

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Dopady spolupráce  
multidisciplinárních týmů v Centrech  
duševního zdraví na kvalitu života lidí  
s duševním onemocněním

Jakub Tomeš

Katedra sociální práce  
Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková, Ph.D.  
Studijní program Sociální a Pastorační práce  
Studijní obor Sociální a Pastorační práce

Praha 2022



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Dopady spolupráce multidisciplinárních týmů v Centrech duševního zdraví na kvalitu života lidí s duševním onemocněním napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne



## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá tématem vlivu multidisciplinárních týmů Center duševního zdraví a komunitních týmů na kvalitu života jejich klientů. Teoretická část se věnuje tématu duševního zdraví, roli služeb na sociálně-zdravotním pomezí v péči o duševní zdraví v rámci probíhající reformy péče o duševní zdraví, a představením služby Centra duševního zdraví. Cílem praktické části práce je pak odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní: *„Jaké dopady má spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním s Centrem duševního zdraví nebo s Komunitním týmem Kladno na kvalitu jejich života“* a následně výpovědi klientů jednotlivých služeb porovnat.

## **Klíčová slova**

duševní zdraví, duševní onemocnění, centrum duševního zdraví, komunitní sociální služby, zotavení, stigmatizace

## **Summary**

This bachelor thesis deals with the topic of the impact of multidisciplinary teams of mental health centers and community teams on the quality of life of their clients. The theoretical part deals with the topic of mental health, the role of the interconnected social and health services in mental health care in the context of the ongoing mental health care reform and the introduction of mental health services. The aim of the practical part is to answer the main research question, which reads: *„What effects does your cooperation with the Center for*

Mental Health / Community team have on the quality of your life?“ And then compares these statements from their respective clients.

### **Keywords**

mental health, mental illness, mental health center, community social services, recovery, stigmatisation

## **Poděkování**

Chtěl bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za příkladné vedení. Zároveň chci poděkovat své manželce Janě, mamince Janě, tátovi Jaroslavovi a dědovi Arnoštovi, za intenzivní podporu po celou dobu mého studia. V neposlední řadě bych chtěl rovněž poděkovat všem klientům, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovory, za jejich otevřenost a odvahu sdílet se mnou jejich příběh.

# Obsah

Úvod.....	11
1. Duševní zdraví a duševní porucha.....	13
1.1 Klasifikace duševních onemocnění.....	15
1.1.1 Závažné duševní onemocnění (SMI – Severe mental illness).....	16
1.1.2. GAF (Global assesment of functioning scale).....	16
1.2. Historie psychiatrie a psychiatrických nemocnic ve 20. století v Evropě .....	17
1.3. Stigmatizace a sebestigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním.....	19
1.4. Zotavení (Recovery).....	21
2. Reforma psychiatrické péče v ČR.....	24
2.1. Historický kontext reforem psychiatrie ve světě.....	26
2.2. Historický kontext současné reformy v ČR.....	28
2.3. Komunitní péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním.....	29
2.3.1. Psychiatrická rehabilitace.....	31
2.3.2. Asertivní komunitní léčba.....	32
2.3.3. Flexibilní asertivní komunitní léčba.....	33
2.4. Deinstitutionalizace psychiatrické péče.....	34
2.5. Destigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním.....	35
3. Centra duševního zdraví a komunitní týmy.....	36
3.1. Case management.....	38
3.2. Sociální rehabilitace.....	39
3.3. Vybrané služby poskytované CDZ 9.....	40
3.3.1. Mobilní služby.....	40
3.3.2. Krizové služby.....	41
3.3.3. Zdravotní služby v oboru psychiatrie a klinické psychologie.....	42
3.3.4. Denní skupinové nebo individuální služby zdravotní a sociální...42	
3.4. Komunitní tým Kladno.....	43
4. Praktická část.....	43
4.1. Metoda výzkumu a výběr komunikačních partnerů.....	44
4.2. Tvorba výzkumného nástroje a jeho užití – sběr dat.....	45
4.3. Analýza dat.....	47
4.3.1. Praktický život.....	49
4.3.2. Mé zotavení.....	57
Stigmatizace a sebestigmatizace.....	61
4.4. Shrnutí výzkumné sondy a diskuse výsledků.....	64



Závěr.....	66
Seznam literatury.....	68
Přílohy.....	74



## Úvod

Péče o duševní zdraví v České republice doznává v posledních 10 letech značných změn. Probíhající reforma psychiatrické péče má široký záběr. Ne snaží se pouze o změny uvnitř nemocnic, ale o propojení zdravotní péče s péčí sociální, ne uvnitř institucí zajišťující zdravotní péči, ale právě mimo tyto instituce. Jedním z pilířů reformy je zavádění Center duševního zdraví a podpora vzniku multidisciplinárních komunitních služeb. V těch se snaží začít se zabývat celostním přístupem k pacientovi, setkávat se s ním v jeho přirozeném prostředí a podporovat ho v jeho zotavení, neboť duševní onemocnění zasahuje mnoho životních oblastí, jako je práce, bydlení, sociální vazby, tělesné zdraví apod. Paralelně s tímto procesem by měl ubývat počet lůžek v dlouhodobé lůžkové péči. V tuto chvíli není v České republice dostatek komunitních služeb a center duševního zdraví, tudíž k nim nemá přístup každý, kdo by to potřeboval. Reforma si klade za úkol toto postupně změnit a vybudovat provázanou a koordinovanou síť služeb ve všech krajích. Také se zasazuje o vytvoření dlouhodobých destigmatizačních kampaní, podporuje model recovery (zotavení), multidisciplinární přístup, chce zatraktivnit obor psychiatrie a sociální péče o klienty se zkušeností s duševním onemocněním.

Teoretická část této bakalářské práce v první kapitole představí rozdíl v pojetí duševního zdraví a duševní nemoci, klasifikaci onemocnění v tomto okruhu, pojem SMI (Severe mental illness), krátký popis historie psychiatrie a vzniku prvních psychiatrických nemocnic. Dále vysvětlí pojmy, které jazyk reformy užívá, jako je zotavení, stigmatizace a destigmatizace. V druhé kapitole čtenáři předloží stručnou historii reforem péče o duševní zdraví v Evropě a zároveň reformu v České republice, která se v příkladech dobré praxe z Evropy inspirovala. Hlavním tématem třetí kapitoly, která praktickou část uzavře, bu-

dou Centra duševního zdraví, konkrétně CDZ 9, kde jsem absolvoval stáž. Bude zde popsána metoda case managementu, která je v rámci CDZ využívána, a rovněž představeny vybrané služby, které jsou zde nabízeny.

V praktické části si klade práce za cíl zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: *„Jaké dopady má spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním s Centrem duševního zdraví nebo s Komunitním týmem Kladno na kvalitu jejich života“*. Pro získání těchto dat jsem provedl polostrukturované rozhovory s klienty CDZ 9 a Komunitního týmu Kladno.

# 1. Duševní zdraví a duševní porucha

Duševní zdraví označuje naši emocionální, psychologickou a sociální pohodu. Ovlivňuje jakým způsobem přemýšlíme, cítíme a má vliv na naše chování. Kvalita našeho duševního zdraví ovlivňuje to, jakým způsobem zvládáme stres, jak se vztahujeme k druhým a jaké rozhodnutí děláme. Je důležité o něm přemýšlet a starat se o něj v každé fázi našeho života, od dětství až po dospělost. Faktory, které ovlivňují naše duševní zdraví jsou mnohé. Patří k nim biologické okolnosti, naše životní zkušenosti, rodinná historie, socioekonomická situace, vlivy našeho přirozeného prostředí a další.<sup>1</sup> Ve vyjádření světové zdravotnické organizace je řečeno, že duševní zdraví neznamena pouze absenci duševního onemocnění. Je integrální součástí našeho celkového zdraví.<sup>2</sup> Podpora duševního zdraví u lidí se zkušeností s duševním onemocněním by neměla zahrnovat pouze zdravotnické služby, ale také služby sociální a ochranu práv jejich uživatelů.<sup>3</sup>

Na druhé straně stojí duševní nemoc. Duševní onemocnění jsou předmětem zkoumání mnoha oborů (psychiatrie, psychologie, sociální práce, psychopatologie). Označení duševní nemoc se v dnešní době používá už méně, nahradilo ho označení duševní porucha, což je termín, který nalezneme zejména v lékařských kruzích.<sup>4</sup> Z medicínského hlediska jde o nepřesné označení, ale je užíván pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušených funk-

1 PILGRIM, David. *Key concepts in mental health*. 2019. s. 3-5.

2 WHO. *Mental Health: Strengthening Our Response*. 2022.

3 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2008. s. 54.

4 MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. 2010. s. 23.

cí.<sup>5</sup> Z pohledu organizace uživatelů psychiatrických a sociálních služeb jsou pojmy duševní nemoc i duševní porucha problematické, protože implikují dominanci medicinského modelu.<sup>6</sup> Změnou používané terminologie se chtělo předejít stigmatizaci pacientů, protože nemocní se často vnímali jako méněcenní. Označení porucha v sobě ovšem také nese význam určité dysfunkčnosti.<sup>7</sup> Na duševní onemocnění se nahlíží také podle bio-psycho-socio-spirituálního<sup>8</sup> modelu, který zohledňuje vzájemný vliv těchto dimenzí člověka. Můžeme je charakterizovat jako procesy projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, které znesnadňují jeho fungování ve společnosti.<sup>9</sup> Duševní onemocnění tedy ovlivňují především lidské myšlení, prožívání nebo vztahy s okolím.<sup>10</sup> Existuje mnoho druhů duševních poruch, které se vyznačují různými příznaky. Jejich klasifikaci se bude věnovat další podkapitola.

- 5 *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* 2000. s. 20.
- 6 MAREČKOVÁ, Jana a MATIAŠKO, Maroš. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých.* 2010. s. 27.
- 7 MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch.* 2012. s. 14.
- 8 Paradigma Světové zdravotnické organizace, které vzniklo v 60. až 70. letech 20. století, které se vztahuje na duševní poruchy, včetně závislostí. Na člověka je pohlíženo jako na celistvou bytost, nemoc je tedy výsledkem interakcí těchto faktorů. Původně se mluvilo pouze o bio-psycho-sociálním modelu, spirituální složka do tohoto modelu na základě podnětů představitelů tzv. Existenciální medicíny byla přidána až poději. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* 2013. s. 281-282.
- 9 OPATRŇÝ, Aleš, BARTUŠKOVÁ, Ludmila a DŘÍMAL, Ludvík. *Pastorační péče o psychicky nemocné.* 2016. s. 54.
- 10 HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* 2000. s. 774.

## 1.1 Klasifikace duševních onemocnění

Pro klasifikaci duševních onemocnění se v Evropě a ČR používá Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů MKN-10, vydaná Světovou zdravotnickou organizací. V USA se více využívá Diagnostický a statistický manuál DSM-V, který vydává americká psychiatrická asociace. MKN-10 kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. Pro označení duševních onemocnění, jakožto jednoho celku, se v MKN-10 používá písmeno F. Jednotlivé onemocnění poté nalezneme pod označeními F00-F99.

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

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

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

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

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

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

F99 Neurčená duševní porucha <sup>11</sup>

11 ÚZIS. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. 2019.

### 1.1.1 Závažné duševní onemocnění (SMI – Severe mental illness)

Tento termín vytvořil v roce 1987 americký Národní institut pro duševní zdraví.<sup>12</sup> Označení závažné duševní onemocnění se používá pro nejtěžší formy duševních onemocnění. Mezi ty se řadí zejména poruchy psychotického spektra (např. schizofrenie, schizoafektivní porucha), afektivní poruchy (např. bipolárně afektivní porucha), obsedantně kompulzivní porucha a závažné formy poruch osobnosti (např. emočně nestabilní porucha osobnosti).<sup>13</sup> Tento termín je používán v kontextu reformy péče o duševní zdraví, protože nově vznikající služby center duševního zdraví jsou určeny právě pro lidi se zkušeností se závažným duševním onemocněním, kteří jsou nejvíce ohroženi sociálním vyloučením a institucionalizací. Závažnost se neposuzuje pouze podle typu diagnózy, ale rovněž podle délky trvání onemocnění (minimálně 2 roky) a také podle míry narušení sociálního fungování.<sup>14</sup>

### 1.1.2. GAF (Global assesment of functioning scale)

Pro měření se v současnosti v Centrech duševního zdraví v ČR používá škála GAF (Global assesment of functioning scale). Tato škála měří jakým způsobem ovlivňují člověka symptomy jeho onemocnění v běžném fungování. Používá se rozmezí od 0-100. Čím vyšší je skóre, tím lépe by si měl dokázat člověk poradit s každodenními činnostmi. Skóre určují pracovníci nebo pracovník daného centra. Mělo by být založeno na znalosti situace klienta, z rozhovoru s

12 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 2014. s. 189.

13 CORRIGAN, Patrick W. A BALLENTINE, Sonya L. *Health and wellness in people living with serious mental illness*. 2021. s. 2-3.

14 WIERSMA, Durk. *Needs of people with severe mental illness*. 2006. s. 115.



klientem, z lékařských zpráv, zpráv od rodiny a blízkých nebo z jiných relevantních zdrojů.<sup>15</sup> Pracovníkům CDZ9 a Komunitnímu týmu Kladno pomáhá tato škála i v plánování sociálních intervencí s klientem. Pokud má klient skóre nízké, může to být impulsem pro navýšení kontaktu, naplánování psychiatrické intervence nebo v akutních případech hospitalizace. V praxi se tato škála používá při vstupu klienta do služby a měla by se se každé tři měsíce aktualizovat.

## **1.2. Historie psychiatrie a psychiatrických nemocnic ve 20. století v Evropě**

Historie péče o duševní zdraví a psychiatrie jde samozřejmě mnohem dále do minulosti, nicméně pro účely této práce se zaměříme hlavně na historii ve 20. století v Evropě. Úplně první oddělená psychiatrická nemocnice v Evropě, pokud to tak tedy optikou moderní medicíny vůbec můžeme nazvat, byla založena ve Vídni v roce 1784, na příkaz Josefa II. Nazývala se Narrenturm – věž bláznů. Bylo to poprvé, kdy se odpojilo oddělení duševně nemocných od jiných nemocničních oddělení. To poté inspirovalo další země ke zřizování podobných institucí, což mělo samozřejmě za následek institucionalizaci pacientů.<sup>16</sup> Jako první velká oddělená psychiatrická nemocnice v ČR vznikla v roce 1874 nemocnice Dobřany.<sup>17</sup> Jako druhá vzniká nemocnice Bohnice, kde v roce 1904 začali přijímat první pacienty.<sup>18</sup>

Počátky 20. století přinášejí pro obor psychiatrie novou kapitolu. Zásadní pro ní je osobnost Sigmunda Freuda, který vyvinul metodu psychoanalýzy a

15 SMITH, Matt. *What Is the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale?* 2021.

16 BYNUM, William F., PORTER, Roy a SHEPHERD, Michael. *The Anatomy of madness: essays in the history of psychiatry*. 1985. s. 25.

17 Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. *Vznik a výstavba ústavu v Dobřanech*. 2020.

18 Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Historie nemocnice*. 2022.

zakládá v roce 1908 psychoanalytický spolek. Vytvořil ucelené učení o neurózách a přinesl nové pohledy na teorii psychiky. Tomuto období se říká třetí psychiatrická revoluce.<sup>19</sup> Je důležité zmínit, že se ve 20. století začaly psychiatrické přístupy rozdělovat na biologický a sociální. Rozdílnost těchto přístupů se poté odráží v pohledech na péči o pacienta. Biologickou psychiatrii popisuje Janík ve svých skriptech takto: „*Biologicky orientovaní psychiatři předpokládají, že duševní nemoci jsou důsledkem organického poškození substrátu psychiky – centrální nervové soustavy- a narušení neurofyziologických funkcí. Z toho vyvozují závěr, že působením na poškozený substrát jsme schopni léčit i duševní poruchy.*“<sup>20</sup> Sociální psychiatrii charakterizuje tímto způsobem: „*V psychiatrii jde o směr, který se soustřeďuje na studium sociálního prostředí, socializačních faktorů, důsledků vědecko – technického rozvoje a na psychické faktory, které považuje za významné pro etiologii, ale i rehabilitaci a resocializaci duševně nemocných. Studuje význam stresu, konfliktu, tíživých situací, frustrací a zabývá se psychosomatickými poruchami. Studuje struktury rodiny a interpersonální vztahy nemocného. Sleduje sociální osudy duševně nemocných.*“<sup>21</sup>

Zcela zásadní změnu v psychiatrii přineslo objevení psychofarmak. Poprvé se objevily léky, které byly schopny léčit schizofrenii – neuroleptika, dnes se spíše používá výraz antipsychotika. Později v roce 1958 objevil R. Kühn první antidepresivum, v roce 1960 byl objeven první benzodiazepin. Objevy psychiatrické medikace přináší období tzv. čtvrté psychiatrické revoluce, takže se postupně začínaly rušit velké nemocnice a pacienti propouštět zpátky do komunity, kde vznikaly služby péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Mnozí pacienti se však na život mimo zdi velkých nemocnic nedokázali adap-

19 BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. 2001. s. 15.

20 JANÍK, Alojz. *Obecná psychiatrie*. 1989. s. 14.

21 Tamtéž, s. 14.

tovat, přestože měli dobré rodinné zázemí. Aby toto dokázali překonat, začaly vznikat služby komunitní péče.<sup>22</sup>

### **1.3. Stigmatizace a sebestigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním**

Pokud se chceme zabývat problematikou stigmatizace u lidí se zkušeností s duševním onemocněním, je nutné nejprve nadefinovat a vysvětlit pojmy, které se k ní pojí. Mezi ty základní patří pojmy sociální stigma, stigmatizace, internalizované stigma, nebo také sebestigmatizace. Samotné slovo stigma je převzaté z Řečtiny, označující „znak/znamení o něčem svědčící“<sup>23</sup>. Americký sociolog Erving Goffman, který se tématem sociálního stigmatu zabýval, definuje termín sociální stigma jako specifický a nežádoucí rys jedince, který je na základě tohoto rysu vyloučen ze společnosti. Tyto rysy jsou např. tělesné znetvoření, duševní porucha, rasa, náboženství, sexuální orientace.<sup>24</sup> Tento pojem rozšířil kolektiv autorů Jones, Farina, Hastorf a French o vymezení šesti dimenzí stigmatu – utajitelnost, průběh, rušivost, estetika, původ a nebezpečí.<sup>25</sup> Stigmatizace je akt vytváření sociálního předsudku vůči těmto skupinám nebo jedincům, což má za následek apriorní připisování oněch negativních vlastností.<sup>26</sup> Autoři Link a Phelan rozšiřují tento pojem dále takto: „*Jedná se o sociální proces s*

22 OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 2015. s. 20-21.

23 OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby úzkostných poruch*. 2016. s. 12.

24 GOFFMAN, Erving. *Stigma. Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. 2003. s. 9-13.

25 OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby úzkostných poruch*. 2016. s. 14-15.

26 NAKONEČNÝ, Milan. *Sociologická encyklopedie*. 2017.

*jasně danými složkami, které v každé části doprovázejí silné emoce na straně stigmatizujícího (např. hněv, podráždění, strach nebo lítost) i stigmatizovaného (tytéž emoce, navíc také stud pocity odcizení nebo smutku).*<sup>27</sup> Zmiňované složky jsou – rozlišování a označování odlišností, přisuzování těmto odlišnostem negativní charakteristiky, oddělení na „my a oni“, snižování statusu a diskriminace.<sup>28</sup> V kontextu problematiky duševního onemocnění může jít např. o přisuzování vlastností jako je lenost, násilnost, společenská nebezpečnost, nízká inteligence, nespolehlivost, neuplatnitelnost na trhu práce, nedůvěryhodnost apod. Pojem internalizované stigma nebo sebestigmatizace znamená stav, kdy si člověk s duševním onemocněním internalizuje negativní postoje spojené s jeho onemocněním a staví je proti sobě, což může mít za následek to, že tento člověk začne vnímat svou nemoc jako část své osobní identity a ostatní identity nebo role postupně vytlačuje (role rodiče, pracovníka, kamaráda, atp.)<sup>29</sup> Výše popsané příklady stigmatizace platí i pro sebestigmatizaci.

