

# Kvalita života osob s duševním onemocněním

Radmila Janíková

---

Bakalářská práce  
2021

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Radmila Janíková
Osobní číslo:	H18038
Studijní program:	B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor:	Zdravotně sociální pracovník
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Kvalita života osob s duševním onemocněním

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti duševního onemocnění.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Žpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- ANZARI, P. *Dodušemyly*. Praha: Eminent, 2018. 376s. ISBN 978-80-7281-534-0.  
FRANKL, V.E. *...a přesto říci životu ano*. 5.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 127s. ISBN 80-7192-095-9.  
KASTOVÁ, V. *O důvěře ve vlastní osud*. Brno: Eritos, 2012. 77s. ISBN 978-80-87171-30-1.  
PROBSTOVÁ, V. a PÉČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. 248s. ISBN 978-80-262-0731-3.  
SHARP, D. *Getting to Know You. The Inside Out of Relationship*. Brno: Eritos, 2008. 123s. ISBN 978-80-87171-00-4.

Vedoucí bakalářské práce: **JUDr. Libor Šnědar, Ph.D.**  
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

L.S.

**PhDr. Pavla Kudřová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Práce se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním. Popisuje, jak nemoc ovlivnila život těchto osob v oblasti jejich profese, ekonomické úrovně, mezilidských vztahů a rodinného zázemí. Teoretická část se zabývá pojmy zdraví, nemoc, kvalita života, duševní poruchy, osobností zdravotně sociálního pracovníka. Praktická část se zaměřuje na vnímání kvality života osob s duševním onemocněním.

Cílem práce je pomocí kvalitativního výzkumu, technikou polo-strukturovaného rozhovoru porozumět vnímání kvality vlastního života osob s duševním onemocněním.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, kvalita života, duševní porucha, zdravotně sociální pracovník, terapeut, arteterapie, pacient.

## **ABSTRAKT**

The thesis is dealing with the life quality of people with psychic diseases. It is describing the manner of how their disease influences their lives, occupation economic level, social relations, and family background. The theoretical part consists of themes such as wealth, disease, life quality, mental disorder, the personality of the social-medical worker. The practical parts focusing on the perception of life quality by people with a mental disorder. The main aim of this thesis is to understand the perception of life quality of people with mental disorders from their point of view. It shall be done through qualitative research and semi-structured interviews.

Keywords: health, disease, quality of life, mental illness, medical-social worker, therapist, art therapy, patient.

*Svým žákům Mistr řekl:*

*„Lidé, kteří chtějí léčbu, ale jen když je nebude bolet, jsou jako ti, kdo podporují pokrok, jen když se sami nemusí změnit“ (de Mello, 2011, s. 146)*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ</b> .....	<b>11</b>
1.1 KVALITA ŽIVOTA .....	12
<b>2 DUŠEVNÍ PORUCHY</b> .....	<b>17</b>
2.1 VÝČET ZÁKLADNÍCH DIAGNOSTICKÝCH KATEGORIÍ DUŠEVNÍCH PORUCH PODLE MKN-10 .....	17
2.2 SCHIZOFRENIE DEFINICE A ZÁKLADNÍ POPIS .....	17
2.3 LÉČBA A REHABILITACE .....	18
2.4 OSOBNOST ZSP – PRŮVODCOVSTVÍ HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA V PN .....	19
2.5 OSOBNOST TERAPEUTA PŘI HOSPITALIZACI PACIENTA V PN.....	21
2.6 HISTORIE ARTETERAPIE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V KROMĚŘÍŽI .....	23
<b>3 NÁSLEDNÁ TERAPEUTICKÁ PÉČE</b> .....	<b>25</b>
3.1 OSOBNOST PACIENTA.....	27
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>4 METODOLOGICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
4.1 VÝZKUMNÉ METODY .....	32
4.2 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	33
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	33
4.4 ANALYTICKÁ ČÁST .....	34
4.5 PARTICIPANTI.....	34
4.6 ANALÝZA ROZHovorŮ.....	35
4.7 SHRnutí .....	42
4.8 DISKUSE .....	44
4.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	45
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>46</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>48</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>50</b>



## ÚVOD

Když jsme přemýšleli nad volbou tématu naší závěrečné bakalářské práce, v mnohém nás při této volbě ovlivnila naše odborná praxe. Praxi jsme vykonávali v PN Kroměříž, kde jsme se setkali s problematikou, kterou v této práci budeme popisovat. Hospitalizovaní pacienti v PN Kroměříž a jejich životní příběhy nás oslovili do té míry, že jsme se rozhodli zvolit téma naší bakalářské práce, tak, aby se zabýval kvalitou života osob s duševním onemocněním.

Práce se zabývá základní problematikou duševních onemocnění, jejich rozdělením. Pobytem hospitalizovaného pacienta v PN, ale i těmi, kteří ho tímto jeho úsekem života při hospitalizaci doprovází. Nejvíce se klienti rozhovořili o osobnostech terapeutů ale i zdravotně sociálních pracovníků, kteří se jim snaží být nápomocni při řešení sociálních událostí, které se vážou k jejich hospitalizaci a pobytu v PN. Částečně se práce dotkne i problematiky tzv. stigmatizace osob s duševním onemocněním. Postojů jejich okolí vůči nim, jako lidem s „nálepkou“. Důležitými pojmy v teoretické části práce je diagnostika duševních onemocnění a specifika sociální práce s hospitalizovanými pacienty. Nosnou osou praktické části práce jsou rozhovory s participanty, mezi niž jsou zařazeny také členové jejich rodin a průvodci pobytem při hospitalizaci. Zdravotně sociální pracovníci a terapeuti.

Při realizaci rozhovorů s participanty jsme mnohdy využívali metodu pozorování. Dotazovali jsme se jich na velmi citlivá témata jejich života, takže pozorování bylo nedílnou součástí naší práce v přímém kontaktu s nimi.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo porozumět vnímání kvality vlastního života osob s duševním onemocněním. Při realizaci rozhovorů se mnozí dotazovaní participanti dotýkali i problematiky, co by jim nejvíce pomohlo na úplném začátku života s nemocí, která ovlivňuje jejich kvalitu života po mnoho let.

# I. **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ

## Zdraví

Etymologie slova zdraví – Health: ze staroanglického Hale -Whole-tj. celý, zdravý. V češtině se slova „celovat“ a „zdravit“ oddělila, ale když se rána hojí, tak se „zaceluje“. Nemocných se ptáme, co jim chybí.

## Definice zdraví podle WHO

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci.

Podle R. Bureš (1960) -operační definice – je zdraví potencionálem schopností organismu přizpůsobit se, snést, vyvážit měnící se nároky prostředí. Proto rozeznáváme různé stupně zdraví podle přizpůsobivosti organismu různě náročným prostředím.

Zdravotní stav populace je nyní stále více spojován s tzv. kvalitou života, charakterizovanou především komplexem společenských, ekonomických, kulturních a psychologických potřeb jedince.

## Nemoc

Nemoc „nemít moc“ nad prožíváním svého života ve všech jeho oblastech.

Objektivně zjištělná porucha zdraví.

## Sociologický model nemoci

Nemoc jako změna sociální situace jak pro společnost, tak pro jednotlivce.

## Společenská závažnost nemoci je dána:

- Četností a délkou trvání
- Věkem nemocných
- Ovlivnitelností jejich vzniku a průběhu
- Masivností jejich průvodních jevů-ztráta pracovní schopnosti, ohrožení okolí.
- Ekonomickou náročností léčby
- Mírou soběstačnosti
- Mírou možností

### **Sociální důsledky nemoci**

Omezení v profesionálním životě. Onemocnění vede k úplné ztrátě profese nemocného. Důsledkem je snížení jeho celkových příjmů.

Narušení a změna na úrovni rodinných, partnerských vztahů. V důsledku nemoci dochází často k rozpadu rodiny.

Změny v oblasti trávení volného času. Onemocnění sebou přináší ztrátu schopnosti, mnohdy i motivace nemocného k činnostem, které mu přinášeli radost a uvolnění.

### **1.1 Kvalita života**

Čím je dána? Otázka by mohla znít, jak ji každý z nás vnímáme. Potřebujeme k našim životům manuál, abychom dokázali posoudit, jestli je náš život kvalitní, či nikoliv? K těmto položeným otázkám mne zaujal následující text:“ opusťte svou mysl a probudte se do svých smyslů. To je dobrá a zdravá výživa. Požitky smyslů a požitky mysli. Dobře si počtete, pokud Vás zaujme dobrá kniha. Nebo si s někým popovídejte, nebo si jen tak přemýšlejte. Je to znamenité. Bohužel lidé se zbláznili a jsou čím dál závislejší, protože si neumějí vychutnat dary života. A tak se honí za stále většími umělými dráždidly (de Mello, 2004 s. 196).

Žijeme své životy v určitém rytmu, zaběhnutém stereotypu do té doby, než do nich vstoupí změna. Co přináší člověku do kvality jeho života změna, která má název duševní nemoc se nyní budu snažit popsat v dalších částech této bakalářské práce.

To, jak vnímáme kvalitu našeho života, ovlivňuje uspokojování našich potřeb na úrovni fyzické, psychické, mentální, spirituální.

Představitel individuální psychologie, vídeňský lékař A. Adler (1870-1937) považoval za nejvýznamnější motiv lidského jednání potřebu dosáhnout úspěchu. Ve svých úvahách pracoval nejenom s pojmem potřeby sebeprosazení a úspěchu, ale také s variantou jejího neuspokojení, prožitkem neúspěchu, který vede ke vzniku pocitů méněcennosti. (Vágnerová, 2004, s. 173).

Při sběru dat do této práce jsem si tuto skutečnost mohla ověřit při realizaci rozhovorů s participanty mužského pohlaví. Rozhovor mi slíbili celkem 4 muži. Zrealizován byl pouze 1. Důvodem odmítnutí rozhovoru byla skutečnost, že muži daleko citlivěji vnímali své duševní onemocnění. To, že onemocněli, vnímali jako své selhání a nenaplnění mužské role.

To bylo důvodem pro odmítnutí rozhovoru s omluvou, že se jim o svém neúspěšném životě skutečně nechce mluvit.

Na základě zkušenosti, na níž se podílí i sociální prostředí, si každý jedinec vytváří sebehodnocení. To se projevuje jak ve vztahu ke světu, tak ve vztahu k sobě a tím i v představě o dosažitelných cílech vlastního jednání. Člověk potřebuje překonat pocity méněcennosti, aby získal potřebné sebevědomí. (Vágnerová, 2004, s. 74).

Během realizace rozhovorů s participanty se opakovalo stále stejné téma. Tímto tématem byl další smysl života člověka s duševním onemocněním. Jak a čím svůj takto limitovaný život naplnit? S nemocí se vyrovnává každý jedinec svým osobitým způsobem. Smysl života a jeho náplň hledají všichni.

Vídeňský psychiatr Viktor Frankl (1994), zakladatel logoterapeutického směru, považoval za nejvýznamnější potřebu smyslu života. Podle Frankla má každá nová situace svůj specifický smysl, který je třeba objevit. Smysl života pro něj není jen abstraktním pojmem, ale potřebou, která má konkrétní obsah. Štěstí lze nalézt jen objevením smyslu života, je důkazem dosažení tohoto cíle.

Člověk je může dosáhnout třemi způsoby:

**Svámi skutky**, které mají nějakou hodnotu i pro druhé. Pokud by byly zaměřeny jen na osobní uspokojení, tak tuto hodnotu ztrácejí.

