D: no

V příběhu terapie má své místo i vrstevnická skupina, která na krátko, i když zásadně proměnila atmosféru prvního rozhovoru. V příběhu terapie je však její terapeutický význam oslaben, zmíněna je pouze informativně, aby byl výčet kompletní.

3.11.4. O terapeutovi, se kterým mlčela

*D: no, potom dá se říct, že jsem, (.) jo, pak jsem chodila ještě do (místo) taky, **to bylo taky rok, tam jsem řešila vlastně hlavně to, že jsem se chtěla vrátit do tý arteterapie, ale nemohla jsem, protože v tý skupině, co jsem chodila, tak ta arteterapeutka byla jako vedoucí, takže to se nedalo spojit no, takže tam jsem byla jako v takovym, dá se říct, v mírnym odporu nějakym, protože tam jsem vlastně moc chodit nechtěla***

Zajímavým způsobem líčí Dorota další zkušenost s individuální formou terapie. Tentokrát změna terapie nebyla v její režii, musela se podřídit změněným podmínkám, což jako obvykle vyvolává její odmítavý postoj. Zároveň takto oživuje příjemnou vzpomínku na jedno terapeutické sezení, které ji umožnilo sdílení blízkosti s druhým člověkem i bez mluvení:

D: no, a tam jsem zažila jednu takovou hodně zajímavou hodinu, kterou jsem vlastně celou promlčela s tím terapeutem a jenom jsme se po sobě tak jako různě koukali, nebo nekoukali, a prostě to bylo pro mě jako strašně zajímavý (směje se), jak prostě s někym jde komuikovat, aniž bys mluvila, takže to byla taková jako zvláštní no, ...

L: a to byla teda individuální terapie

D: to byla individuální, takže jako zpětně bych řekla, že ten terapeut mi teda celkem jako vyhovoval, ale já jsem v tu chvíli prostě byla jako zaražená, že tam chodit nechci, takže jsem byla taková jako nesdílná, tak to byl ten (místo) no, ...

L: to jsi jako chodila rok někam, kam si vlastně nechtěla chodit jo?

D: no

L: a celý ten rok si tam nechtěla chodit jo?

D: no, já jsem tam jako, prostě to bylo takový jako ambivalentní. Já jsem jako prostě potřebovala někam chodit, ale přitom jsem chtěla chodit k té arteterapeutce a ne tady k tomu terapeutovi. **Takže to bylo takový jako právě, že jsem potřebovala někam chodit, ale přitom jsem tam nechtěla chodit (smějeme se), takže jsem byla z toho, úplně jsem z toho byla taková jako špatná no.**

Svoje jednání ztvárňuje typickým způsobem: Terapii potřebuje, ale konkrétně tuto odmítá a tak nespolupracuje, což jí v konečném důsledku nepomáhá. Zpětně svůj odmítavý postoj hodnotí kriticky, sama se připravila o možnost pracovat s někým, kdo by jí zřejmě vyhovoval. Na terapeutovi oceňuje jeho schopnost empatie a porozumění, které dle její zkušenosti může probíhat i beze slov:

L: takže ti to jako spíš (.) no, a pomáhalo ti to jako nějak?

D: já si myslím, že mi to jako pomáhalo

L: a v čem?

D: jako zpětně, protože já mám pocit, že ten terapeut mně dával jako docela dost najevo, že mě chápe, a to teda bylo dobrý

3.11.5. O kurzech arteterapie

D: no, a pak jsem nějakou dobu vlastně nechodila nikam, no, teda nechodila nikam, já jsem teda chodila ještě na arteterapeutický kurzy ke (jméno terapeutky), tam se mi to právě zvopakovalo, s tím pohlazením, a to bylo ještě vo to takový jako zvláštnější, že já jsem mluvila vo svém výkrese a (jméno terapeutky) mně řekla, že by mě ráda vobjala, já jsem řekla tak teda jo, a vona řekla, ale já nemůžu. No, a já jak jsem byla tak jako emocionálně vypjatá, protože jsem mluvila vo něčem, co mě jako hodně zraňovalo předtím, tak jsem se tam rozbřečela no, a pak jsem jí jako šla říct, že prostě, to jsme si teda nerozuměly, že já jsem původně po ní nic takovýho nechtěla, že vona mně to sama nabídla jo,

L: hm

D: no, a že prostě to nechápu tady to a vona mně řekla, že kdyby mně to jako dovolila, tak že bych za ní chodila jako kačenka, což teda taky nebyla pravda

L: takhle ti to řekla jo?

D: no, a protože já jsem tam teda vopravdu nešla do toho jako s tím, že bych to po ní chtěla jo, já jsem si v tomhle připadala jako poučenější, vod té první doktorky

Arteterapeutický kurz absolvovala Dorota jako volitelný předmět již jako studentka psychologie. O této zkušenosti však hovoří z pozice příjemce terapie (hovoří o efektu) a opět líčí konkrétní nepříjemnou událost, při které se opakuje téma odmítnutí terapeutkou.

Líčená situace dostává podobu konfliktu, ze kterého opět vede pouze jedna cesta – stažení se a únik.

L: no, a tam teda došlo k tomu, že jsi tam jako vo tom mluvila, vo tom prvnim odmítnutí jo?

D: no, já jsem v tu chvíli vo vodmítnutí nemluvila, ale (jméno terapeutky) vo tom věděla

L: a ten výkres se toho nějak týkal?

D: ten výkres se týkal toho pohlázení jako obecně, ale ne toho s tou doktorkou

L: aha

D: ten se týkal prostě, takovýho mýho pocitu vodmítnutí, nějakýho prostě velkého

L: hm, takže tím si taky jo zavřela dveře pani

D: no, tak já jsem taky po tom už jako nevěděla, co ji mám říkat, takže jsem neříkala nic. Já jsem kurz sice dochodila, ale v podstatě jsem tam nic neříkala, takže v podstatě to bylo taky na nic.

3.11.6. Když se objevila nemoc

D: No, pak jsem chodila k další terapeutce na (místo), to bylo už potom, já nevím asi v roce 2003 vlastně.

L: a to už jsi byla ale na psychologii

*D: to už jsem byla na psychologii, já jsem se na psychologii dostala vlastně (.), jeden rok jsem pracovala u rodičů a ten rok jsem se dostala na psychologii, takže když jsem chodila k tý (jméno terapeutky), tak to jsem už byla na psychologii (.) **no, a potom jsem chodila teda tady k týhle terapeutce no, a s tou jsem taky nějak řešila svoje vztahy s lidma no, a chodila jsem k ní docela dlouho, i když nakonec jsme si moc nevyhovovaly. Já bych v podstatě i řekla, že jsme toho spolu ani v podstatě moc neudělaly, že prostě jsme měly takový různý nedorozumění, jako, že prostě já jsem chtěla něco udělat, prostě něco říct jedný holce z tý skupiny, vona zase říkala, že ne, že by byla opatrnější, že by jí to neříkala, prostě takovýhle různý jako jsme měly rozpory no, a taky jsme si někdy nerozuměly jako, že já jsem jí třeba nerozuměla, jak to myslí, co mi řekla a tak, takže to bylo takový jako zvláštní no, a vod ní sem potom vdešla vlastně ve chvíli, kdy jsem měla tu depresi už rozjetou***

Ve vyprávění o terapii se diagnóza deprese poprvé objevuje až ve chvíli, kdy Dorota líčí další a další rozpory a nedorozumění, které se udály v průběhu dlouhého období střídání terapií a terapeutů. Do této chvíle pojmala svoje potíže především jako problémy ve vztahu k druhým a nedostatek kontaktu (s rodiči, s ostatními lidmi). Z terapie odchází ve chvíli, kdy je její stav (vlivem nastalých okolností) nejhorší. Znovu odmítá nabízenou medikaci a konečně přichází i odůvodnění odmítavého postoje:

L: takže jako celou tu dobu v podstatě i přesto, že jsi chodila na tu psychoterapii, se jako tvůj stav kontinuálně zhoršoval jo?

D: no, dá se to tak říct no. Jako hlavně za tu dobu, co jsem chodila tady k týhlectý terapeutce, se ten stav jako pod vlivem událostí prostě, který v tu chvíli byly, tak se mi prostě začal zhoršovat, vona mi taky říkala, abych začala brát prášky, já jsem jí neposlechla, asi jsem ji poslechnout měla, protože to už jsem byla půl roku před tím, než se mi ta deprese zhoupla

L: a proč jsi odmítala ty prášky?

D: porotože já jsem měla pocit, si myslím, že to má víc lidí, jako, že to bude ovlivňovat jejich emoce, že si myslíš, že to prostě přestanou být jakoby voni, že to prostě ovlivní osobnost. Takže jsem měla strach, že prostě přestanu vnímat svoje přání a svoje potřeby a svoje emoce a tak dál, nedokázala jsem si představit, že by mně to pomohlo znormalizovat ten stav, aniž by mě to nějak jako osobně ovlivnilo

L: hm

Při vyprávění o strachu z negativního dopadu léků najednou Dorota vtahuje do příběhu i ostatní nemocné, aby tak vyjádřila obecný předpoklad, že tyto obavy sdílí i někteří druzí. Sama se obává především ztráty kontroly nad svými pocity, přáními a celkově ovlivnění vlastní identity i přes případnou úpravu aktuálně špatného psychického stavu. Tento postoj znovu potvrzuje, že uchování si vlastní identity je pro ni zásadní prioritou. Důležité je zůstat sama sebou. Být sama sebou je víc než být „normální“. Dorotina hodnotová orientace se tu dostává do konfliktu s konvencí. Svou „jinakost“ proměňuje v pozitivní vlastnost, kterou si potřebuje chránit.

Odmítnutí farmakologické léčby má za následek ukončení terapie. Další Dorotiny kroky vedou rovnou do krizového centra:

D: no, takže jsem to odmítala (.), a pak teda vona mně v podstatě odmítala dál tu terapii vést, protože viděla, že to se mnou jako nikam dál nejde, že už jí akorát odmítám, protože já jsem už byla vlastně v takovym negativistickym stavu a byla jsem na ní našťvaná a v podstatě jsem si říkala, že nic nemá smysl a že prostě jako vo mě stejně nikdo nestojí no, a vona, i když mi říkala třeba, že to není pravda, tak já jsem jí už neposlouchala, takže to ukončila vlastně, že to se mnou už jako dál nejde spolupracovat no, a já jsem vlastně asi po třech měsících, co vona se mnou skončila, musela jít na krizový centrum

3.11.7. O krizové intervenci

D: no, a pak jsem přišla do toho krizovýho centra a tam mi řekli, že mám depresi

L: hm, a to proběhlo jak tohle, to by mě zajímalo?

D: to proběhlo tak, že já jsem jeden víkend měla hádku s mámou, vo tom, že já jsem říkala, že chci jít dělat uklízečku a máma říkala, že to ne, že to v žádnym případě no, a mně se ze soboty na neděli zdál šílenej sen, ze kterýho jsem se nemohla vzpamatovat, dělalo se mi z něho špatně, když jsem si na něj vzpomněla a nemohla jsem na něj přestat myslet, strašně mně bušilo srdce, úplně jsem se klepala a říkala jsem si, že tohleto už jako dál nejde (smích)

(následuje líčení snu)

Do krizového centra přichází Dorota těsně před dokončením studia. Noční můra, fyzická slabost, nevolnost a výrazně nepříjemné pocity fyzického charakteru signalizují, „že takhle už to dál nejde“. Konfrontace s matkou, kdy si Dorota určuje budoucí kariéru uklízečky, namísto profesionální dráhy psycholožky, jakoby demonstruje její smíření se s tím, že roli psychologa nikdy vykonávat nebude ani nechce. Namísto toho její psychické potíže nasvědčují tomu, že naopak sama potřebuje psychologickou pomoc. Svůj stále zhoršující se psychický stav, který už má konkrétní příznaky, ani tentokrát nepropojuje se svou odbornou znalostí. Po mém dotazu však s jistou samozřejmostí přináší konkrétní výklad svého snu, ve kterém znovu potvrzuje potřebu, uchránit hlavně svoje já. Následuje změna v dosud jasně odmítavém postoji k užívání léků, okamžité zlepšení stavu a uvedení rodičů do „nové“ situace:

D: no, takže tadyhlecten sen se mi vybavoval celou neděli a nemohla jsem se ho zbavit

L: no, a to už si teda studovala psychologii

D: to jsem měla před diplomkou

L: a řešila jsi teda, co ten sen měl jako znamenat jo, nebo co?