Stigmatizace u lidí s duševním onemocněním je v určitých aspektech specifická. Zahrnuje tři elementy – nevědomost, předsudky a diskriminaci. Jak jsme zmínili výše, lidé s ním mylně spojují například lenost nebo společenskou nebezpečnost, ale existují i další mýty, které stigmatizaci posilují. Například, že se z duševního onemocnění nelze uzdravit, nemoci mají jednoznačný původ, duševní onemocnění jde na člověku poznat od pohledu, duševně nemocní nemůžou pracovat atd. Tyto mýty – zejména mýtus o zvýšené agresivitě – jsou často podporovány médii, která tato onemocnění vykreslují v jeho negativních souvislostech a často se podílejí na rozdělování na „my a oni“. Od takto stig-

27 OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby úzkostných poruch*. 2016. s. 16.

28 LINK, Bruce G. a PHELAN, Jo C. *Conceptualizing Stigma*. 2001. s. 367.

29 CORRIGAN, Patric W. *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. 2011. s. 142.

matizovaných lidí se poté často odvrací část společnosti a v některých případech i jejich vlastní rodiny. Problematika sebestigmatizace je se stigmatizací úzce propojená. Tato vnitřní rovina má za následek např. nevyhledávání adekvátní lékařské péče při zhoršení zdravotního stavu, nenavazování nových sociálních kontaktů, nevyhledávání pracovních nabídek, snížená péče o vlastní osobu. Toto má zase další vliv na kvalitu života těchto lidí. V extrémních případech se člověk může „stát svou vlastní diagnózou“ tzn. že jeho onemocnění se stává jeho osobní identitou. V těchto případech je léčba a zotavení velmi náročné.<sup>30</sup>

#### 1.4. Zotavení (Recovery)

Termín recovery - zotavení je jedním z klíčových termínů, který se objevuje v kontextu reformy psychiatrie. V tomto případě má dva významy, které přicházejí ze dvou směrů. První význam přichází z prostředí psychiatrických služeb a je definován jako zlepšení nebo remise v oblasti symptomů a sociálního fungování a na zotavení je pohlíženo jako na dlouhodobý cíl remise těchto dvou složek. Proto by tedy šel použit i překlad uzdravení.<sup>31</sup> Oproti tomu prostředí svépomocných skupin a hnutí uživatelů psychiatrické péče dává termínu zotavení význam trochu rozdílný. Remise symptomů a návrat do běžného sociálního fungování může, ale nemusí být jeho součástí. Jde o proces osobního růstu a rozvoje, překonávání důsledků plynoucího z faktu, že jsou tito lidé psychiatrickými pacienty, což má samozřejmě implikace i v jiných oblastech živo-

30 OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 2015. s. 40-42.

31 ANDREASEN, Nancy C., CARPENTER, William T., KANE, John M. et al. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. 2005. s. 441–449.

ta, než jen těch zdravotních. Ty jsme krátce řešili v podkapitole o stigmatizaci. Zároveň jde o proces znovuzískání kontroly nad vlastním životem a žítí takového života, který je pro daného člověka naplňující a smysluplný.<sup>32</sup> Profesor William Anthony, který je nazýván otcem psychiatrické rehabilitace,<sup>33</sup> definuje zotavení takto: „Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“<sup>34</sup> Zotavení má čtyři fáze, první je naděje, druhá zplnomocnění, třetí přijetí osobní odpovědnosti a čtvrtá nalezení smysluplné životní role.<sup>35</sup> Služby CDZ pracují se svými klienty ve smyslu tohoto významu a snaží se svým klientům pomáhat v jednotlivých fázích jejich zotavení.<sup>36</sup>

32 DAVIDSON, Larry, O'CONNELL, Maria J., TONDORA, Janis et al. *Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? Professional Psychology*. 2005. s. 480–487.

33 Např. ROGERS, Sally. *Father of Psychiatric Rehabilitation*. 2020.

34 ANTHONY, William A. *Recovery from mental illness. The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. 1993. s. 527. Použit překlad z Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. 2017. s. 12.

35 RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení, Sebrané texty Marka Raginse*. 2018. s. 20.

36 Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. 2017. s. 12.

## 2. Reforma psychiatrické péče v ČR

V roce 2013 byla v České republice schválena velmi rozsáhlá reforma psychiatrické péče, označována někdy také jako reforma péče o duševní zdraví. Důvodem pro schválení této reformy byla zastaralost psychiatrického systému, který se od počátku 90. let nijak výrazně nezměnil. Systém stál na konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století, tzn. na velkých psychiatrických nemocnicích, které jsou oddělené od běžných nemocnic. Ten nepodporuje pacienty po propuštění do jejich přirozeného prostředí, nezajišťuje koordinaci a péči mezi jednotlivými poskytovateli péče, jako jsou psychologové, sociální pracovníci, pracovní konzultanti apod.<sup>37</sup>

Obecný cíl reformy je definován takto: *„Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv lidí s duševním onemocněním, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“.* *Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči.*“<sup>38</sup> Specifické cíle reformy jsou:

- 1) Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- 2) Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- 3) Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.

37 Tamtéž, s. 5.

38 Tamtéž, s. 5.

- 4) Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.
- 5) Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- 6) Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7) Humanizovat psychiatrickou péči<sup>39</sup>

Reforma je založena na čtyřech pilířích, a to na ambulantní péči<sup>40</sup>, centrech duševního zdraví, psychiatrických odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben/nemocnic.<sup>41</sup> Psychiatrické diagnózy jsou v častých případech nemoci chronického typu, a jako takové vyžadují péči nejen za akutního stavu, která je povětšinou zajištěna psychiatrickým zařízením, ale rovněž dlouhodobé léčení i v momentě, kdy je již pacient z tohoto zařízení propuštěn. Psychiatrická péče tak potřebuje mít precizně vybudovaný systém na sebe navazujících služeb, kde klíčovou roli bude hrát takzvaná následná péče. Následná péče je definována jako služba poskytovaná klientům po propuštění z intenzivní, obvykle ústavní péče.<sup>42</sup>

V České republice byla identifikována skutečnost, že z ekonomického hlediska je pro stát přínosnější, aby bylo po zvládnutí akutního stavu pacienta s duševním onemocněním, o něj pečováno v jeho přirozeném prostředí (terénní služby, chráněné bydlení, apod.), než jej dlouhodobě hospitalizovat.<sup>43</sup> K ekono-

39 Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. s. 30.

40 „Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.“ Zákon č. 372/2011 Sb.

41 Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. s. 35.

42 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2008. s. 110.

43 WINKLER, Petr et al. *Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: An economic analysis*. 2018. s.



mické skutečnosti se přirozeně pojí rovněž otázka etická a eticko – právní, tj. pacientova potřeba a právo na samostatný život mimo zdi instituce do takové míry, do jaké bude možný. Již desetiletí se v České republice řeší nedostupnost takových institutů a služeb, které by následnou péči mohly pokrýt, nicméně zdá se, že se současnou reformou psychiatrické péče, jejímž cílem je právě ono vytvoření komplexního systému péče tak, aby odpovídala potřebám pacientů, bude problematice následné péče věnována intenzivnější pozornost.<sup>44</sup>

Dokument *Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic* přímo cituje léčbu pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí a zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním.<sup>45</sup> Hovoří ovšem o cílovém, ideálním stavu, ke kterému je potřeba se ve spolupráci s kraji, Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí teprve dostat.

## 2.1. Historický kontext reformy psychiatrie ve světě

Psychiatrická péče se u nás i ve světě samozřejmě vyvíjela, k její postupné reformaci přispělo několik událostí. První z nich byl rozvoj terapeutických komunit po druhé světové válce, kde se postupně začala oslabovat vztahová hierarchie mezi pacientem a lékařem. Začaly se využívat alternativní typy léčby, jako je arteterapie, muzikoterapie apod. Dalším důležitým momentem bylo zformování antipsychiatrického hnutí v 70. letech 20. století, jenž kritizoval tradiční přístupy psychiatrie i její celkovou roli ve společnosti.<sup>46</sup> a hovořil o

1023-1031.

44 MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 46.

45 Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic. Podklady pro 2. kulatý stůl s OSZS*. 2019.

46 STŘELEČEK, Jakub. *Historické souvislosti současné reformy péče o duševní zdraví v České republice*. 2021. s. 41-42.

psychiatrických nemocnicích jako o tzv. totálních institucích.<sup>47</sup> Antipsychiatrie zpochybňovala nejen fungování psychiatrického systému, ale také kapitalismus a tradiční společenské uspořádání, které bylo dle názoru jejich představitelů pilířem represivního systému psychiatrické léčby. Tento pohled vnesl do společnosti odlišnou perspektivu na duševní onemocnění a tudíž i na systém psychiatrické péče. V době čtvrté psychiatrické revoluce se na západě, hlavně v USA a ve Velké Británii, začalo hovořit o deinstitucionalizaci psychiatrických zařízení. Rušení velkých psychiatrických nemocnic bylo hnáno masovým rozšířením psychofarmak a také zaváděním psychiatrické rehabilitace, která se v oblasti pracovní rehabilitace rozšířila od lidí s tělesným handicapem i na lidi se zkušeností s duševním onemocněním.<sup>48</sup> Vyšlo najevo, že provoz psychiatrických nemocnic je nákladný, neefektivní a model péče zastaralý. Lidé, kteří do té doby byli umístěni v těchto institucích, se začali vracet zpět do komunity, což s sebou samozřejmě přinášelo rozvoj komunitních služeb. První evropská země, která začala proces deinstitucionalizace psychiatrie, byla Itálie. Italský lékař Franco Basaglia, který se stal ředitelem Terstské psychiatrické nemocnice, zakazoval určité léčebné postupy, jako je elektrokonvulzivní terapie a zdůrazňoval dobrovolnost léčby. Postupně nechal nemocnici zcela uzavřít. Díky jeho snahám byl v roce 1978 schválen tzv. Basagliův zákon, který zabraňoval výstavbě nových velkých psychiatrických nemocnic.<sup>49</sup>

47 Termín, který použil americký sociolog Ervin Goffmann ve své knize *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Matoušek jej definuje takto: „Zařízení v němž jedinci žijí po poměrně dlouhou dobu izolováni od ostatní společnosti a většina aspektů jejich života včetně podmínek uspokojování základních potřeb jako jídlo nebo spánek je určována vedením zařízení nebo instituce. Vzniká tak striktní rozdělení na kontrolované „chovance“ a kontrolující „personál“.“ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2003. s. 243.

48 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 2014. s. 196, a STŘELEČ, Jakub. *Historické souvislosti současné reformy péče o duševní zdraví v České republice*. 2021. s. 42-45.

49 STŘELEČ, Jakub. *Historické souvislosti současné reformy péče o duševní zdraví v České republice*. 2021. s. 44.

## 2.2. Historický kontext současné reformy v ČR

V Československu byl systém zdravotní péče veden podle sovětského vzoru, kde pilířem psychiatrie byly právě velké instituce. Tento systém byl zachován víceméně až do 90. let. V 90. letech se začaly formovat nové profesní organizace a komunitní služby, vznikla i společnost Fokus.<sup>50</sup>

Systémově se ovšem psychiatrická péče od 90. let do roku 2013 příliš nezměnila. Česká republika neměla vládou schválenou národní koncepci péče o duševní zdraví, obor psychiatrie byl silně podfinancován a setkával se s nedostatkem politického zájmu, což vedlo ke špatné dostupnosti základní psychiatrické péče, zastaralému systému lůžkové péče<sup>51</sup> a nedostatku komunitních služeb.<sup>52</sup> V roce 2000 nastal zlom, když byla vědeckou radou ministerstva zdravotnictví schválena první koncepce oboru psychiatrie, přičemž v roce 2004 byla založena komise pro implementaci této koncepce. V roce 2007 vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP *Národní psychiatrický program 2007* na podporu reformy psychiatrie, který se opírá o důležité dokumenty WHO a Evropské unie.<sup>53</sup> Program se zaměřoval na podporu primární psychiatrické péče<sup>54</sup>, rozvoj komunitní péče, inovace v lůžkové péči a podporu bio-psycho-

50 Tamtéž, s. 44.

51 „Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.“ Zákon č. 372/2011 Sb.

52 DOBIÁŠOVÁ, Karolína, TUŠKOVÁ, Eva, JEŽKOVÁ, Monika et al. *The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989*. 2016. s. 35.

53 RABOCH, Jiří a WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. 2012. s. 20-21.

54 „Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně- sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem,

sociálního modelu, ovšem nepodařilo se jej implementovat.<sup>55</sup> V březnu roku 2013 byla reforma psychiatrické péče schválena.<sup>56</sup>

### **2.3. Komunitní péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním**

Po druhé světové válce se začíná v demokraticky a ekonomicky vyspělých státech poukazovat na nevyhovující etické i hmotné podmínky péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Kritizuje se zejména tendence k institucionalizaci pacientů a hierarchická struktura, která funguje uvnitř nemocnic. V tomto období začínají vznikat alternativy institucionální péče, snaha poskytovat péči respektující potřeby pacientů a objevují se pojmy deinstitucionalizace a komunitní péče.<sup>57</sup>

Komunitní péče je protikladem k péči ústavní, která pacienty se zkušeností s duševním onemocněním odděluje od jejich přirozeného prostředí.<sup>58</sup> Jedním z cílů, které si reforma psychiatrické péče stanovuje, je výrazně komunitní péči rozšiřovat. Probstová a Pěč ji definují takto: „*Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším*

*tak na základě dlouhodobě kontinálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním.*“ SEIFERT, Bohumil. *Primární péče: Praktické lékařství : výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. 2004. s. 13. Zjednodušeně jde o zdravotnické služby poskytované na ambulantní úrovni, v tomto případě psychiatrem.

55 DOBIAŠOVÁ, Karolína, TUŠKOVÁ, Eva, JEŽKOVÁ, Monika et al. *The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989*. 2016. s. 40.

56 Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. s. 10.

57 HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 2004. s. 637-638.

58 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 2014. s. 184.

*způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.*<sup>59</sup>

Nezajišťuje pouze léčbu, ale také podporu v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Nabízí širokou paletu různých druhů služeb a usiluje o návrat člověka se zkušeností s duševním onemocněním zpátky do svého běžného prostředí. Cílem je umožnit mu žít svůj život co nejspokojivěji, aby byly naplněny jeho zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Cílovou skupinou nejsou pouze pacienti, ale i ostatní členové komunity, kteří je podporují a pomáhají jim na cestě k zotavení.<sup>60</sup>

Komunitní péče byla vedena myšlenkou využitím přirozených zdrojů, posilování silných stránek pacientů, posilování jejich občanských práv a důstojnosti, zplnomocňování, spolupráci s lékaři a individualizaci péče. Pro koordinaci tohoto procesu je důležitá osoba tzv. case managera neboli klíčového pracovníka.<sup>61</sup> Základními rysy služeb komunitní péče jsou multidisciplinarita jejich týmů, což znamená kombinace různých odborností, v tomto případě např. psychiatrů, psychologů, zdravotních sester, sociálních pracovníků apod.<sup>62</sup> Dále jsou regionalizované, tedy vymezené pro určitý region, poskytují služby terénního charakteru, služby jsou dostupné a blízko přirozenému prostředí jejich uživatelů a hlavně dbají na dodržování občanských práv.<sup>63</sup>

59 Tamtéž, s. 184-185.

60 Tamtéž, s.184.

61 HEJZLAR, Petr, HALÍŘ, Martin a FIALA, Marek. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné*. 2010. s. 146-148.

62 Např MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 60-62.

63 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 2014. s. 188.

### 2.3.1. Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace je komponentem komplexní psychiatrické péče a komunitní psychiatrické péče, jejichž metody by měly vést k resocializaci pacientů. Využívá postupů a technik pracovní rehabilitace, somatické rehabilitace a metody socioterapeutické a psychoterapeutické. Cílem je návrat do přirozeného prostředí a běžného života.<sup>64</sup>

Existují tři hlavní školy moderní psychiatrické rehabilitace. Anglická škola, která se orientuje na přizpůsobení se a na přijetí nezpůsobilosti. Druhá, Losangeleská škola, rozvíjí u klientů jejich sociální schopnosti, orientuje se na chování a nacvičování různých dovedností spojených např. s komunikací s okolím, vztahy, asertivitou. Také na rozvoj praktických dovedností v oblasti péče o sebe nebo práce. Poslední je škola Bostonská, která je zaměřena na rozvoj dovedností a na podporu klientova okolí. Rozvoj a vzdělání jsou klíčovými koncepty. Pomáhá zlepšit klientovo fungování natolik, že jsou úspěšnější a spokojenější v prostředí, které si vybrali.<sup>65</sup> Dle mého názoru se konceptu zotavení nejvíce přibližuje Bostonská škola.

### 2.3.2. Asertivní komunitní léčba

Další z forem komplexní komunitní péče je asertivní komunitní léčba nebo péče. Předpokládá se, že tato forma je určena pro menší část populace lidí s duševním onemocněním, zejména je vhodná pro případy lidí z okruhu SMI. Vavřínková odhaduje, že se jedná asi o 20% klientů.<sup>66</sup> Cílem služby je zabránit hospitalizaci a pomoci klientovi žít kvalitní život mimo zdi nemocnice. Jde o

64 RADIMSKÝ, Marek. *Psychiatrie II*. 2001. s. 41.

65 MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2010. s. 139.

velmi intenzivní druh podpory.<sup>67</sup> Charakteristikou tohoto modelu je asertivní kontaktování, což v praxi znamená, že pracovník aktivně vyhledává se svým klientem kontakt. Kontakt s klientem není ukončen, pokud například nepřijde na schůzku nebo nemá reálný náhled na svoji situaci a míru vlivu jeho onemocnění na ní. V době zhoršení onemocnění se za klienta přebírá větší míra zodpovědnosti, než když je v remisi. Pro funkčnost tohoto modelu je důležité mít s klientem dobrý terapeutický vztah a cítit vzájemnou důvěru. Další důležité charakteristiky jsou multidisciplinarita, týmová spolupráce a nepřetržitá dostupnost služby.<sup>68</sup>

Ve více než 20 randomizovaných studiích bylo vyhodnoceno, že má tato forma komunitní péče podíl na snižování délky hospitalizace, frekvenci přijetí k hospitalizaci a vede ke stabilizaci v oblasti bydlení. V oblasti práce při používání metody IPS (Individual placement and support)<sup>69</sup>, vede k většímu podílu zaměstnaných klientů na otevřeném trhu práce než jiné druhy pracovní rehabilitace. Je ovšem důležité zmínit, že téměř polovina pacientů na pracovním trhu

66 VAN VELDHUIZEN, Remmer, J. a BÄHLER, Michiel. *Manuál Flexible ACT*. 2017. s. 5.

67 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 143.