**Zážitky pravých hodnot** – jsou nějak spojeny s láskou, respektive s pozitivním a akceptujícím postojem ke světu.

**Utrpením:** důraz na smysl utrpení vyplývá do značné míry z Franklových osobních zkušeností, z jeho pobytu v koncentračním táboře za 2. světové války, kdy se tuto zátěž snažil zvládnout právě prostřednictvím hledání jejího možného přínosu (Vágnerová, 2004, s. 175).

Při zpracování rozhovorů, kdy jsem se opakovaně zaposlouchala do interpretace participantů, jejich postojů, odpovědí na kladené otázky. Vystávaly otázky i u mne... „Jak mohou mít lidé s duševním onemocněním, které je provází po mnoho let na cestě jejich životem, zážitky pravých hodnot?“ Většina těchto osob je silně zameditována léky, což ovlivňuje jejich celkovou pozornost. Participanti to sami pojmenovali svým názvem, na kterém měli všichni shodu. „Připadám si jako robot“, tak prezentovali svůj současný stav a

vnímání života, který jako by plynul kolem nich a oni se na něm aktivně nepodílí, pouze vykonávají mechanicky, stereotypně a bez rozmyslu své nejnужnější každodenní činnosti.

E. From (1973) představitel psychosociální teorie, kladl důraz na mezilidské vztahy, respektive vztahy mezi jedincem a společností. From rozlišuje dva okruhy těchto potřeb, první z nich vyjadřuje potřebu **být součástí něčeho** a zároveň si **uchovat určitou autonomii**, druhý **tvoří potřeby zaměřené na poznání a porozumění**, jejich cílem je dát světu, v němž žijeme, respektive svému životu, smysl.

### Vztahové potřeby

Potřeba vztahu k druhým, být součástí něčeho, někam patřit.

Potřeba identity, rozvíjení vlastní individuality.

Potřeba transcendence, tj. duševního rozvoje, který by přesáhl primární živočišnou přirozenost

Potřeba jednoty mezi živočišnou a specificky lidskou přirozeností. (Vágnerová, 2004, s. 177)

Dotazovaní participanti, mezi nimiž byli i zdravotně sociální pracovníci, mnohdy uváděli skutečnost. Že největším problémem, se kterým se potýkají opakovaně hospitalizovaní pacienti s duševním onemocněním je, že na svou nemoc zůstávají zcela sami. Vzhledem k tomu, že rodina je již unavená a nespolupracuje během léčby, tak, jak by bylo potřeba. To má za následek, zhoršení celkového stavu hospitalizovaného pacienta. Dlouhý a vleklý průběh léčby, jejíž efekt je dočasný. Duševně nemocný člověk, který nemá jistotu, že někam patří a že k někomu patří, nemá naplněnu jednu ze svých důležitých potřeb, o které jsem se zmiňovala v předchozí psychosociální teorii podle E. Fromma. Tyto uvedené skutečnosti mají vliv na celkovou kvalitu života člověka s duševním onemocněním. U takto vykořeněného člověka z jeho prostředí rodiny a nejbližších přátel se dostávají pocity méněcennosti, mnohdy dochází k opakovaným pokusům o ukončení života. Vzhledem ke ztrátě zázemí a jistoty, kterou pro ně byla jejich Rodina. Dochází tak k opakovaným dlouhodobým hospitalizacím a pacient se točí v kruhu, ze kterého se málokterým podaří vystoupit. U osoby s duševním onemocněním je velmi často ovlivněna jeho vůle. Pacientova vůle však hraje velmi důležitou roli v průběhu celého procesu léčby.

Pojem vůle se v literatuře objevil již velmi dávno, v dílech starých řeckých filosofů. O vůli psali mnozí, již od doby Platona a Aristotela. Vůle byla vždycky nějakým způsobem spojována s rozumem. Aristoteles považoval vůli za rozumové snažení. Tomáš Akvinský

chápal vůli velmi podobně, jako rozumem řízené úsilí. I. Kant zahrnul vůli do své kategorie „praktického rozumu“ a považoval ji za rozumové chtění. Na druhé straně lze najít i filozofické školy s odlišným názorem. Podle představy Schopenhauera a Nietzscheho je vůle samostatnou vitální silou, která rozumu nepodléhá, a přitom má na lidské jednání rozhodující vliv. Volní chování je vždycky nějak motivované, chtění má také svůj prožitkový a energetizující náboj. (Vágnerová, 2004.s.198).

U hospitalizovaných pacientů jsem v kontaktu s nimi velmi zřetelně vnímala, že právě motivace, která je velmi spojená s vůlí člověka, mnohým chybí. Je to způsobeno skutečnostmi, které sebou přináší léčba a dalšími vlivy, které se na to nabalují. Často při návratu zpět domů, jsem přemýšlela jak znovu u pacientů nastartovat chuť do života, jako takového. U pacientů i v jejich přirozeném prostředí při realizaci rozhovorů jsem se setkávala v jejich postojích velmi často s rezignací, která má zásadní vliv na průběh onemocnění a jeho vývoj.

**Rezignace** bývá obvykle reakcí na dlouhodobou zátěžovou situaci, kdy se člověk předem vzdává, protože nevěří, že by ji bylo možné zvládnout. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii. Její obranný efekt spočívá v tom, že když někdo nic pozitivního neočekává, nemůže být zklamán. Podobným řešením je izolace, kdy se člověk vyhýbá kontaktu se svým okolím, protože je mu nepříjemný, event. Jej něčím traumatizuje. (Vágnerová, 2004, s. 270).

V kontaktu s participanty jsem měla možnost být i svědkem posunu jejich života do kvalitnější fáze, oni sami to popisovali jako dlouhodobý několikaletý proces. K této problematice a skutečnosti mne zaujal následující text.

**Duševní nemoc** není biologický jev, vyvíjí se prostřednictvím obtížných sociálních interakcí. **Psychóza** je oprávněný a pochopitelný výraz extrémní tísně. Na duševní nemoc by se mělo pohlížet jako na katartický a transformativní prožitek. Psychiatrie chybně stigmatizuje duševní nemoc, protože neodpovídá společenským normám. Šílenství nemusí být konec života, může být začátkem nového. (R.D. Laing, 1927-1989).

(Kolektiv, 2012, s.150).

### **Druhá šance**

Na poprvé není nic posvátného. Čas je zkušenost, takže v současnosti můžeme jakýkoliv minulý aspekt sebe samých ovlivnit. (Cloud, 2018, s. 41)

Druhá šance je pro náš život nachystána vždy, jen je potřeba ji uvidět. Osoby s duševním onemocněním, ale na mne mnohdy působily, že přestaly mít schopnost tzv. vidět, vnímat, cítit. Mají tuto schopnost narušenu vysokou medikací psychofarmak, které i 3x denně mají ve svém léčebném procesu, i když opustí psychiatrickou nemocnici.



## **2 DUŠEVNÍ PORUCHY**

### **Mezinárodní klasifikace nemocí (současná 10.revize) MKN-10**

MKN-10 je klasifikace onemocnění používaná v České republice. Ta jsou popisována na základě skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, v daném souboru se odlišují od ostatních a nerepresentují jiné onemocnění. Duševní poruchy v MKN-10 tvoří samostatnou kapitolu. (Probstová, Pěč, 2014, s. 20)

### **2.1 Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle MKN-10**

#### **Kapitola MKN-10 Název diagnostického okruhu**

F 00-F 09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F 10-F 19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F 20-F 29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F 30-F 39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F 40-F 48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F 50-F 59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F 60-F 69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F 70-F 79 Mentální retardace

F 80-F 89 Poruchy psychického vývoje

F 90-F 98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F 99 Neurčená duševní porucha

(Probstová, Pěč, 2014, s. 24)

Vzhledem k tomu, že v praktické části bakalářské práce jsou realizovány rozhovory s participanty, u kterých se vyskytuje Schizofrenie a Afektivní poruchy. Teoretická část práce se bude podrobně zabývat popisem a léčbou těchto diagnóz.

### **2.2 Schizofrenie definice a základní popis**

Klinické pojetí schizofrenního onemocnění prodělávalo v historii řadu změn a tento stav se nevyhýbal ani posledním dvěma stoletím. Jako samostatné onemocnění schizofrenii

identifikoval Krapelin tím, že ji oddělil na základě příznaků a průběhu od onemocnění maniodepresivního. V padesátých letech minulého století přispěl k jednoznačnější definici schizofrenie německý psychopatolog Kurt Schneider, který definoval tzv. příznaky prvního řádu, jejichž výskyt má být určující pro diagnózu schizofrenie: bludná přesvědčení o odnímání či vkládání myšlenek, o vysílání, či zveřejňování myšlenek, o ovládání myšlenek cizí vnější silou, ozvučování myšlenek nebo sluchové halucinace ve formě hlasů, které komentují jednání dotyčného, anebo hlasů, které navzájem diskutují či argumentují.

Podle současné platné 10. revize MKN je pro stanovení diagnózy schizofrenie (F-20) nutná přinejmenším jednoměsíční přítomnost alespoň jednoho z charakteristických příznaků či přítomnost nejméně dvou příznaků méně charakteristických.

Do okruhu schizofrenních poruch patří ještě schizotypní porucha (F-21), trvalá porucha s bludy (F-22), akutní a přechodné psychotické poruchy (F-23) a schizoafektivní porucha (F-25).

**Schizotypní porucha** se vyvíjí pozvolna, charakterizují ji aspoň dva roky se rozvíjející příznaky jako například citový chlad, vztahovačnost, sociální stažení, pocity odtažení se od sebe a od světa (depersonalizace a derealizace) a přechodné psychotické epizody.

**Pro trvalou poruchu s bludy** je příznačný vývoj jednoho či více systematických bludů s obsahem pronásledování, žárlivosti nebo křivdy.

**Příznaky akutních a přechodných psychotických poruch** nasedají na nějakou proběhlou stresovou situaci, trvají méně než jeden měsíc a vyznačují se obvykle měnlivostí různých příznaků psychózy.

**Schizoafektivní porucha** se vyznačuje současným výskytem příznaků schizofrenie a afektivní poruchy (deprese nebo mánie). Mezi atakami jsou období spíše bezpříznakové (plné) remise a oproti schizofrenii má tato porucha lepší prognózu.

(Probstová, Pěč, 2014, s. 39-41).

### 2.3 Léčba a rehabilitace

Základem biologického přístupu u schizofrenie je léčba medikamenty-antipsychotiky, které snižují intenzitu a výskyt především pozitivních příznaků (bludů a halucinací), upravují neklid. Klasická, tzv. antipsychotika I. Generace (chlorpromazin, haloperidol, perfenazin) jsou postupně v klinických praxích nahrazována antipsychotiky II. generace (risperidon, olanzapin). Klasická antipsychotika s sebou přinášejí i řadu vedlejších účinků. Projevují se

svalovou ztuhlostí, třesem, zpomalením pohybů a snížením mimiky. Mohou zvyšovat chuť k jídlu, což často vede k obezitě a sekundárně k cukrovce a cévním chorobám. (Probstová, Pěč, 2014, s. 55)

### **Rehabilitace**

U osob léčených se schizofrenií je důležité, aby užívaly psychofarmaka pravidelně a tak, jak mají předepsáno svým odborným lékařem. Bohužel 30-50 % pacientů toto nedodrží, a tak u mnohých dochází k relapsu – návratu příznaků onemocnění. Důležitou a nedílnou součástí je pravidelný denní rytmus, zdravá životospráva. Vzhledem ke skutečnosti že převážná většina pacientů se vyznačuje závislostí na kávě, cigaretách i jiných návykových látkách je úspěšnost léčby procentuálně poměrně nízká. Osoby s touto diagnózou mohou docházet do center duševního zdraví, kde se mohou realizovat v různých aktivizačních programech. Bohužel v České republice není v každém městě tato možnost. Centra duševního zdraví teprve vznikají v rámci transformace psychiatrické péče v ČR. Nedílnou součástí procesu rehabilitace je spolupráce rodiny, se kterou pacient žije. Postoj rodiny pacienta má zásadní vliv na jeho postupný, i když velmi pozvolný návrat do života. Pokud zůstává pacient se svou nemocí sám, jeho návrat na úroveň života před vypuknutím nemoci je velmi malá. Často se stává, že se nemoc propadne do chronicity, která sebou nese větší množství psychofarmak a opakované dlouhodobé hospitalizace v Psychiatrických nemocnicích.