D: no, ten sen měl znamenat to, že se nemam snažit zachránit to, co zachránit nejde a že se mám snažit zachránit sebe hlavně (.) no, takže jsem šla na to krizový centrum a tam mně dali prášky

L: po nějakym rozhovoru

D: no, po nějakym rozhovoru, kdy mně řekli, že mam depresi

L: jak dlouho trval ten rozhovor asi?

D: No, tak půl hodiny asi no, a já jsem v tu dobu už samozřejmě na tom byla tak špatně, že jsem ty prášky už neodmítala, že jsem naopak byla ráda, že něco, že mám nějakou naději, oni mně tam ty prášky dali hnedka, dali mně tam čtvrtku oxazepamu, na tom krizovym centru, a když jsem přijela domu, tak už se mi udělalo líp, takže jsem potom jako, když přišla máma domů, tak jsem jí vylíčila, že jsem teda byla na krizovym centru a že mi tam řekli, že mam depresi a že prostě mi dali ty prášky a že po těch práškách by to mělo bejt lepší a nějak jsme se domluvily, že budu pokračovat na tý diplomce no, a pak jsem vlastně půl roku chodila na to krizový centrum k tý doktorce, která mně dala ty léky, tak jsem chodila i na psychoterapii.

Následuje stručný popis další terapie a navzdory pokračujícím neshodám s rodiči přichází informace o zvládnutí situace: úspěšné dokončení studia, ustálení situace až do bodu, kdy Dorota nastupuje do nového zaměstnání:

D: *No, a tam jsme řešily takový ty víceméně praktický věci vokolo tý diplomky a vokolo toho, že prostě rodiče chtěli, abych pak pracovala u nich a zaměstnávali mě, ale tím způsobem, že jsem neměla čas si hledat jinou práci, tak se mi nějak podařilo jim říct, že prostě budu chodit do tý práce pozdějc, že dopoledne teda budu hledat práci no, a pak se mi podařilo najít přes jednu známou tu práci v tý knihovně. No, a začala jsem pracovat v knihovně potom.*

L: *hm*

3.11.8. O psycholožce a psychiatrovi, kteří byli sousedi

D: *pak teda už jsem nemohla chodit do krizovýho centra na psychoterapii, protože voni tam dlouhodobý psychoterapie dělat nemůžou, takže jsem potřebovala někoho dalšího, takže jsem dostala typ na toho (jméno lékaře) na psychiatra, a ten mně potom dal typ na psycholožku. No, a tahleta psycholožka byla celkem dobrá, mi přišlo, akorát, že byla vedle tady tohohletoho psychiatra, kterej mně teda posléze začal posílat neslušný esemesky*

L: *ten co ti jí doporučil jo?*

D: *no*

Dorota odhaluje také zkušenost se zásadním porušením etických norem ze strany ošetřujícího lékaře, které řeší ukončením spolupráce jak s psychiatrem, tak s psycholožkou, která jí vyhovovala. Ve výčtu problémů, které Dorota v terapii řeší, přibývá ke vztahovým potížím ještě problém výkonnosti a deprese.

L: *a tos ještě zároveň chodila k němu, nebo jak?*

D: *no, eště jsem zároveň chodila k němu (.), takže jsem se tam už jako potom nechtěla vracet, protože oni měli ordinaci vedle sebe a docela se i kamarádili no, jako nechtělo se mi tam chodit za nima*

L: *a tý doktorce jsi to neřekla?*

D: *ne, to jsem jí neřekla no.*

L: *hm*

D: *No, takže takhle to bylo no. Pak s tou psycholožkou jsme už řešily potom teda tu depresi a tu moji výkonnost, dá se říct a moje vztahy s lidma*

L: *hm*

3.11.9. O vyléčení a ukončení terapie

D: no, tak jsem jí vyprávěla prostě různé věci o tom andulákovi, co jsem měla doma, vo tom, co jsem kreslila a tak, prostě to bylo takový jako, že jsme neřešily vždycky jenom problémy, že jsme se bavily i o těch pozitivních věcech (.) no, ale nebylo to jako úplně taky (.), že by to mělo úplně jednoznačně pozitivní závěr, protože já jsem vlastně potom... no, vlastně mělo to pozitivní závěr v tom, že já jsem potom požádala tu kamarádku, abych jí mohla psát esemesky a v tu chvíli jsem vlastně řekla tý psychologce, že ty problémy který jsem chtěla řešit, tak že jsem vlastně vyřešila a že teda k ní chodit nebudu

L: a vyřešila jsi ty problémy?

D: no, nevyřešila, ale v tu chvíli jsem si myslela, že jsem je vyřešila

L: no, a to se stalo teda tak, že jsi kontaktovala tu kamarádku a tím si považovala za vyřešené ten problém toho, že nemáš odvahu jako někoho třeba oslovit jo?

D: no

Další popis spolupráce s psychologkou, kdy Dorota do terapeutického vztahu v krátkosti umisťuje také pozitivní příběhy z každodenního života, má vyústění v líčení přesvědčení o vyřešení „problému s lidma“, což vedlo Dorotu až k ukončení terapie. Poprvé po celou dobu vyprávění Dorota i přes jisté neurčité pochybnosti popisuje pozitivní závěr terapie. Implicitně tak Dorota popisuje subjektivní vnímání stavu vlastního zdraví: Být zdravá, znamená nebýt sama a nebát se někoho oslovit a být s ním ve vztahu. Deprese a problémy s výkonností z příběhu na okamžik mizí.

3.11.10. Zpátky na dně

Zvrat v podobě výčtu negativních událostí, které nedlouho po tom následovaly, vrací do příběhu téma únavy a stresu. Jako řešení tíživé situace se naskytuje možnost požádat o invalidní důchod. Od možnosti podat oficiální stížnost na neprofesionální přístup psychiatra, se Dorota distancuje.

D: no, takže to jsem jí vlastně řekla, že už k ní chodit nebudu, a potom ale ten rok, co jsem jí tohleto řekla, tak v létě mně vlastně umřel ten papoušek no, a já jsem se z toho sesypala, takže jsem byla znova na dně a potom jsem jako přestala mít ty peníze, takže jsem musela říct vo ten invalidní důchod a to jsem řešila s tím psychiatrem, na základě toho mi začal posílat ty esemesky. No, pak jsem teda se rozhodla, že už k němu jít nechci, k tomu psychiatrovi, a začala jsem hledat nového psychiatra

L: ty jsi na něj nikomu nestěžovala, že tě jako otravuje?

D: no, tak jako stěžovala jsem si, rodičům jsem si stěžovala, kamarádkám jsem si taky stěžovala teda. Ale jako, že bych si na něj nějak oficiálně stěžovala to ne.

3.11.11. Invalidní důchod

D: no, já jsem chodila do (místo) asi měsíc, než jsem si teda našla tu jinou psycholožku a našla jsem si ji sama. No, a k tý jsem chodila taky nějakou dobu a ta mně pomohla vyřešit takový ty věci jako praktický, ohledně toho invalidního důchodu a kolem tý hospitalizace vlastně tenkrát.

L: no, a invalidní důchod, že budeš řešit, to jses rozhodla sama?

D: no, to mně doporučil ten psychiatr, ještě před tím, než mi začal posílat ty esemesky

L: jo, že je ta možnost jo

D: že je ta možnost no,

L: a vona tě k tomu dovedla jo?

D: no, vona mně k tomu pomohla vlastně, doporučila mi psychiatricku, tak nějak jsme prostě řešily ty praktický věci vokolo toho a vokolo práce vlastně pro rodiče a vokolo tý práce do tý knihovny, která teda je hodně náročná na soustředění, takže já jsem s tím měla problémy, jako ve chvíli, kdy mi nebylo dobře. No, takže (.) tahleta mně pomohla s těma praktickejma věcmi, ale byl u ní jako takovej problém, že když jsem nebyla vyloženej jako v akutní krizi, tak vona si mě vobjednala jako až za měsíc nebo si mě nevobjednala vůbec a řekla mi, že se jí mám vozvat, až budu potřebovat, takže s ní ta intenzivní práce moc nebyla, takže já jsem potom využila toho, že mně nabídli tu dramaterapii vlastně, a skončila jsem vlastně ted'ka u tý dramaterapie.

Invalidní důchod zde symbolizuje onu institucionální možnost „exkulpace z neschopnosti“. Zároveň ale Dorota stále cítí potřebu svůj stav řešit pomocí terapie, využívá invalidního důchodu pouze jako řešení nastalých finančních problémů v souvislosti s nemožností plně se soustředit na výkon svého zaměstnání. Svou invalidizaci tak nespojuje s nutností měnit dosavadní pohled sama na sebe. Pojímá ji čistě v její praktické dimenzi jako užitečnou pomoc.

3.11.12. O diagnóze

Okolnosti vstupu do invalidního důchodu, jsme s Dorotou probíraly i během našeho setkávání mimo nahrávané rozhovory. Objevily se tak další podstatné informace, které jsem chtěla objasnit a přinést do příběhu, proto jsem toto téma při rozhovoru otevřela konkrétní otázkou:

L: hm, (.) no a vono taky došlo k nějakýmu předdiagnostikování tvýmu, že jo?

D: no, tak jako to bylo mockrát bych řekla, protože, když jsem přišla do toho krizovýho centra, tak mně dali nějakou tu přechodnou poruchu přízpůsobivosti, nebo jak se to jmenuje, pak teda po půl

roce jsem měla už tu depresivní poruchu no, a potom, když jsem se vrátila z té nemocnice, tak jsem měla tu diagnózu simplexní schizofrenie (.)

Objevují se tak otázky spojené s diagnózou. Otázky, které by Dorota pravděpodobně sama do svého příběhu neměla potřebu vůbec přinést. Z odpovědi vyplývá, že aktuální Dorotina diagnóza není deprese, ale simplexní schizofrenie, což je podstatně jiný druh psychického onemocnění, mnohem závažnějšího rázu. Tato skutečnost se neobjevuje ani v prvním biografickém vyprávění, z nějakého důvodu je tato informace jakoby nedůležitá. Nebo je naopak zastřena záměrně? Dosavadní příběh (včetně biografického vyprávění) Dorota spojuje výhradně s diagnózou depresivní poruchy, veškeré svoje potíže líčí a dává do souvislosti výhradně v souladu se symptomatikou deprese. Na tomto místě vzniká mnoho zajímavých otázek, které jsou v zápětí také položeny a zodpovězeny.

3.11.13. Ideální představa - O uzdravení

L:(.) no, a co ti pomáhá jakoby rozumět tomu, co se s tebou vlastně děje? Nebo jak se jako cejtíš, když se to takhle všechno mění a vlastně ta terapie je taková, jako, že narážíš vlastně pořád na nějaký potíže, tak co tě žene jako do toho pořád to zkoušet?

D: no, tak já nevím, tak já mam pořád tu nějakou představu ideální, že by to mělo nějak vyjít no.

L: jako, že to pomáhá prostě k tomu uzdravení jo?

D: no, tak jako ne, že bych měla představu, že to vždycky musí pomáhat, to jsem si jako vyzkoušela, že nemusí, ale prostě tu ideální představu, že by to jako mělo nějak vyjít, tu nějak mám no.

L: a co to znamená: mělo by to vyjít?

D: no že bych se měla uzdravit

L: jo

D: že bych prostě ty problémy, který mám, měla překonat

Že by terapie měla vést k uzdravení, že by měla nemocnému pomáhat, je jistě oprávněný předpoklad pacienta, který absolvuje jakoukoli formu terapeutické pomoci. Dorota popisuje ochotu být léčena, svoje vyléčení však i přes veškeré zažité pochybnosti stále s důvěrou umisťuje do rukou druhých. Hovoří však o jakémsi ideálu, opět jakoby nedosažitelnému, o který je třeba neustále se pokoušet a usilovat.