68 BOND, Gary, R., DRAKE, Robert, E., et al. *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. Critical Ingredients and Impact on Patients*. 2001. s. 142-145.

69 „IPS je varianta podporovaného zaměstnávání, která se rozšířila v letech 1996 - 2011. Propagátory této metody jsou Prof. Robert Drake v Anglii a Prof. Deborah R. Beckerová v USA. Základem přístupu je přesvědčení, že každý je schopen pracovat, pokud se podaří najít mu správný druh práce a pracovních podmínek a je mu poskytnuta správná podpora. Cílem není změnit klienta, ale najít místo, které odpovídá jeho individuálním dovednostem a zkušenostem.“ Fokus. *Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora (IPS)*. Metodický materiál. 2014. s. 6.

neuspěje, takže nelze říct, že by tato metoda byla „nejúspěšnější“.<sup>70</sup> Přesto jde o mezinárodně uznávaný lékařský přístup založený na důkazech.<sup>71</sup>

### 2.3.3. Flexibilní asertivní komunitní léčba

*„Model FACT představuje systém zahrnující současně model silných stránek (strengths model), práci s rodinou, metodiku integrované léčby pacientů s duální diagnózou a IPS, poskytující klientům péči v souladu s metodikou pro léčbu schizofrenie.“<sup>72</sup>*

Klíčový rys tohoto modelu je přecházení od běžného režimu, který je poskytován klientům, kteří nepotřebují akutní péči, do asertivního režimu. Klientům v prvním módu je poskytován individuální case management, se všemi výhodami multidisciplinárního týmu. V módu asertivní péče je situace klienta probírána týmem na poradách, kde se domlouvá, jaký postup péče bude u klienta aplikován. FACT model je používán u klientů, kteří nejsou hospitalizováni, péče je poskytována u klienta doma, zaměřuje se na pomoc zvládnání symptomů, vedení a praktickou pomoc v každodenním životě, rehabilitaci, podporu v zotavení a tuto podporu poskytuje jeden tým. Podporuje klienty v předcházení hospitalizací, zajišťuje kontinuitu péče a podporuje sociální začlenění do společnosti.<sup>73</sup> Rozdíl mezi modelem ACT a FACT je ten, že první se zaměřuje na cca 20% nejzávažnějších případů, tedy klienty z okruhu SMI, jejichž zdravotní stav je dlouhodobě nestabilní, jsou psychotičtí, je u nich nutná opakovaná hospitalizace, nejsou ochotní užívat léky a mají tendenci odmítat léčbu.

70 RABOCH, Jiří (ed.). *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 2006. s. 59-60.

71 VAN VELDHUIZEN, Remmer, J. a BÄHLER, Michiel. *Manuál Flexible ACT*. 2017. s. 5.

72 Tamtéž, s. 5.

73 Tamtéž, s. 10.



Druhý model poté zohledňuje i zbylých 80% případů, z čehož vyplývá, že celý tým nemusí nutně vždy dohlížet na všechny klienty.<sup>74</sup>

Řada služeb v České republice využívá model FACT ve své práci, ačkoliv v kontextu reformy nejsou pro centra duševního zdraví nijak závazné. Byl však inspirací pro metodické dokumenty popisující jejich činnosti.<sup>75</sup>

## 2.4. Deinstitutionalizace psychiatrické péče

Důležitým pojmem, který se váže k reformě psychiatrické péče je také deinstitutionalizace, který Matoušek a kol. definuje jako: „*Proces institucionálních změn, jehož cílem je oslabení tradičních ústavních forem péče a posílení služeb spojených s vlastním bydlením, s místní komunitou, s individuálním přístupem ke klientovi, včetně upevnění role rodiny a neformálních poskytovatelů pomoci... Poskytování pomoci směřuje mimo instituce, resp. Instituce se více otevírají veřejnosti, vytváří se prostor pro postupnou nabídku pomoci při řešení obtížné životní situace, je zachována kontinuita života, přirozených sociálních vazeb a začlenění příjemce pomoci do společnosti.*“<sup>76</sup>

Ukazuje se, že transformace psychiatrických zařízení a deinstitutionalizace vede ke zlepšení kvality života lidí se zkušeností s duševním onemocněním, ke snížení symptomů spojených s úzkostí a depresí a zlepšuje také kvalitu a kvantitu mezilidských vztahů. Rovněž má pro stát pozitivní ekonomické důsledky, protože v dlouhodobém měřítku snižuje náklady na péči o pacienty.<sup>77</sup>

74 Tamtéž, s. 59.

75 NOVÁK, Martin a UKROPOVÁ, Lucia. *Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi?*. 2019. s. 183.

76 MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN, Alois (eds.). *Encyklopedie sociální práce*. 2013. s. 248.

77 DVORÁKOVÁ, Monika a KONDRÁTOVÁ, Lucie. *Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady*. 2020. s. 30-37.

## 2.5. Destigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním

Pro připomenutí, stigmatizace je akt vytváření sociálního předsudku vůči skupinám nebo jedincům, což má za následek apriorní připisování oněch negativních vlastností.<sup>78</sup>

Destigmatizovat, neboli snižovat stigmatizaci, lze různými způsoby, které mohou být zaměřeny buď na celou populaci, na jednotlivé části společnosti nebo na jednotlivce. V kontextu jednotlivců je u sebestigmatizace efektivní nástroj psychoterapie. Ve Velké Británii proběhl úspěšný projekt *Time to Change*, posléze vyhodnocený jako dlouhodobě efektivní nejen ve změně postojů, ale i v ekonomické sféře. V rámci reformy psychiatrie v ČR probíhá vícero destigmatizačních kampaní, např. projekt *Blázníš, no a?*, který je zaměřen na školy, evropský projekt *Na Rovinu, Projekt Destigmatizace (NÚDZ), Týdny pro duševní zdraví* atd. Tyto projekty mají ovšem krátkodobý charakter, pro opravdovou změnu je nutná systémovost, systematicčnost a dlouhodobost.<sup>79</sup> Jako další projekt, které cílí k destigmatizaci duševních onemocnění, patří například festival *Mezi ploty*, který se koná v areálu psychiatrické nemocnice Bohnice.

Je dobré také zmínit, že destigmatizace může mít dvojí podobu a zaměřovat se buď na destigmatizaci duševních poruch nebo na destigmatizaci léčby duševních poruch. Vzhledem k tomu, že západní psychiatrie je významně ovlivňována ekonomickými zájmy farmaceutického průmyslu, prosazuje se v ní více biologický model léčby a upozorňuje se více na biologické aspekty léčby. To má sice u pacientů vliv na včasnější vyhledání pomoci, na destigmatizaci duševního onemocnění to má však vliv minimální. Informace o biologických

78 NAKONEČNÝ, Milan. *Sociologická encyklopedie*. 2017.

79 JANOUŠKOVÁ, Miroslava et al. *Stigmatizace v České Republice. Výzkumná zpráva*. 2016.

aspektech duševního onemocnění pomáhá spíše k destigmatizaci léčby nikoliv k destigmatizaci duševních onemocnění.<sup>80</sup>

### 3. Centra duševního zdraví a komunitní týmy

Zavádění center duševního zdraví je jedním ze základních pilířů reformy. Jedná se o druh multidisciplinární zdravotně-sociální služby, která by měla svým klientům v jejich přirozeném prostředí poskytnout komplexní komunitní péči a adekvátní pomoc v řešení jejich nepříznivé situace. Jde o mezičlánek mezi primární psychiatrickou péčí a lůžkovou péčí.<sup>81</sup> V současnosti existuje na území ČR 30 center duševního zdraví a do budoucna je cílem strategie reformy založit jedno centrum duševního zdraví na 100 000 obyvatel v režimu provozu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu; v některých regionech jedno centrum na 80 000 obyvatel, aby bylo možné zajistit efektivní poskytování definovaných služeb a péče.<sup>82</sup> Péče se poskytuje skrze registrovanou sociální službu sociální rehabilitace formou case managementu.

Ve svém výzkumu se zaměřím na fungování CDZ 9, kde jsem absolvoval stáž. Jde o druhé CDZ, které vzniklo v roce 2018 v rámci reformy. Sociální služby jsou zde poskytovány formou případového vedení (case managementu). Klient má možnost využít služeb sociálního pracovníka – case managera, psychiatra, psychologa, peer konzultanta<sup>83</sup>, IPS pracovního konzultanta a psychiatrické sestry, která je zároveň case managerem. Služby pro klienty mají

80 OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 2015. s. 255-256.

81 Ministerstvo zdravotnictví ČR *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. s. 35.

82 Tamtéž, s. 42.

83 „Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje“ FOITOVÁ, Zuzana, PINKASOVÁ, Věra et al. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. 2014. s. 11.

mobilní charakter, jsou tedy poskytovány i v terénu. Škála poskytovaných služeb se pohybuje od krizových, zdravotních, přes denní skupinové nebo individuální služby. Centrum duševního zdraví nespolupracuje pouze s klientem, ale také s jeho okolím – rodinou, přáteli, školou, zaměstnavatelem apod. Zároveň spolupracují s odborníky v případě hospitalizace klienta. Služby Centra duševního zdraví jsou definovány a popsány v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb v § 70a. Širší právní zakotvení např. v zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování zatím nemají.

### 3.1. Case management

Definice case managementu neexistuje pouze jedna, a terminologie kolem case managementu není ucelená, a to hlavně proto, že se tato metoda uplatňuje v mnohých oborech, nejen v sociální práci.<sup>84</sup> V české literatuře se používá také termín případové vedení, které např. Matoušek a kol. Popisuje jako: „*Tvůrčí činnost, závazek k dlouhodobé partnerské spolupráci, která staví před sociálního pracovníka otázky, kdy podporovat a pomáhat, kdy převzít odpovědnost a v zájmu zvýšení nezávislosti klienta v budoucnu aktuálně zvýšit závislost, kdy je čas nechat klienta být a nebýt ochranný či příliš kritický, jaké jsou pracovníkové hranice, kdy pracovník reaguje na klienta, kdy na situaci, kdy na své vlastní pocity.*“<sup>85</sup> V kontextu péče o duševní zdraví Stuchlík uvádí, že case management bývá nejčastěji definován souhrnem svých hlavních znaků a to

84 LUKERSMITH, Sue, MILLINGTON, Michael a SALVADOR-CARULLA, Luis. *What is a Case Management? A Scoping and Mapping Review*. 2016. s. 1 a NEPUŠTIL, Pavel a GEREGOVÁ, Markéta. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. 2013. s. 13.

85 MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2010. s. 141.

získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče a podpory, uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě, monitorování dosažených výsledků a vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.<sup>86</sup> Mahrová case management definuje takto: „*Specifická metoda komunitní práce, která spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem. Case manager je klíčová osoba nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče, je koordinátorem práce týmu a odpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče.*“<sup>87</sup> Z toho vyplývá, že má napomáhat lépe koordinovat jednotlivé složky péče podle individuálních potřeb klienta a nabízet přímou podporu v jeho přirozeném prostředí.<sup>88</sup>

Osoba case managera by se v případové práci měla zaměřovat na silné stránky klienta více než na patologii, měla by dbát o vytvoření zdravého vztahu s klientem, měla by respektovat rozhodnutí klienta, i když s ním nemusí nutně souhlasit. Ve spolupráci by měla být asertivní, zejména v krizových momentech, ale zároveň by měla věřit, že se klient může ze svého onemocnění zotavit, proto by za něj měla asertivně rozhodovat pouze ve výjimečných případech (např když klient ohrožuje sebe nebo své okolí). Také je velmi důležité, aby se case manager snažil využívat přirozených zdrojů komunity.

86 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 141.

87 MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 135.

88 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 2014. s. 193.

### 3.2. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je registrovaná sociální služba, která je poskytována v rámci CDZ klientům. Zákon č. 108/2006 Sb. § 70 definuje sociální rehabilitaci takto: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*“ Rehabilitace jako taková znamená soubor činností, které pomáhají člověku, jenž má vlivem svého hendikepu sníženou nebo znemožněnou určitou aktivitu a usiluje o jeho společenské začlenění.<sup>89</sup> Konkrétně v CDZ 9 je poskytována služba sociální rehabilitace s využitím metody FACT.

### 3.3. Vybrané služby poskytované CDZ 9

CDZ9 integruje registrované sociální služby sociální rehabilitace a krizové pomoci, služby ambulantního psychiatra, klinického psychologa, terénních psychiatrických sester a peer konzultantů v jeden celek. V této kapitole čerpám z obecné metodiky CDZ 9.

89 JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFFER, Jan a ŠVESTKOVÁ, Olga. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 2005. s. 8-9.

### 3.3.1. Mobilní služby

Mobilní služby poskytované v CDZ 9 jsou zdravotní i sociální služby terénního charakteru, mohou být nabídnuty v přirozeném prostředí klienta, ale také v institucích, kde jsou právě umístěny (např. psychiatrické nemocnice). Hlavním cílem těchto služeb je poskytnutí péče v přirozeném prostředí a také prevence před vypuknutím stavu, který by vyžadoval hospitalizaci.

Potřeba vzniku těchto služeb vyvstala po zániku návštěvní služby<sup>90</sup> ambulantních psychiatrů.<sup>91</sup> Mobilní týmy zasahují během krizí, poskytují domácí péči zajištěnou psychiatrickou sestrou a podporují člověka v jeho domácím prostředí.<sup>92</sup>

### 3.3.2. Krizové služby

Mobilní krizový tým poskytuje krizovou intervenci, psychiatrické nebo psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě vzniku krizové situace.<sup>93</sup>

Krizi definuje Vodáčková jako: „*Subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.*“<sup>94</sup> Je zároveň nebezpečím i příležitostí.<sup>95</sup>

90 „Návštěvní službou se rozumí poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, a to zejména v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele a poskytnutí zdravotní péče tímto způsobem je s ohledem na její charakter možné.“ Zákon č. 372/2011 Sb.

91 ZÁVIŠEK, Josef. *Právní podmínky pro komplexní léčbu pacientů s duševní poruchou v ambulantní praxi*. 2013. s. 136-137.

92 MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 134.

93 PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 2014. s. 192-193.

94 VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2007. s. 28.

95 Tamtéž str. 31.

V CDZ 9 jsou krizové služby poskytované telefonicky i ambulantně s možností výjezdu mobilního týmu s ohledem na momentální stav klienta. Prostřednictvím těchto služeb se předchází hospitalizaci klientů. Služba by měla být dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Krizí v kontextu práce krizového týmu může být zhoršení symptomů onemocnění, které mohlo vzniknout neuspokojivou sociální situací (např. hrozící ztrátou bydlení nebo zaměstnání, úmrtí blízké osoby apod.). Řešení krizové situace je vždy probíráno týmem a je vyhodnocováno individuálně.

### **3.3.3. Zdravotní služby v oboru psychiatrie a klinické psychologie**

Ty zahrnují služby psychiatra a klinického psychologa včetně psychoterapeutické péče, a to v ambulantní formě i ve formě terénní zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta. Psychiatr je zde garantem zdravotní péče, v jeho kompetenci je vyhodnocování klinického obrazu klienta a rizika ohrožení, indikace hospitalizace, nastavení vhodné medikace, poskytuje přímou péči o klienty a nabízí konzultační činnost pro zbytek týmu. Psychiatrická sestra vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti klientů, zlepšování a zhoršování psychického stavu, s čímž je spojeno i vyhodnocení toho, zda je klient nebezpečný sobě či okolí. Klientům a jejich blízkému okolí nabízí psychoedukaci, dbá o prevenci rizik nejen v kontextu duševního zdraví. Psycholog provádí individuální a rodinnou psychoterapii, může se účastnit společných schůzek s klienty či rodinou, nabízí týmu možnosti konzultací a provádí psychologickou diagnostiku.<sup>96</sup>

96 Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013. s. 41-43.



### 3.3.4. Denní skupinové nebo individuální služby zdravotní a sociální

CDZ zajišťuje denní skupinové nebo individuální služby pro klienty orientované na jejich podporu a sociální rehabilitaci. CDZ9 nabízí pro svoje klienty nutriční skupinu zaměřenou na zdravý životní styl a také uzavřenou DBT (dialekticko behaviorální terapie) skupinu.<sup>97</sup> Vedle toho CDZ spolupracuje se službami denního stacionáře,<sup>98</sup> s psychoterapeutickým programem nebo službami otevřeného denního stacionáře podle dostupnosti v přirozeném regionu.

## 3.4. Komunitní tým Kladno

Komunitní tým Kladno je terénní tým pracovníků, který poskytuje klientům se zkušeností s duševním onemocněním pomoc a podporu v nepříznivých sociálních situacích, jako jsou například neuspokojivé vztahy, sociální izolace, ztráta nebo ohrožení nebo neexistence práce, finanční problémy, hospitalizace v psychiatrickém zařízení apod. Posláním této služby je pomoci klientům k zotavení, žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným nemocí, tak aby byli schopni naplňovat své individuální potřeby, utvářeli a udržovali mezilidské vztahy a cítili se v běžné společnosti užiteční a vítaní. Komunitní tým poskytuje bezplatnou službu sociální rehabilitace a služ-

97 Jde o specializovaný integrativní psychoterapeutický program, který byl založen americkou psycholožkou Marshou M. Linehanovou. „*Dialekticko-behaviorální terapie v sobě spojuje myšlenky zenbuddhismu, kognitivně-behaviorální intervence, postupy zaměřené na řešení problému a nácvik dovedností.*“ PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepečování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby.* 2009. s. 87.

98 Denní stacionáře slouží pro denní pobyt klientů, fungují tedy jako alternativa k hospitalizaci či k ambulantní léčbě, případně mohou mít funkci dlouhodobé rehabilitace a resocializace. Častokrát poskytují specializované programy pro specifické duševní onemocnění. Základním prvkem denního stacionáře je psychoterapeutický program, který je kombinován s dalšími formami rehabilitace. PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly.* 2014. s. 191-192.

bu chráněné bydlení<sup>99</sup>, která je hrazena. Tým je složený zejména ze sociálních pracovníků – case managerů, zároveň je v týmu psycholog a peer konzultant. V prostorách týmu je také možnost chodit na denní program do dílny, kde mají klienti na výběr z různých aktivit. Nejen pro rodiče a blízké klientů, ale také pro veřejnost, nabízí tým také setkávání rodičů a osob lidí se zkušeností s duševním onemocněním. V týmu se uplatňuje metoda FACT, která byla popsána v podkapitole Flexible assertive community treatment. Zásady práce s klientem jsou podobné jako u CDZ tzn. využití case managementu, zaměření na zotavení, celostní přístup tzn. zaměření se na široké spektrum potřeb klienta, zplnomocňování, důraz na silné stránky klienta, respekt, individualizovaný přístup, asertivní jednání při zhoršení příznaků onemocnění a využívání zdrojů přirozené komunity. Komunitní tým funguje obdobně jako CDZ, rozdíl je v tom, že komunitní tým není multidisciplinární. Se zdravotníky jako např. ambulantními psychiatry úzce spolupracuje, nikoliv však uvnitř týmu.