## **2.4 Osobnost ZSP – průvodcovství hospitalizovaného pacienta v PN**

ZSP se může setkat s projevy vysoce vyjádřených emocí. Nejvýraznějším polem práce ZSP jsou však přístupy, na širší sociální úrovni, které sledují zapojení klientů do sociálního systému, ať už se jedná o psychiatrickou (psychosociální) rehabilitaci, komunitní péči, či některé specializované postupy, například asertivní komunitní léčba nebo podporované zaměstnání.

### **Obecný přístup**

Přístup ZSP k pacientům se schizofrenií by měl obecně respektovat několik specifických skutečností. Tou první je podpora nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky vlastními silami. Podpora však může být poskytována jen do té míry, pokud je chtěná a potřebná. Cílem je, aby pacient zvládal postupně své každodenní povinnosti a životní úkoly

Bez vnější pomoci a převzal sám odpovědnost za svůj život a pokrok v něm. ZSP neposkytují podporu jen vlastními přímými intervencemi, ale také koordinací a nasměrováním různých zdrojů k pomoci pacientovi (rodina, přátelé, služby, sociální zabezpečení, zdravotní služby)

### **Zásady kontaktu a vztahu**

Navázání kvalitního vztahu mezi ZSP a pacientem je předpokladem dobrého výsledku sociální práce. Vytvoření důvěry je ještě komplikovanější u pacientů podezřívavých, nedůvěřivých, pasivních či nemotivovaných, u klientů s omezenou reflexí druhého, s kterým jsou ve vztahu, a obzvlášť u pacientů, kteří nemají náhled na svou nemoc, odmítají léčbu a pomoc v sociální oblasti. (Probstová, Pěč, 2014, s. 57)

ZSP by měl být ve vztahu s klientem na jedné straně poměrně otevřený a autentický. Neosobní a úřední vztah podporuje úzkost, zužuje prožívání pacienta a pacient ZSP vnímá jako nereálnou Osobu. Na druhé straně však není pracovník pacientovým placeným kamarádem a měl by si stále uvědomovat svou profesionální roli a úkol. (Probstová, Pěč, 2014, s. 59)

### **Zásady rozhovoru**

Při rozhovoru, zpravidla požadujeme informace. Ptáme se na fakta, názory a pocity pacienta. Využíváme přitom maximálně otevřených otázek a vyhýbáme se užívání otázek sugestivních, nebo uzavřených. (Probstová, Pěč, 2014, s. 61)

### **Naše vlastní zkušenost z odborné praxe v PN Kroměříž**

Rozhovor s hospitalizovaným pacientem vedl ZSP u vizity. Hospitalizovaný pacient byl u vizity většinou uzavřený, vzhledem k množství personálu, který byl u vizity přítomen. ZSP se informace, které potřeboval zjistit nedozvěděl od hospitalizovaného pacienta díky atmosféře oficiality vizity.

Na naši položenou otázku ZSP, jaký má další časový prostor na navázání vztahu a kontaktu s pacientem, jsme dostali odpověď tohoto znění: „Jsme rádi, když se s pacienty osobně vidíme 1x týdně u vizity.“

Dále ZSP popisovala, jaké celkové množství hospitalizovaných pacientů má na starosti. Informace pro nás nebyla překvapující, ale vedla nás rozhodně k zamyšlení. Jak může ZSP navázat vztah kontaktu a důvěry, když na pacienty, pro jejich množství nemá dostatek času. Vede to právě ke zmíněnému neosobnímu úřednímu vztahu, o kterém jsme se zmiňovali. Další otázky, které k nám přicházely k dané problematice se vztahovaly k transformaci psychiatrické péče. Přejde s tímto projektem pro pacienty pozitivní změna? Budou mít ZSP na pacienty více času, tak aby s nimi mohli navázat kontakt a vztah? Částečné odpovědi na tyto otázky jsme dostali při realizaci rozhovorů do praktické části této bakalářské práce.

Bylo pro nás velmi pozitivním zjištěním, že navázání kontaktu a vztahu s hospitalizovaným pacientem se děje se ZSP a psychiatrickými sestrami v kavárně Eduka. Toto prostředí je méně formální a je možnost s pacienty více pohovořit. Je jen velká škoda, že je zde pouze jedna ZSP s psychiatrickou sestrou. Také otevírací doba kavárny je v době, kdy pacienti plní podmínky léčby. Vzhledem k tomu že je kavárna otevřena pouze od po-pá do 15.30 její návštěvnost není příliš vysoká.

Duševní onemocnění u pacientů, se kterým se ZSP setkává na půdě psychiatrické nemocnice ne něho kladou velké nároky. Musí velmi dobře zvládnout komunikaci s hospitalizovanými pacienty, orientovat v různorodé problematice, která souvisí s legislativou policie, soudů, městských úřadů a jiných příbuzných institucí. Proto jsme práci, kterou vykonávají ZSP v psychiatrické nemocnici ohodnotili jako velmi zátěžovou až vyčerpávající. K tomuto hodnocení jsme dospěli i vzhledem ke skutečnostem, které se při této práci velmi často opakují. Mezi něž patří opakované hospitalizace pacientů se stejnými sociálními problémy, ZSP tak mnohdy nemají možnost vidět pozitivní výsledky své práce, což může pro mnohé být demotivující.

## **2.5 Osobnost terapeuta při hospitalizaci pacienta v PN**

Při získávání dat do bakalářské práce nás velmi zaujala osobnost arteterapeutky a její pracovní činnost v art terapeutickém ateliéru psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Náplň práce arteterapeutky psychoterapeutky v jejím ateliéru:

- a) Práce s lékařskou dokumentací a dokumentací klinického psychologa, plán práce dle doporučení lékaře diagnózy, věku a pohlaví.
- b) Úvodní pohovor s klientem, seznámení s prostředím, představení jiným klientům, zadání základního art úkolu a nabídka možností s terapeutickým zastřešením

v každou chvíli. V následném období má terapeutka dlouhodobější plán, který ne vždycky klientovi sdělí.

- c) Po splnění základního úkolu: -kresba ovocného stromu kresbu terapeutka archivuje. Nyní v počtu asi 850 kreseb, se kterými dál terapeuticky smysluplně pracuje s pacientem dle daných možností.
- d) Konzultace s rodinnými příslušníky, dle přání pacienta. Konzultace probíhá za přítomnosti pacienta nebo odděleně, či kombinovaně.
- e) Práce s deníky. Reflexe terapeutky do deníků, terapeutické podněty a konzultace nad zápisy.
- f) Konzultace s pacienty dle Dg. vývoje zdravotního stavu a časových možností.
- g) Písemná dokumentace: -týdenní hodnocení pro vizity primáře, -zápisy z individuální terapie, -závěrečné zprávy jsou podklady pro psychiatra při propouštění pacienta.
- h) Osobní schůzky s psychiatry v ateliéru, nebo docházka na oddělení.
- i) Telefonní konzultace s psychiatry, psychology, ostatním personálem psychiatrické nemocnice.
- j) Pro činnostní arteterapii vyrábí art pomůcky pro metodiku kresby, malby, keramiky, sochařskou práci a grafiku v arteterapii.
- k) Pro projektivní arte ve skupině nabízí svá vlastní témata a k nim doplňující materiály v podobě kreseb, písemností nebo jiných pomůcek.
- l) Vytvoření kolekce terapeutických materiálů, které jsou bohatě ilustrovány, aby terapeutický proces byl intenzivnější a témata byla rychle přijata.
- m) Systematická archivace výtvarné produkce-činnostní art, -individuální art, -projektivní art.

Na doporučení terapeutky, která má ve svém ateliéru velmi dobrou zásobu citátů, jsem jsi koupila knihu, za které čerpá citáty na zdi svého ateliéru. O některé se zde s vámi podělím.

„Vesmír je změna. Náš život je takový, jakým ho učiní naše myšlenky“. (Aurelius)

„Změň své myšlenky, a změníš svůj svět.“ (Peale)

„Proč jsme pány svého osudu, kapitány svých duší? Protože máme schopnost kontrolovat vlastní myšlenky.“

(Montapert. In Bowen, 2013, s. 19)

„Nemůžeme se stát tím, kým chceme být, když zůstaneme takoví, jací jsme“

„Neexistuje žádná skutečnost, jenom určité vnímání. A svoje vnímání můžete změnit“. (Bowen, 2017, s.32).

„Měřítkem duševního zdraví je schopnost najít na všem něco dobrého.“

(Emerson. In Bowen, 2017, s. 123).

Pokud vejdete do art terapeutického ateliéru zaujmou vás právě ony citáty na zdích.

Všechny jsou určeny pro hospitalizované pacienty, kteří prochází léčbou a různými svými životními mezníky, které se k léčbě a jejich hospitalizaci vztahují.

Troufám si prezentovat, že nejsou určeny pouze pro pacienty. Forma jejich provedení a umístění v prostoru je tak promyšlená, že osloví naprosto každého, kdo překročí práh ateliéru. Dokreslují neopakovatelnou příjemnou a uvolňující atmosféru prostředí, kde probíhá terapeutický proces s pacientem.

## 2.6 Historie arteterapie v psychiatrické nemocnici v Kroměříži

Doložená cílená výtvarná práce s pacienty kroměřížské nemocnice se datuje do 70.-80 let minulého století. Výtvarné dílny byly vedeny absolventy UMPRUM. Svůj vtisk v kroměřížské arteterapii zanechali programy Petra Hájka, který zde zavedl techniku projektivní arteterapie ve skupině. (Rudolfová,2003). Současná arteterapeutka Emilie Rudolfová převzala činnostní arteterapii a skupinovou činnostní ar terapii po výtvarnici Haně Kristenové. Zlomovým momentem místní arteterapie se stala tradiční bienální výstava výtvarných prací pacientů v roce 1997 v prostorách Muzea Kroměřížska. Zorganizovaly jí arteterapeutka E. Rudolfová a činnostní terapeutka I. Zezulková. Výstavě vtiskly název *Umění je stav duše*, jež nese dodnes. Výstava v pozdějších letech hostovala také v Olomouci a Praze a stala se uznávanou a etablovanou událostí. Díky své popularitě si vysloužila také televizní

reportáž i rozhovory o ateliéru s E. Rudolfovou. (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012).

### **Současnost**

Od roku 1992 v Kroměříži art terapeuticky působí **Emilie Rudolfová**. V roce 1997 začala nabízet projektivní arteterapii pro psychotické klienty i individuální sezení.



### 3 NÁSLEDNÁ TERAPEUTICKÁ PÉČE

Některým pacientům nabízí následnou péči. Jsou to osobní konzultace po propuštění dle dohody.