L: a jak by to vypadalo teda, kdybys byla zdravá?

D: no, asi bych neměla ty problémy s těma lidma, tak jak mám, nebo spíš s těma lidma, se svým vyjadřováním jo. Protože já třeba jsem mezi lidma a neřeknu věci, který jako bych normálně, jako normální člověk by je vypustil z pusy a já si je nechám pro sebe a pak se ty lidi divěj, že se s nima nebavim, jo. Tak to je asi takovej jako nejmarkantnější problém, kterej mám no. Pak teda to, když

s někým jsem, koho třeba úplně moc neznám nebo prostě s určitejma lidma to mam tak, že **prostě se bojím jako prosazovat sama sebe** a potom dělám všechno jako, co chtěj voni a cejtím se jako v tom úplně jako nesvobodně v tom vztahu (.), což je taky jako docela velkej problém (.) no, (.) vlastně problém třeba, že když něco potřebuju, tak prostě se **jako musím hodně přemlouvat, abych někomu řekla** třeba, že něco potřebuju, nebo tak. Nebo, že **prostě mám věci, se kterýma se vlastně nesvěřuju lidem, který si nechávám pro sebe, a potom jsem jako z toho špatná, že jsem je nikomu neřekla.**

Zdraví Dorota spatřuje ve vysvobození se z vlastní sevřenosti. V překonání strachu z komunikace s druhými, po které tolik touží. Popisuje tak konkrétní pocit svobody, uvolněnosti, který potřebuje k tomu, aby se cítila zdravá. Základní problém tak i po letech terapie zůstává nezměněn, pořád se opakuje. Sama nemluví o překonání deprese nebo schizofrenie, ale o vysvobození ze samoty a zároveň zbavení se strachu z druhých, z odmítnutí. Svoji cestu k uzdravení vidí Dorota jako započatou, nicméně jako „běh na dlouhou trať“, rychlé uzdravení spadá opět do kategorie nemožného („zázraku“):

na jiném místě:

D: no, já si jako představuju, že to prostě bude muset bejt téma, v malejch krůčcích no, že to budu muset dělat tak, jak jsem to dělala doposavad, že prostě udělám zase nějakej malej krůček a ten prostě bude zase jako vo něco blíž prostě k tomu, k těm lidem, nebo prostě k tomu prostě uvolnění mýmu a že nějakým jako velkým krokem, jako zázrakem, to nepude

3.11.14. Pokusy o vysvobození

L: a jak si myslíš, že by se to mělo stát?

D: jak si myslím, že by se to mělo stát no, kdybych to úplně věděla, tak bych to asi udělala (smích)

L: no, a ta cesta, kterou prostě jako jdeš teďka, si myslíš, že je jako správným směrem, že k tomu jako směřuje jo?

D: no, myslím, že je to jako takovej pokus, jako jeden z různých pokusů, který zkouším teda a že by teda mohla tenhle pokus jako vést zase k nějakýmu jako poznání dalšímu zase jo,

L: a jaký jsou ještě ty další pokusy?

D: no, tak jako další pokusy, já bych řekla takhle, jako já jsem měla ty pokusy se z toho dostat právě, to že jsem začala chodit k tý psychiatřičce, na tom gymplu, tak to byl jeden z pokusů, potom, že jsem začala chodit na (místo) a tam jsem se začala snažit komunikovat s těma lidma, to byl taky jeden pokus, jako dokud ta skupina fungovala, tak já jsem s nimi i byla v kontaktu, takovým i že jsem se s nima vlastně setkávala i mimo tu skupinu a vlastně hlavně s tou jednou holkou, že jsem s ní chodila i do čajovny třeba, anebo někam ven a tak, ale po tom, co ta skupina skončila jako, tak jsem nějak nebyla schopná už potom ty kontakty nějak obnovit, protože jsem prostě trpěla tou představou, že když prostě někomu pošlu esemesku, tak že ho to bude strašně otravovat a to byl jeden pokus, kterej mě

prostě zase dostal jako dál, prostě k nějakýmu dalšímu jako poznání, že mám problém s těma esemeskama a mám problem s tím, že pořád si jako představuju, že někoho jako otravuju, že prostě nesmím jako ty svoje potřeby někomu sdělovat, že s tím strašně otravuju

L: hm

D: a tadytohleto jsem vlastně musela překlenout ve chvíli, kdy jsem měla tu depresi, protože jsem jako už potřebovala teda pomoc a to jsem vlastně s tou kamarádkou, co si teďka píšu, s tou jsem vlastně jako, začala, jestli bych jí mohla zavolat a jestli bych jí mohla vylíčit, co se se mnou děje a to byl jako docela velkej pokrok, protože do té doby bych něco takovýho nikdy neudělala.

L: hm, ale k tomu tě vlastně jako ta terapie, jak jsi říkala, jako úplně nenasměrovala

D: no, k tomu mě asi spíš nasměrovaly ty události vokoło toho vztahu s tou jednou holčkou ze skupiny, jo, jak jsem prostě říkala, že jsem se teda pokoušela jí ty esemesky psát a že jsem při tom měla vždycky teda ten pocit, že jí děsně otravuju, ale prostě nějak jsem se pokoušela překonat. No, a tady tohle mě teda pomohlo se nějak jako posunout, ani nevím jako, co mně přesně pomohlo, ale asi ten průšvih, v jakým jsem byla, tak jako teda to byl vlastně další pokus takovej. No, potom co jsem teda dodělala tu školu, tak jsem měla takový vobdobí, kdy jsem těch pokusů zase moc neměla (smích), to jsem jako byla ráda, že jsem ráda, to jsem se stěhovala vlastně tady do toho bytu, po rekonstrukci, jsem to tady zařizovala a věnovala jsem se tadyhletomu no, a potom prostě se stalo, že zemřel ten papoušek a že mě to zase (nádech), ale to bylo další takový, jako nemůžu říct pokus, ale prostě, to mě ten osud zase jako postrčil dál, protože jsem díky tomu papouškovi třeba, byla schopná poprvý zavolat na linku důvěry.

Takto Dorota shrnuje své pokusy o překonání svých potíží. Nalézají jich celou řadu, přičemž odhaluje, že nemá jasnou představu o tom, co by jí skutečně pomohlo. Svou cestu k uzdravení líčí skrze uskutečňování mnoha malých krůčků, které jí stále posouvají dopředu. Po rozkrytí konkrétního problému, následuje pokus o jeho překonání. Začátek vlastního „snažení se“ spojuje s příchodem do první terapie, kdy byla formálně potvrzena její odlišnost. Další pokusy jsou vždy nějak propojeny s událostmi, které mají povahu nepsychiatrické zkušenosti. Pokusem je zapojení se do vrstevnické skupiny, přestože je v příběhu jejími slovy vyhodnocena spíše jako „neterapeutická“. Dalším efektivním krokem bylo dle jejích slov překonání sama sebe ve chvíli, kdy se rozhodla zkontaktovat svou kamarádku a vylíčit jí svoje potíže. To také hodnotí jako největší dosavadní úspěch. Primárně jí nepomáhá překonávat problém duševního onemocnění, ale osamění:

na jiném místě:

L: a co považuješ za největší úspěch?

D: smích, no, to je těžko říct no, no, asi jako bych řekla, že byl ten, že jsem opravdu jako řekla té kamarádce, jestli bych si s ní nemohla posílat ty esemesky. To byl asi dost velkej úspěch, protože tím

pádem jsem vlastně, v té době kdy večer jako mám ty problémy, tak aspoň vlastně můžu někomu napsat esemesku a vidím reakci, takže prostě mám pocit, že nejsem sama

Dorota do příběhu zahrnuje i pokus, který se minul účinkem - svůj měsíční pobyt na psychiatrickém oddělení, který líčí s jistou dávkou ironie:

na jiném místě:

D: no, potom další teda pokusy byly vlastně ta hospitalizace, vod tý jsem si slibovala, že mi jako něco pomůže vyřešit, ale bohužel mi nepomohla vyřešit vůbec nic teda (.). To byl takovej pokus jako docela slepej.(smích)

3.11.15. O hospitalizaci a léčích

L: a co jsis teda slibovala, že se stane?

D: no, já jsem si slibovala jako vod toho to, že se mi podaří jako vyřešit takový, co jsem měla večer, vždycky takový jako špatný nálady, že prostě jsem měla smutnou náladu, prostě takovou úzkost jako zvláštní, všechno tak jako pomíchaný dohromady a chyběla mi blízkost vlastně večer a nedokázala jsem si s tím poradit

L: a co jsi čekala, že se stane v té nemocnici?

D: no, já jsem čekala, že prostě, já jsem tak jako, ještě mám takovej problém s tím, že já když přijdu do té psychoterapie a nejsem zrovna v tom emocionálním rozpoložení, tak votom se mi vlastně jako hrozně těžko mluví

L: hm

D: protože já vo tom dokážu mluvit strašně, jakoby racionálně, ale nedokážu se prostě jako do toho ale vcítit. Takže tam jsem si slibovala vod toho to, že tam budu moct s někym mluvit v tu chvíli, kdy se mi to děje. Ale přišla jsem na to, že vlastně tam není jako nikdo, s kym bych tam měla jako důvěru mluvit.

Dorota mi vykresluje svou představu o účelu psychiatrické ambulance a to, jak se jí tato představa nepotvrdila. Opět vystihuje svou snahu svoje problémy řešit a využít k tomu všechny nabízené terapeutické prostředky. Od hospitalizace očekává konkrétní pomoc v podobě možnosti mít koho kontaktovat v akutních pocitech osamění. Ukazuje však, že k tomuto tato instituce neslouží:

L: a tam se ti nikdo nevěnoval?

D: no, tam sice byli doktoři, ale že by se s nima tady votomhletom dalo mluvit, tak to mně přišlo, že je dost nepravděpodobný(.), tam jako, se řešily hlavně léky.

Léky jsou nedílnou součástí Dorotina každodenního života. Popisuje svoji zkušenost s nežádoucími účinky a až ironicky se vyjadřuje o absurdní nutnosti „užívat léky na léky“.

na jiném místě:

L: a tam teda jako s tebou dělali co?

D: tam mně vyléčili nějaký (název onemocnění), který jsem měla no, a pak mně tam nasadili nový lék

L: aha

D: kterej teda do dneška nevim jako, jestli mi pomáhá

L: ten máš pořád jo?

D: no

L: a to mělo jakoby dělat co ten lék?

D: no, to měl být teda lék, kterej měl podle nějakýho výzkumu zvyšovat schopnost antidepresiv mít antidepresivní účinky (smích)

Dále se dozvídám podrobnosti o tom, proč tento pokus o vyléčení nazvala „slepým“. Měsíční pobyt v léčebně sice přečkala, ale dle jejích slov výrazně ovlivnil její schopnost se o sebe postarat „venku“, což nedává do souvislosti s nemocí, ale čistě s pobytem v psychiatrickém zařízení a s nežádoucími účinky léků:

na jiném místě:

L: no, a ještě si říkala, že ty když jsi přijela, tak ti bylo hůř, než když jsi tam jela

D: no, když jsem přijela, tak mi teda bylo mnohem hůř, než když jsem tam přišla (smích)

L: a jak to?

D: no, já jsem to tam prostě nějak jakoby, jednak jsem se tam hrozně nudila a jednak jsem se tam vodnaučila se vo sebe starat a prostě řešit takový věci, jako si dojit nakoupit, uvařit si. Prostě jsem přišla domu, tady jsem byla úplně sama, tam jsem byla na pokoji se čtyřma lidma, tady jsem byla úplně sama no, a teďka jsem musela řešit tyhle věci, že se mi tady za ty dva měsíce nashromáždily složenky prostě, a že jsem potřebovala dojit na nákup a tohle, a teďka do toho jsem měla to (název léku), který mně způsobovalo to, že jsem se pořád musela pohybovat.