## 4. Praktická část

Praktická část této bakalářské práce se zabývá hlavní výzkumnou otázkou: *„Jaké dopady má spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním s Centrem duševního zdraví nebo s Komunitním týmem Kladno na kvalitu jejich života“*. Sleduje subjektivní vnímání změn v kvalitě života klientů CDZ 9, CDZ Brandýs nad Labem a komunitního týmu Kladno v různých oblastech, a popisuje jakým způsobem jsou jim v tom tyto týmy nápomocné. Vzhledem k

99 *„Bydlení v bytě, který je v ideální případě v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí v něm jeden nebo více klientů, kteří se podle svých možností podílejí na vedení své domácnosti. Klienti jsou v pravidelném kontaktu s pracovníky sociální agentury.“* MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2003. s.74. Chráněné bydlení komunitního týmu Kladno tuto definici naplňuje.

nižšímu počtu aktérů se jedná spíše o výzkumnou sondu, než o plnohodnotný výzkum.

#### 4.1. Metoda výzkumu a výběr komunikačních partnerů

Jelikož se zaměřujeme na subjektivní vnímání změn na kvalitě života a dopady, které na tyto změny má spolupráce s multidisciplinárním týmem, byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Creswell definuje kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“<sup>100</sup> Pro získání dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, jejíž výhodou je flexibilita, možnost jít do větší hloubky tím, že je možné klást doplňující otázky a možnost si během rozhovoru více ujasňovat jejich přesný význam a zároveň také udržet určitou míru strukturovanosti.<sup>101</sup>

Aktéři nebo komunikační partneři byli záměrně vybráni tak, aby reprezentovali různé typy služeb, které užívají (CDZ - služby multidisciplinárního týmu/Komunitní tým – pouze služby case managerů z řad sociálních pracovníků), a to za účelem zjištění toho, jak by klienti komunitního týmu, nahlíželi na to, že by mohli využívat služeb multidisciplinárního týmu. Metodou záměrného výběru jsem vybral aktéry pro rozhovor – mé komunikační partnery.<sup>102</sup> Kri-

100 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 2005. s. 50.

101 NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna (eds.). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. 2019. s. 322.

102 „Výběr záměrný – jeden z postupů výběrového šetření, při němž rozhodnutí o zahrnutí jednotky není provedeno pomocí pravděpodobnostního mechanismu, ale je vedeno

téria pro výběr aktérů byla: spolupráce s CDZ nebo Komunitním týmem Kladno v délce alespoň 2 roky, zkušenost s duševním onemocněním z okruhu SMI, stabilizovaný zdravotní stav, zkušenost s hospitalizací v psychiatrické nemocnici.

Mezi dotazovanými se nacházeli dva klienti CDZ 9, jeden bývalý klient CDZ Brandýs nad Labem a tři klienti komunitního týmu Kladno pod organizací Fokus. Klienti byli osloveni přes jejich case managery, klienty komunitního týmu Kladno jsem oslovil sám, jelikož v tomto týmu pracuji. Jde o dva klienty, se kterými pracuji jako jejich case manager a jeden klient od mé kolegyně.

## 4.2. Tvorba výzkumného nástroje a jeho užití – sběr dat

Nejprve bylo zformulováno pět základních tematických okruhů a ke každému z nich 19 dodatečných otázek, které se vztahovaly k cíli výzkumu, tedy zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: „*Jaké dopady má spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním s Centrem duševního zdraví nebo s Komunitním týmem Kladno na kvalitu jejich života*“. Tak vznikl scénář polostrukturovaného rozhovoru. Ten je k dispozici v příloze č. 1.

V úvodu rozhovoru byly použity jednorázové nebo také zahřívací otázky, které nebyly určující pro sběr dat, nýbrž pro vytvoření vztahu. V průběhu dotazování byly, kromě základních otázek, použity zkoumavé otázky neboli sondy, aby aktér rozvinul své odpovědi.<sup>103</sup>

*konkrétním záměrem plynoucím z výzk. úlohy. Používá se tam, kde jde o zajištění rovnoměrného a systematického pokrytí základního souboru a jeho rozmanitosti, především je-li počet vybíraných jednotek malý a aplikace pravděpodobnostního výběru by nebyla spolehlivá.“* NEŠPOR, Zdeněk (ed.). *Sociologická encyklopedie*. 2017.

103 BERG, Bruce, L. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 2017. s. 73-74.

Většina rozhovorů byla provedena v domácnosti klientů, dva z nich byly provedeny v terénu. S klientem A2 jsme seděli na lavičce, kousek od jeho bytu, s klientem C3 jsme byli u rybníka, rovněž nedaleko od jeho bydliště. Délka rozhovorů byla různá, většinou se pohybovala kolem 40 minut. Všechny rozhovory byly provedeny osobně, tj. tváří v tvář (face to face). Rozhovor byl strukturován tak, aby směřoval k cíli výzkumného šetření.

S aktéry byl před započítím rozhovoru projednán pasivní informovaný souhlas v podobě ústní dohody, se kterým všichni souhlasili. Tato forma byla zvolena, jelikož si účastníci přáli, aby byly jejich osobní údaje maximálně možnou měrou uchráněny před možností zneužití. Vnímali, že u psaného souhlasu by ke zneužití mohlo dojít, proto si nepřáli nic podepisovat, ani aby jejich jména byla kdekoliv zmiňována. Byl jim sdělen účel výzkumu, věděli, že bude rozhovor nahráván a po přepsání do písemné formy bude nahrávka smazána a nebude nikde zveřejněna, v textu nebudou použity jejich osobní ani citlivé údaje, nebudou zmíněny konkrétní diagnózy. Dva z aktérů souhlasili, že přepis jejich rozhovoru bude použit jako příloha. Byli upozorněni, že pokud nebudou chtít na některé otázky odpovídat, tak na ně odpovídat nemusí. Všichni souhlasili se zpracováním získaných informací a s citacemi z přepisů rozhovorů. U aktérů, kteří měli omezenou svéprávnost, bylo hovořeno s opatrovníky, kteří s rozhovory rovněž souhlasili. Pro zachování anonymity klientů je užíváno následující označení:

- Klienti CDZ 9 – A1 a A2
- Klient CDZ Brandýs nad Labem – B2
- Klienti komunitního týmu Kladno – C1, C2, C3

Tabulka 1: Charakteristika komunikačních partnerů a rozhovorů

Klient	Model využívaných služeb	Pohlaví	Věk	Místo rozhovoru	Délka rozhovoru
A1	CDZ 9	žena	44	domácnost	45 min
A2	CDZ 9	muž	39	na lavičce	40 min
B1	CDZ BnL	muž	63	domácnost	80 min
C1	KoT Kladno	žena	40	domácnost	35 min
C2	KoT Kladno	muž	24	domácnost	40 min
C3	KoT Kladno	muž	36	u rybníka	50 min

### 4.3. Analýza dat

K analýze dat byla využita metoda otevřeného kódování, kdy se v textu vyznačují relevantní pasáže, kterým se říká kódy, ty se poté seskupí do tzv. Kategoríí, které dále vedou k vytvoření seznamu témat.<sup>104</sup> K vyhodnocení otázek byl obsah odpovědí shrnut do jednotlivých tezí. Ve shrnutí výsledků výzkumné sondy je zodpovězena hlavní výzkumná otázka.

Tabulka 2 – Charakteristika komunikačních partnerů z hlediska průběhu jejich onemocnění

Klient	Délka psychiatrické léčby	Délka spolupráce s týmem CDZ/KoT	Svéprávnost
A1	26 let	2 roky	neomezena
A2	24 let	4 roky	neomezena
B1	9 let	6 let	omezena
C1	8 let	2 roky	neomezena
C2	9 let	2 roky	omezena
C3	16 let	4 roky	omezena

104 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 2005. s. 247.

Identifikoval jsem v rozhovorech celkem 9 kódů, které jsem dále rozdělil do tří stěžejních témat/kategorií. Prvním tématem je oblast praktického života, ke které byly doplněny výroky/kódy, které se vztahují k první zkušenost s psychiatrií, k bydlení, práci a nezávislosti. Hovoří se zde o tom, jaký vliv mají jistoty nebo nejistoty v těchto oblastech na kvalitu života jednotlivých klientů a jak se v nich vyvíjela jejich situace s ohledem na spolupráci s komunitní službou. K dalšímu tématu, týkajícího se zotavení, se pojí kódy lidskost, partnerský přístup ve spolupráci, multidisciplinární spolupráce, práce na sobě. Zde se výzkum věnuje pohledům klientů na hodnotový rámec organizace,<sup>105</sup> který je komunitně zaměřený, v komparaci se zkušenostmi z institucí jako je psychiatrická nemocnice. Zkoumá, jaké mají tyto rozdílné přístupy dopad na jejich život, na vnímání své nemoci a ochotě na sobě a svém zotavení pracovat. V posledním tématu, který se zabývá stigmatizací a sebestigmatizací, se objevují kódy já, společnost a odborníci. Sleduje zkušenosti klientů se stigmatizací a sebestigmatizací v různých kontextech a zamýšlí se nad jejich dopady. Ve shrnutí porovnávám výpovědi aktérů, kteří jsou klienty multidisciplinárního týmu a klienty komunitního týmu a zároveň odpovím na hlavní výzkumnou otázku.

#### 4.3.1. Praktický život

Kódy: první zkušenost s psychiatrií, bydlení, práce, nezávislost

105 Fokus Praha má definováno pět základních hodnot, a to:

- Respekt – podpora místo péče – klienti jsou vnímáni jako partneři ve spolupráci, respektují jejich přání a volby;
- Profesionalita a lidskost,
- Osobní zodpovědnost,
- Naděje místo beznaděje
- Hledání nových cest.

Fokus. *Hodnoty Fokusu Praha očima HR*. 2022.

S aktéry jsme se na začátku rozhovoru dotýkali oblasti „před onemocněním“ a dostali jsme se k tomu, že jim jejich nemoc přinesla do života určitá omezení v oblastech bydlení, práce, financí a nezávislosti. V těchto oblastech jsou často lidé s duševním onemocněním z různých důvodů znevýhodňováni.

### **Okolnosti propuknutí nemoci a první zkušenost s psychiatrií – násilí, zneužití moci**

První zkušenost všech aktérů s psychiatrií byla skrze psychiatrickou nemocnici, žádná z těchto zkušeností by se nedala označit za pozitivní: *„Učila se se mnou máma na té základce, učňák mi pak šel bez problémů, ale pak jsem ve třetíku onemocněla...myslím, že pak jsem oslavila svoje osmnáctiny v Bohnicích na pětce. Tam jsem byla na neklidu a potom tři týdny po mně tam byla ségra. Jako já jsem se dostala na tu 23 na ten výzkumák a ségra po mně tři týdny šla na neklid. Takže já jsem...mě akorát převezli a tam **mi dávali elektrokonvulze**, už v těch osmnácti.“ (A1)*

*„No, zlá byla na mě (máma), nevěnovala mi dost pozornosti...ale ne jako, byla hodná, teďka už máme dobrý vztah, nechci na ni nějak nadávat, ale tenkrát jsme si prostě nerozuměli, máma třeba trávila čas po sousedkách, tam byla oslava, vrátila se, **byla na mě zlá**, tak jsme se hádali...těch hádek bylo hodně. V patnácti letech mě prostě...na mě zavolala sociálku, protože jsem si s ní moc nerozuměl, takže mě odvezli do Bohnic na pavilon 28. Tam jsem teda nějakou dobu byl, než jsem šel na střední školu. Víte co, kdyby si se mnou máma povídala a byla na mě milá, nemusely by bejt žádný hádky. Já jsem byl úplně skromnej kluk, já jsem si doma pouštěl písničky, v životě jsem nepil alkohol, ani nějakou marihuanu jsem si nedával, ale prostě jako jsem se tam dostal....tam to ještě bylo dobrý, ale potom vlastně mě odvezli do domova mlá-*



deže s těma největšíma grázlama a já jsem se tam cejtil tak strašně a hrůzostrašně, **tam mě třeba mlátilo 10 kluků** na záchodě, nebo v noci **mě terorizovali**, lili mi vodu do postele...to byly stresy, že to se nedalo vydržet. Takže když jsem se pak v 18ti vrátil zpátky domů, že jsem byl tak rozpolcenej a vystresovanej, že jsem prostě neměl chuť absolutně nic dělat...“ (A2)

„...takže první v Beřkovicích a to bylo, když jsem chodila na stacionář Ke Karlovu a tam se mě zeptali jak se mám, vlastně ve skupině a slíbili mně, nebo odtama mě chtěli zavřít na uzavřený a slíbili mi, že zůstanu tam na tom Karláku, a když řekli, že tam nakonec nezůstanu, že mě převevou do těch Beřkovic, tak já jsem si myslela, že to je někde hrozně daleko, protože to už je vlastně ústecký kraj a nechtěla jsem tam, řekla jsem jim, že půjdu domů a oni už mě nechtěli pustit, s tím, že mě napíchali diazepamem a haloperidolem a **doktor byl na mě hodně hnusnej** a pak mě poslali sanitkou do Beřkovic.“ (C1)

„No měl jsem problémy s fotrem, on se ke mně choval jako...tak jsem pak zdrhnul v osmnácti a byl jsem tři roky na ulici...on mi pořád tvrdil, že jsem autista a **nechával mě zavírat** na dětské do Bohnic, když jsem u něj ještě bydlel, takže to jsem si fakt nevytvořil nějaký super vztah k psychiatrii, když tam trávíte léto, protože si váš fotr myslí, že nejste normální“ (C2)

„S psychiatrií jsem se poprvé setkal krátce poté, co mi zemřeli rodiče. Měli jsme potom se sestrou dědit a byly kolem toho nějaké problémy, takže jsme se nějak nepohodli, protože jsem měl dědit větší majetky než ona. Zdědil jsem vlastně ten náš velký dům, tam asi začaly ty problémy, protože jsem si tam nastěhoval nějaké Ukrajince, kteří mi to tam rozkrádali postupně. Vlastně potom, když jsem se vrátil z těch Bohnic, tak to byla takové kůlnička na dříví, vytrhali tam kabely ze zdí, prodali mi piáno... no a do těch Bohnic jsem se dostal vlastně, že jsem tenkrát několikrát volal na policii, protože v tom domě se děly zvláštní věci, které si doteď nějak nedokážu vysvětlit... oni si mysleli, že jsem

*blázen, tak mě zavřeli do těch Bohnic... tam mě potom vlastně připravili úplně o všechno, protože podali návrh na omezení svéprávnosti a to potom začal opravdový boj o život... pořád to vnímám jako **zneužití jejich moci**.“(B1)*

*„No poprvé... to už ani nevím, kdy to bylo poprvé, asi tak v šestnácti... začal jsem tenkrát nějak slyšet hlasy a myslím, že jsem si myslel, že mi jde o život, že mě sledují, myslel jsem si, že mají v kurníku odposlechy, tak jsem ten kurník šel rozsekat sekyrou, no a zavolali mi rychlou, myslím táta, a pak jsem tam skončil asi na rok...“(C3)*

Zde se klienti shodují, že jejich první zkušenost s psychiatrií nebyla příliš pozitivní. Hodně mluvili o tom, že nechápali, proč tam jsou a personál nemocnice s nimi nekomunikoval, aby jim situaci nějak osvětlil. Přestože většina z nich byla v akutním stavu, nepříjemné chování personálu si pamatují. Ak-tér B1 zmiňuje také, že když se vůči chování personálu vymezil, byly u něj použity omezovací prostředky: *„Když jsem té sestře řekl, že ty léky nebudu brát, protože mi nikdo neřekl, na co bych je měl mít, že se necítím nemocně, tak mi řekla, že se mi ty léky dají podat i jinak, pokud nechci spolupracovat. Tak jsem jí trochu odsekl, ať si je bere sama, že blázen je ona. To zpětně vím, že jsem přehnal, ale v tu chvíli jsem byl vážně naštvaný. No a pak mě teda **přikurtovali a dali mi nějakou injekci, abych nezlobil**. To mi pak řekli jako vysvětlení, že jsem zlobil.“(B1).*

### **Pomoc s bydlením – důležitý bod na cestě k zotavení.**

V oblasti bydlení týmy pomáhají svým klientům různým způsobem. Pomáhají jim například zajistit bydlení po propuštění z nemocnice, ať už přes chráněné bydlení, pomáhají s podáváním žádostí do městských bytů nebo i s hledáním na otevřeném trhu. Pokud jde o městské byty nebo byty zvláštního určení, pomáhají svým klientům s komunikací s příslušnými úřady *„No vy jste*

*mi pak pomáhali vyřídit ten byt, když jsem byl na ulici, to jako bez vás bych asi pořád spal v té Šárce, já jsem vůbec nevěděl, jak bych s těma lidma měl mluvit, hrozně mě vytáčelo, jak se na mě dívali. Kdybyste tam nebyli, tak bych to určitě nedostal, takže díky, že jste mě tenkrát přemluvili, ať do toho jdu.“ (C2)*

*„Potom jsem vlastně, jak jsem byl ze všeho vystresovanej ze všeho, tak mě bolely ty játra, tak jsem vysadil ty prášky a pak jsem byl v těch Bohnicích, no pak jsem dostal ty peníze velký, sehnal jsem si garsonku v Hostivaři, tam jsem se nějak dával dohromady, lital jsem po doktorech a vlastně jsem čekal na ten městský byt. Oni se šli podívat z úřadu i na tu vrátnici, kde jsem žil. Naštěstí jsem ten byt dostal než mi ty peníze došly. To byla moje jediná záchrana, že jsem měl na nájem.“ (A2) Pomáhají rovněž, pokud mají jejich klienti nejisté bydlení, bydlení na černo apod. Zároveň jim vysvětlují, proč je např. důležité mít smlouvu s nájemcem, proč je důležité nájem platit včas, pomáhají jim s vyřízením bankovních účtů, trvalých příkazů apod. „Já jsem vůbec těmhle věcem nerozuměl, já jsem v podstatě bydlel s rodiči do jejich smrti a potom jsem padl na úplné dno. Potom když se mě ptali kam půjdu a z čeho to budu platit, tak jsem říkal, no že si budu muset najít nějaké zaměstnání asi... to mi tenkrát vyřídili aspoň ten důchod... no a pak za mnou začali chodit od Fokusu a vlastně nabídli mi ten chráněný byt... potom jsem se musel všechno učit, naštěstí jsem měl dobrou opatrovnici, která to hlídala, ale já jsem měl ambici to umět, protože jsem se nesvéprávný necítil, spíš jsem to prostě akorát neuměl, protože mě to nikdy nikdo neučil... jsem rád, že už to teďka všechno umím a dokážu si to hlídat, mám pořád opatrovnici, ale už jenom na finance, ale dává mi dost volnosti a o všem, co se platí, tak vím a musím jí to vždycky schválit“(B1)*

Tato pomoc má poté pozitivní vliv na duševní pohodu, protože se klienti cítí, že mají v životě jistotu toho, že i když se dostanou do nějakých problémů, existuje řešení a můžou si říct o pomoc. „Až táta umře, tak mi došlo, že jestli se