Terapeutická péče na Lince důvěry, kde terapeutka sloužila 20 let. Tuto možnost pacienti využívají rádi a často, protože jsou s terapeutkou dál v terapeutické spojení a nevrací se tak opakovaně do psychiatrické nemocnice. Také korespondence a pokračování v psaní deníků pomáhá pacientům v terapeutickém procesu.

Např: Pacientka, kterou má terapeutka v péči již 4 roky. Byla sexuálně zneužívána od 6 let vlastním strýcem a otcem. Po celý čas píše deníky, které si přísně chrání. Přiveze je ze svého místa bydliště a další dny přichází na konzultaci. Zároveň využívá služby terapeutky na Lince důvěry.

#### **Filmová terapie**

Na vlastní náklady vytvořila terapeutka sbírku terapeutických filmů, které jí pomáhaly zintenzivnit terapii.

#### **Do ateliéru přichází pacienti s Dg:**

- Neurotické poruchy-sociální fobie, panická porucha, poruchy přizpůsobení, obsedantně kompulzivní poruchy
- Poruchy nálad
- Úzkostně depresivní stavy
- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy osobnosti
- Poruchy vyvolané požíváním alkoholu a jiných škodlivých látek
- Pacienti se schizofrenií
- Pacientky po sexuálním zneužívání rodinným příslušníkem a pacientky po znásilnění
- Pacienti po suicidálních pokusech-velmi častá terapie

### **Arteterapeutka pracuje v oboru psychiatrie 49 let**

Z toho 37 let v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži z toho 8,5 roku na oddělení 18 B u prof. PhDr. Stanislava Kratochvíla. Informace nám poskytla (Rudolfová,2021)

### **Postavení arteterapeutky v nemocnici**

Psychiatr i klinický psycholog její terapii respektují a do jejich metod nezasahují. Často je totiž první pacientovou terapeutkou. Zároveň od ní kolegové požadují v terapii vývoj a záznam výsledků. Co se týká supervize, využívala jí coby lektorka psychoterapeutického výcviku. V nemocnici jí však nemá, kdo supervizi poskytnout.

### **Vystavování děl**

Pacienti ateliéru pravidelně vystavují svá díla pod sloganem „*Umění je stav duše*“. Tato událost má již třicetiletou historii, během níž bylo pořádáno 7 výstav. Vystavují se práce vzniklé v činnosti arteterapie, a to především v druhé polovině léčebného pobytu. Pacienti s vystavováním děl dávají písemný souhlas. K dílům nejsou přiřazeny jména ani diagnózy. Z příležitosti prezentovat své výtvořky jsou pacienti nadšení. Pro samotnou terapeutku je důležité, aby byla akce vnímána jako výstava obrazů a nikoli výstava arteterapie. Vystavováním děl dochází dle terapeutky k stigmatizaci pacientů ve společnosti. Je to pro ně příležitost se vyjádřit, komunikovat, a navíc jim tato událost zvedá sebevědomí (Rudolfová, 2021).

### **Prostředí ateliéru**

Ateliér se nachází ve druhém patře samostatné vilky, kde jsou k dispozici místnosti původního bytu a půdní prostory. Pacienti mohou tvořit ve třech místnostech. Svůj prostor má i arteterapeutka. Prostředí je světlé, bíle vymalované s pečlivě uspořádanými výtvarnými materiály, karimatkami a polštáři na zemi. Po stěnách visí zarámované obrazy pacientů a namalované citáty k zamyšlení (např. *Kdo nemá rány, posmívá se jizvám*).

### 3.1 Osobnost pacienta

#### Definice osobnosti

Osobnost je definována jako dynamický zdroj chování, identity a jedinečnosti každé osoby. Výraz chování zahrnuje procesy myšlení, emoce, rozhodování, tělesné činnosti, sociální interakci. Uplatníme-li pojem teorie na oblast osobnosti jsou soustavy vypracované různými odborníky-většinou psychology nebo psychiatry – k vysvětlení interakce dynamických sil působících v životě každého člověka. (Drapela, 1997, s. 14-15)

Termín dynamika, odvozený z řeckého slova, které znamená sílu je původně oborem fyzikálních věd, který se zabývá pohybem a silami, jež jej vyvolávají. V psychologii má pojem dynamiky osobnosti přenesený význam, vyjadřuje téma „sil“, které hýbou osobností, tj. určují její chování. Dynamika osobnosti pojednává o motivačních dispozicích osobnosti, tj. motivech její činnosti, resp. o motivech jako faktorech regulace chování. (Nakonečný, 1993, s. 157).

Při sběru dat do bakalářské práce jsme při realizaci rozhovorů dospěli k poznání, že mnohdy je rozhodujícím faktorem při úspěšnosti léčby právě osobnost pacienta. Která se v jednom případě velmi poddává svému onemocnění, nebo v případě druhém se mu snaží vzdorovat. Oba zmíněné předpoklady nejsou ideálem pro úspěšnost léčby pacienta, ale rozdíl jsme vnímali značný. U Pacientů, kteří disponovali silnější dynamikou temperamentu jsme se dozvěděli následující zkušenosti:

Všichni se zkusili léčit tzv. po „svém“ a dokonce několikrát vysadili bez vědomí svého lékaře léky. Přivedlo je to zpátky do procesu léčby. Ale podle vyjádření samotných pacientů, je tato neposlušnost přece jenom někam v celém procesu léčby posunula minimálně o zkušenost, že tudy cesta v procesu léčby nevede.

Druhá skupina pacientů, těch, kteří se nevyznačovali dynamikou temperamentu, ale ve všem se naprosto poddali okolnostem, které jim nemoc přinesla, jsme toto poznání a vnímání nezaznamenali. Sami pacienti o sobě říkali, že nežijí svůj život, pouze přežívají. K této tématice mě zaujal následující text: „Stoici si přikazovali dobrou náladu za všech okolností, zejména těch nepříznivých. Naučit se nekřičet a nekopat kolem sebe kvůli věcem, které nemůžeme ovládat, je jedna věc. Zůstat nezúčastněný a přijímat události je zaručeně lepší, než být zklamaný a vzteklý. Jen málokdo tomuto umění rozumí a využívá ho. Jenže to je jen první úroveň. Ta vyšší je mít rád vše, co nás potká, za všech okolností. Obtíže milujte, protože jde o podněty. A ty jsou nejen žádoucí, ale dokonce potřebné. Bez nich se nikam

nedostanete. Nikdo a nic vám nedá víc. Proto za ně buďte vděční.“ (Holiday, 2014, s. 168-169).

Zdá se, že uzdravit se nakonec neznamena dokázat zahojit starou jizvu, nebo dokonce udělat jizvu novou, ale začít si svého zranění náležitě vážit. (Egerová, 2019, s. 286).

Negativní zkušenost nám nemusí být přítěží – může být naopak velice přínosná. Poskytuje nám totiž perspektivu, dává nám příležitost objevit naše silné stránky, naši jedinečnost a smysl našeho konání. Neexistuje předem stanovený klíč, podle něhož se má člověk uzdravit, lze jen popsat jednotlivé kroky, které se může naučit a na své jedinečné cestě ke svobodě po svém praktikovat. (Egerová, 2019, s. 302).

### **Psycho – spirituální krize**

Americký psychiatr a přímý žák C. G. Junga, John Weir Perry (1914-1998) jako první vyvinul efektivní psychoterapeutický přístup, který umožňuje pacientovi využít psych spirituální krize k osobnímu růstu, projít jí jako očištnou lázní na cestě ke zvnitřnění duchovního rozměru – životní síly, umožňující překonávat se ctí těžké životní okamžiky.

Perryho úspěšný psychoterapeutický přístup zcela eliminoval medikaci, opíral se o vytvoření bezpečného a útulného prostoru, v němž poučení, osobní zkušeností vybavení terapeuti pacientovi trpělivě naslouchají. Pečují o něj, souzní s ním, přirozeně mu poskytnou láskyplné obětí, když ho potřebuje, umožní v bezpečném prostoru vybit napětí, bojovat s démony, znovu se narodit, porodit sebe sama... Během dvou měsíců se jeho pacienti naplno vraceli do běžného života v mnohem lepším stavu, psychicky zralejší, než byli před krizí. (Anzari, 2018, s. 48-49).

Psychologie je velmi módní koníček. Trh je zaplaven spoustou literatury, výcviků, workshopů, efektivních Metod. Obzvlášť vášnivě se po možnosti vylepšovat lidské životy sápují lidé s technickým vzděláním. Staví se do role odborníků. Technické mozky jsou světu prospěšné v mnoha oborech, pro dotek lidské duše však postrádají hluboké poznání psychologických, filozofických a spirituálních souřadnic, většinou i lidskost, empatii a cit. Výsledky takových metod mají krátkodobý účinek, způsobený především nadšením absolventa či pacienta pro sebejistého, charismatického a lehce autistického učitele.

(Anzari, 2018, s. 51).

Co nás vedlo k uvedení předchozího textu, bylo z naší strany za vnímání zkušeností participantů s různými alternativními způsoby léčby. Mimo natáčení rozhovorů se zmínili o svých návštěvách u těchto tzv. odborníků na lidskou Duši. Mezi které se řadí také šamani, koučové a lidoví terapeuti.

Nepřátelské postoje zdravotnictví vůči opravdu cenným alternativním léčebným metodám (homeopatie, nebo akupunktura) jsou přirozeným důsledkem. Každý člověk je neopakovatelný originál a jako takový nemůže být nahlížen hrubým prizmatem jednostranných a z kontextu vytržených schémat. Terapie je služba, nikoli vedení, ovládnání, manipulace. Terapeut je průvodce na cestě, důvěrník, čistička zlovyků a destruktivních nálad, ten, kdo věří ve váš potenciál, ten, kdo ochrání vaše vztahy před vaší ukvapeností a nezdrženlivostí, kdo nezneužije informace, které mu dáte...To je neúplný výčet poslání psychoterapeuta. (Anzari, 2014, s. 54).

V době, kdy se říká, že každý je strůjcem svého štěstí, máme s pojmem osudu a s prožíváním osudu potíže. Osud, naše sudba, něco, co je nám posláno nebo dáno sebou, skutečně něco takového existuje? A posláno kým? Poznáme-li nějaké životní příběhy, vždy znova užaseme nad zcela určitým osudem, který se na nás v tomto životě odráží.“ Staň se kým jsi“ se pokoušíme přiblížit v terapiích pod názvem individuální proces. Ale každý člověk, který se o sebe trochu zajímá, se bude sám od sebe pokoušet stát se tím, kým je. Časem přijde na to, co k němu skutečně patří, to znamená rozlišit, co je pro něj platné, co s ním ladí s jeho podstatou, požadavky z doby celého jeho života, které se k němu nehodí. Poučky otce, poučky matky, poučky učitelů, poučky psychologů a tak dále, které jsou sice nejdřív přijaty bez ptaní, potom se však ukáží jako ne „shodné“ s vlastními pocity, s vlastním pojetím života, ztrácejí svůj tvůrčí charakter. (Kastová, 2012, s. 21-22).

Výše uvedený text odráží vnímání mnohých pacientů v procesu léčby. Velká část z těchto pacientů, uváděla své onemocnění jako svůj špatný osud, se kterým se nedá nic moc dělat. Onemocnění mají v rodině, tak i já jsem nyní přišel na řadu. Ale proč zrovna já? Zněla další podotázka z jejich úst. Při společných rozhovorech s participanty došlo i na téma tzv. přepsání jejich osudu v pozitivní nastavení dalšího životního scénáře. To se nesetkávalo s jejich úhlem pohledu na onemocnění jako takové.