L: hm

D: to jsem ještě neměla (název dalšího léku) v té době, kterej mně to tlumí. Jo, a teďka jsem řešila pořád to, že dojit kamkoliv byl pro mě problém, protože jsem teda měla problémy s tím třesem, pak jsem měla ještě problémy s tím, že jsem byla přecitlivělá na sluníčko a že jsem měla strach, že když budu po ulici, tak že se mi udělá z ničeho nic špatně.

D: no, to bylo všechno z těch prášků

3.11.16. O porozumění: uvězněná v pevnosti

L: tak jo, takže kdybys teda měla jako říct, jak jako ty tomu svému onemocnění rozumíš a co ti pomáhá mu vlastně rozumět, nebo jako co tě vede k tomu, že podnikáš určitý jako kroky a myslíš si, že teba ti pomůžou?

D: co mi pomáhá rozumět, no, to je takový docela jako hodně těžký jako říct

L: hm

D: ehm, prostě, já to vidím tak jako kontinuálně jako, takovej nějaký prostě příběh, vlastně vod doby, kdy jsem jako ještě byla docela malá. Víceméně tomu rozumím jako, že je to vlastně, že to byla když jsem byla malá, tak to byla snaha prostě, bejt samostatná a izolovat se vod všech, protože jsem si myslela, že když jako ovládnou všechny svoje emoce a všechny svoje potřeby tak, že potom teda budu ta správná a dokonalá a zvládnou všechno a že jsem ty svoje emoce a ty potřeby tak nějak zabetonovala do takový prostě nějaký pevnosti, ve který ted'ka jako jsou uvězněný a ze který nemůžou ven a já je potřebuju dostat na svobodu no, a jako říkám si, že když to šlo uvěznit, takže by to mělo jít i dostat ven, no

Dorota představy o své nemoci líčí téměř pohádkově. Samu sebe vidí jako statečnou hrdinku, která ve snaze zalíbit se a přiblížit se lidem (primárně rodičům) svou dokonalostí a samostatností sama sebe přivedla na cestu osamění. Dnes jako dospělá prohlédla svou mladickou nerozvážnost a hledá cestu z pevnosti ven, zpět do světa lidí. V žánru pohádek obvykle na závěr přichází rozuzlení v podobě šťastného konce. Uvězněné princezny bývají vždy (většinou někým) vysvobozeny. Zde však Dorotin příběh zůstává zahalen nejasnou budoucností, však s předpokládaným ideálem, že nakonec všechno dobře dopadne. Role vysvoboditele je také nejasná, je však k vysvobození nutně potřeba druhých? Dorota prezentuje svůj náhled, který je i z terapeutického hlediska důležité mít. Do jisté míry se cítí být obětí (nedocenená, nepřijatá, zklamaná), ale zároveň přiznává vlastní podíl („vlezla si do pevnosti sama“, „s lidma to moc neumí“).

Více se k porozumění dostáváme v samotném závěru rozhovoru. Přestože Dorota líčí svoje pokusy o překonání nemoci v souvislosti s terapeutickou léčbou, na závěr vyjadřuje pochybnost o tom, zda její dosavadní pokroky bezprostředně vycházejí z terapie.

L: takže prostě, jakoby máš asi vobrovskou důvěru v to, že ty věci pomáhaj a zároveň vidíš nějaký jako posuny, že se to teda zlepšuje jo? Za tu dobu?

D: No, jako posuny určitě vidím, jako nakolik jsou způsobeny psychoterapií, to nevím.

Dorota stvrzuje svou potřebu znát svůj příběh o nemoci a rozumět především tomu, jak její potíže vznikaly a co vše s nimi může souviset. I v úvahách o porozumění jsou nakonec její potíže shrnuty pod pojem samota i přes předchozí systematické líčení konkrétních „příznaků“ (negativismus, myšlenky na sebevraždu, únava), které můžeme spolu s ní diagnosticky vyhodnocovat jako depresivní (přestože je aktuální Dorotina diagnóza jiná).

L: no, a takový to jako víš co, voni, ve všech knížkách se prostě píše, že jakoby to porozumění tý nemoci, že prostě pomáhá jakoby při tý léčbě

D: hm

L: mě by zajímalo, co je jako pro tebe tím zdrojem toho porozumění, jako co je důležitý vo tom vědět, co je důležitý nevědět?

D: smích, co je důležitý vo tom vědět, no, tak, jako pro mě je důležitý vědět tu svoji historii prostě, jakým způsobem jsem se vyvíjela, prostě vod začátku jak to vlastně vzniklo. Jako vědět to, že jsem prostě nějakým způsobem, jsem si do toho jakoby vlezla sama, prostě do toho problému a jakým způsobem vlastně jsem se chovala, tak jsem si ten problém takhle jakoby zvětšila, že jsem se teda uzavřela, izolovala jsem se a nikomu jsem neřikala s čím mám problémy, nebo jaký mám starosti, nebo prostě nic jsem nikomu neřikala, tím pádem jsem se prostě jako vodřízla vod lidí a byla jsem dlouho vodříznutá a potom jsem se postupně zase začala jako přibližovat, ale takovýma prostě strašně malinkýma krůčkama.

L: hm

D: takže, já bych jako řekla, že pro mě je důležitá ta historie, vědět teda, jak to vzniklo, to je asi jako důležitější, než vědět jakou mám diagnózu

L: a k tomu jako ti ta terapie asi pomohla, ti prostě jako zprostředkovat jakoby tu historii jo? Ten příběh prostě nějak jako převyprávět?

D: no, jako k tomu jsem se dostala během terapie, samozřejmě, vono to není jenom jako v tý terapii, že by to bylo jako jenom v tý hodině, ale potom to jako člověku tak nějak dobíhá ty věci a pak si ještě vzpomene na něco dalšího jo, takže prostě to třeba jako si uvědomí ve chvíli, kdy vo tom přemýšlí někde v tramvaji, nebo doma večer, ale v rámci toho, že jsem si vo tom povídala s terapeutem a nějak mi na to naskakovaly nějaký další věci no

V závěru svého příběhu Dorota potvrzuje, že porozumění nemoci skrze vysvětlení příčin je pro ni vyhovující a přes terapeutické (odborné) zprostředkování přirozený proces, ve kterém nalézá oporu. Je také přímým potvrzením její identity jako nemocné. Její odbornost je z příběhu téměř vyloučena.

L: a jak je to teď?

D: no jak je to teďka? No já bych řekla, že jsem na tom podstatně líp, než jsem na tom byla třeba, když jsem končila základní školu. S tím kontaktem s těma lidma jsem jako hodně pokročila a co se týče těch emocí a toho sdělování těch potřeb určitě taky.

L: to znamená, že se jako cejtíš líp? Že prostě to jako je ten vzdravnej proces, kterej vidíš jo?

D: no, člověk se prostě někdy cejtí líp, někdy hůř, ale když se na to dívám jako na celek, tak si myslím, že tam ten vzdravnej proces teda funguje

L: hm, tak to je dobře, tak to je asi všechno, už tě nebudu trápit. Děkuju.

3.12. Shrnutí

Dorotě byl během mnoha let terapie nabídnut odborný výklad jejích potíží na základě pátrání po příznacích a příčinách v její minulosti. Ten bezvýhradně přijímá a svou biografii utváří v souladu s touto terapeutickou koncepcí. Terapeutickou práci často nahlíží kriticky, nicméně její důvěra ve funkčnost a užitečnost dominantního diskurzu zůstává naprosto nedotčena i přes líčení zásadních porušení etických norem terapeuty. Svoji odbornost Dorota neuplatňuje ani při líčení podrobností své léčby, ani při samotném výběru terapeutických možností, které jsou obecně k dispozici. Svou znalost používá spíše v rovině neotřesitelného potvrzení pravdivosti své identity jako nemocné. Seznamuje mě se svou představou, že porozumět nemoci znamená porozumět jejímu vzniku. Tentokrát nepovažuje za důležité ji jakkoli pojmenovávat. Diagnóza je při druhém rozhovoru důležitá pouze v okamžiku definitivního potvrzení stavu nemoci, ve chvíli, kdy přestává svou situaci zvládat a potřebuje ji nějak nově uchopit. Má tak jakoby oznamovací funkci, umožňuje ono vyvinění z neschopnosti plnit sociálně ustanovené normy. Přijetí diagnózy a s ní spojené role duševně nemocného, je stvrzeno Dorotinou ochotou léčit se také pomocí léků, které do té doby striktně odmítala. Skutečnost, že během léčby došlo k přehodnocení diagnózy Dorota ani tentokrát nijak nereflektuje. Diagnóza simplexní schizofrenie tím pádem existuje pouze někde „na papíře“, formálně. Dorota své potíže primárně spojuje s tématem osamocení. Deprese je ve vyprávění „pouze“ jejím důsledkem. Součástí terapeutické práce s nemocí je i přehodnocení vlastního podílu viny a přijetí vlastní zodpovědnosti. Během vyprávění jsem této proměny svědkem - od obviňování druhých (neměli na mě čas, nedokázali mě dostatečně ocenit), ke kritickému náhledu na vlastní jednání (vlezla jsem si do toho sama, s lidmi to moc neumím).

Doporučení obvodní lékařky kontaktovat psychiatra otevřelo Dorotě cestu ke kariéře nemocného. Tuto cestu započala s absolutní důvěrou, zažívá na ní mnohá i nebezpečná dobrodružství, ale pevně věří, že na jejím konci je vysvobození z osamění.

Ve třetím rozhovoru společně otevíráme téma druhé diagnózy.

3.13. O „neexistující“ druhé diagnóze

Třetí rozhovor byl uskutečněn o čtyři měsíce později, v období, kdy Dorota absolvovala nové diagnostické vyšetření, které mělo potvrdit či vyvrátit aktuální diagnózu simplexní schizofrenie a kdy s napětím očekávala výsledky. V této souvislosti jsme společně mnohokrát vedly diskuze na toto téma. Dozvěděla jsem se, že Dorotina potřeba nechat přehodnotit svůj zdravotní stav vyplynula z rozhovorů s matkou, která v té době docházela na kurzy pro rodiče osob s duševní poruchou. S tímto rozhodnutím také souvisela skutečnost, že Dorota velmi specificky zachází s vyslovenou diagnózou simplexní schizofrenie. Nutno podotknout, že během našeho téměř dvouletého setkávání se Dorotin zdravotní stav významně zlepšil, což je potvrzeno i postupným vysazováním léků ošetřujícím lékařem. Výsledky posledního vyšetření nakonec diagnózu simplexní schizofrenie nepotvrdily.

L: a jak jsi vnímala to, když ti řekli, že máš schizofrenii?

D: No, ze začátku jsem v tom měla zmatek, ale pak jsem si musela říct, že to je jako prostě jenom diagnóza. To je prostě, jenom něco co mě někdo jako označil, ale já se tím prostě nesmím řídit, jakoby v tom životě, jako jak sama sebe chápu, protože to bych se zbláznila.

L: Jako, že to je tak špatná diagnóza, že by ses z toho zbláznila, nebo co?

D: no, nebo jako vůbec, člověk si začne sám sebe chápat jako schizofrenika, tak jako podle mě to tak jako začne vidět tak trochu černě jako ty věci. Tak jako si začne říkat, dobře, tak schizofrenici mají tohle tohle tohle, že to znamená, že já to mám taky a že prostě jsem nějaká divná.

Na mou otázku Dorota reaguje velmi zajímavě. Potvrzuje, že je diagnóza schizofrenie v jejím životě jakoby odsunuta na vedlejší kolej: „to o mně říkají druzí, ale já schizofrenik nejsem“. Potvrzuje také, že v jejím případě vyslovení diagnózy duševního onemocnění představuje zásadní morální zkušenost, která ovlivňuje koncepci sebe sama. Přijmout konkrétní diagnózu znamená, přijmout nový obraz sebe. Navzdory posouzení lékaře Dorota odmítá své potíže pojmenovávat jako schizofrenii. Do tohoto rozhodnutí nevtahuje svou odbornost, zásadně nepotvrzuje ani neodmítá její pravdivost. O diagnóze

schizofrenie hovoří jako o nálepce, pouhém označení, které je třeba ignorovat, neuskutečnit, protože v opačném případě významně mění vnímání sebe sama (*jinak bych se zbláznila*). Dorota tuto proměnu definuje na základě obecného obrazu schizofrenika, který je jí dostupný nejen skrze její odbornou znalost (*schizofrenici maj tohle, tohle, tohle*), ale také z pozice, jak by ji vnímali druzí (*prostě jsem nějaká divná*). Mít schizofrenii znamená být schizofrenik. Stát se schizofrenikem znamená definitivně se stát bláznem. Dorota vnímá některé své atributy jako odlišné od normy, ale necítí se *být divná jako schizofrenik*.