*ted'ka stane něco s mámou, tak já tam skončím jako ti bezdomovci, co tam pracujou, že nebudu mít už nikoho. Pak jsem zašel za doktorkou a řekl jsem jí, že potřebuju byt, jestli mi s tím nepomůže. Ona mi řekla, že mě pošle do toho CDZ, že oni se zajímají o tyhle věci a že mi s tím pomůžou, ona že nemůže. Tam jsem pak přišel, a ted' fakt začal složitý proces, aby se mi vrátil život nějak zpátky... at' už zdravotní pojišťovnu, zdravotní stav dám nějak do pořádku, dluhy, to bylo šílené, to byl koloběh stresu a to mi fakt nedělalo dobře, to byl koloběh, já pořád na něco čekal, byty nebyly, nic nebylo, všechno bylo zdouhavé... no ale když bych to vzal hodně rychle a neprodlužoval to... ten byt jsem nakonec dostal od státu, já dostal od státu doplatek za důchod od osmnácti let, který mi uznali a doplatili mi to zpětně, takže jsem dostal asi 300 tisíc... z toho jsem poplatil ty dluhy, exekutoři mi vrátili nějaké peníze, to se pak zjistilo, že mi nezákonně strhávali peníze z důchodu, takže mi vraceli potom tu částku, to bylo asi 100 tisíc... Ale naštěstí teda jsem byl zachráněný, že tohle všechno se povedlo a dneska můžu fakt poděkovat, říct, že žiju zase tak jak mám. Že mám jídlo, mám jistotu, že jsem konečně v klid. No hlavně že jsem víc v klidu, takhle to má bejt. “(A2)*

### **Význam práce – být užitečný, cítit se jako člověk**

V oblasti práce nabízejí služby CDZ podporu pracovního konzultanta, v komunitním týmu Kladno tato pozice zatím neexistuje, takže svým klientům v této oblasti pomáhá přímo jejich case manager. Své klienty motivují, aby si zaměstnali, pokud jim to jejich zdravotní stav umožňuje našli, a podporují je, aby si ho udrželi. Z dotazovaných aktérů mají zaměstnání tři. „(Práce je) velmi důležitá, nebo aspoň já jsem to tak měla... mně v té nemoci a nemocnici docela ochabovala vůle, jenom jsem ležela, tak jsem koukala, ale ta práce mi fakt pomohla... já jsem fakt jenom ležela, koukala do prázdna, ani na tu televizi jsem

se nedívala, nic mě nebavilo... ta práce mi fakt pomohlo, protože já jsem měla tu nemoc fakt silnou už od začátku, bylo to celkem těžký, protože už mi nemohli dávat ten leponex, po kterým jsem byla dobrá, ale ten risperidal... ale já nevím, jestli to bylo po delší době po těch 3-4 měsících doma, co jsem přišla z té nemocnice, tak jsem nebyla nic schopná, jenom jsem ležela, koukala do prázdna... když jsem někde šla, tak jsem nekomunikovala nic... **mně se ten stav strašně zlepšil, když jsem chodila do té práce tenkrát, každý den na 5 hodin...** no asi po 3 letech, co jsem uklízela, furt jsem byla v činnosti... teďka kouřím, piju kafe, nechce se mi nic dělat... jako že jsem zlenivěla, když nemám tak často tu práci.. musím to víc trénovat mi přijde. "(A1)

Práce je pro klienty důležitá nejen kvůli financím, ale také kvůli společenskému statusu a pocitu užitečnosti, pomáhá jim lépe se cítit a vnímat, že ve svém životě mají nějaké smysluplné uplatnění: „Víte, já když jsem měl jenom ten důchod, já jsem **si připadal úplně strašně**, ale jak mě omezili ve všem, tak já jsem v podstatě to té práce ani chodit nemohl, protože jsem měl zakázaný styk s dětmi, což absolutně nechápu, proč mi tam dali. Potom když jsem vyhrál ten soud a svéprávnost mi vrátili, tak jste mi pomohli najít tu práci v té ZUŠ a já jsem se **zase cítil jako člověk**, že jsem k něčemu a ne, že jenom беру důchod. Taky když se mě někdo ptal, co dělám a já jim řekl, že беру důchod, tak se mě ptali, že přece jsem ještě mladý. No a já nevěděl, co na to mám říct.“(B1) „Že si říkám, že jsem divná, že vlastně nezapadám, teď se cítím mezi, v uvozovkách, „normálníma“ lidma, že **se cítím nepatřičně, že nechodím do práce**, že jsem málo užitečná kvůli tomu, že neplatím daně, že stát... jako že se mu nevyplácím.“ (C1) „Jako já nevím, co bych dělal, kdybych nechodil do mojí práce. Já když jsem byl doma, tak jsem akorát chlastal, protože jsem se nudil a čím víc jsem se nudil, tím víc jsem slyšel ty hlasy. V té práci je taky slyším, ale to mi tak nevadí, protože se můžu na něco soustředit, že jo, když vozíš ty palety, tak to se

*musíš trochu soustředit, abys tam do něčeho nevjel, víš co. Blbý je, když jsem pak v nemocnici a do té práce nemůžu, to se pak bojím, že mě vyhodí.“ (C3)*

Klientům pomáhají i v jednání se zaměstnavatelem. *„No jako, že jste mluvili s tím mojim šéfem, to mi pomohlo, on... já někdy tak divně čumím, protože slyším ty hlasy, tak oni si říkají, jestli nejsem nějakéj divnej, ale vy jste mu to dobře vysvětlili, tak myslím, že to chápe. Že to neznamená, že blbě dělám.“(C3)*

### **Rodina versus nezávislost**

Velmi efektivní pro zlepšování kvality života, je podpora klientů v jejich nezávislosti. Klienti jsou, po propuštění z dlouhodobé hospitalizace, často velmi závislí na svých blízkých. Aby se stali nezávislími, tak se potřebují naučit mnohé dovednosti spojené s běžným životem jako je vaření, pravidelné uklízení, dodržování pravidelného denního režimu, nakupování, hospodaření s financemi a podobně. Má zkušenost z práce s lidmi s duševním onemocněním je taková, že je vcelku běžné, že pokud člověk onemocní v mládí, rodiče za něj přebírají zodpovědnost i tam, kde by nemuseli a tito lidé se pak těmito dovednostem nenaučí. Pro klienty, kteří bydlí s rodiči je velmi přínosné pracovat i s rodinou a zapojit je do spolupráce. Obecně platí, že je prospěšné pracovat s přirozeným prostředím klienta. *„No to vstávání, abych třeba nezaspala do práce... vařit, uklízet umím... no ale třeba když mám ty deprese, tak nechci být sama a jedu raději k mámě... takové prostě abych byla schopnější tu svoji nemoc zvládat sama a **ne tolik jako být závislá na té mámě.**“ (A1)*

*„Na tom uzavřeném jsem nedělala vlastně nic. Potom na tom otevřeném jsme pořád uklízeli a dělali.. jak bych to řekla? Jako měli jsme pravidelný režim, v tom nás asi připravovali a to je asi tak všechno. Spíš jenom asi prakticky, abychom měli režim, nám tam říkali, ale ne že by s námi něco nacvičovali nebo nám řekli, jak to potom máme dělat doma. To je tak asi celý. I když byla*

*tam i možnost nějaký konzultace s rodinným příslušníkem a s psychologem dohromady, takže to by se jako dalo nazvat jako **příprava na ven**.*“ (C1)

*„No představoval jsem si to trochu jinak, když jsem dostal ten byt, myslel jsem si, že všechno umím, ale já toho popravdě moc neuměl. Třeba jsem neuměl vařit. S úklidem – to si pamatujete – to byla úplná katastrofa, nechával jsem to dojít vždycky už do extrémů. Jako až v tom chráněném bytě jsem se **naučil žít nějak normálně**, v čistém, že se nějak normálně najím a tak. Předtím jsem pořád jedl čínské polívky a to není teda moc zdravý.*“ (B1)

*„Tam jako seš zavřenej a můžeš chodit na nějaké aktivity, že pak třeba dostaneš propustku na víkend, když jich splníš dost, ale já jsem se domů vracet neměl za čím, tak jsem na nic moc nechodil. **Chtěl jsem tam dělat něco se dřevem, ale tam ten mistr mi nic nevysvětloval**, jenom prostě, ať si něco dělám, tak to mě moc nebavilo. Ono se asi nemůžeš věnovat tolika lidem, když se ti tam furt mění nebo já nevím.*“ (C3)

V oblastech praktického života, jako je bydlení, práce a nezávislost, je pro všechny klienty důležité, aby v nich cítili jistoty. Uvědomují si přínos těchto jistot k lepší duševní pohodě. Cítí se také mnohem jistěji, když vědí, že se jim dostane profesionální pomoci, když to budou potřebovat. Oceňují, když je pracovníci podporují v nezávislosti, protože si uvědomují, že k vysoké míře zotavení je důležité se o sebe umět postarat. Víceméně se shodují, že institucionální péče, se kterou mají zkušenosti (v těchto případech šlo o Psychiatrickou nemocnici Bohnice a Horní Beřkovice) je v podpoře v těchto oblastech nedostatečná a nepřipravuje je na život mimo zdi nemocnice.

### 4.3.2. Mé zotavení

Kódy: lidskost, partnerský přístup ve spolupráci, multidisciplinární spolupráce, práce na sobě

Na začátku je potřeba zmínit, že termín zotavení aktéři neznali a musel jsem jim jej více přiblížit. Termínu rozuměli, přestože o něm v tomto znění neslyšeli. „*No vůbec se mi to nelíbí jako slovo, protože jsem chtěla slyšet něco pozitivního jako uzdravení. Jenže uzdravení, to už je velký závazek, že jo. A to zotavení zase, na to jsem přišla až později.*“ (C1) Shodovali se, že jim pomáhá, když se s nimi jedná lidsky, s pochopením a určitou mírou tolerance k jejich odlišnostem, když tedy jednání členů multidisciplinárních nebo komunitních týmů odráží hodnoty, které jsou v jednotlivých organizacích nastaveny.

#### V první řadě člověk

Pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním je velmi důležitý lidský přístup a partnerské jednání. Jednání personálu nemocnice bylo aktéry vnímáno spíše jako paternalistické, než partnerské. Klienti se shodovali, že partnerský přístup jim vyhovuje více, protože se cítí především být lidmi, než psychiatrickými pacienty. „*No v tom Fokus se ke mně chováte normálně, jako k normálnímu člověku, ne jako k nějakému pošukovi. Jako někdy ti doktoři a hlavně teda ty sestry, co tam předváděly, to jsem nechápal. Když jsem se třeba zeptal, co to je za léky, k čemu jako jsou, proč mi to pomůže, tak mi řekly, že se nemám blbě ptát a kdyby se takhle blbě ptali všichni, tak tam ty léky rozdávají do noci.*“ (C2)

„...no to je na tom to nejhorší, tam se s váma nikdo nebaví, nikdo vám nic ne vysvětluje. Neříkám, že v tom CDZku vám vždycky všechno nějak zdlouhavě vy-



*světluji, ale aspoň se mě ptají, jestli s tím postupem souhlasím a všechno se mnou konzultují. To v té nemocnici mi prostě řekli a já jsem musel, jinak jsem riskoval problémy.*“(B1)

Aktér A2 využívá v CDZ i služby psychiatra, kde také mluví o rozdílném přístupu, který je partnerský a připomíná tak více ducha komunitní psychiatrie: *„To je strašně dobrej a milej doktor, strašně sympatickej a myslím si, že si hodně rozumíme, on se dívá na moje klipy, povídáme si o všem, jsem k němu upřímněj, nemám k němu nic, co bych se nedokázal mu svěřit. Mě to přišlo, že jak jsem 15 let nebo jak dlouho chodil k paní doktorce (předchozí ambulantiční psychiatricka mimo CDZ), že to bylo takové strojové. „Dobrý den, tady máte prášky, na shledanou.“ Tady u pana doktora, ten se zajímá o mé zájmy, zajímá se o to, jak se cítím, jak se mám doma, jestli se mi třeba doma něco nepokazilo, lednička nebo tak, to je jak kamarád, fakt přátelský vztah, tam se cítím úplně skvěle. Byli jsme třeba na fotbale, teď jsme teda dlouho nebyli, ale v Bohnicích bývají takové akce, že se hraje fotbal. Tak jsme hráli spolu. A jednou mě i vezl dokonce a já mám s ním strašně dobrý vztah.“* Dalo by se říct, že kvalitní terapeutický vztah s lékařem má na životy klientů také velmi pozitivní vliv, což dokládá např. i výpověď aktérky C1, se kterou pracovník pracoval na zlepšení komunikace s ambulantičním psychiatrem, kterému v začátcích, kvůli svým špatným zkušenostem z nemocnice, příliš nedůvěřovala: *„Jako teďka využívám teda vás (smích) a to mi pomáhá v tom, že se míň stydím komunikovat s doktorem, tam si myslím, že to byl jako velký pokrok, že se s ním teďka rádím i o obyčejných věcech, že není poslední, kdo se ty věci dozví.“*“(C1)

### **Spolupráce více odborníků**

Aktéři, kteří využívali služeb psychiatra v rámci CDZ oceňovali multidisciplinární přístup, přestože si jej přímo neuvědomovali: *„Někdy mě překvapilo, že*

*doktorka něco ví, když jsem jí to neříkal, pak jsem si ale vlastně řekl, že no jo, oni vlastně mají ty porady společné, to mi říkala ta moje sociální pracovnice, že to děláte. Hlavně mi to ušetřilo čas, že jsem všechno nemusel vysvětlovat několika lidem zvlášť. Taky je fajn, že vám může ta zdravotní sestřička píchnout depotku.“ (B1)*

Klienti komunitního týmu přemýšlejí o multidisciplinarity jako o efektivnějším způsobu pomoci. Ocenili by, kdyby měli všechny odborníky na jednom místě, ale například aktérka C1 vyjádřila obavu z toho, že o ní vědí „všichni všechno“. „*Jako nápad mi to přijde dobrý, že se člověk nemusí vydávat do různých ambulancí, v různých koutech města. Taky mi přijde super, že...no jak jste to říkal, že vlastně, ono je to takové jako, dvojsečné...na jednu stranu mi to přijde super, že všichni o mně všechno vědí a můžou spolupracovat, tak tam musí spolupráce fungovat asi líp. Mám pocit, že by mi potom pomozeno dřív nebo efektivněji, takhle si to všechno musíte společně volat a můj doktor tam není každý den. A kdyby mohl doktor přijet za mnou, tak to bych byla fakt vděčná, taky kdyby mi bylo blbě a přijdu k vám do kanceláře, tak by byla větší šance, že se tam o mě postaráte, když by to bylo potřeba a zhodnotíte lépe tu situaci taky lépe. Takhle jsme museli čekat na doktora než bude v ordinaci tenkrát. Taky ale na tu druhou stranu, je to takové nepříjemné, když o vás vědí všichni všechno.“ (C1)*

Aktér C2 sdělil následující: „*To by bylo super, když bych nemusel jezdit do Prahy a měl to všechno u vás (smích). No a kdyby za mnou mohl jezdit doktor domů, když mi je blbě, tak to bych bral, já si v tu chvíli vždycky říkám, že to není tak hrozný, abych tam nemusel jet, ale kdyby mě zkouknul doma, to by bylo dobrý, třeba bych se v tom pak neplácal tak dlouho.“ (C2)*

## Cesta za zotavením

Pracovníci jak CDZ tak komunitního týmu se snaží klienty motivovat, aby pracovali na svém zotavení, podporují je v přebírání zodpovědnosti za svůj život a pracují více s nadějí než beznadějí.

*„Já se teda hlavně snažím, abych byl sám za sebe, abych nebyl jenom závislý na akcích toho CDZ, chci si to dělat i sám a chci si dokázat sám sobě, že i já sám sobě jsem schopný si to zařídit. V tom mě tam taky podporují.“ (A2)*

*„No hodně (mi to pomáhá) v tom, že se bavíme spíše o tom, v čem mám úspěchy a co se mi daří. Že ze mě neděláte víc nemocnou nebo že mě nepodporujete v tom, že byste mi říkali, jak moc špatně na tom jsem, nebo tohle a tohle je hrozný. Ale spíš se bavíme o tom, co jsem dokázala, co je lepší a snažíte se mě nějak aktivizovat, ale když to nejde, když mi je fakt blbě, tak mi spíš dáváte podporu a snažíte se být se mnou než že byste říkali, jaká to je tragédie, že se to zhoršilo. A to je super, že to funguje jak osobně, tak po telefonu, že můžu vždycky zavolat.“ (C1)*

Ačkoliv klienti pojem zotavení neznali, intuitivně dokázali význam tohoto termínu pochopit a shodovali se, že jim v procesu jejich zotavení jsou komunitní služby nápomocné. Rovněž se shodovali v tom, že v prostředí instituce se více zaměřují na léčbu symptomů, méně poté na řešení příčin zhoršení zdravotního stavu. Zde vnímám rozdíly mezi medicinským a sociálním pojetím psychiatrie z pohledu pacienta/klienta. Z hlediska zlepšení kvality života mluví o tom, že jim lidský a rovný přístup dal do života větší naději, naučili se se svojí nemocí lépe zacházet, cítí se jistější v rozpoznávání příznaků, zlepšila se jim komunikace s odborníky a při zhoršení zdravotního stavu vyhledají dříve pomoc.

## Stigmatizace a sebestigmatizace

Kódy: já, společnost, odborníci

U těchto termínů si většina klientů také nebyla jistá, co znamenají. Stejně jako u termínu zotavení však o vlivu stigmatizace a sebestigmatizace na jejich život dokázali, po krátkém vysvětlení významu, mluvit. Většina aktérů někdy v životě zažila kvůli své nemoci pocit vyčlenění a shodli se na tom, že to na ně mělo a má negativní vliv.