Pohádkový hrdina Štístko to má při povrchní úvaze – možná o něco snazší, aby věřil ve svůj osud, protože je Štístkem, dítětem štěstěny. Je mu prorokováno, že vše, co podnikne, povede k jeho štěstí. Podíváme-li se však pak na jeho životní cestu, stane se zřejmým, že ho toto proroctví nechrání před hrozbami, které známe ze života. Pohádky znovu a znovu ukazují,

že se vyplatí vzít na sebe riziko, protože braní rizika na sebe způsobí, že se náš život stane živějším, že se mohou integrovat aspekty, které k nám patří a které jsou kvůli zabezpečovacím tendencím vyloučeny.

Život je riziko – pokud chceme živě žít, nezbyvá nám koneckonců nic jiného než s tímto rizikem souhlasit, stále znovu se, v rámci svých možností, pouštět do života a důvěřovat v osud. (Kastová, 2012, s. 23).

### **Změňte úhel pohledu**

„Člověk nejen existuje, nýbrž i rozhoduje o své budoucí existenci, o tom, co se v příští chvíli stane. Obdobně každá lidská bytost má svobodnou vůli se v kterémkoli okamžiku změnit.“

Viktor Frankl

Řekové si uvědomovali, že často ke své škodě volíme spíš nepříznivý úhel pohledu než ten jednoduchý. Že se bojíme překážek, protože je vidíme ze špatného úhlu – že jednoduchá změna perspektivy může úplně změnit naše reakce. Nezapomeňte: Sami si určujeme, jak se na věci budeme dívat. Ovládáme schopnost vidět jakoukoli situaci z určité perspektivy. Nemůžeme změnit překážky jako takové – tato strana rovnice je daná – ale pomocí změny úhlu pohledu lze překážky vnímat jinak. Lze změnit to, jak k nim přistupujeme, jak na ně nahlížíme, jak je zasadíme do kontextu, jak si vysvětlíme jejich význam, za jak znepokojivé a náročné budeme považovat jejich zdolání. (Holiday, 2014, s. 50).

Jung říká, že vše, co obsahuje naše nevědomí, nás potkává ve světě v podobě osudu. Cokoli se nám stane, má svůj důvod. Samozřejmě o tom v tu dobu nemusíme vědět. Jak bychom mohli? Jen tím, že to budeme prožívat, přijímat, co přichází, a potom o tom přemýšlet, můžeme nalézt smysl našeho života. (Sharp, 2008, s. 29).

Jung věřil, že všechno, čeho si o sobě nejsme vědomi, se projikuje do někoho jiného. Projekce je jako obousměrné zrcadlo, vidíme druhého člověka a zároveň odraz své vlastní nepoznané tváře. (Sharp, 2008, s. 15).

Abychom uspěli na své cestě života, je nutné poznat svou vlastní tvář. Připustit, že i tento stín k nám patří. Pracovat s ním, protože, kde bývá mnoho stínů, je i mnoho světla. To od nás vyžaduje konání, které, ne všichni jsme ochotni podstoupit. Pokud ale v sobě dokážeme nastartovat chuť k pozitivní změně a vydáme se na cestu, odměna je pro nás vždy připravena.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGICKÁ ČÁST

### Metody kvalitativního výzkumu

Vzhledem k vlastnostem kvalitativního výzkumu nebude přehnané říci, že hlavním výzkumným nástrojem je výzkumník sám. (S. Stainback - W.Stainback 1998, s.7). Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě. Kvalitativní výzkumníci se soustřeďují spíše na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jejich myslí. Proto je nejlepším nástrojem zkoumání vlastní úsudek a zkušenosti výzkumníka. Přesto kvalitativní výzkum používá výzkumné metody, které mají ustálené Kroky. Jejich zvládnutí velmi ulehčí výzkumníkovi práci v terénu i doma u zpracovávání údajů. (Gavora, 2000, s.148).

### 4.1 Výzkumné metody

Při sběru dat do bakalářské práce byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, společně s metodou pozorování. (Gavora,2010) uvádí, že rozhovor je jedna z nejpoužívanějších výzkumných metod a je realizován přímým kontaktem mezi výzkumníkem a participantem. Také uvádí, že rozhovor je metoda výzkumná, dopředu naplánovaná. Technika polostrukturovaného rozhovoru spočívá v předem stanovených otázkách, které může tazatel při rozhovoru doplňovat, či obměňovat, pokud tyto doplňující otázky odpovídají předem stanovenému cíli. Při realizaci rozhovorů s participanty, jsme současně využívali metodu pozorování, vzhledem k citlivým tematickým okruhům, kterých jsme se v rozhovorech dotýkali. Často se během realizace rozhovoru stalo, že si participant musel udělat přestávku, aby mohl o daném tématu dále hovořit, vzhledem k vracejícím se negativním vzpomínkám, které u participanta navodily emoce, které vyústily i v pláč. V takových okamžicích, jsme velmi citlivě musely rozhovor odlehčit. Nebylo to vždy lehké, mnohdy jsme pouze společně mlčeli a sdílely pocity participanta. Úspěšnost rozhovoru byla z velké části závislá na naší schopnosti navázat s participantem vztah vzájemné důvěry. Hlavním cílem praktické části této práce bylo zjistit, jak vnímají svou kvalitu života osoby s duševním onemocněním.



## 4.2 Výzkumný vzorek

V souladu s principy kvalitativního výzkumu byl výběr výzkumného vzorku nikoli náhodný, ale záměrný. Pro realizaci výzkumu jsem zvolila osoby s duševním onemocněním, které znám více let, osobně. Tak jsem měla možnost za vnímat společně s nimi kvalitu jejich života v kontextu delšího časového úseku. Na doplnění dané problematiky jsem do celkového scénáře doplnila dvě zdravotně sociální pracovníce. Z nichž jedna s duševně nemocnými pracuje zhruba 3 roky a druhá celý svůj profesní život 25 let. Další rozhovory, které jsem měla původně přislíbeny a naplánovány participanty přímo v Psychiatrické Nemocnici se vzhledem k situaci s pandemií Covid realizovali velmi obtížně. Vznikaly za velmi improvizujících podmínek a nahrávky nejsou kvalitní, vzhledem k tomu, že se odehrávaly ve venkovním prostředí. Nicméně na dokreslení pohledu vnímání kvality života osob s duševním onemocněním je to i tak materiál, který má svou vypovídající hodnotu. Během sběru dat do této práce se mi i stalo, že jedna participanta procházela léčbou a původně slíbený rozhovor mi odmítla dát. Místo jejího rozhovoru jsem zařadila rozhovor s její dospělou dcerou. Práce je tak obohacena o pohled nejbližšího rodinného příslušníka a jeho úhel pohledu na danou problematiku. Rozhovor z řad osob duševně nemocných tedy poskytl 2 ženy a 1 muž. Z odborného personálu jsou to 2 zdravotně sociální pracovníci a 1 terapeut.

## 4.3 Výzkumné otázky

- A Jak byste popsali svůj život, než do něj vstoupila nemoc?
- B Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu vašeho života?
- C Jak se nemoc dotkla Vašich zájmů, toho, co Vám přinášelo radost?
- D Vnímáte svou nemoc jako stigma?
- E Co Vám nemoc vzala?
- F Co Vám nemoc dala?

Výzkumné otázky pro odborný personál

- 1 Jaké řešíte nejčastěji sociální události se svými pacienty? (ZSP)
2. Jaká skupina pacientů (dg.) se vrací za vámi do ateliéru opakovaně? (Terapeut)

#### 4.4 Analytická část

Pro praktickou část, bylo vybrání celkem 3 participanti z řad duševně nemocných osob. Všechny tyto osoby mají diagnostikovanou Schizofrenii. Jsou to 2 ženy a 1 muž. Za odborný personál rozhovory poskytli 2 zdravotně sociální pracovníci a 1 terapeut. Do rozhovorů byl ještě zařazen rozhovor s dcerou duševně nemocné matky, která rozhovor přislíbila, ale potom nebyl realizován z důvodu její hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

#### 4.5 Participanti

##### Participant 1

Muž ve věku 50 let, diagnostikovaná Schizofrenie. Projevy nemoci ovlivňovali jeho život zhruba 10 let. Díky zázemí své rodiny, zvládl bez hospitalizace v psychiatrické nemocnici. V současné době bez medikace psychofarmak, žije plnohodnotným životem.

##### Participant 2

Žena 50 let, diagnostikovaná Schizofrenie. Projevy nemoci ovlivňovali její život 15 let až doposud. Opakovaně léčená v psychiatrické nemocnici. Zhruba 2 roky kvalitativní posun v jejím životě, díky uzavření manželství. Stálá medikace psychofarmak, ale v mnohem nižší formě.

##### Participant 3

Žena 40 let. Diagnostikovaná Schizofrenie, nemoc ovlivňuje její život 10 let, projevy nemoci přetrvávají, i když ne v tak intenzivní podobě jako na samém počátku nemoci. Opakovaně léčená v psychiatrické nemocnici. Stálá medikace psychofarmak.

##### Participant 4

ZSP – s duševně nemocnými pracuje zhruba 4 roky v psychiatrické nemocnici.

##### Participant 5

ZSP – s duševně nemocnými pracuje celý svůj profesní život zhruba 25 let

##### Participant 6

Terapeutka – s duševně nemocnými pracuje celý svůj profesní život 49 let

##### Participant 7

Dcera 45 let – duševně nemocné matky, která v době realizace rozhovorů byla v léčbě v psychiatrické nemocnici a odmítla rozhovor poskytnout, ale dala svolení, aby rozhovor poskytla její dcera – která vnímá duševní nemoc své matky od svých 12.

## 4.6 Analýza rozhovorů

Analýza rozhovorů byla zpracována na základě 7 rozhovorů zaznamenaných formou nahrávání na záznamník mobilního telefonu. Analýza byla prováděna postupně, podle participantů, byly vyhodnoceny jejich odpovědi na výzkumné otázky a poté bylo provedeno celkové shrnutí.

### **ROZHOVOR Č. 1**

Rozhovor proběhl v areálu nemocnice na přání participanta. Trval přibližně 45 minut, vzhledem k tomu, že participant si dělal dlouhé přestávky, aby jak sám říká, vše formuloval správně a na nic důležitého nezapomněl. Odpovědi byly zaznamenány na záznamník mobilního telefonu. Otázky byly kladeny postupně a některé odpovědi byly zodpovězeny doplňujícími otázkami. Participantem rozhovoru č.1 byl muž ve věku 50 let, který měl diagnostikovanou schizofrenii.

**Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním.**

**Případně co, by jim nejvíce pomohlo při samém počátku onemocnění.**

Názor participanta na kvalitu jeho života, když v něm byla naplno přítomna nemoc, byl jednoznačný. Nevnímal barevnost života, vše mu splývalo do jeho slov do šedé nevýrazné barvy. Vytratila se radost, vše dělal mechanicky, bez zájmu a nadšení. Vyjádřil se, že nejvíce by mu na samém počátku onemocnění pomohla péče psychoterapeuta, kam by mohl docházet. V té době, kdy u něho onemocnění propuklo, taková možnost nebyla.