L: No, a když máš depresi?

D: když mám depresi, tak mě to nepřijde, že je to až tak jako, že bych byla divná

L: hm

D: jo, že prostě deprese je jakoby v úvozovkách, jenom deprese, že prostě to znamená, že člověk má teda blbou náladu, prázdno, prostě bahno a já nevím co všechno, ale jako není tam vokolo toho to, že je to takovej prostě s téma bludama a s téma halucinacema a tak dále no. To slovo schizofrenik mě přijde, že je prostě větší stigma než deprese no.

L: hm

D: Teda aspoň já jsem to tak chápala no, prostě.

Dorotina interpretace diagnostického světa jí přináší možnost diagnózu si vybrat, pojmenovat jinak, případně neformálně odmítnout nebo utajit před druhými i před sebou. Tím nevpustit do života případné stigma, nebo alespoň ho učinit přijatelnějším. Volí strategii „*diagnóza není důležitá*“, která jí umožňuje chránit obraz o sobě a svou situaci zvládat. Při porovnávání dvou diagnóz bagatelizuje svoje potíže. Deprese se najednou stává „*jen*“ blbou náladou, prázdnotou a bahnem, zatímco schizofrenie představuje svět „*šílenství*“, bludů a halucinací. To i přesto, že konkrétně diagnózu simplexní schizofrenie právě tyto příznaky neprovázejí. Dorota svou strategii dále popisuje podrobněji. Znovu staví svou identitu na základě své odlišnosti. Vyhrazuje se i vůči ostatním nemocným, čímž znovu potvrzuje výraznou potřebu zachovat si vlastní individualitu.

D: tak jsem si řekla, že se tou diagnózou nebudu zabývat, že prostě musím, musím si říct, že prostě mám takový problémy, jaký mám, že jinej třeba takovýhle problémy, v týhle kombinaci třeba nemá, ne že by nikdo neměl takový problémy, co mám já individuálně, ale prostě, že jakoby žádná diagnóza na mě nebude jakoby přesně pasovat

L: hm

D: že prostě se musím, jakoby nějak chápat ne podle diagnózy, ale spíš jakoby jako člověk, kterej má prostě nějaký problémy, který prostě vnímá a že tu diagnózu mě prostě určovaly ty problémy, který mám pro mě prostě jakoby

L: hm

D: že mám problémy prostě třeba s komunikací s lidma, že mám problémy s únavou a tak dále, ale prostě neříkat tomu, že to je prostě nějaká diagnóza

L: hm (.) a to ti pomáhá s tím jako (.) být prostě

D: no, já myslím, že mi to pomohlo hodně, že jsem se dokázala jakoby zbavit té představy, že to je schizofrenie a že jsem jako určená nějakou schizofrenií

S tím souvisí i Dorotina potřeba hájit si vlastní náhled na své potíže. Je člověkem „s určitými problémy“ a s touto představou se plně identifikuje. Nastíňuje tak svoje hledisko, které rozlišuje mezi „mít problém“ a „být problémem“, neidentifikuje se jako původce, ale příjemce potíží, který je nějak zvládá. Stejně probíhá její sebezprezentace během vyprávění. Diagnózu pro sebe nepotřebuje, rozumí si i bez ní, výhradně však z pozice příjemce péče nikoli profesionála.

L: jo (.) no, a teď to teda nečekáš od té doktorky jako znova, že to jakoby potvrdí a kdyby jo, tak co?

D: no, tak jako, kdyby jo, tak prostě je to diagnóza, stejně bych si to takhle jako nepřipouštěla, že jsem prostě schizofrenik. Možná, že mě řekne třeba něco jinýho, že jsem něco jinýho, nebo možná že mě třeba řekne, že jsem už na tom líp, nebo že prostě už jako diagnóza není platná.

L: hm

Dorota deklaruje, že ani případné opětovné potvrzení diagnózy simplexní schizofrenie nezvrátí její pojetí sebe sama. Je rozhodnutá diagnózu nevpustit do svého života. Zpochybňuje, i když mírně (relativizuje) medicínské vědění. Výraz „*jsem něco jinýho*“ a ne „*někdo jiný*“ je zásadní pro pochopení jejího postoje.

Dovoluje si také předpokládat výsledky vyšetření, čímž implicitně vyjadřuje přání a naději, „*jak by to s ní mělo dopadnout*“. V tomto okamžiku se na malou chvíli stává odborníkem:

D: ale prostě, podle toho, co jsem tam prostě předváděla na těch rozumovejch testech, na tom vechslerovi, bych jako řekla, že tam jako žádný problémy nebyly

L: hm

D: no, tak prostě nevím co s tím roršachem jako vymyslí, protože roršacha já neumím

L: hm

D: no, a tam mi dávali ten dlouhý dotazník, minesotskej, a tam jako podle toho, co jsem tam napsala, jako bych řekla, že mě asi, by mě asi mohli zařadit jako schizoidní osobnost teda

D: a to prostě taky nevím, nakolik to na mě sedí no

L: hm

D: tak uvidíme, co z toho vykoumá no.

Teprve nyní se setkáváme s Dorotou jako s psychologkou. Prezentuje svou znalost diagnostických testů, které absolvovala a na jejich základě vyslovuje svoje závěry. Předpokládá, že její výsledky budou znovu přehodnoceny a sama si stanovuje úplně novou diagnózu. I případná porucha osobnosti je v tomto světle vykreslena jako menší problém než schizofrenie. Nepřehlédnutelné je přitom sdělení, že ani diagnostické mechanismy nemusí mít skutečnou vypovídací hodnotu. Jakoby diagnostika sloužila více profesionálům, než pacientům.

Závěr rozhovoru je věnován otázkám, které shrnují již vyslovené a dále přímé konfrontaci Doroty jako psychologky a Doroty jako nemocné:

L: No, třeba jsem se ptala jakoby, co ti pomáhá (.) jakoby, čím právě se řídíš v tom smyslu jakoby, jak ty chápeš, co s tebou jakoby je, jak ty tomu jakoby rozumíš?

D: Hm, jako jak tomu rozumím, jako, jak si to vysvětluju?

L: hm, podle čeho prostě

D: no, tak jako já jsem v takový fázi asi prostě, kdy jsem jako dlouho chodila na tu psychoterapii předtím, jako než se mi začaly ty depresivní stavy nějak jako dělat

D: takže mám pocit, že třeba mám to dětství jakoby propátraný prostě, co se tam stalo, nebo nestalo

L: hm

D: a jakoby podle toho co se tam dělo, třeba v tý školce, jak jsem tam jako se pohádala s tou holčičkou a pak jsem si hrála sama, tak mám pocit, že tohleto je jakoby jeden bod, kdy mě to nasměrovalo jako na tu cestu, že teda jsem samotář, že jako to s těma lidma moc jakoby neumím, s nima nepřicházím do styku

L: hm

D: že prostě třeba, když jsem v noci brečela, když jsem byla malá, protože táta prostě chodil jako mě vyhrožovat vařečkou, že mě seřeže jako, to si taky pamatuju a vim prostě, že vod tý doby mě to taky nějak jako zarazilo. Že prostě brečet se nesmí a...

L: hm

D: že to musím potlačit, že ty velký emoce prostě, který mám v sobě, musím potlačit

Otázka porozumění nemoci je pro Dorotu pevně spjata s pátráním po příčinách vzniku a s konkrétními událostmi v jejím životě. V posledním rozhovoru, s odstupem času její potíže do jisté míry ztrácejí fatální charakter. Nemoc tu téměř není vyjádřena, popisuje samu sebe jako samotářku, která má jisté potíže s potlačováním svých emocí, čímž se přibližuje normalitě. Jako problém, který si nese z dětství. K překonání potíží však toto porozumění nestačí. Ještě je nutné *překročit vlastní stín*.

D: no, prostě, že tady tyhle věci jakoby mám nějakým způsobem jako bych řekla, že vysvětlený, ale jako, to vysvětlení prostě nestačí k tomu, abych to jako přestala prostě dělat po staru a abych si ty problémy jakoby nepřivozovala nějak

L: hm

D: že na to člověk ještě musí bejt schopnej prostě udělat jako nějakou změnu

L: no a?

D: takže jako já si myslím, zase na druhou stranu, že jsem jako těch změn udělala hodně, za tu dobu, ale prostě ještě pořád jsou věci, který bych asi změnit měla

L: hm, a k tomu se chystáš

D: No, tak jako já bych řekla, že se vo to průběžně snažím.

L: hm

D: takže asi jak si to vysvětluju, tak prostě pro mě to jsou jako tyhle ty konkrétní věci, který k něčemu vedly

Svou odbornost představuje jako zbraň:

L: no, ve vztahu k tomu, že prostě jako máš na ty věci, nebo jako můžeš mít větší jako náhled, než člověk, kterej je laik prostě, tak prostě jestli si třeba myslíš, že třeba to že jsi profesionál, ti nějak jakoby zároveň škodí, protože jsi zároveň jakoby nemocná, že jo

D: tak jako vono je to takový jako oboustranný, na jednu stranu jsem prostě věděla vo těch příznacích, jaký třeba jsou, tak jsem jako poznala, že se se mnou něco děje a že mám jít do nemocnice prostě si postěžovat někde, aby mě, aby tam se mnou něco udělali

L: hm

D: a na druhou stranu jako člověk, jak má jako prostě naučený ty věci jako rozebírat a to, tak bych jako řekla, že to škodí v tom, že prostě rozebírá příliš nebo rozebírá tak, jak by se rozebírat neměl

L: hm

D: takže, když třeba začne rozebírat radost, jako, tak jí prostě rozebere a už jí nemá

L: hm

D: Když začne rozebírat sebe, prostě jakej je, tak prostě dojde k tomu, já nevím, jako dojde k tomu, že prostě jsem jako v určitéjch věcech nezralá a to mě prostě štvě a připadá mi, že takhle jako nemůžu vylízt lidem na voči.

L: hm

D: že prostě když to člověk vezme jakoby jako takovej nástroj, jak sám sebe odsoudit jo

L: hm

Dorota je přesvědčená, že své potíže díky své odbornosti dokázala odhalit včas. Zároveň jí její znalost pomáhá s důvěrou se svěřit do rukou odborníků. Ve svých rukou však vidí svou odbornost také jako nástroj k vlastnímu odsouzení. Cítí se být více obeznámená s problematikou diagnóz a prognostických předpokladů k vyléčení. V této souvislosti se znovu vrací k tématu schizofrenie. Psychologie v rukou nemocného pro ni samotnou představuje zároveň problém při zacházení s vlastní nemocí:

D: a potom ještě navíc, když třeba jako člověk ještě ví, že to onemocnění má nejistou prognózu, tak potom ještě je nervózní navíc z toho, jako jestli se z toho dostane, nebo nedostane, nebo jak to vůbec je

L: Ale tak to si přece můžeš přečíst v učebnicích i jako laik, ne?

D: No, to si můžeš přečíst, ale stejně prostě, jako bych řekla, že to k tomu nějakým způsobem patří no. Že si třeba uvědomíš, že ta schizofrenie prostě konkrétně, jako třeba není vůbec jednoduchá a že prostě můžou nastat jako různý komplikace a že člověk jakoby začne mít i strach, aby nezačal mít ty bludy anebo ty halucinace, i když je před tím neměl jo. Že to tak nějak jakoby posiluju.