### Jak vnímám sám sebe?

U sebestigmatizace většina aktérů mluvila o tom, že poté co onemocněli, vnímali sami sebe v negativním světle, což bylo ovlivněno společenským obrazem duševního onemocnění, který má v dnešní době stále spíše negativní konotaci. *„No mě to přijde takové jako vyčlenění, že to buď sám sobě dělá člověk nebo okolí, že ho vyčleňuje. Takové, jak to bývá v těch opičích tlupách, že když se narodí albín, tak ho pak ubijou (smích). Takže sama jako se s tou sebestigmatizací – tam si myslím, že mám celkem velkou praxi, že to zvládám poměrně na jedničku (smích). Že si říkám, že jsem divná, že vlastně nezapadám, teď se cítím mezi, v uvozovkách „normálníma“ lidma, že se cítím nepatřičně, že nechodím do práce, že jsem málo užitečná kvůli tomu, že neplatím daně, že stát...jako že se mu nevyplatím.“ (C1)*

U dvou aktérů se jejich sebestigmatizace projevila v pocitu, že jsou neuplatnitelní na trhu práce:

*„No taky si to někdy říkám, že jsem hrozně divnej, nespolehlivej, že si nikdy nenajdu práci, protože **kdo by dal práci pošukovi?** Ale celkem, když se o tom*

*spolu bavíme potom, tak vlastně si říkám, že všichni jsou nějak divní a já, jenom protože jsem byl v Bohnicích, tak nemusím být ten nejdivnější ze všech.*“ (C2)

*„Nejdřív jsem tomu nevěřil, ono jak má člověk tu mánii, tak vám můžou říkat cokoli a vy je vůbec neposloucháte. Potom spíš, až jsem měl tu depresivní fázi, tak jsem si začal říkat, že je se mnou něco v nepořádku. Pak jsem si hrozně nevěřil, že si třeba ještě někdy najdu práci. To podpořila ještě ta nesvéprávnost, kdy jsem měl moment v životě, kdy jsem **vážně věřil, že jsem úplná spodina společnosti**“* (C3)

### **Vnímání nemoci blízkými lidmi**

Byl jsem překvapený, že se aktéři se stigmatizací až tolik neselektovali ve společnosti neobdobné veřejnosti tzn. mezi přáteli, známými, v rodině. Zároveň říkali, že o své zkušenosti s duševním onemocněním raději příliš nemluví a nesvěřují se: *„Jako každému to neříkám no, jako třeba spíš kamarádům z nemocnice...no že bych to někde říkala...rodina to ví, třeba i bratrance, sestřenice, teta, babička nebo tohle, ale jako jinak to neříkám. Jednou jsem to řekla kadeřnici a ta mi řekla, že psychicky nemocní jsou úplně všichni. Takže asi to moc nepochopila. Já jsem jí říkala, že jedu do lázní, a že to je kvůli psychiky a ona řekla, že psychicky nemocní jsou dneska všichni.*“ (C1)

### **Setkání s nepochopením u odborníků**

Překvapivé také bylo, že se většina aktérů setkala se stigmatizací u lékařů jiné odbornosti, než je psychiatrie: *„A ještě jsem se cítila celkem stigmatizovaná, když jsem právě navštěvovala **lékaře jiných odborností**. Ti když se dozvěděli, že mám psychiatrickou diagnózu, tak se **ke mně chovali jako k nějakému blbečkovi**. To bylo dost ponižující...Jo změnilo se to v okamžiku (když vi-*

děli v lékařské zprávě klientčinu diagnózu, ne proto, že by se nějak zvláště chovala), *kdy to zjistili. Myslela jsem si, že zrovna doktoři tenhle problém mít nebudou.* ‘ (C1)

*„To se mi stalo kdysi dávno, když jsem šel s přítelkyní někam na středisko k doktorovi, něco jsem tam vyřizoval, přilítla taková fakt zlá sestra a já jsem se jí jenom zmínil, že teda jako chodím k psychiatrii a beru nějaké antidepresiva a ona tam začala na celou čekárnu doslova křičet: „ Vy jste nesvéprávněj!“ a já jsem se zmohl akorát na to říct, že nejsem...ale **takhle ponižující situaci**, to jsem nezažil, to se mi vrylo do hlavy.“* (A2)

*„ No pořád **na mě někdo blbě čumí**, já už vlastně raději nikam jinam než k psychiatrovi nechodím. Akorát zubař je normální, ten je ale mladej, tak to beru, že mladí lidi o tom vědí už trochu víc, než ty staré gardy.“* (C2)

Všichni aktéři vnímají stigmatizaci a sebestigmatizaci jako něco negativního, něco co jim v životě není k ničemu dobré a má rovněž negativní vliv na kvalitu jejich života. O své zkušenosti s duševním onemocněním se často stydí mluvit. Nechtějí, aby to, že tuto zkušenost mají, jejich okolí vědělo. U aktérů se projevovaly obavy z návštěv úřadů, právě kvůli jednání ze strany personálu, které by se dalo nazvat jako stigmatizující. Stigmatizace a sebestigmatizace se negativně odráží v mnoha oblastech života. V oblasti pracovního uplatnění, možnosti bydlení mimo chráněné podmínky, dostupnosti lékařské péče. Aktéři se zmiňovali o tom, že někdy raději nevyhledají lékařskou pomoc, než aby byly jejich např. fyzické problémy přičítány jejich psychickému stavu. Jako pozitivní vnímají fakt, že přístup pracovníků komunitní služby jim pomáhá si vytvářet od stigmatizujícího pohledu na duševní onemocnění odstup a pomáhá jim snižovat sebestigmatizaci: *„Myslím, že se mi dost snížila právě ta sebestigmatizace. Tím že potkávám lidi, co na tom jsou podobně a vidím, že normálně fungují, tak **nemám pocit, že jsem úplně nemožná** a budu taková navždycky.*

*Můžu být i ve společnosti, která pro mě není tak náročná a **nemusím se tam stydět**, že třeba nechodím do práce, nebo že mám invalidní důchod, protože se normálně kvůli tomu na mě lidi dívají docela blbě. Taky je super, že jste tam vy, jako pracovníci, protože jste jako normální (smích). A s náma jako fungujete nebo aspoň se mnou, **jako s normálním člověkem**. Ne s někým kdo je jako horší nebo tak nějak. Takže pak si připadám lépe **a mám větší sebevědomí**, i vůči těm lidem, co se ke mně tak hezky nechovají.“ (C1)*

#### **4.4. Shrnutí výzkumné sondy a diskuse výsledků**

Výzkumná sonda se zabývala dopady spolupráce multidisciplinárních a komunitních týmů na kvalitu života jejich klientů. Je nutné zmínit, že výzkumná sonda byla provedena na malém vzorku záměrně vybraných aktérů, proto nelze říci, že by výsledky této sondy byly zcela objektivní. Cílem ovšem nebylo podání objektivní zprávy o dopadech spolupráce multidisciplinárních/komunitních týmů, jako spíše o **reflexi subjektivního vnímání** dopadů této spolupráce na kvalitu života. Přesto si myslím, že závěry jsou pro nástin přínosů reformy psychiatrie svým způsobem cenné.

Obecně se aktéři shodují, že po započetí spolupráce mají pocit, že žijí kvalitnější život. Zajímavé bylo, že zmiňovali, že je pro ně minimálně stejně důležitý dobrý, partnerský a otevřený vztah s odborníky, jako je praktická pomoc v oblastech bydlení, práce, apod. Co vnímají jako zásadní přínos je fakt, že počet jejich hospitalizací od započetí spolupráce se podstatně snížil, což přesně koresponduje s cílem reformy a také s výsledky více než 20 randomizovaných studií, kde bylo vyhodnoceno, že má FACT model podíl na snižování délky hospitalizace, frekvenci přijetí k hospitalizaci a vede také ke stabilizaci v ob-

lasti bydlení. <sup>106</sup> „Pak se mi líbí, že vám můžu zavolat, když by mi nebylo dobře a taky se poradit, i když mi většinou řeknete, že bych měla zavolat ještě i doktora, ale to je pro mě hodně povzbuzující, když mě tak nakopnete do toho. Když mám ty nejistoty, jestli ho mám otravovat nebo ne. Tak to mi hodně pomáhá, protože to pak nekončí hospitalizacema, dříve jsem to vůbec nedělala a většinou to dopadlo špatně.“ (C1)

Ukazuje se, že koncept zotavení, který je v těchto týmech využíván, vnímají aktéři také velmi kladně: „Já jsem fakt rád za to, že jsem na tom tak dobře jak jsem, i když třeba nemám každý den tu náladu takhle dobrou, jasně že mám dny, kdy se mi nechce, to je taky dost podmíněné tou nemocí. Ale myslím si, že ta vědomá snaha, aby to bylo tak, jak bych chtěl já, tak že to mi vlastně pomůže k tomu zotavení, jak jste to říkal předtím. To je asi pro mě teda to zotavení, pracovat na sobě. A myslím si taky, že mi v tom ti lidi z toho CDZka hrozně pomáhají, protože mě v tom podporují a neříkají jenom: „ber prášky“, za to jsem hodně rád.“ (A2) Pomáhá jim uvědomit si limity, které jim jejich onemocnění do života přináší, ale zároveň je nezbavuje naděje, že můžou žít plnohodnotný, autentický život a mít ho plně ve svých rukou: „Přesně tak, že ze mě neděláte víc nemocnou nebo že mě nepodporujete v tom, že byste mi říkali, jak moc špatně na tom jsem, nebo tohle a tohle je hrozný. Ale spíš se bavíme o tom, co jsem dokázala, co je lepší a snažíte se mě nějak aktivizovat, ale když to nejde, když mi je fakt blbě, tak mi spíš dáváte podporu a snažíte se být se mnou než že byste říkali, jaká to je tragédie, že se to zhoršilo.“ (C1) Velmi podpůrná je též důvěra pracovníků v klientovu možnost zotavení, která je motivuje, aby na procesu zotavení stále pracovali: „Hrozně milé překvapení pro mě bylo, že mi valná většina lidí od vás věřila, že se z toho vyhrabu a nako-

106 RABOCH, Jiří (ed.). *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 2006. s. 59-60.



*nec se to všechno obrátí k lepšímu, že jste se mnou byli u toho soudu a tak. To mi vážně pomohlo, protože jsem viděl, že za mnou někdo stojí.*“ (B1)

Rovněž vyplývá, že práce týmů na snižování stigmatizace a sebestigmatizace se promítá na zvýšeném sebevědomí, větší asertivitě a pozitivnějším sebeobrazu: „ *A s náma jako fungujete nebo aspoň se mnou, jako s normálním člověkem. Ne s někým kdo je jako horší nebo tak nějak. Takže pak si připadám lépe a mám větší sebevědomí, i vůči těm lidem, co se ke mně tak hezky nechovají.*“ (C1) „*No začal jsem si víc věřit v tý práci. Někdy jsem si už říkal, že vlastně jsem furt zavřenej (v nemocnici), tak ani do práce chodit nebudu, ale teďka si říkám, že to nějak dám.*“ (C3) Klienti poté lépe zvládají nároky běžného života, protože věří, že navzdory svému onemocnění jsou schopni efektivně řešit své záležitosti.

Klienti CDZ vnímají v multidisciplinarity přínos zejména v efektivnějším předávání informací, v kratší době pro indikaci lékařské intervence, péče jim připadá komplexnější, jelikož jde o jeden tým. Klientům komunitního týmu by přišla multidisciplinární spolupráce uvnitř jednoho centra a týmu přínosná ze stejných důvodů. Je tedy zřejmé, že multidisciplinární spolupráce má teoretický i praktický význam pro zvyšování kvality života, je velmi efektivní a proces zotavení značně urychluje.

## **Závěr**

Bakalářská práce se věnovala tématu dopadů spolupráce multidisciplinárních týmů v centrech duševního zdraví na kvalitu života lidí se zkušeností s duševním onemocněním. V teoretické části jsme se zabývali obecnými pojmy duševního zdraví v kontrastu s duševním onemocněním, přičemž jsme se krátce zastavili u klíčových termínů stigmatizace, sebestigmatizace a zotavení, neboť

výzkumná sonda v praktické části právě s těmito pojmy pracovala. Pro kontext nebyla opomenuta ani stručná historie psychiatrie a psychiatrických nemocnic, nicméně ta se s ohledem na téma práce zaměřila na úzký historický výsek 20. století v Evropě. Kapitola o reformě psychiatrické péče v ČR měla za úkol představit v souvislosti s historickým vývojem změnu v chápání léčby duševního onemocnění a snahu tuto změnu implementovat do praktických procesů. Opět, jistý odraz reformy jsme se mohli dočíst ve výzkumné sondě v praktické části, kde klienti reflektovali své výrazně odlišné zkušenosti s klasickou psychiatrickou institucí (psychiatrická nemocnice) oproti neinstitucionálním metodám (komunitní tým či CDZ). Právě Centra duševního zdraví a komunitní týmy byly ve svém vývoji představeny ve třetí kapitole, která uzavřela teoretickou část, jež nás měla znalostí připravit na možnost vyhodnocení a pochopení části praktické, vrcholící v odpovědi na výzkumnou otázku: *„Jaké dopady má spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním s Centrem duševního zdraví nebo s Komunitním týmem Kladno na kvalitu jejich života.“* S pomocí metody otevřeného kódování vyvstala z rozhovorů tři zásadní témata (praktický život, zotavení, stigmatizace a sebestigmatizace), která orámovala výzkumnou sondu a přispěla k odpovědi na výzkumnou otázku. Tomu nasvědčují slova, která se opakovaně vyskytují ve výpovědích klientů obou modelů podpory lidí s duševním onemocněním v jejich přirozeném sociálním prostředí - našich aktérů: Cítím se jako člověk. Fungujete se mnou jako s normálním člověkem. Nemusím se stydět. Mám větší sebevědomí. Cítím se úplně skvěle. Bavím se s doktorem spíše o tom, v čem všem mám úspěchy a co se mi daří. Z rozhovoru také vyplynulo, že aktéři nevnímají mezi komunitním týmem a centrem duševního zdraví více zásadních rozdílů. Přesto se shodli, že jeden rozdíl, který by uvítali, by byla multidisciplinarita uvnitř týmu. To by vnímali jako efektivnější způsob včasné intervence při zhoršení jejich onemocnění. Rovněž

se ukázalo, že pro klienty obou služeb jsou velmi důležité hodnoty, jako je laskavost, partnerský přístup, přenechávání zodpovědnosti, které se objevují u obou služeb.

## Seznam literatury

ANDREASEN, Nancy C., CARPENTER, William T., KANE, John M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry* 162/3, 2005.

ANTHONY, William A. Recovery from mental illness. The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16/4, 1993.

BERG, Bruce, L. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Allyn and Bacon, 2017.

BOND, Gary, R., DRAKE, Robert, E., et al. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. Critical Ingredients and Impact on Patients. *Dis Manage Health Outcomes* 9/3, 2001.

BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001.

BYNUM, William F., PORTER, Roy a SHEPHERD, Michael. *The Anatomy of madness: essays in the history of psychiatry*. New York: Tavistock Publications, 1985.

CORRIGAN, Patric W. *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.

DAVIDSON, Larry, O'CONNELL, Maria J., TONDORA, Janis et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology. Research and Practice* 36/5, 2005.

DOBIÁŠOVÁ, Karolína, TUŠKOVÁ, Eva, JEŽKOVÁ, Monika et al. The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989. *De Gruyter Open* 10, 2016.

DVOŘÁKOVÁ, Monika a KONDRÁTOVÁ, Lucie. Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady. *Česká a Slovenská psychiatrie* 116/1, 2020.

FOITOVÁ, Zuzana, PINKASOVÁ, Věra et al. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014.

Fokus. *Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora (IPS). Metodický materiál*. Praha: Fokus, 2014. [Online, cit. 27.5.2022] <http://docplayer.cz/1530860-Podporovane-zamestnavani-metodou-individualni-umisteni-a-podpora-ips-metodicky-material.html>.

Fokus. *Hodnoty Fokusu Praha očima HR*. Praha: Fokus, 2022. [Online, cit. 21.6.2022] <https://fokus-praha.cz/component/content/article/22-aktuality/398-hodnoty-fokusu-praha-ocima-hr?Itemid=509>.

GOFFMAN, Erving. *Stigma. Poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013.

HEJZLAR, Petr, HALÍŘ, Martin a FIALA, Marek. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie* 14/3, 2010.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004.

JANÍK, Alojz. *Obecná psychiatrie*. Brno: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta lékařská, 1989.

JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFFER, Jan a ŠVESTKOVÁ, Olga. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005.

JANOŠKOVÁ, Miroslava et al. *Stigmatizace v České Republice. Výzkumná zpráva*. Praha: NÚDZ, 2016.

LINK, Bruce G. a PHELAN, Jo C. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 2001.

LUKERSMITH, Sue, MILLINGTON, Michael a SALVADOR-CARULLA, Luis. What is a Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care* 16/4, 2016.

MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.

MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2010.

MAREČKOVÁ, Jana a MATIAŠKO, Maroš. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010.

MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN, Alois (eds.). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013.

MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003.

MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Praha: Portál, 2012.

*Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. s. 10. [Online, cit. 25.5.2022] <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociologická encyklopedie*. Sociologický ústav AV ČR, 2017. [Online, cit. 24.5.2022] <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Stigmatizace>.

NEPUŠTIL, Pavel a GEREGOVÁ, Markéta. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013.

NEŠPOR, Zdeněk (ed.). *Sociologická encyklopedie*. Praha: Sociologický Ústav AV ČR, 2017. [Online, cit. 24.5.2022] [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%Bdb%C4%9Br\\_z%C3%A1m%C4%9Brn%C3%BD](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%Bdb%C4%9Br_z%C3%A1m%C4%9Brn%C3%BD).

NOVÁK, Martin a UKROPOVÁ, Lucia. Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi? *Psychoterapie* 12/3, 2019.



NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna (eds.). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019.

OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015.

OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016.

OPATRŇÝ, Aleš, BARTUŠKOVÁ, Ludmila a DŘÍMAL, Ludvík. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2016.

PILGRIM, David. *Key concepts in mental health*. Londýn: SAGE, 2019.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009.

PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009.

Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Historie nemocnice*. 2022. [Online, cit. 22.5.2022] <https://bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/>.

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. *Vznik a výstavba ústavu v Dobřanech*. 2020. [Online, cit. 22.5.2022] <https://www.pnvd.cz/o-nemocnici/historie.html>.

Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017. s. 12. [Online, cit. 26.5.2022] <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>.

Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic. Podklady pro 2. kulatý stůl s OSZS*, 2019. [Online, cit. 23.5.2022] <https://www.psychiatrie.cz/reforma>.

RABOCH, Jiří (ed.). *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006.

RABOCH, Jiří a WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012.

RADIMSKÝ, Marek. *Psychiatrie II*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení, Sebrané texty Marka Raginse*. Praha: Fokus Praha, 2018.

ROGERS, Sally. Father of Psychiatric Rehabilitation. In: *Boston University's Alumni Magazine*, 2020. [Online, cit. 23.5.2022] <https://www.bu.edu/articles/2020/william-a-anthony-father-of-psychiatric-rehabilitation/>.

SEIFERT, Bohumil. *Primární péče: Praktické lékařství : výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. Praha: Karolinum, 2004.

SMITH, Matt. *What Is the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale?* [Online, cit. 21.5.2022] <https://www.webmd.com/mental-health/gaf-scale-facts>.

STŘELEČEK, Jakub. *Historické souvislosti současné reformy péče o duševní zdraví v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2021. [Online, cit. 23.5.2022] [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/125832/Jakub\\_Strelec\\_37-47.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/125832/Jakub_Strelec_37-47.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

ÚZIS. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2019. [Online, cit. 21.5.2022] <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>.

VAN VELDHUIZEN, Remmer, J. a BÄHLER, Michiel. *Manuál Flexible ACT*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017. [Online, cit. 30.5.2022] [https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/FACT\\_manual\\_CZ\\_final\\_s\\_obalkou-1.pdf](https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou-1.pdf).

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007.

WHO. *Mental Health: Strengthening Our Response*. 2022. [Online, cit. 30.5.2022] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

WIERSMA, Durk. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113/429, 2006.

WINKLER, Petr et al. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry* 5/12, 2018.

Zákon č. 372/2011 Sb. [Online, cit. ] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ZÁVIŠEK, Josef. Právní podmínky pro komplexní léčbu pacientů s duševní poruchou v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro praxi* 14/3, 2013.

## **Přílohy**

### *Příloha č. 1 – seznam zkratek*

BnL – Brandýs nad Labem

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

GAF – Global assessment functioning scale

IPS – individual placement and support/individuální umístění a podpora

KoT – Komunitní tým

SMI – serious mental illness/závažné duševní onemocnění

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – World Health Organization

### *Příloha č.2 – osnova k rozhovorům*

1.) Řekněte mi něco o sobě, odkud jste, kde jste vyrostl/a, co vás baví, co vám dělá radost v životě?

- Vyrůstal/a jste s oběma rodiči?

- Jak se vám dařilo ve škole?

- Nastoupil/a jste po škole do zaměstnání? Máte nyní zaměstnání? Můžete popsat pozitivní a negativní dopady této zkušenosti na váš současný život?

- Máte zkušenost se samostatným bydlením? Můžete popsat pozitivní a negativní dopady této zkušenosti na váš současný život?