### **Výzkumné otázky:**

**A: Jak byste popsal svůj život, než do něj vstoupila nemoc?**

Participant uvádí, že ho život bavil. Měl k tomu prostředky, pracoval jako makléř. Ale zamýšlí se i nad tím, že hodně pracoval a nežil dobrým životním stylem. Do života patřila hodně velká spotřeba cigaret. Participant uvádí, že i to, že jaký vedl způsob života, bylo jedním z spouštěčů duševního onemocnění.

**B: Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života?**

Participant uvádí, že nemoc měla vliv na to, že neměl žádné emocionální prožitky, neměl radost ze života. Začal brát medikaci psychofarmak, které ho otupovaly a nenutily ho

k žádné změně. Jak sám říká, pilulka dělala vše za mě. To se mi nelíbilo, měnily se i vztahy s mou nejbližší rodinou, s manželkou dětmi. Vydělával jsem méně peněz, nemohl jsem pracovat naplno. Byl jsem v období nemoci podporován svou rodinou, ale nakonec jsme se stejně rozešly, rodina se mi rozpadla.

**C: Jak se nemoc dotkla Vašich zájmů, toho, co Vám přinášelo radost?**

Dotkla se velmi, všeho toho co, jsem, kdy dělal rád. Vysoké dávky léků mne limitovaly natolik, že jsem nemohl dělat vůbec nic, co by mne naplňovalo.

**D: Vnímáte svou nemoc jako stigma?**

Ano, v té době jsem to tak vnímal. Dnes už je větší osvěta a lidé už to tak neberou.

**E: Co vám nemoc vzala?**

Tak především asi 10 let aktivního života, který mi nebude vrácen. Rodina se mi rozpadla, ale jsem rád, že v současné době máme spolu dobré vztahy. Změnu profese, nebyl jsem schopen pracovat, to sebou přinášelo jinou ekonomickou úroveň. Částečně i mé sebevědomí.

**F: Co vám nemoc dala?**

Jiný úhel pohledu na život v celém jeho kontextu. Zdravý životní styl, ke kterému jsem musel dospět, přestal jsem kouřit. Snažil jsem se z nemoci dostat. Nechtěl jsem žít bez emocionálních prožitků, být stabilně na lécích. Dala mi i víru v něco, co nás přesahuje, začal jsem hledat boha a prosil jsem ho o pomoc. Nevzdal jsem to, nyní jsem bez trvalé medikace.

## **ROZHOVOR Č. 2**

Rozhovor proběhl v mém osobním autě vzhledem k situaci s pandemií Covid. Participanta jsi to tak přála, a souhlasila s prostředím které bylo poskytnuto k rozhovoru. Rozhovor trval přibližně 30 minut. Otázky byly kladeny postupně, participantce byl poskytnut čas, aby se na otázky připravila předem, bylo to její přání. Participantkou rozhovoru č.2 byla žena ve věku 50 let s diagnostikovanou schizofrenií.

### **Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním**

#### **Případně, co by jim nejvíce pomohlo při samém počátku onemocnění**

Názor dotazované na první problematiku byl následující: „Změnil se mi život jako blesk z čistého nebe. Vše, co jsem měla ráda s nemocí odešlo. O kvalitě života se nedalo hovořit,

byla jsem mladá...a nemohla jsem dělat nic, co jsem doposud dělala a co mi přinášelo pocit naplnění.“

Na samém počátku onemocnění by mi rozhodně pomohl lepší přístup rodiny, která se nechtěla v podobě mého otce smířit s tím, že jsem nemocná.

### **Výzkumné otázky:**

#### **A: Jak byste popsala svůj život, než do něj vstoupila nemoc?**

Participanta uvádí že její život byl idylický, šťastný. Závodně tančila, pracovala i studovala v zahraničí. Měla dobré ekonomické zázemí ve svých rodičích, dělala jsi, co chtěla a měla velké plány do budoucna.

#### **B: Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života?**

Participanta má slzy v očích, omlouvá se a odpovídá. Velmi, bylo po kvalitě. Můj dosavadní život se mi totálně rozpadl. Začala jsem být na velké dávce medikace psychofarmak, které mne limitovaly do té míry, že jsem pouze jedla a spala. Pracovat jsem nemohla, učila jsem angličtinu. Vzhledem k této skutečnosti jsem skončila v plném invalidním důchodě, což sebou přinášelo jinou ekonomickou úroveň mého života jako celku.

#### **C: Jak se nemoc dotkla Vašich zájmů, toho, co Vám přinášelo radost?**

Participanta neodpovídá, z vyzozorované mimky jejího obličej se dá vyčíst, že toto téma je pro ni velmi citlivé. Nakonec přece jenom zazní odpověď... „Ztratila jsem přátele ze závodních tanců, protože jsem s nimi přestala být v kontaktu“. Dále jsme tuto problematiku již nerozváděly a přešly jsme k další otázce.

#### **D: Vnímáte svou nemoc jako stigma?**

Od participantky zaznívá zcela jednoznačný názor, že ano. Dál o tom již nechce hovořit.

#### **E: Co Vám nemoc vzala?**

Participantka se zamyslí...potom uvádí následující odpověď ..."15 let aktivního života, kdy jsem nemohla a mnohé nemohu doposud dělat.“ Vracela se ke svým zálibám, k nenaplněnému mateřství a v důsledku onemocnění i ztrátě sebevědomí.

#### **F: Co vám nemoc dala?**

Participantka se usměje a říká: „Jiný pohled na život, víru v Boha, kterého jsem prosila o pomoc a začala ho hledat. Nyní skvělého manžela, kterého bych si vůbec nevšimla, pokud bych byla zdravá.“

Nevzdala jsem se, trvalá medikace léků je v mém životě i nadále, ale už není v takovém množství jako na samém počátku onemocnění. Dva roky žiji ve skvělém manželství, i když

to se mnou manžel nemá lehké je velmi trpělivý, a to přináší do mého života velkou kvalitativní změnu, než tomu bylo doposud.

### **ROZHOVOR Č. 3**

Rozhovor s participantkou byl realizován v přírodě na společné vycházce, participanta si to tak přála. Rozhovor trval zhruba 1 hodinu, vzhledem k prostředí, kde se odehrával. Rozhovor poskytla žena ve 40 let s diagnostikovanou Schizofrenií. Otázky byly kladeny postupně, a participantka na ně odpovídala. Stalo se mi, že i když mi na počátku rozhovoru dala souhlas s natáčením, na konci našeho setkání si nepřála, aby se rozhovor kdekoliv prezentoval v nahrané formě. Souhlasila s přepsáním jejich odpovědí do mé práce.

#### **Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním**

#### **Případně co by jim pomohlo na samém počátku onemocnění**

Na první okruh dané problematiky participantka reaguje tímto způsobem: „Každý vidí kvalitu života v něčem jiném. No rozhodně mám méně peněz a musela jsem se naučit žít jinak, než doposud“.

„Co by mi pomohlo na samém počátku nemoci, nedokážu popsat, ale asi lepší komunikace s rodinou a lékařem.“

#### **Výzkumné otázky**

##### **A: Jak byste popsala svůj život, než do něj vstoupila nemoc?**

Participantka odpovídá, že bezstarostný. Dále svou odpověď nerozvádí.

##### **B: Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života?**

Participantka reaguje...“No, nechodím do žádné práce, jsem v důchodě, nemám peníze.“

##### **C: Jak nemoc ovlivnila oblast Vašich zájmů?**

Participantka odpovídá, že o tom ještě moc nepřemýšlela. Chodí ven do přírody, to ji nemoc umožňuje a je to pro ni důležité.

##### **D: Vnímáte svou nemoc jako stigma?**

Participantka se zamyslí a odpovídá: „že to už neřeší, je zbytečné se tím zabývat.“

##### **E: Co Vám nemoc vzala?**

Participantka nyní odpovídá hned a velmi jednoznačně. „Radost ze života, pod léky, které užívám, funguji jako robot.“

##### **F: Co Vám nemoc dala?**

Participantka má zamyšlený výraz, po chvíli reaguje...“No chtěla bych něco objevit, ale asi se mi to nepodaří.“

Žena, se kterou byl tento rozhovor realizován je v současné době v plném invalidním důchodu a na trvalé medikaci psychofarmak. Ve svém zdravotním stavu má neustálé propady. Sama říká, že se točí v kruhu, ze kterého není lehké vystoupit. Bere život, tak, jak jde, nevidí jinou možnost.

#### **ROZHOVOR Č. 4**

Rozhovor byl realizován v domácnosti, kam mne participantka pozvala. Délka rozhovoru trvala zhruba 30 minut. Participantka je žena ve věku 40 let, je dcerou matky, u níž byla diagnostikovaná Schizofrenie, když této ženě bylo pouhých 12 let. Rozhovor měl být realizován původně s její matkou, která mezitím ale musela podstoupit léčbu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Matka dala souhlas k tomu, že rozhovor mi poskytne její dcera.

#### **Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osob s duševním onemocněním**

#### **Případně, co by jim mohlo pomoci na samém počátku onemocnění**

Na první problematiku participanta reaguje s velmi jasnou opovědí. „Ano mě jako 12letému dítěti velmi. Musíte velmi rychle dozrát, jste zmateni, nevíte, nechápete, nerozumíte, co se děje. To byla má kvalita života...“

Na druhý okruh problematiky reaguje participantka také jednoznačně. „Myslím, že by pomohlo, kdybychom neztratily tolik času u praktického lékaře, který maminku měl hned odeslat na psychiatrické vyšetření, aby byla včas dobře diagnostikována a zamedikována. To si myslím, že byl stěžejní moment.“

Vzhledem k tomu, že participantka je dcerou osoby s duševním onemocněním po vzájemné dohodě jsme dospěli pouze ke dvěma otázkám, na které mi participantka chtěla odpovědět

#### **A: Co Vám vzala nemoc Vaší maminky?**

Participantka má v odpovědi jasno...“No, rozhodně kus dětství, musela jsem velmi rychle dozrát. Pamatuji se, jak jsem často mamince balila tašku do nemocnice. V době její nepřítomnosti jsem se starala o domácnost a svého mladšího bratra. I když se maminka vrátila z léčení, tak tíha starosti o domácnost, byla stejně na mě. Velmi jsem vnímala i to, že

bych jako děvče potřebovala s maminkou sdílet tzv. holčičí starosti...toto mi velmi chybělo.“

**B: Co Vám dala nemoc Vaší maminky?**

Participantky se zamyslí a odpovídá ...“Schopnost samostatnosti, vzor do života, který jsem viděla ve svém otci, že maminku neopustil a vždy rodinu držel pohromadě. S tím, mám nyní trochu problém ve svém osobním životě. Otec nasadil laťku velmi vysoko a já to v dnešních mužích stále hledám a nenacházím.“

**ROZHOVOR Č. 5**

Rozhovor byl realizován s participantkou, která v tomto výzkumu zastupuje odbornou část participantů. Pracuje jako ZSP v Psychiatrické nemocnici zhruba 4 roky. Rozhovor byl realizován v její kanceláři, trval 40 minut. Participanta je žena, ve věku 30 let. Je i metodik pro transformaci psychiatrické péče.

**Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality životy osobám s duševním onemocněním**

**Popřípadě, co by jim pomohlo na samotném počátku nemoci.**

Na první problematiku reaguje ZSP názorem, který má z vlastní zkušenosti v kontaktu s osobami s duševním onemocněním. Zastává přesvědčení, že nejvíce poznamenává kvalitu života těchto osob nenaplněné role mateřství, kdy se stává pacientkám, že onemocní a jejich děti jsou ještě příliš malé, musí o ně pečovat někdo jiný, a v mnohých případech se stává, že se rodina pacientce rozpadá, kdy partner požádá o rozvod. S čímž souvisí pro pacientku ztráta zázemí a ukotvení v životě.