D: ale jako přijde mi, že vono jako na jednu stranu prostě, člověk nebo já prostě, vo tom vim nějaký jako teoretický věci a pak jako do toho dobře nasedá ten můj strach, jako že si prostě vždycky něco vybere jako z té teorie a prostě poučku a teďka mě s tím začne jako zpracovávat. Že se to prostě jakoby dohromady spojí no.

L: hm

Svou odbornou znalost nakonec Dorota umisťuje do minulosti. Znovu potvrzuje své přesvědčení, že kdyby nebyla psycholog, mohla by být její cesta k nemoci mnohem dramatičtější. Tehdy bylo důležité rozpoznat svoje příznaky. Nyní však na svou znalost příliš nespolehá, naopak se cítí být svobodnější, „*když hází psychologii za hlavu*“.

L: No a teda, když se tě jako zeptám, jestli si jako myslíš, jestli bys na tom nebyla líp, kdybys nebyla psycholog?

D: No, já mám obavu, že bych na tom asi líp nebyla, protože bych tenkrát nešla do toho krizového centra. Protože já jsem měla jakoby stav, kdy jsem si říkala, jako jak jsem strašně špatná a že za to můžu a že bych to měla skrývat.

L: hm

D: a kdybych nevěděla, že tohleto je příznak nějakého duševního onemocnění, tak bych s tím prostě nikam nešla, protože bych si myslela, že to mám skrejšvat a asi bych se rozjela daleko víc a asi by mě nakonec ta psychiatrie neminula, akorát, že by to asi bylo pozdějc a bylo by to asi dramatičtější

L: hm

D: to si myslím

L: hm

D: že v tomhleto bodě, mě to jako zachránilo, jinak tím, že tu psychologii vlastně nedělám a že jsem už dlouho po škole, tak jako se mi docela daří to vyhodit z hlavy a přemejšlet vo těch věcech takovým jako primitivnějším způsobem a myslím, že mi to dělá dobře. Že příliš se hrbat v tý psychologii, by mě to přivedlo do nějakých prostě pochybností vo sobě a že když na tohleto kašlu, tak že je mi líp no.

3.14. Shrnutí

Třetí Dorotin příběh odhaluje Dorotin způsob zvládání etiketizace a zacházení s později vyslovenou druhou diagnózou simplexní schizofrenie. Zvládnout novou situaci spojenou se změnou diagnózy Dorotě celkově umožňuje její strategie, která by se dala pojmenovat jako „*diagnóza není důležitá*“ („*možná ani žádná taková neexistuje*“). Dorota ve svém vyprávění zviditelňuje „Velký příběh schizofrenie“ jako příběh o stigmatu trvalého charakteru, který je v našem kulturním prostředí stále živý. V tomto světle je tak deprese ztvárněna jako „lehčí“ nemoc, která je způsobena „*jen*“ konkrétními událostmi a „*neadekvátními*“ reakcemi na ně. Zatímco Dorotin výklad schizofrenie vykazuje „*divného*“ jedince za hranice normality trvale a definitivně. Její strategie bagatelizace významu diagnostických kategorií jí umožňuje (nejen) soustředit se pouze na své individuálně prožívané potíže. Z hlediska teorie zvládání stigmatu, jde o komplexní strategii (separace od zjevněji stigmatizovaných), která stigmatizovanému jedinci

umožňuje na základě stratifikace stupně „závažnosti“ stigmatu začlenit sebe do kategorie „více normálních“ (Goffman, 2003: 124). Schizofrenie je tak pro Dorotu pouze nálepkou, kterou na sebe za žádnou cenu nenechá přilepit. Pokud by to udělala, musela by se stát schizofrenikem, což však odmítá s cílem chránit sebe samu před takovým označením. Dorota tím vyjadřuje výraznou potřebu zachovat si vlastní individualitu, navzdory svým potížím. Takto přiblížené normalitě je snad dokáže zvládnout a zůstat sama sebou.

Propojení Dorotina „Malého příběhu“ s „Velkým příběhem o depresi“, jí primárně napomohlo k tomu stát se nemocnou. Dorota se do této role plně vžívá. Tím se pro ni otevřel prostor, ve kterém je jí umožněno se léčit.

Při konfrontaci Doroty jako nemocné s Dorotou odborníkem opět vítězí perspektiva pacienta. Svou odbornost využívá při zvládnání nemoci jen zřídka. Zvláštní kombinaci dvou odlišných skutečností (pacient/duševně nemocný a zároveň odborník/psycholog) spojuje pouze na základě svých otázek. Dle svých slov třímá v rukou obousečnou zbraň. Odborná znalost jí napomohla při prvotním porozumění povaze jejích potíží, ale sama ji v boji s nemocí používá mnohdy poněkud nemotorně. Jako nástroj, kterým si může sama ublížit, sloužící k vlastnímu odsouzení. Proto je jejím výsadním právem „*hodit psychologii za hlavu*“ a na svoji odbornost zapomenout.

3.15. Když se velké a malé příběhy prolínají

Psychologický diskurz nejen hlubinně orientovaných směrů (Drapela, 1998) považuje z hlediska vývoje jedince za nejpodstatnější zejména první tři roky života, kdy dochází na symbolické úrovni k **budování důvěry k lidem** (teorie vazby). Vztah matky k dítěti v prvním roce života je dokonce považován za prototyp všech dalších silných citových vztahů. První rok života je dle odborníků určující také pro případný pozdější rozvoj depresivní poruchy (Říčan, 2004: 101-111). Ve vyprávění Dorota tuto, z hlediska vývojové psychologie, velmi podstatnou etapu života téměř okamžitě opouští jako krajinu zapomnění. Významným Dorotiným i psychologickým tématem, je však **separace dítěte od rodiče**, která může být pocíťovaná a prožívaná jako **výrazná ztráta** až deprivace.

Předškolní věk obecně je z hlediska dominantního příběhu psychologie popisován jako období, ve kterém jsou položeny základy socializace. **Zklamání a negativní zkušenosti v budování vztahů** i s vrstevníky, které se v Dorotině vyprávění rovněž objevují, jsou považovány za rizikové a můžou předznamenat pozdější vznik psychických potíží.

Pro období 11-15 let jsou vyhrazena témata **první lásky, tajemství** a her. Charakteristické jsou také **výkyvy nálad a proměny emocí ve vztahu ke světu**. Zajímavé je, že zhruba v tomto životním období se Dorota s podobnými tématy potýká a díky nim se prvně dostává do kontaktu s odborníky.

Z psychologické perspektivy nepřestává hrozit nebezpečí, že jedinec bude vykazovat formy rizikového chování, které mohou signalizovat vznikající potíže, ani v pozdějších životních obdobích. Případné **úniky a uzavírání se do vlastního nitra** může být nahlíženo jako „denní snění“ a záliba v jezdeckví může být v prostředí psychologické ordinace konstruována jako „únik ke zvířeti“ (Říčan, 2004: 180).

K dalšímu prolnutí příběhů dochází při zviditelnění témat **únavy a stresu, úzkosti a strachu**, které jsou v psychologickém diskurzu důležitým orientačním vodítkem (symptomem). V případě naplnění dalších diagnostických podmínek (zejména při **řetězení negativních životních událostí**) mohou vést až k vyslovení diagnózy nejen depresivní poruchy, ale i schizofrenie (Drapela, 1998; Praško a kol., 2003; Vágnerová, 2007).

3.16. Zodpovězení výzkumných otázek

•*Jak informantka svému onemocnění rozumí?*

Dorotino vyprávění je v průběhu všech tří rozhovorů organizováno kolem několika psychologicky významných témat (**vztah matky/rodičů k dítěti, zklamání, vztahy s vrstevníky, negativní životní zkušenosti, uzavírání se do sebe, úzkost, stres**). Porozumění nemoci se jí stalo dostupné, skrze rozkrývání vlastní historie a událostí, které měly vliv na vznik jejích potíží. Hlavní tematickou linií příběhu je tak zprostředkování tohoto porozumění skrze odkrývání těchto témat a událostí. Hlavní témata se prolínají, navazují na sebe časově i kauzálně a řetězením podporují příběh o problému samoty, který je zpětně rekonstruován jako nemoc. K vysvětlení nemoci Dorota používá i líčení událostí, které mají původně pozitivní náboj. Výsledný obraz je tak velmi kompaktní, systematický a definitivní.

Medicinizace jejího „**problému s lidma**“ přichází v okamžiku, kdy se společně s matkou vydávají pro radu ohledně Dorotina možného budoucího povolání k obvodnímu lékaři. Její problém byl na půdě zdravotnického zařízení okamžitě přeformulován a předán do rukou speciality (psychiatra). Následně jí byla nabídnuta možnost řešit svůj problém primárně pomocí léků a psychoterapie. Porozumění svým potížím jako nemoci Dorota

přijímá a využívá psychoterapie k uskutečňování malých krůčků, které podle ní „možná“ pomalu vedou k překonání problému/uzdravení.

Od té doby Dorota absolvuje dlouhou cestu odkrývání své minulosti, umisťuje na ni úspěchy, zvraty, ale i další zklamání. Takový náhled téměř vylučuje alternativní uchopení skutečnosti. Je zajímavé, že Dorota ve své situaci přesto s jistou alternativou pracuje. Dlouho cíleně odmítá farmakologickou léčbu (až do chvíle, kdy situaci přestává sama zvládat) a nepřijímá diagnózu simplexní schizofrenie z obav před nutností změnit pohled sama na sebe. I přesto, že je jí později v ordinaci ošetřujícího lékaře stanovena diagnóza simplexní schizofrenie, tuto skutečnost sama do své biografie nepromítá. Do poslední chvíle o diagnóze skrytě pochybuje a na konci našeho setkávání podstupuje nové diagnostické vyšetření, které nakonec potvrzuje její neplatnost.

Dorotiny potíže mají z hlediska „velkého“ medicínského příběhu (diagnosticky) proměnlivou podobu, její subjektivní vnímání („malý příběh“) se ve vyprávění také vyvíjí. Přestože události a jejich sled zůstává stejný, Dorota z pozice aktérství svůj příběh aktivně a reflexivně přehodnocuje a nalézá východisko – otevírá příběh o vysvobození a změně, který chce dále žít. Dorota svůj výklad primárně ztotožňuje a přizpůsobuje diagnóze deprese. Diagnózu však potřebuje pouze pro potvrzení sebe jako pacienta. Tato role jí primárně umožňuje se léčit, nepropadnout pocitům viny a nepodlehnout tlaku očekávání (svého i ostatních). Schéma znázorňující Dorotino porozumění nemoci viz příloha I.

•*Probíhá sebediagnostický proces v souvislosti s diagnózou, terapií a prognózou, jak?*

Z výše uvedeného vyplývá, že sebediagnostický proces je důležitou součástí Dorotiny reflexivní biografické práce. Tento proces téměř vždy probíhá nezávisle na Dorotině odbornosti. Odbornou diagnostickou práci svými postoji spíše diskvalifikuje a jedná v souladu se svým přesvědčením, že diagnóza není důležitá. Svoje problémy Dorota prezentuje jako nemoc, na kterou možná ani žádná správná diagnóza neexistuje. Důležitým životním okamžikem bylo rozpoznání toho, že je s Dorotou něco v nepořádku. Pro tento okamžik shledává Dorota svou odbornou znalost důležitou. Díky studiu diagnostiky, dle jejího názoru, včas rozpoznala, „**že už jí začalo hrabat**“.

Diagnóza samotná je pro ni ale spíše jakousi uniformou. Člověk si ji musí obléknout, i když mu tak docela neseďí. Dalo by se konstatovat, že Dorota jedná v souladu s již zlidovělým nápěvem „**šaty dělaj člověka**“. Dorota pro sebe i pro své bezprostřední okolí

nosí diagnózu deprese, která dle jejího posouzení nejvíce odpovídá povaze jejích potíží. Uniformu schizofrenie neobléká vůbec.

V této souvislosti má větší význam její konstrukce toho obecně ne/normálního. Ví, že je jiná než ostatní, ví v čem a ví také, co potřebuje změnit proto, aby se cítila normálněji/zdravěji.