- Máte rodinu, se kterou jste v kontaktu? Nějaké známé nebo kamarády?

- Kdy se u vás objevily poprvé problémy v oblasti vašeho duševního zdraví?

- Máte zkušenost s hospitalizací v psychiatrické nemocnici? Můžete popsat pozitivní a negativní dopady této zkušenosti na váš současný život?

2.) Jak jste se dozvěděli o službách komunitního týmu Kladno/CDZ 9/CDZ Brandýs nad Labem?

- Co vás přimělo začít tyto služby využívat?

- Můžete popsat, které služby využíváte a jaký mají dopad na kvalitu vašeho

života?

- Jak nyní zpětně nahlížíte na vaše rozhodnutí tyto služby začít využívat?
- Můžete popsat pozitivní a negativní dopady této zkušenosti na váš současný život?
- Můžete popsat rozdíl v kvalitě vašeho života před a po vyhledání těchto služeb? Můžete popsat rozdíly v oblastech bydlení, práce, vzdělávání, mezilidských vztahů, psychického zdraví a péče o sebe před a po vyhledání těchto služeb?
- Jak na vaše rozhodnutí využívat těchto služeb nahlíží vaše blízké okolí?

3a) Tuto otázku budu klást klientům CDZ

Využíváte služeb psychiatra/psychiatrické sestry v rámci CDZ?

- V čem vnímáte pozitiva a negativa, že CDZ nabízí tuto možnost?

3b) Tuto otázku budu klást klientům KoT Kladno

Využili byste služeb psychiatra/psychiatrické sestry, pokud by KoT Kladno tyto služby nabízel?

- V čem byste vnímali pozitiva a negativa?
- V čem vnímáte pozitiva a negativa toho, že tyto služby využíváte v jiném zařízení?

4.) Co pro vás osobně znamená „zotavení“?

- Slyšel/a jste o tomto pojmu v minulosti?
- Máte pocit, že vám v tomto procesu pomáhají služby KoT Kladno/CDZ 9/CDZ BnL? Můžete říci jak konkrétně?

5) Co pro vás osobně znamená pojem „stigma“ nebo „stigmatizace“ a „sebestigmatizace“?

- Myslíte si, že stigmatizace ovlivňuje kvalitu vašeho života? Pokud ano, můžete popsat jak?

*Příloha č. 3 – přepis rozhovoru s klientem CDZ9*

Kódy: první zkušenost s psychiatrií, bydlení, práce, nezávislost, lidskost, partnerský přístup ve spolupráci, multidisciplinární spolupráce, práce na sobě, já, společnost, odborníci

J: Dobrý den, na začátku bych si tedy od vás vyžádal ten informovaný souhlas, jak jsem vám to vysvětloval. Teď jenom krátce pro účely toho přepisu. Tenhle rozhovor si tedy nahraji, tu nahrávku poté použiji ve své balářské práci, ten přepis pozom použiju v té praktické části toho výzkumu, kde budu nějak měřit dopady vaší spolupráci s CDZ Praha 9. V té práci nebudu uvádět žádné vaše osobní ani citlivé údaje. To je jméno, datum narození nebo takové ty věci.

T: Dávám souhlas k tomu přepisu a k tomu ostatním.

J: Tak super, tak jestli byste mi mohl říct něco o sobě, třeba odkud jste, kolik vám je let, kde jste vyrůstal, jaké jste měl dětství, jestli jste vyrůstal s oběma rodiči.

T: Tak je mi 39 let, nevypadám na to, žiju zdravě, to jsem rád, že jsem na tom takhle dobře. Já jsem vyrůstal, narodil jsem se v Praze, vyrůstal jsem na Praze 9 v rodinném domě s oběma rodičema zhruba do sedmi let, mám bráchu, měl jsem i sestru, ale ta se bohužel utopila, to jsem byl malej, to si nepamatuju. Do těch sedmi let jsem tam žil, rodiče se rozvedli, dům se prodal, máma si našla přítele, takového hodného pána, mojeho nového tátu, odstěhovali jsme se do Letňan do paneláku a vlastně...no...postupem času jsem začal celkem trpět. Jak jsem zažil ten rozvod, pak jsem šel do nový školy, to jsem se tenkrát dost bál, tam to nebylo jednoduchý teda, tam bylo dost stresu a tohle, tam jsem se nedokázal nějak uvolnit, ani o přestávce, byl jsem furt nervózní a vystresovaněj. Učení jsem moc nedával, i když jsem chytrej kluk, to si o sobě myslím. Co že jste se to ptal?

J: No abyste řekl něco o sobě...a třeba v té škole, vy jste teda musel změnit tu školu a po zš jste pokračoval někam dál na střední školu nebo učiliště?

T: Jo rodiče mě přihlásili do Čakovic na kuchaře/číšníka...tam bohužel asi tak ve druháku, tak jsem měl doma velký problémy s mámou, protože máma na všechno hrozně tlačila a byla prostě...

J: Že jste i doma byl ve stresu?

T: No, zlá byla na mě, nevěnovala mi dost pozornosti...ale ne jako, byla hodná, teďka už máme dobrý vztah, nechci na ni nějak nadávat, ale tenkrát jsme si prostě nerozuměli, máma třeba trávila čas po sousedkách, tam byla oslava, vrátila se, byla na mě zlá, tak jsme se hádali...těch hádek bylo hodně. V

patnácti letech mě prostě...na mě zavolala sociálku, protože jsem si s ní moc nerozuměl, takže mě odvezli do Bohnic na pavilon 28. Tam jsem teda nějakou dobu byl než jsem šel na střední školu.

J: To byla vaše první zkušenost s psychiatrií v těch patnácti?

T: Jo no. Víte co, kdyby si se mnou máma povídala a byla na mě milá, nemusely by bejt žádný hádky. Já jsem byl úplně skromnej kluk, já jsem si doma pouštěl písničky, v životě jsem nepil alkohol, ani nějakou marihuanu jsem si nedával, ale prostě jako jsem se dostal...tam to ještě bylo dobrý, ale potom vlastně mě odvezli do domova mládeže s těma největšíma grázlama a já jsem se tam cejtíl tak strašně a hrůzostrašně, tam mě třeba mlátilo 10 kluků na záchodě, nebo v noci mě terorizovali, lili mi vodu do postele...to byly stresy, že to se nedalo vydržet. Takže když jsem se pak v 18ti vrátil zpátky domů, že jsem byl tak rozpolcenej a vystresovanej, že jsem prostě neměl chuť absolutně nic dělat...ale zaměstnal jsem se nějak, kvůli tomu jsem nemohl ani dokončit tu školu, to je to nejhorší...ale nevzdával jsem nic, našel jsem si dokonce přítelkyni...to ale skončilo špatně, ta byla asi o 10 let starší, mě bylo 18, ona měla tři děti...to skončilo hrozně, do dneška na to vzpomínám, to je takové moje trápení, ale už se tím netrápím tolik, život jde dál. Pak asi do 25 jsem byl dvakrát v léčebně.

J: To jste byl vždycky v Bohnicích?

T: Jo no, ale víte co jo, já jsem tam teď 15 let nebyl...ale já se držím, já si opravdu myslím, že jsem na tom teď dobře...před rokem se mi akorát stalo, že mě bolely játra nebo co, no a vynechal jsem prášky, takže kvůli tomu jsem tam musel jít a nebylo to pro mě moc dobrý, myslím, že to bylo zbytečné, ale jinak jako já zvládám úplně všechno.

J: To už jste byl klientem CDZ?

T: Tam jsem už dýl...tam už jsem snad 4 roky? Já už si to ani nepamatuju, ten čas tak rychle letí...no a prostě v tý době se mi stal takovej průšvih...to bylo asi v 26 letech, kdy se se mnou přítelkyně rozešla, teď jsem byl ještě doma, přišel jsem o práci, rozbilo se mi auto, všechno se na mě navalilo, stal se takovej průšvih, nechci to specifikovat, nechci o tom mluvit, v těch 26 letech jsem si pobyl v Bohnicích. A lidi v tom vchodě tenkrát, když jsem bydlel v těch Letňanech, tak jsem se z toho bytu musel odstěhovat a vlastně jsem se dostal do absolutně hrozný situace...

J: Pardon, že vás přerušuji. To jste tenkrát bydlel sám nebo s rodičema nebo s tou přítelkyní?

T: To byl rodičů byt, přítelkyně bydlela přes ulici a rodiče byli imrvére v Hostivaři v práci, oni tam vlastně bydleli, takže já byl doma pořád sám, nikdo kromě té přítelkyně tam za mnou moc nechodil. Tam jsem trávil všechnu dobu



víceméně sám, hodně jsem poslouchal písničky, Johna Lennona, Beatles, ty miluju. Tam jsem se naučil na kytaru, natočil jsem pak i cédéčko svoje, jenom tak mimochodem. Hrál jsem na klávesy a tak dál. No a musel jsem po tom průšvihy, nemohl jsem tam bydlet, tak jsem odešel k rodičům do té Hostivaře do takového průmyslového areálu, tam jsem měl vlastně na vrátnici svůj pokoj, musel jsem tam být asi 10 let, jestli si to správně pamatuju. Za tu dobu jsem si chtěl vyřídít důchod, ale nepřiznali mi ho, nic mi nedali, musel jsem tam imrvére s tátou něco dělat, střídat se s ním v tom druhém areálu, makat po nocích, takhle jsem to žil asi 10 let, 2 dny on, 2 dny dál, nikdy to nekončilo, žádné soukromí. Člověk neměl z toho života vůbec nic, byl jsem z toho z té situace dost vystresovaný...pak to gradovalo..když to hodně přeskočím, tak to gradovalo, kdy tam táta z té dřiny dostal mozkovou mrtvici, to jsem pak už bydlel v Čakovících, kdy si tam rodiče sehnali byt. To už jsem chtěl žít nějak normálně, ale táta vlastně zemřel. To bylo hodně kruté se na něj dívat, když dostal tu mrtvici, jak umírá, operovali mu mozek, on z toho ochrnl, nemohl mluvit a já jsem tam na něj na chudáka musel dívat na to, jak umírá. A vlastně když zemřel, tak já jsem se musel vrátit zpátky do té Hostivaře, v Čakovících ten byt se musel pustit, protože máma na to neměla a musel jsem tam za něj půl roku dělat každý den, po nocích. To jsem se pak už dostal k doktorovi, protože jsem ani chodit nemohl.

J: A pardon, do té doby vy jste chodil k nějakému psychiatrovi?

T: Jo chodil jsem k paní doktorce Papežové, každý měsíc nebo dva, tam jsem chodil pro Zyprexu.

J: A nějaké sociální služby v té době jste využíval?

T: Ne to nic nebylo, nebylo CDZ, až táta umře, tak mi došlo, že jestli se teďka stane něco s mámou, tak já tam skončím jako ti bezdomovci, co tam pracujou, že nebudu mít už nikoho. Pak jsem zašel za doktorkou a řekl jsem jí, že potřebuju byt, jestli mi s tím nepomůže. Ona mi řekla, že mě pošle do toho CDZ, že oni se zajímají o tyhle věci a že mi s tím pomůžou, ona že nemůže. Tam jsem pak přišel, a teď fakt začal složitý proces, aby se mi vrátil život nějak zpátky...ať už zdravotní pojišťovnu, zdravotní stav dám nějak do pořádku, dluhy, to bylo šílené, to byl koloběh stresu a to mi fakt nedělalo dobře, to byl koloběh, já pořád na něco čekal, byty nebyly, nic nebylo, všechno bylo zdouhavé...no ale když bych to vzal hodně rychle a neprodlužoval to...ten byt jsem nakonec dostal od státu, já dostal od státu doplatek za důchod od osmnácti let, který mi uznali a doplatili mi to zpětně, takže jsem dostal asi 300 tisíc...z toho jsem poplatil ty dluhy, exekutoři mi vrátili nějaké peníze, to se pak zjistilo, že mi nezákonně strhávali peníze z důchodu, takže mi vraceli potom tu částku, to bylo asi 100 tisíc. Potom jsem vlastně, jak jsem byl ze všeho

vystresovanej ze všeho, tak mě bolely ty játra, tak jsem vysadil ty prášky a pak jsem byl v těch bohnicích, no pak jsem dostal ty peníze velký, sehnal jsem si garsonku v hostivaři, tam jsem se nějak dával dohromady, lítal jsem po doktorech a vlastně jsem čekal na ten městský byt. Oni se šli podívat z úřadu i na tu vrátnici, kde jsem žil. Naštěstí jsem ten byt dostal než mi ty peníze došly. To byla moje jediná záchrana, že jsem měl na nájem. Dokonce jsem si tenkrát koupil za 100 tisíc Volvo v hotovosti...to ale skončilo špatně, rozbil se motor, ten pán mi to nechtěl spravit, pak jsem to prodal za babku, už jsem na to neměl peníze. Dneska už auto ani nepotřebuju, sportuju, chodím pěšky, všechno mám kousek, žiju zdravě. Ale naštěstí teda jsem byl zachráněný, že tohle všechno se povedlo a dneska můžu fakt poděkovat, říct, že žiju zase tak jak mám. Že mám jídlo, mám jistotu, že jsem konečně v klidu...no hlavně že jsem víc v klidu, takhle to má bejt.

J: Abych si to tak nějak shrnul...

T: To bylo tak v kostce...

J: Vy jste byl v té Hostivaři, potom se vám nějak začal horšit ten duševní stav, přišel jste o to bydlení a šel jste za tou psychiatrickou, která vám doporučili služby toho CDZ?

T: To bylo v těch 26 kdy jsem měl ten špatný zdravotní stav, před rokem taky, kdy jsem ty prášky vynechal. To mi bylo fyzicky špatně, a pak jak jsem to vysadil, tak mi bylo blbě i psychicky...i když člověk chce nebo ne, tak na těch práscích je člověk závislý, tohle bylo zbytečné myslím si ta hospitalizace, to jsem myslím mohl zůstat doma.

J: A s tímhle vším vám nějak pomáhali pracovníci CDZ?

T: Moc milá holka JK, ta je teď na mateřské dovolené.

J: To byl váš case?

T: Jo, ta mi opravdu a ještě AM, ta už v CDZ nepracuje. Ta mi vyřídila vysokej důchod a lítala se mnou na pojišťovnu, všechno jak říkám, dali mi ten doplatek, dali mi vysokej důchod, fakt jako vysokej. A JK mi zařídila ten byt než šla na mateřskou a všechno se to opravdu..

J: Že se to všechno obrátilo k lepšímu?

T: No úplně!

J: Takže byste řekl, že dopad vaší spolupráce je celkem podstatný.

T: No tak vidíte sám, jak jsem to měl těžký, to bylo strašný, kdo by z tohohle nebyl vystresovaný...a dneska už můžu konečně v klidu říct, že jsem šťastnej. Teďka chci začít chodit do kina, chci do přírody hodně chodit, teďka si to fakt užívám.

J: Tak to jsem moc rád, že slyším někoho, komu se to podařilo takhle obrátit.

T: No to já taky.

J: Takže oni vám pomohli s tím důchodem, to jsou nějaké finance, s tím bydlením. Zaměstnání jste taky řešili třeba? Uvažoval byste o tom?

T: No já bych teď po novém roce měl brát důchod přes 18 tisíc. Pomohli mi, abych řekl upřímně, já jsem šel za to, co pro mě všechno udělali, tak jsem to chtěl nějak vrátit...i nějak kvůli sobě...nechal jsem se zaměstnat v české poště, že jsem roznášel, ale to byl děs...za dva tisíce měsíčně a musel jsem tam dojíždět, tu výplatu jsem jim tam nechal, ani jsem si je nevyzvedl. To se mi moc nevyplatilo, tak jsem toho nechal. Ale jak jsem říkal, já jsem dělal 10 let v těch strašnejch podmínkách, teďka si spíš říkám, že si chci ten život trochu užít, dělat to co mě baví, co chci, užívat si. Často bývám unavený, ne nějak asi po těch práškách, ale spíš si myslím, že to je za těch 10 let v té práci, že jsem z toho furt sedřený, jak jsem dělal nonstop. Taky jsem často utahaný a necítím se úplně na to zase dělat 12 hodin denně. Myslím, že jsem se namakal dost, dělal jsem i v ČSOB v bance hlídače, v automyčce, v Tescu jsem dělal...ale nejvíc v té Hostivaři, tam jsem se zničil, když jsem tam pomáhal, tam jsem nespal, protože jsem dělal hodně v noci, přes den pár hodin spánek.

J: No a vy tedy využíváte jaké služby v tom CDZ, máte toho case managera, využíváte třeba služby psychiatra nebo psychologa?

T: Jo chodím k panu doktorovi Pastuchovi, to je strašně dobrej a milej doktor, strašně sympatickej a myslím si, že si hodně rozumíme, on se dívá na moje klipy, povídáme si o všem, jsem k němu upřímněj, nemám k němu nic, co bych se nedokázal mu svěřit.

J: a když byste to srovnal, když jste měl tu doktorku předtím, tak je nějaký rozdíl v tom, že máte toho psychiatra na jednom místě, s těma dalšíma odborníkama?

T: Ano, mě to přišlo, že jak jsem 15 let nebo jak dlouho chodil k paní doktorce, že to bylo takové strojové. Dobrý den, tady máte prášky, nashledanou. Tady u pana doktora, ten se zajímá o mé zájmy, zajímá se o to, jak se cítím, jak se mám doma, jestli se mi třeba doma něco nepokazilo, lednička nebo tak...

J: Má na vás třeba víc času?

T: Jo, s ním se cítím hodně dobře, jako paní doktorce nemůžu nic vytýkat, ale jako říkám, že s panem doktorem Pastuchou, to je jak kamarád, fakt přátelský vztah, tam se cítím úplně skvěle. Byli jsme třeba na fotbale, teď jsme teda dlouho nebyli, ale v Bohnicích bývají takové akce, že se hraje fotbal. Tak jsme hráli spolu. A jednou mě i vezl dokonce a já mám s ním strašně dobrý vztah.

J: Je to takové lidštější to zní.

T: Lidské, jo, mě to přijde jako takové kamarádké, hlavně jsem rád, že jsem na tom díky tomu mnohem líp, nemusím brát tunu prášků, nemám žádné hlasy, myslím si, že funguju tak jak mám, dám si jenom dva prášky před spaním,

cítím se skvěle, takhle mi to přesně vyhovuje a chci aby mi to tak zůstalo.

J: Myslíte si, že to díky tomu, že máte tyhle přátelské, partnerské vztahy, máte jistotu toho bydlení, jistotu toho příjmu – myslíte že to má pozitivní odraz na vašem duševním zdraví. Že to hraje roli v tom, že třeba nemusíte brát tolik těch prášků?

T: No jasně...tenkrát byl člověk furt vystresovanej, vždyť jsem spal v rozpadlém areálu na vrátnici, po nocích jsem makal, ze života jsem neměl nic, nevěděl jsem co se mnou bude. Teď konečně mám jistotu a tyhle starosti už odpadly a teď už jde jenom o to, abych z toho života něco měl. Abych měl radost ze života, aby mě bavilo to co dělám, to co mám rád, měl čas sám na sebe, dřív jsem tohleto neměl a jenom jsem dělal a ze života jsem neměl nic a teď konečně můžu dělat co mě baví. Dokonce i v té hudbě jsem se posunul. Mám asi 100 videoklipů na youtube, to mě taky baví, natáčet hudbu. Myslím si, že dneska se mi opravdu všechno vrátilo zpátky po těch letech a konečně mám klid.