Na druhý okruh problematiky ZSP reaguje, že rozhodujícím prvkem při počátku nemoci, je podle ní určení správné diagnózy a její včasné залéčení. Mnohdy se stává, že pacient je dlouho bez odborné pomoci, nemoc má svůj negativní vývoj a následná léčba není tak úspěšná, jak by mohla být, pokud by byla včas poskytnuta odborná péče.

**Výzkumné otázky:**

**A: Jaké nejčastěji řešíte sociální události spojené s hospitalizací pacienta?**

ZSP odpověděla, že nejvíce potřebují pacienti její pomoc při vyřizování invalidity a různých dávek. To je její stěžejní náplň práce. Na druhém místě uvádí umístění do různých zařízení, aby se pacient měl kam vrátit po hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Je to hlavně



v případě, kdy pacient je už starší, rodina se mu rozpadla a nemá o něho zájem ZSP si trochu postěžovala, že umístění pacienta s psychiatrickou diagnózou je mnohdy nadlidský úkol. Zařízení je málo, kapacita je nedostačující. Naráží tak mnohdy na problém i se zdravotními pojišťovnami, které odmítají hradit pobyt pacienta, nad stanovený čas. Uvádí, že přece jenom jsou nemocnice, ne sociální zařízení.

### **ROZHOVOR Č. 6**

Tento rozhovor byl realizován s druhou ZSP v Psychiatrické nemocnici v její kanceláři. ZSP pracuje svůj celý profesní život -25 let s osobami duševně nemocnými. Má mnoho zkušeností, je také metodikem pro transformaci psychiatrické péče. Rozhovor trval 45 minut.

#### **Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním**

#### **Po případě zjistit co by jim pomohlo na samém začátku onemocnění.**

Na první okruh dané problematiky odpovídá ZSP, že po zkušenostech, které má za sebou v kontaktu s pacienty, je to jednoznačně rovina nejbližších vztahů pacienta. Toto velmi dle jejího názoru ovlivňuje kvalitu jejich života. Pokud se pacient ocitá se svou nemocí sám, nemá zázemí a podporu ve svých nejbližších, opakovaně se vrací do psychiatrické nemocnice. Tvoří si zde svou rodinu a síť přátel, kteří mají stejný problém jako on. Dodává, že to je začátek konce, pacient zchronizuje ve své nemoci a jeho návrat a začlenění zpět do alespoň nějakého normálního fungování je takřka nemožné.

Na druhý okruh problematiky dostávám od ZSP názor, který je shodný s názorem její mladší kolegyně. Včasná a správná diagnostika může mnohé při prvotním počátku onemocnění ovlivnit v pacientův prospěch. To, že se to neděje je dle jejího názoru způsobeno jednak nedostatkem odborného lékařského personálu, kdy jsou dlouhé čekací doby na prvotní vyšetření. Jako druhý případ uvádí to, že se rodina stydí za svého člena a nechá propuknout onemocnění, kdy se diagnostikuje až při vstupu do psychiatrické nemocnice. Dle názoru ZSP stále v lidech přetrvává stigmatizace duševních onemocnění, i když už je to po roce 1989 mnohem lepší, než tomu bylo před tímto rokem.

#### **Výzkumná otázka**

#### **A: Jaké nejčastěji řešíte sociální události se svými pacienty?**

ZSP odpovídá téměř shodně jako její mladší kolegyně. Jsou to peníze, peníze, peníze....

Jako druhou událost řeší umístění do zařízení, aby se pacient měl po hospitalizaci kam vrátit.

K tomuto tématu se ještě ZSP rozvykládala, že je metodikem na transformaci psychiatrické péče. Doslova říká, že myšlenka je to výborná, ale její realizace pokulhává, vzhledem k nedostatku návaznosti sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním

### **ROZHOVOR Č. 7**

Rozhovor byl realizován v Psychiatrické nemocnici s terapeutkou, která s osobami duševně nemocnými pracuje celý svůj profesní život 49 let. Rozhovor trval 40 minut, byl realizován v ateliéru terapeutky.

#### **Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním.**

#### **Popřípadě zjistit, co by jim pomohlo na samém počátku onemocnění.**

Na první okruh dané problematiky terapeutka odpovídá, že ona sama vnímá kvalitu života těchto osob, do té míry, jak oni sami chtějí na sobě pracovat. Jestli se staví do role oběti, nebo se snaží být ve své nemoci aktivním činitelem změn. To dle jejího názoru je rozhodující, jak bude pacient žít svůj život, až opustí Psychiatrickou nemocnici.

Na druhou problematiku navazuje stejným názorem jako ZSP, kdy se také přiklání, k tomu, že včasná, správná diagnostika a léčba v mnohém pozitivně ovlivní celý průběh nemoci.

#### **Výzkumná otázka:**

A Jaká skupina pacientů, se k Vám opakovaně vrací, mám na mysli, s jakou diagnózou?

Terapeutka uvádí, že se to netýká, ani tak diagnózy, jako osobnosti pacienta. Velkou roli, zde hraje pacientovo ukotvení, nebo rozkolísání v jeho osobním životě. Pokud nemá podporu svých nejbližších, vrací se častěji než ten, který toto zázemí má. Mezi opakované návraty patří častěji pacienti psychotičtí než neurotičtí, ale není to pravidlem, uvádí terapeutka...

## **4.7 Shrnutí**

Cílem práce bylo porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním, popřípadě zjistit, co by jim pomohlo na samém počátku onemocnění.

Dotazováno bylo celkem 7 participantů, z nichž pouze jeden byl mužského pohlaví. Toto bylo způsobeno odmítnutím participantů z řad mužského pohlaví. Muži berou své onemocnění jako životní selhání a nenaplnění své mužské role, takto za vnímaný pocit ze strany muže bylo důvodem, odmítnutí rozhovoru, který předtím slíbili.

Všichni participanté se shodli v názoru, že nejvíce ovlivňovala kvalitu života skutečnost, že trvala dlouhý časový úsek, který už nemohou plnohodnotně prožít.

Všichni participanté se shodli v názoru, že ztratili rodinné zázemí, nebo si ho nestihli díky nemoci vytvořit.

Všichni participanté se shodli v názoru, že jejich ekonomická úroveň, šla velmi dolů.

Všichni participanté se shodli v názoru, že nemoc jim vzala, to co jim přinášelo radost ve volnočasových aktivitách.

### **Pozitivní vnímání přítomnosti nemoci**

Všichni participanté se shodli v názoru, že nemoc přinesla do jejich života, to, že se naučily více si vážit toho, co nyní mají.

Dokázali přehodnotit své priority

Všichni se shodli v názoru, že pro svůj život našli praktikující víru, která jim pomáhá překonávat překážky, které souvisí s nemocí.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit:

### **Co by jim pomohlo na samém počátku onemocnění**

Všichni participanté se shodli na skutečnosti, že pokud by byla nemoc včas správně diagnostikována a zaléčena, příznivě by to ovlivnilo její další průběh.

Dalším zavnímaným poznatkem byla skutečnost vztahů na poli rodiny. Kdy pro pacienty byl důležitý postoj jejich rodiny k propuknutí nemoci. Pouze jeden dotazovaný vnímal podporu své rodiny, ostatní to tak neměli a nemají doposud.

Podpora rodiny je pro pacienty velmi důležitá, tak to dotazovaní prezentovali a postesklý si, že je rodina opustila, nebo se na ně dívá nedůvěřivě.

### Negativa nemoci dle názoru participantů

1. Dlouhý časový úsek života-kdy se nedá hovořit o jeho kvalitě
2. Ztráta nejbližších vztahů-rozpad rodiny
3. Neprožívání emocí – způsobeno medikací psychofarmak
4. Nedostatek finančních prostředků-invalidita, neschopnost pracovat

### Pozitiva nemoci vnímaná participanty

1. Změna životního stylu
2. Nastavení opravdových hodnot
3. Nalezení praktikující víry, která jim pomáhá překonávat překážky, jenž jsou spojeny s jejich onemocněním

## 4.8 Diskuse

S pojmem duševní onemocnění se setkáváme v dnešní době velmi často. Při téměř ročním zavření celé společnosti díky pandemii související s COVID-19. Mnozí, kteří neměli zkušenost s depresí, neurózou, tak si ji mohli osahat a seznámit se s nimi. Když ne oni samotní, tak díky členům nejbližší rodiny. Víím ze svého nejbližšího okolí, že tato změnová situace ve společnosti přispěla k rozvoji mnohým duševních poruch i onemocnění. Když jsem zvažovala, co dát jako předmět této diskuse k dané problematice.

Do popředí se dostaly tato témata:

### **Jak ztraktivnit obor psychiatrie pro budoucí lékaře?**

Vzhledem k jejich nedostatku a dlouhým čekacím dobám na prvotní vyšetření, které je tak důležité na samotném počátku onemocnění.

### **Jak více komunikovat s rodinou osoby s duševním onemocněním ?**

### **Jak mít více následných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním?**

### **Vyřeší tato témata transformace psychiatrické péče?**

## 4.9 Doporučení pro praxi

Nebudu se stavět do role, kdybych byla schopna dát jakékoliv doporučení pro praxi. Situace v ČR, s touto cílovou skupinou osob s duševním onemocněním o něco lepší než v předchozích letech, ale stále to nestačí. Vzhledem k tomu, že narůstá počet osob s duševním onemocněním. Už máme v některých městech centra duševního zdraví, ale pouze v některých.

Mým jediným doporučením pro praxi je spíše přání, aby se více odborného personálu chtělo věnovat této cílové skupině pacientů, kteří jsou stále tak nějak na okraji celého systému zdravotnictví.

## ZÁVĚR

Práce pojednávala o subjektivním vnímání kvality života osob s duševním onemocněním. V teoretické části popisuje klasifikaci jednotlivých duševních onemocnění. Zabývá se teoriemi uspokojování lidských potřeb, které výrazně ovlivňují celkové vnímání kvality života jedince jako takového. Zabývá se osobností ZSP jako průvodce při hospitalizaci pacienta s duševním onemocněním. Zmiňuje osobnost terapeuta, který aktivně spolupracuje a vede pacienta v celém procesu jeho léčby.

Uvažuje a rozebírá také osobnost pacienta, která má velký vliv na průběh celé léčby a zaujetí postoje ke svému onemocnění.

Cílem práce bylo porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním, popřípadě zjistit co by jim pomohlo na samém počátku onemocnění.

Dotazováno bylo celkem 7 participantů, z čehož byl pouze 1 muž. Participanti, kteří se vyjadřovali ke své nemoci byli 3, dále byl realizován rozhovor s dospělou dcerou, jejíž matka byla právě hospitalizovaná a dala souhlas k rozhovoru s dcerou. Dále byli realizovány rozhovory se 2 ZSP a 1 Terapeutkou.

Z rozhovorů vyplývá následující skutečnosti:

Všichni dotazovaní participanti z řad osob duševně nemocných se shodují na svém vnímání kvality života v oblasti nejbližších rodinných vztahů, které vlivem nemoci ztratili, nebo si je nestačili utvořit.

Všichni dotazovaní participanti se shodují na skutečnosti, že nemoc jim sebrala několik let plnohodnotného života. Dále se shodují na faktu, kterým je nízký finanční příjem, vzhledem k jejich přiznané invaliditě. Co je velmi trápí, je neprožívání emocionálních prožitků, což způsobuje silná medikace psychofarmak, které musí denně užívat.