V teoretické části práce jsem se snažila ukázat, že je možné s touto hranicí zacházet volněji. Analýza prokázala, že Dorotiny dosavadní zkušenosti takovou volnost neumožňují. Znovu budu parafrázovat Palečka, když uvede jeho apel na nutnost vnímání nepsychiatrických skutečností v životě duševně nemocného člověka. Psychiatrická a psychologická péče a jejich diskurz často činí tuto hranici natolik pevnou, že se může zdát prakticky nedosažitelná.

Ukázky sebediagnostického procesu během rozhovorů:

„byla jsem pořád v nějakých fantaziích“

„Takže tím jsem si tak nějak určila tu kariéru už v tý školce.“

„já jsem byla hodně už uzavřená, jako extrémně a myslela jsem si, že je to správný“

„to bych řekla, že byla jako taková první známka, že prostě budu mít sklony k těm depresím“

„no a já jsem si uvědomovala, že tyhle věci jako nejsou normální, že už prostě mi teda začalo hrabat, protože jsem, (.) jako jsme se vo tom učili v nějaký diagnostice nebo v něčem, věděla jsem, že tohleto už není normální“

•Co informantka, kdy považuje za projev nemoci a jak probíhá sebe/kategorizace?

Z analýzy vyplývá, že v Dorotině příběhu o nemoci je ve hře hned několik diagnóz. Jak s nimi Dorota zachází při své biografické práci, již bylo objasněno výše. Dorota primárně prezentuje samu sebe na pomyslné škále „ne/normality“ jako osobu odlišnou a tudíž nemocnou. Role nemocné jí byla poprvé nabídnuta v období puberty, kdy jí obvodní lékařka doporučuje kontaktovat psychiatra. Zpětně Dorota vykresluje svoje potíže (již od raného dětství) jako symptomy deprese vzhledem ke skutečnosti, že tak byly diagnosticky vyhodnoceny a pojmenovány v krizovém centru těsně před ukončením jejího vysokoškolského studia. Následné přehodnocení a předdiagnostikování nemoci (diagnóza simplexní schizofrenie) je do hlavního příběhu zapracováno, až po mnou přímo položené

otázce, odmítnutím nálepky schizofrenika. Pokud by měla diagnostikovat samu sebe, měly by její potíže podobu schizoidní poruchy, čímž by svou osobnost zařadila do kategorie „nevy léčitelně jiná“. Nesoulad vlastní sebezprezentace s diagnostickými kategoriemi tak řeší po svém – diagnóza pro ni „*neexistuje*“ nebo „*není důležitá*“. To vše s cílem uchránit si vlastní sebepojetí a dosavadní porozumění potížím, kterým aktuálně disponuje. Odmítnutí nálepky schizofrenika jí umožňuje do značné míry ujasnit si vlastní sebepojetí (přijmout sebe), aktivizovat vlastní potenciál, přemýšlet o vlastní míře odpovědnosti a nacházet východisko, které jí dovoluje nepřetrhnout červenou nit svého příběhu a ponechat si eventualitu dobrého konce.

Ukázky sebekategorizace během vyprávění: Obraz deprese před diagnózou

„no, tak vono to bylo, tak nějak to vyplynulo, protože já jsem byla u té obvod'áčky ještě teda s mámou no, a tak jsme se nějak prostě vo tom bavily, já už si to přesně nepamatuju, jak to bylo, no a ta obvod'áčka právě nějak přišla s tím, že zná tady tuhletu doktorku a tak mi ji doporučila no“

„a v té škole jsem byla taková už vždycky, prostě stranou a moc jsem se jako nezapojovala do toho dění“

„to bych řekla, že byla jako taková první známka, že prostě budu mít sklony k těm depresím, protože jsem byla ze všeho otrávená, úplně jsem všechno viděla černě a jako dokonce mi ráno bejvalo třeba špatně, když jsem měla jet do školy“

„takovej černej filtr na všechno“

„domu jsem chodila strašně unavená“

„no a já jsem přemejšlela vo tom když jsem s nima jela do práce, co by se stalo, kdybych vtevřela dveře a skočila do té magistrály“

Obraz deprese po diagnóze

„takže tam mě dali (název léku) no a to bylo dobrý, protože ten mně ty moje nervy prostě zklidnil až teda moc, ale jako fungovalo to vokamžitě, no a pak mi dali antidepresiva no a tahle kombinace těch léků mně umožnila, že jsem se mohla vrátit k té diplomce“

„prostě jsem ty svoje emoce a ty potřeby tak nějak zabetonovala do takový prostě nějaký pevnosti, ve který teďka jako jsou uvězněný a ze který nemůžou ven a já je potřebuju dostat na svobodu no“

Obraz schizofrenie

„když jsem přišla do toho krizovýho centra, tak mně dali nějakou tu přechodnou poruchu přízpusobivosti, nebo jak se to jmenuje, pak teda po půl roce, jsem měla už tu depresivní poruchu, no a potom, když jsem se vrátila z té nemocnice, tak jsem měla tu diagnózu simplexní schizofrenie“

„No, ze začátku jsem v tom měla zmatek, ale pak jsem si musela říct, že to je jako prostě jenom diagnóza. To je prostě jenom něco, co mě někdo jako označil, ale já se tím prostě nesmím řídit jakoby v tom životě, jako jak sama sebe chápu, protože to bych se zbláznila“

„že prostě se musím jakoby nějak chápat ne podle diagnózy, ale spíš jakoby jako člověk, kterej má prostě nějaký problémy“

„a tam jako podle toho, co jsem tam napsala, jako bych řekla, že mě asi, by mě asi mohli zařadit jako schizoidní osobnost teda a to prostě taky nevím, nakolik to na mě sedí no“

•Ovlivňuje porozumění onemocnění vlastní volbu terapie? Jaké druhy terapie informantka volí?

Když jsem na začátku své práce stanovovala výzkumné otázky, byla jsem silně ovlivněna domněnkou, že Dorota využívá své odbornosti k pochopení své nemoci a k zacházení s ní v každodenním životě. Tato moje představa se však nepotvrdila. Ani volba formy terapie, její koncepce ani výběr terapeuta nejsou dávány do souvislosti se studiem psychologie. Dorota si téměř nevybírání, řídí se spíše podle svého aktuálního stavu (krizové centrum, hospitalizace) nebo přijímá možnosti, které se nabízejí (využívá doporučení lékařů). Pokud si vybírá sama, nijak svůj výběr nespojuje se svou odborností. Pouze v případě arteterapie byl její výběr ovlivněn studiem (volitelný kurs) a podpořen zálibou v kreslení.

•Co je důležité o nemoci ne/vědět?

Dorota pevně ukotvuje svou identitu na základě příběhu o tom, jak se stala nemocnou. Diagnostické kategorie pro ni nepředstavují stabilní oporu, a tak jich využívá pouze jako platformy, ve které jsou její potíže koncipovány odborníky. Na základě líčení důkladného pátrání po možných příčinách vytváří komplexní obraz, který má absolutní platnost. Celkový obraz nemoci dokresluje „Příběh terapie“, který zprostředkovává doklady o velmi poctivém plnění patientské role a ne/úspěších v průběhu léčby. Obsahuje

také důležité sdělení: touhu po uzdravení a zároveň po přijetí sebe samé/druhými. Takové sdělení je tak platné pro vypravěčku: vypovídá o tom, co sama ví a čím si je ne/jistá, stejně jako pro posluchače: seznamuje se ženou, která se cítí být zodpovědná za své potíže/nemoc, snaží se je řešit/léčit. Doufá, že se to podaří, ale zároveň potřebuje být po celou dobu přijímána.

Druhá část otázky je zodpovězena níže, protože ve vyprávění vznikla souvislost mezi tímto druhem ne/vědění a Dorotinou ne/odborností.

•Ovlivňuje odbornost informantky strategii zvládnání nemoci, pokud ano, jak?

Analýza ukázala, že Dorota na svou odbornost pravděpodobně příliš nespolehá. Po ukončení studia svou profesí nikdy nevykonávala a ve vyprávění naznačuje, že ji ani vykonávat nechce. Posloužila jí pouze v okamžiku, kdy rozpoznala nenormálnost svého prožívání (příznaky duševní poruchy) a to tak, že se bez zaváhání obrátila na profesionály, „*aby s ní něco udělaly.*“ Její znalost jí tak patrně především umožňuje věřit ve funkčnost principů psychologické koncepce (velkého příběhu) a umisťovat do ní sebe jako příjemce/uživatele/pacienta péče, služeb a léčby. Přijmutí diskurzu utváří základní rámec a atmosféru vyprávění, která je jednoznačně anamnestická. Fakt, že je Dorota orientována výhradně na tento způsob interpretace své žité zkušenosti, je rovněž evidentní. Zraňující momenty v průběhu terapie Dorota zpracovává jejich zapojením do příběhu, jsou pro ni zdrojem k ponaučení při vykonávání své role (jak se ne/chovat jako pacient). Její cesta je tak trvalým hledáním ideálu, na které je nutné vytrvat navzdory útrapám, které ji provázejí.

„a kdybych nevěděla, že tohleto je příznak nějakýho duševního onemocnění, tak bych s tím prostě nikam nešla, protože bych si myslela, že to mám skrejt a asi bych se rozjela daleko víc a asi by mě nakonec ta psychiatrie neminula akorát, že by to asi bylo pozdě a bylo by to asi dramatičtější“

S Dorotou psycholožkou se setkávám ve vyprávění na krátko také v momentě, kdy rekonstruuje poslední diagnostické vyšetření a vyslovuje vlastní závěry o jeho možném výsledku. Nebojí se jej vyslovit s cílem podpořit svou strategii „*diagnóza není důležitá*“.

Přestože Dorota svůj příběh se svou odborností viditelně nespojuje domnívám se, že znalost, a tím tedy i platnost diskurzu, je významným faktorem ovlivňujícím její

sebepojetí. Onu platnost však nespatřuji pouze v porozumění nemoci (tak jak je prezentována odborníky), ale také (a to v tomto případě především) v „laickém“ porozumění v duchu přesvědčení, že **„mít schizofrenii znamená stát se schizofrenikem“**.

Při konfrontaci obou rolí pacient/psycholog je tedy Dorota mnohem více pacientem, nežli „léčitelem své vlastní duše“, natož pak ostatních.

„když člověk začne rozebírat sebe, prostě jak je, tak prostě dojde k tomu, já nevím, jako dojde k tomu, že prostě jsem jako v určitéch věcech nezralá a to mě prostě štve a připadá mi, že takhle jako nemůžu vylízt lidem na voči“

• **Identifikace vlastní zvládací strategie**

Během analýzy jsem identifikovala strategii, která Dorotě pomáhá zvládat její situaci a nazvala jsem ji **„diagnóza není důležitá“**. Pro tuto strategii jsem našla analogii v teorii strategií zvládání stigmatu. Goffman (2003) pojmenovává strategii separování se od zjevněji stigmatizovaných a zlehčování vlastního stigmatu, který stigmatizovanému primárně umožňuje přiblížit se normalitě. Musím však upřesnit, že v Dorotině příběhu můžeme sledovat kontinuální proces - fáze adaptačního procesu, které se proměňují spolu s tím, jak Dorota reaguje na události a změny svého stavu v průběhu terapie a života. Dorota nejprve pojímá své potíže jako problém, který výrazně negativně ovlivňuje kvalitu jejího každodenního života a znemožňuje jí spatřovat vlastní hodnotu – tehdy pojímá své potíže jako výrazně destruktivní sílu, proti které je téměř bezmocná (nemoc jako destrukce). V okamžiku, kdy je její problém definitivně přerámčován jako nemoc, dostává novou podobu (deprese) a stává se pro ni výzvou (nemoc jako výzva k boji). V tomto boji je částečně osvobozena od skličujících pocitů viny a následně kolonizuje institucionalizovaný prostor nemoci jako svůj žitý svět. V tomto prostoru dlouhodobě setrvává a snaží se v něm realizovat své zájmy a sklony (např. kreslení v rámci arteterapie). Do značné míry tak přebírá psychiatricky/psychologicky definovaný výklad sociální reality (konverze). Setkává se však i s tím, že není vždy ochraňující a léčivý. V terapeutické spolupráci střídavě prochází stádií rebelie i regrese v Goffmanově slova smyslu a postupně získává porozumění o možných příčinách a souvislostech nemoci. Až nově stanovená diagnóza – označování (labelling) diagnózou schizofrenie, jí paradoxně pomáhá nově

uchopit a převyprávět svůj příběh, problematizovat pevné vymezení ne/normality, přijmout samu sebe a možná nalézt novou životní cestu, cestu k zotavení (recovery).

4. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zodpovědět otázku: *„Co všechno umožňuje porozumět nemoci a jak tohoto pochopení využívá nemocná v každodenním boji s ní?“* Otázka byla položena na základě dvou konkrétních předpokladů. První z nich je vystaven na všeobecně proklamované myšlence, že porozumění nemoci napomáhá terapeutickému procesu. Druhý předpoklad aktualizuje význam subjektivního a intersubjektivního porozumění v oblasti péče o duševní zdraví. Otázku analogickou otázce výzkumné, jsem ve výzkumném interview položila slečně Dorotě, která disponuje i odbornou znalostí (informantka vystudovala jednooborové studium psychologie) a zároveň je její životní příběh spojen s diagnózou duševní nemoci (deprese a simplexní schizofrenie).

Pro vymezení výzkumného problému jsem využila metafory příběhu a přiklonila se ke konstruktivistické teorii výkladu sociální reality (Berger, Luckmann, 1999; Foucault, 1994; Goffman, 1961, 2003), kterého využívá narativní přístup (Chrz, 2004). Společně s informantkou jsme tak daly vzniknout případové studii provedením tří hloubkových rozhovorů, které jsem následně analyzovala v základních kategoriích narativní analýzy. Celkově tak tato práce sleduje příběh duševního onemocnění, který je konstruován na jedné straně odborně/medicínsky („Velký příběh“) a subjektivně („Malý příběh“), na základě individuální životní zkušenosti informantky (Křivohlavý, 2001; Praško a kol., 2003; Vágnerová, 2007).

Dorotin „Malý příběh“ je o samotě, opuštění, touze po blízkosti, strachu z ní a věčném unikání, jako jediném řešení, které ji, dle jejího názoru, přivedly až do stavu nemoci. Tento příběh je zároveň projevem nemoci. Ať už její nemoc v tuto chvíli pojmenuji jakkoli, pro Dorotu znamená být sama, nedoceněná, nepochopená a nepřijatá. Takto si vymezuje každodenní prostor, ve kterém žije, jako pevnost, ze které se snaží dostat ven.

„Velký příběh“, který pro účely této práce představuje medicínský diskurz, konstituuje tuto pomyslnou „pevnost“ jako duševní poruchu. Používá k tomuto diagnostických kritérií, kategorie Deprese a Simplexní schizofrenie a léčí ji pomocí léků a psychoterapie.

Do jaké míry jsou tyto dva světy propojeny, si netroufám odhadovat. V Dorotě vyprávění jsou obsaženy oba, do jisté míry společně. Aby se ze své pevnosti dostala, akceptovala v prvních fázích veškerá pravidla. Uznává, že je nemocná, absolvuje psychoterapii, užívá léky a doufá, že se uzdraví.

Základ terapeutického procesu můžeme uvidět jako řízenou re-konstrukci nemoci samotným nemocným tak, aby za asistence odborníka postupně převyprávěl a pochopil své onemocnění a zvládl ho. Což zahrnuje celou škálu možností: od vyléčení u nemocí konceptualizovaných jako léčitelné, až po smíření se a naučení se žít s nemocí tak, aby si člověk zachoval co nejkvalitnější život.

Dominantní medicínský diskurz pomohl Dorotě vytvořit souvislý příběh o nemoci, který jí poskytuje určitou formu ochrany. Zároveň ale Dorota platí daň ve formě značné nejistoty. Ví jaká je, ví, že je jiná než ostatní, ale zároveň cítí potřebu chránit se před nálepkami, které nemůže přijmout ze strachu, že ztratí to nejcennější co má – sebe samu. V analýze jsem identifikovala konkrétní konstitutivní akce, o kterých se domnívám, že tento mechanismus „*částečně se podvolit a zároveň chránit*“ ilustrují. Nejviditelněji jej dokumentuje Dorotina biografická práce při zvládání označování diagnózou simplexní schizofrenie. Celkově jí při zvládání potíží pomáhá strategie nezabývat se ani konkrétní diagnózou, ani (do jisté míry) tím, co si o ní myslí druzí, ani svou odbornou znalostí.

Cílem této práce není problematizovat funkčnost takového porozumění. Dovoluji si však vyslovit předpoklad, že v Dorotě případě „velký medicínský příběh“ orientovaný výhradně na psychiatrické skutečnosti takovému porozumění významně přispívá. Zejména tím, jak pevně vymezuje hranici ne/normality. Ta je i v Dorotě příběhu konstruována velmi normativně. Přestože je z její strany opakovaně vyjadřována snaha o dosažení normy, je zároveň striktně, jasně a téměř definitivně předpokládána jako nedosažitelná pro ni samotnou, „*jinou*“ než ostatní. Nemoc staví jako protiklad zdraví, odlišnost jako protiklad normálního, překážky proti všemu, co mělo být snadnější, normálně dosažitelné. Přestože Dorota svůj příběh se svou odborností viditelně nespojuje, domnívám se, že znalost, a tím tedy i platnost diskurzu, je významným faktorem ovlivňujícím její sebepojetí.

Základní výzkumná otázka je odvozena od proklamovaného odborného a zdravou populací i samotnými duševně nemocnými nevědomky sdíleného konsenzu, že **plná informovanost pacienta** o povaze, průběhu a důsledcích jeho onemocnění, vede ke znalosti toho, jak s nemocí zacházet a žít. Přestože odborný diskurz z tohoto procesu nevyklučuje subjektivní pohled pacienta a zná potenciální hodnotu jeho vlastního příběhu

o povaze jeho potíží, stále ještě mu podle mého názoru věnuje málo pozornosti, než by si zasloužil. Dorotin příběh nemoci a léčby jsou toho často důkazem.

Vzhledem ke kvalitativní a narativní povaze dat, kterých v této práci využívám, není mým cílem zde publikovaná zjištění generalizovat. Nemám v úmyslu ani naivně strhat dosavadní stupeň poznání v oblasti péče o duševní zdraví. Chtěla bych jen znovu, jak už bylo nespočetněkrát učiněno jinými přede mnou, vyzvat k dalšímu přemýšlení o skutečnostech, o kterých se jako odborníci v pomáhajících profesích cítíme být „plně informováni“ či k tomuto „plně kompetentní“.

SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura:

Adler, M. 2004. „Žánr klientova příběhu v psychoterapii“. *Československá psychologie* 48(1): 84-91.

Berger, P., Luckmann, T. 1999. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.

Čermák, I. 2004. „Narativní myšlení a skutečnost“. *Československá psychologie* 48(1): 17-26.

Doubek, P., Herman, E., Praško, J., Hovorka, J. 2007. *Deprese a její léčba. Příručka pro pacienty a jejich rodinu*. Praha: Maxs Dorf.

Doubek, P., et al. 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf.

Dörner, K., Plog, U. 1999. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Drapela, V. J. 1998. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

Foucault, M. 1994. *Dějiny šílenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: NLN.

Freedman, J., Combs, G. 2009. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.

Goffman, E. 1961. *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.

Goffman, E. 2003. *Stigma. Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. 2003: Sociologické nakladatelství.

Greenhalgh, T., Hurwitz, B. 1999. „Narrative based medicine, Why study narrative?“ *British Medical Journal* 318(7175): 48-50.

Hartl, P., Hartlová, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Höschl, C. a kol. 1997. *Psychiatrie. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Scientia Medica.

- Chromý, K. 1990. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum.
- Chrzą, V. 2009. Výzkum jako narativní rekonstrukce. [online]. Praha: Psychologický ústav akademie věd. [cit. 08.11.2011] Dostupné z: <<http://www.narativniperspektiva.blogspot.com/2009/10/vyzkum-jako-narativni-rekonstrukce-v.html>>.
- Keller, J. 1996. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Komárek, S. 2005. *Spasení těla. Moc nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
- Kratochvíl, S. 2006. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing.
- Libiger, J. 2001. „Stigma duševního onemocnění“. *Psychiatrie*, 5 (1): 38–40.
- Miovský, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Nebeský, J. J. K. 2001. „Vůle k ab/normalitě“. [online]. Praha: *Biograf* odst. 26. [cit. 30.11.2011]. Dostupné z: <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=2602>>.
- Paleček, J. 2004. „Opakujte po mně: ‚Duševní nemoc‘. Říkáte to stejně?!?!“
O překládání duševní nemoci“. [online] Praha: Fokus Praha [cit. 26.04.2012] Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/images/stories/dokumenty/o-fokusu/diplomova_prace_opakujte.pdf>.
- Paleček, J. 2006: *O relativní existenci a relativní neexistenci duševní nemoci*. [online] Praha: Centrum pro teoretická studia [cit. 26.04.2012] Dostupné z: <<http://www.cts.cuni.cz/soubory/reporty/CTS-06-12.pdf>>.
- Pěč, O., Probstová, V. 2009. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Praško, J., Pašková, B., Prašková, H. 2001. *Bolestně smutná nálada aneb co je to deprese a jak se léčí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Praško, J. a kol. 2003. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium.
- Praško, J. 2007. *Co je to deprese a jak se léčí. Příručka pro nemocné*. Praha: Triton.

- Praško, J., Buliková, B., Sikmundová, Z. 2009. *Deprese a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Převorovská, L. 2009. *Identita jako projekt. Hranice genderové identity v dnešní době na příkladu transsexualit*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: FSV UK.
- Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová. 2000. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Riessman, C. K. 2003. „Performing identities in illness narrative: masculinity and multiple sclerosis“. *Qualitative Research* 3 (1): 5-33.
- Rosenthal-Fisher, W., Rosenthal, G. 2001. „Analýza narativně biografických rozhovorů“. *Biograf* 24: 9-20.
- Říčan, P. 2004. *Cesta životem*, Praha: Portál.
- Říčan, P. 2011. *Jak se zotavuji z duševní nemoci - strategie návratu k uspokojivému životu*. [online] Nepublikovaný projekt doktorské práce. Praha: UK [cit. 05.05.2012]. Dostupné z: <http://www.google.cz/#hl=cs&gs_nf=1&cp=26&gs_id=av&xhr=t&q=%C5%99%C3%AD%C4%8Dan+narativ+jako+n%C3%A1stroj&pf=p&scient=psy-ab&oq=%C5%99%C3%AD%C4%8Dan+narativ+jako+n%C3%A1stroj&aq=f&aqi=&aql=&gs_l=&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=f90213fdc35794ef&biw=1280&bih=614>.
- Olson, E., T. 2010. "Personal Identity". [online]. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. [cit. 03.11.2011]. Dostupné z: <<http://plato.stanford.edu/archives/win2010/entries/identity-personal/>>.
- Skorunka, D. 2008. *Narativní přístup v psychoterapii: Pohled psychoterapeuta a klienta*. Nepublikovaná disertační práce. Brno: FSS MU.
- Styx, P. 2003. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.
- Syříšřová, E., a kol. 1972. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.
- Šmídová, O. 2008. „Čekejte, až zavolám...: Jak se konstituuje instituce nájmu slovy?“ [online]. Praha: *Biograf* 45 odst. 96 [cit. 13.05.2012]. Dostupné z: <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=4502-23-57>>.
- Šubrt, J. 2001. „Dramaturgický přístup Ervina Goffmana“. *Sociologický časopis* XXXVIII, (2): 241-249.

Švaříček, R., Šedová, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. 2007. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vodáčková, D. a kol. 2007. *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Williams, G. 1984. „The genesis of chronic illness: narrative re-construction“. *Sociology of Health and Illness*, 6 (2): 175-200.

Yalom, I. D. 2007. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

Webové stránky:

www.arteterapie.cz, Česká arteterapeutická asociace [cit. 13.05.2012].