Z rozhovorů s 2 ZSP vyplývá informace, že nejčastější sociální událostí, kterou řeší s pacienty v léčbě je vyřizování invalidity a různých peněžitých dávek. Obě se shodují i na faktu, že umístění pacienta, který se nemá kam vrátit, mnohdy velmi složité. Na druhou podotázku cíle výzkumu... Co by pacientům pomohlo na samém začátku nemoci...Se obě shodly, že je to včasné a správné určení diagnózy a její zaléčení.

Z rozhovoru s terapeutkou vyplynul její úhel pohledu na vnímání kvality života pacientů, který zastává, tím je aktivní spolupráce a podíl pacienta na svém prožívání života. Uvádí, že je velmi důležité, jestli se pacient postaví při svém onemocnění do role oběti, nebo se snaží skutečnost aktivně přijmout a je ochoten pracovat na pozitivních změnách ve svém životě. To velmi ovlivní, jak kvalitní život bude žít po opuštění léčby.

Ze všech rozhovorů vyplývá, že je velmi důležitá a potřebná práce pro tuto cílovou skupinu pacientů. Je velmi důležité, aby byl dostatek kvalifikovaného personálu, který bude svou práci dělat se zaujetím pro tuto cílovou skupinu osob, vzhledem k tomu, že je personál mnohdy jediným styčným bodem v jejich životě.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

Autorský kolektiv, 2014. *Kniha psychologie*. Praha: Euromedia, ISBN 978-80-242-4316-0.

ANZARI, Patricie, 2018. *Dodušemluvy: kniha, po které bude všem s vámi lépe*. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-534-0.

BOWEN, Will, 2017. *Svět bez stížností*. Praha: Synergie. ISBN 978-80-7370-493-3.

CLOUD, Henry, 2018. *Změna přináší uzdravení: jak pochopit svou minulost a zajistit si tak zdravou budoucnost?* Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-410-2

DE MELLO, Anthony, 2011. *Minutová moudrost*. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-131-4.

DRAPELA, Victor J., 1997. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-134-7.

EGER, Edith Eva, 2019. *Máme na vybranou*. Praha: Práh. ISBN 978-80-7252-829-5

FRANKL, Viktor Emil, 1996. *--a přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-095-9.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HOLIDAY, Ryan, 2015. *Překážka jako výzva: proměňte krizi v novou příležitost*. Praha: Beta. ISBN 978-80-7306-741-0.

KASTOVÁ, Verena, 2012. *O důvěře ve vlastní osud*. Brno: Emitos ve spolupráci s Nakladatelstvím Tomáše Janečka. ISBN 978-80-903715-0-7

NAKONEČNÝ, Milan, 1993. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press. ISBN 80-85603-34-9.



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

SHARP, Daryl, 2008. *Getting to Know You: The Inside Out of Relationship*. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-00-4

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, ISBN 80-2460841-3.

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha P I:** Rozhovor č.1. v denním tisku s arteterapeutkou z psychiatrické nemocnice v Kroměříži

**Příloha P II:** Rozhovor č.2. v denním tisku s arteterapeutkou z psychiatrické nemocnice v Kroměříži

**Příloha P III:** Upoutávka na výstavu s názvem „Umění je stav duše“

# PŘÍLOHA P I: Rozhovor č.1. v denním tisku s arte-terapeutkou z psychiatrické nemocnice v Kroměříži

## Klienti léčebny? To je naše společnost

Emilie Rudolflová pracuje s lidmi s vážnými psychickými chorobami pomocí arteterapie. Týdeníku povyprávěla o ni i o důležitosti zlaté střední cesty.

JANA ROHÁNOVÁ

**Kroměpítě** - Co je to opravdu útrpení a jak se léčí duše? Zeela zvědavě o tom může povídat Emilie Rudolflová, která pracuje jako arte-terapeutka v kroměřížské psychiatrické léčebně. Takřka pod rukama jí denně procházejí lidé s duševními poruchami, neurotickou poruchou, různými závislostmi i mentální anorexií, lidé, kteří se s nepokojem, ale také po sebevraždětině pokusů.

### Stanovi diagnózu, která v chorobopisu není

„Dostávám se strany psychiatrii a psychologů doporučení a informace o klientech. Potom je ale tak trochu odkládnám a na prvním místě mě zajímá lidské trápení, hoře, žal, kdy máš nebo lená pláče do toho, co mi říká, a to už v chorobopisu není. Už je to posunutě jímá a to je

pak moje diagnóza,“ svěřila se týdeníku terapeutka, která během mimo jiné pomáhá vyjádřit své pocity vytvářením uměním a tak je léčí.

„My lidé často opakujeme zidovskou citaci, že alkohol je meta lidství. Já jsem ji terapeuticky přepracovala, že meta lidství je lidstvo samo. Z alkoholu, který systematicky posílá vytvořit pověry, vína, cítím dole odvedenou práci, slunce a to, že je to boží dar, jako například chleba. Ve vztahu ke mně není agresivní a nic mi neděje. My ale tyto dary proměňujeme na zlo,“ vysvětlila Rudolflová a poukázala tak na aktuální metaforickou kanau, kterou, stejně jako veškeré dání ve společnosti, sleduje.

Dodává, že kauza, která vyšla najevo, není o panování alkoholu, ale o du, která má různou, často hraničnou podobu.

„Své klienty se snažím vést k tomu, aby se nechováli, jako že jsou a dosko- nečně se nevyznávali, neomlouvali a neposkyvali zbabělost, ležnost, pohodlnost. Tu zbabělost potom nahlejí i mně, protože je v nich. Jednou mi klientka řekla, že toho tolik rážle, že už ani neví, že šlo. Je to frapující, takže říct a pro terapii je to dobrá východní pozice. To je ten moment, kdy cítím, že



Emilie Rudolflová má k výtvarnému umění blízký vztah.

se dotkla pečlivostí v terapii a chce mi o sobě říct něco víc. Já za to klienty nesmíraž chválím,“ popsala Rudolflová, jak je důležitá otevřenost v terapii.

### Odkrýváme „naplaveniny“

Během terapie je podle ní nutné, aby došlo ke střetu minulosti se stavem „zde a nyní“ a mohlo tak dojít k očistnému procesu a změně v osobnosti. Také je důležité pročit si například pocit studu, za životní období, které takový stav nastolilo. A to hlavně? Nejdůležitější je - podle terapeutky - odkrývat naplaveniny a zjasnit, co se stalo před závislostí nebo psychickou poruchou a dostat se často až k dítěti a k příčině potíží.

### Zásadní je pocit bezpečí a zlatá střední cesta

„Opakovaně se dovídám, že lidé o domácím nářadí, které má různou podobu. To je často spojené s závislostmi. Mladí lidé přicházejí s tím, že je něco trápi, jasně smutní a seví a čeho. Také nabízejí závislé problémy. Na základě arteterapie vidíme, že se odřívá, co je ryzi, skrytá. Více a více terapeutické prostředí naší léčebny svědčí se, že ve svém věku říje v prostředí domácího nářadí,“ uvedla příklad Rudolflová a dodala, že nejvíce zranitelé je fakt, když zraňuje rodič, který má chránit.

„Lákuť výhodnosti možná, ale emoční zranění je často zdrojem formování osobnosti v období, které je velmi významné pro mladého člověka. V době, kdy se z dítěte stává dospělý. Jestli málokdy nevytváří pocit bezpečí a řekla například nový part-

nerský vztah, může to mít pro dítě fatální následky,“ řekla Rudolflová, ale také dodala, že dobrá samozřejmě není ani zůstávat ve vztahu, kdy samo dítě vidí, že rodiče nejsou zrale dospělé osobnosti. Terapeutka tak kladla důraz na to, že nejdůležitější je najít takzvanou „zlatou střední cestu“.

### občanská společnost

„Vzpomínám si na jednu klientku. Byla to učitelka. s mnohaletou závislostí na alkoholu, která mi řekla: „Večer, až byly děti v postýlce a všechno bylo v pořádku, otevřela jsem si krabacové víno.“ Tohle je ukáзка myšlenky závislé ženy na alkoholu,“ poukázala na fakt, že ženě nedošlo, že v pořádku není její myšlení, chování.

### Píjí, i když jim to nechutná

Ženy závislé na alkoholu jsou většinou pomešklé, čistinné. Až je doma všechno jak má být, odmění se a opijí. Při terapii potřebujeme jet až za tyto věci, až si uvědomí, že vstupují do škodlivého rituálu, že se odměňují nevhodným způsobem. Dále zjišťujeme, že předtím bylo ještě něco jiného, blahobytu,“ namítá terapeutka.

„Nedávno mi jedna klientka potvrdila, že nechtíme závislost, ale ocelivost osobnosti. Ona sama si totiž uvědomila, že nepila proto, že jí to chutná, ale opila se, protože na to byla několik let zvyklá,“ řekla terapeutka. Podle ní je potřeba si uvědomit svoji nezálibost a příčinu. Například rodiče, kteří přehlíželi dítě, nebo jim překáželi v jejích sobectví. „Jsu se tak třeba naučí od

táty, že přistupuje k životu neuroticky - zbaběle, čeká, kdo za něho vyběhne nepřijemnosti. Nenačí se především pít, ale resgovat nezádravě povrhně, primí- tivně,“ vysvětluje odbornice.

### Anorexie? Spatný vztah s matkou

Na terapii Emilie Rudolflové chodí také lidé, kteří mají potíže se sobepoško- zovat, ale i muži a dívky s přelmannou vybalancí.

Péče o klientky s mentální anorexií má spíše příčinu tohoto problému. To je zejména ucelovaný vztah s matkou, potažmo a rodě. Setkala jsem se s třemi klientkami, které byly stejny zážitky. Nemaly se, byly v různých míst. Všechny tři záviděly plavat. Přiblížně ve stejné věku je trenér „Ty se nám ale zakamaruj,“ Mně to připadá normální, ale ještě dítě není se adra- věho rodinného prostředí, vaničce zapondufem, silný zážitek a toho, že je šťastá. Za normálních okolností to mohla doma říct a všichni by se tomu zasmáli a tím, že jim doma roste slouha. A není to u trenérů, u Barbie a kulu módy, jak se často prezentuje v odborných knihách a televizi. To potvrzuji svým klient- ky,“ objasnila Rudolflová.

### Klienti s depresí přibývá

Obecně platí, že základní archetyp života je samer, samice, mládě - tedy muž, žena a dítě.

Když zraje terapeutka, že šlo nemají doby vztah k druhému pohlaví, je kým kolem skoumat, proč tomo tak je.

„Lidé, kteří tu jsou, to nejsou pacienti, to jsou my, naše společnost. Pacient znamená v překlade: trpí měškej. Tady nejsou po- nperaci upoutání na lásku. Chcí, aby byli maximálně spolupracující. Šerují je různými způsoby: někdy „bija“, někdy objímají. Lidé sou chodí jako do nemoc- nice. Potom jdou domů, pozet je ještě teplo a už je v ní jiná paní. Tekevie, rčda jsou plni toho, jak narušit počet klientů s depresí, jak si lidé za svoje peníze chodí kapovat léky a dít průběhuji tento stav. V takové situac je jedním z řešení pobyt na psychiatrii. A v mé filosofii je to zastavení v životě,“ říká Rudolflová.



Jedna z prací pacientů léčebny z roku 2010. Nazvána je Můj vztah k lidem dříve a nyní. Rudolflová je kurátorkou výstavy Umění je stav duše. Foto: archiv Emilie Rudolflové