J: Říká vám něco pojem zotavení?

T: Zotavení? Jako myslíte...

J: Mluvíte o tom někdy? Ta myšlenka těch komunitních služeb jako je CDZ je pracovat na zotavení, což je nějaký proces...

T: Víte co, já jsem tam šel původně kvůli tomu, abych měl ten byt a možná ten důchod a měl tyhle jistotu, které teď mám...za to jsem jim hodně moc vděčný...a zotavení teda...zotavení?

J: Jak vás tak poslouchám, tak mi to zní, že ta vaše cesta k tomu zotavení byla i skrze ty praktické věci, jako je ten byt, důchod, ale i trošku možná tím lidským přístupem, že se k vám ti lidi chovají hezky a ....

T: no jasně, teď jsme byli třeba s CDZ na Vysočině, byli jsme tam necelý týden, tam já jezdím pravidelně, moc se tam těším na všechny kamarády co tam mám, že si tam perfektně užiju srandu, jezdím tam s nima moc rád, jezdím tam do těch Daňkovic...to si myslím, že tyhle akce a tohle všechno určitě má taky svůj smysl a hodně to lidem pomáhá...někteří třeba nejsou schopní, mám jednu kamarádku, které říkám, ať jde ven, já ti poradím třeba jak zhubnout, ale ona nechce a říká mi, že se bojí...já jí říkám, čeho se bojíš, já chodím na procházky každý den a prý, že já jsem kluk...já říkám taky, že nemám vždycky náladu, ale určitě jako tyhle akce jsou tady od toho, aby těm lidem ukázali něco jiného, někam je vzali, aby z toho taky něco měli z toho života...pro ty lidi, kteří jsou na tom fakt takhle špatně, tak to je velký přínos.

J: Takže vám pomáhají i s volným časem, že vám dají tuhle nabídku?

T: Jo, že je třeba petanque a tyhle věci...teď nedávno jsme byli v muzeu na výstavě Budha, v nějaké národní galerii, nevím kde to bylo přesně. No tak to

bylo taky pěkný docela...a ten přínos pro ty, kteří nemají tu možnost, že by někam šly...tak když jdou všichni společně, tak toho spíš využijou. A má to smysl.

J: A dokážete si představit, kdyby ty služby neexistovaly?

T: Já si teda hlavně snažím, abych byl sám za sebe, abych nebyl jenom závislý na akcích toho CDZ, chci si to dělat i sám a chci si dokázat sám sobě, že i já sám sobě jsem schopný si to zařídit. V tom mě tam taky podporují.

J: To jsem se chtěl zeptat právě, jestli vás v tom podporují.

T: Jo podporují, snaží se, abych si to řídil taky.

J: Myslíte teda, kdyby ty služby nebyly, že byste třeba zůstal v té Hostivaři?

T: No...to by bylo asi hodně kruté....

J: Ono je možná lepší si to vůbec nepředstavovat.

T: Jo radši si to nepředstavovat (smích)

J: Tak a poslední okruh je o stigmatizaci, to je pojem, který se nemusí týkat jenom lidí s duševním onemocněním, může se to týkat třeba lidí na vozíku nebo tak. Znamená to asi to, že já nějak vybočuju z toho „normálu“ a společnost se ke mně chová kvůli tomu nějak jinak. Setkal jste se s tím nějak někdy? Třeba v těch nemocnicích nebo někde jinde třeba v práci, jestli věděli, že máte nějaké problémy nebo chodíte k psychiatrovi. Jestli vás někdo třeba někdy kvůli tomu diskriminoval?

T: No asi ani né tak já, jako co znám spíš z vyprávění ostatních, co byli pacienti v Bohnicích, že mi říkali, že se k nim někdo z personálu choval špatně, nějaký kluk mi vyprávěl, že chtěl od těch zřízenců nějaké věci a pak ho prý škrtili, dokonce jsem s ním udělal video a dal to na youtube. Já jsem se s tím teda nějak nesetkal, ale věřím, že se to děje. Doufám teda, že se to nějak ve velký míře neděje, ne? Na co že jste se to ptal?

J: Jestli jste se s tím někdy setkal, jestli vás někdo takhle nediskriminoval? Třeba na úřadu nebo tak něco. Jestli jste třeba neslyšel takové to, že máte zdravé ruce a nohy, tak přece nepotřebujete důchod.

T: No jasně, to jste přesně řekl, to se mi stalo kdysi dávno, když jsem šel s přítelkyní někam na středisko k doktorovi, něco jsem tam vyřizoval, přilítla taková fakt zlá sestra a já jsem se jí jenom zmínil, že teda jako chodím k psychiatrii a beru nějaké antidepresiva a ona tam začala na celou čekárnu doslova křičet: „, Vy jste nesvéprávněj!“ a já jsem se zmohl akorát na to říct, že nejsem...ale takhle ponižující situaci, to jsem nezažil, to se mi vrylo do hlavy.

J: A teď se vám něco takového ještě děje?

T: Teď už je všechno v pořádku, všechno jde jak má...hlavně jak je člověk už zkušenější, tak už ví, co má dělat a i ty špatný věci neprožívá tak hrozně nebo nebere si nějaký věci, tak jako dřív a mávne nad tím spíš rukou. Už jsem

zkušenější a vím prostě co mám dělat a vím co pro to mám udělat a třeba mě i mrzí, že v minulosti jsem se nedokázal víc uvolnit a někam jít a užívat si víc života, že teď konečně vím co je správně a vím co pro to mám udělat.

J: A poslední věc, co bych se chtěl zeptat, ta vaše zkušenost s hospitalizací. Jaké to pro vás bylo, když jste byl v této instituci, kde je člověk nějak zavřený, pokud není na otevřeném oddělení, člověk nemusí nic moc řešit, dostanete jídlo léky...

T: Tam vám dají hlavně hodně prášků, za den třeba dvacet, ne každému, ale mě se to stalo. To se pak odráží na tom, že tam je člověk pořád unavený, nemohl jsem jít ani na vycházku, protože jsem celý den víceméně prospal. Nebo jsem prostě byl...no neříkám, že jako úplně takhle jako...no těch prášků bylo fakt moc, myslel jsem si, že to je zbytečné, dávat mi toho hodně, já už jsem byl celkem v pohodě myslím. Zkušenost mám takovou, že...ne jako úplně špatnou.

J: Možná se zeptám trochu jinak, trochu budu spekulovat, kdyby ty komunitní služby neexistovaly a možnost, jak řešit tu psychickou nepohodu, by byla nějaká hospitalizace, myslíte si, že byste toho využíval a pomohlo by vám to? Že byste chodil častěji do nemocnice.

T: Ne no tak tomu se přesně chci vyhnout. Já se snažím jako vážně hodně zvládat ten život bez těch hospitalizací a zvládat to co mám a být svůj a hlavně se tomu nepoddávat, bojovat s tím. A nechci už nikdy být hospitalizovaný, budu se snažit o to, abych byl neustále v pohodě, myslím si, že to je v mých silách...je to v mých silách...já mám kamarády, kteří jsou na tom opravdu špatně, bydlejí u rodičů, mají insolvence, do toho pijou alkohol, nechodí nikam...neměl bych to říkat asi, ale řeknu to...i hlasy slyšej, kamarád se kterým jsem ve spojení, mi říká, že jenom přežívá...a to já se právě snažím nepřežívat, já se snažím žít.

J: Řekl byste, že ta samostatnost, že si můžete řídit věci sám, bydlíte ve svojem, že jste pánem svého osudu, že to v tom pocitu jako pomůžu.

T: No v tom jsem jako malej kluk, že si řeknu, že teď můžu jít třeba do kina, sporovat, chodit do přírody, budu v pohodě, ta příroda to mi hodně pomáhá, a prostě mám spoustu kamarádů a kamarádek, kteří mají nadváhu, váží 120 kilo. To je taky vlastně...uchylujou se jenom k tomu jídle, že je to uklidňuje, nikam nechodí, že se bojí, slyšej hlasy, takže berou injekce, přes den prášky, jenom fakt přežívají. To já se na to snažím jít opačně a i když se mi kolikrát nechce a nemám náladu, tak se s tím snažím bojovat. Nějaké hlasy, to já už nemám, oni to třeba mají permanentně. Já jsem fakt rád za to, že jsem na tom tak dobře jak jsem, i když třeba nemám každý den tu náladu takhle dobrou, jasně že mám dny, kdy se mi nechce, to je taky dost podmíněné tou nemocí. Ale myslím si, že

ta vědomá snaha, aby to bylo tak, jak bych chtěl já, tak že to mi vlastně pomůže k tomu zotavení, jak jste to říkal předtím. To je asi pro mě teda to zotavení, pracovat na sobě. A myslím si taky, že mi v tom ti lidi z toho CDZka hrozně pomáhají, protože mě v tom podporují a neříkají jenom: „ber prášky“, za to jsem hodně rád. Tyhle věci dřív vůbec nebyly, já si myslím, že lidi s touhle nemocí šli jenom k doktorovi, napsaly se prášky a nikdo se už nezajímal o jejich zájmy, co je baví, co by chtěli v životě. A dneska vlastně CDZ 9, tam kam já chodím, tak se o to zajímají, jde jim o to, že se starají o to, co jim chybí, vyřizují věci, na kterou ti lidi nemají sílu. Snaží se o to, aby jim nic nescházel, aby měli veškerou péči, a věci který nejsou sami schopní, tak aby se s jejich pomocí zvládly, udělali. Protože tihle lidi, co se takhle léčí, na to často nemají sílu. Jako bez nich by to bylo...to by asi nebylo dobrý, protože i z vlastní zkušenosti, já jsem toho hodně potřeboval – byt, důchod a bez nich já bych to asi hodně těžko dokázal. Nebo nevím vůbec, kde bych byl, hlavně takhle rychle že mi s tím pomohli. Opravdu je to hodně potřebné a fakt se divím, že dříve tyhle služby neexistovaly, protože to ti lidi, co jsou tam zavření už dneska mohli být úplně jinde.

J: Díky za rozhovor.

### *Příloha č. 3 – přepis rozhovoru s klientkou komunitního týmu Kladno*

*Kódy: první zkušenost s psychiatrií, bydlení, práce, nezávislost, lidskost, partnerský přístup ve spolupráci, multidisciplinární spolupráce, práce na sobě, já, společnost, odborníci*

J: Dobrý den, na začátek bych si od vás vyžádal informovaný souhlas o tom, že tento rozhovor já potom přepíšu a použiju ho jako podklad k vypracování výzkumu ke své bakalářské práci na téma dopady spolupráce s multidisciplinárními centry duševního zdraví na kvalitu života jejich klientů a přepis tohoto rozhovoru použiji jako přílohu k bakalářské práci. Nebudu do té práce psát žádné vaše osobní ani citlivé údaje. Tuto nahrávku poté co to přepíšu, smažu a z toho textu nebude zřejmé, že se jedná právě o vás. Jestli byste tedy s tímto souhlasila, že to použiji pro tyto účely.

P: Ano Souhlasím.

J: Tak, že bychom začli, jestli byste mi řekla na začátku něco o sobě, odkud jste, kde jste třeba vyrůstala, co vás baví, jestli jste vyrůstala s oběma rodiči, jak vám to šlo třeba ve škole.

P: Jo, tak, jsem z jižní Moravy, z vesnice, narodila jsem se na vesnici, pak jsme se teda přestěhovali do většího města, s asi 5000 obyvateli, to jsme se přestěhovali tak když jsem chodila asi do 5. třídy. A vyrůstala jsem s oběma rodiči plus s babičkou a s dědou, na začátku pak ještě i se strejdou a tetou a s bratrancem.

J: A vy máte ještě sestru, že?

P: Jo, ještě ségra, brácha ještě nebyl na světě, ale pak se taky narodil (smích) Pak když jsme se přestěhovali, tak už jsme bydleli sami, brácha, ségra, taťka a mamka.

J: A to bylo v té vesnici?

P: Ne to bylo už v tom městě.

J: Jak vám to šlo ve škole.

P: Super mi to šlo, nemohla jsem se dočkat do první třídy, tam mi to ale trošku znechutili, ale pořád jsem se jako snažila, protože mě to ve škole bavilo, tak mi to šlo.

J: Po ZŠ jste šla na střední školu.

P: Jo, nejdřív jsem vyměnila tak tři základy, pak jsem šla na střední školu a na intr do Brna.

J: A tam jste studovala co?

P: Zdrávku – oční technik.

J: A po té škole jste šla rovnou do zaměstnání?

P: Jo, rovnou.

J: A co jste dělala za práci.

P: Dělala jsem v optice.

J: Jaké to pro vás bylo ta práce?

P: No mnohem lepší než ta škola, tam když jsme v té škole byli na praxe, tak to pro mě bylo stresující, jako ty praktické předměty, ale pak v reálu, v zaměstnání jsme měli mnohem lepší stroje, takže to nebylo tak jako náročné. Ty brejle dělat.

J: Když bych se vás zeptal, kdy se u vás poprvé objevily nějaké těžkosti v oblasti vašeho duševního zdraví, tak to bylo někdy po té škole nebo to bylo už nějak v té škole.

P: No v té škole jsem měla úzkosti, když jsem šla do praktického vyučování, tam se mi nechtělo, ale vždycky jsem tam šla, ale nebylo to žádné drama. Jako první opravdu velké úzkosti jsem měla asi až když se narodil...nebo když jsem byla těhotná se synem. To bylo asi v roce 2006.

J: Máte nějakou zkušenost s hospitalizací na psychiatrii, v psychiatrické nemocnici?

P: Jo to zkušenosti mám celkem bohaté.



J: A mohla byste mi říct nějaké pozitivní nebo i negativní dopady této zkušenosti na váš teď život.

P: No, jako asi bude možná více těch negativních.

J: Aha.

P: Že tam jako je ztráta důvěry v systém.

J: Můžete mi říct třeba nějakou konkrétní zkušenost, která ve vás tuhle nedůvěru v systém vyvolala?

P: To byla hnedka, dá se říct, ta druhá hospitalizace, takže první v Beřkovicích a to bylo, když jsem chodila na stacionář Ke Karlovu a tam se mě zeptali jak se mám, vlastně ve skupině a slíbili mě, nebo odtama mě chtěli zavřít na uzavřený a slíbili mi, že zůstanu tam na tom Karláku, a když jsem řekli že, tam nakonec nezůstanu, že mě převezou do těch Beřkovic, tak já jsem si myslela, že to je někde hrozně daleko, protože to už je vlastně ústecký kraj a nechtěla jsem tam, řekla jsem jim, že půjdu domů a oni už mě nechtěli pustit, s tím, že mě napíchali diazepamem a haloperidolem a doktor byl na mě hodně hnusnej a pak mě poslali sanitkou do Beřkovic. To bylo pak o tom, ta nedůvěra v systém, že jsem se jako svěřila s něčím a oni to pojali tímhle způsobem, že mě okamžitě jako...

J: Jako chápu to tak, že vás nějak omezili na nějaké vaší svobodě?

P: Jo, že se pak se mnou fakt už nikdo nepáral no...bylo pak pro mě těžké v těch skupinách se otevřít a nějakým způsobem komunikovat, a taky jsem strašně lhala potom.

J: Takže vlastně tady ten represivní postup ve vás vyvolal, že jste potom o tom nechtěla o těch vašich problémech mluvit před odborníky?

P: Jo.

J: Je ještě třeba něco, když byste mohla mluvit o tom, jestli vám ten pobyt dal něco nebo vás připravoval na to, až budete propuštěná domů, jestli tam s vámi třeba pracovali na tom, co se bude dít, až se vrátíte domů?

P: Na tom uzavřeném ne. Potom na tom otevřeném jsme pořád uklízeli a dělali..jak bych to řekla? Jako měli jsme pravidelný režim, v tom nás asi připravovali a to je asi tak všechno. Spíš jenom asi prakticky, abychom měli režim, nám tam říkali, ale ne že by s námi něco nacvičovali nebo nám řekli, jak to potom máme dělat doma. To je tak asi celý. I když byla tam i možnost nějaký konzultace s rodinným příslušníkem a s psychologem dohromady, takže to by se jako dalo nazvat jako příprava na ven.

J: Jak jste se dozvěděla o službách komunitního týmu.

P: Já jsem se to dozvěděla od spolupacienta, který už byl venku a pak do toho komunitního týmu šel.

J: Takže na doporučení. A co vás vlastně přimělo začít ty služby využívat, nebo

spíš, jak jste nad tím přemýšlela, proč začít do toho Fokusu chodit.

P: Já jsem vlastně potom, co jsem tam byla půl roku, v té nemocnici, a ještě jsme vlastně byli v izolaci skrze ten covid, tak mi přišlo fajn chodit někam, kde na mě budou brát nějaké ohledy a budou mi rozumět a ještě tam budou třeba stejně nemocní lidi jako já, že to bude jako takové chráněné prostředí pro mě a jako takovej pomalejší přestup do toho normálního života, protože vždycky mi to dělalo docela problém, vždycky tak tři měsíce než jsem se vzpamatovala a začala doma nějak normálně fungovat. Těch hospitaliací bylo jako víc.

J: Vy jste ty služby začala využívat hned po tom posledním propuštění?

P: Ano.

J: Můžete aspoň nějak zhruba popsat, jakou tu službu vlastně využíváte? Nebo na čem vlastně pracujete nebo třeba jaký to má dopad na kvalitu vašeho života. V oblasti psychického zdraví, bydlení, vztahů, financí a tak podobně?

P: No, to si musím trochu promyslet. Jako teďka využívám teda vás (smích) a to mi pomáhá v tom, že se míň stydím komunikovat s doktorem, tam si myslím, že to byl jako velký pokrok, že se s ním teďka radím i o obyčejných věcech, že není poslední, kdo se ty věci dozví. Pak můžu říct věci vám a to je pro mě takový jako uvolňující, osvobozující, vy jste většinou první na řadě, když za mnou jezdíte tak často.

J: Takže vám vyhovuje ta terénnost, že to vlastně není někde v kanceláři nebo v nemocnici, ale že vlastně můžeme dojíždět?

P: Hodně mě vyhovuje, že to není v nemocnici, že se člověk nemusí stresovat ještě tím prostředím, a když je mi jako hůř a nemůžu moc jezdit, tak je to pro mě vlastně strašně super, protože kdybych jako musela dojíždět, tak bych kolikrát nedojela. Takže to je taková velká výhoda. Pak se mi líbí, že vám můžu zavolat, když by mi nebylo dobře a taky se poradit, i když mi většinou řeknete, že bych měla zavolat ještě i doktora, ale to je pro mě hodně povzbuzující, když mě tak nakopnete do toho. Když mám ty nejistoty, jestli ho mám otravovat nebo ne. Tak to mi hodně pomáhá, protože to pak nekončí hospitalizacema, dříve jsem to vůbec nedělala a většinou to dopadlo špatně.

J: Že vám to teda nějak pomůže zreflektovat tu momentální situaci a nějak to třeba poposunout k nějakému konkrétnímu řešení?

P: Jo přesně tak. A potom ještě vlastně jsem ráda, když k vám můžu chodit na ty denní programy, teď jsem fakt ráda, že už můžu chodit, že už to zvládám dobře, protože si myslím, že teďka už umím nějakým způsobem získat profit i z toho, že tam jsou ty lidi taky nemocní, že už to není tak, že mi to přihršuje jako dřív, ale že teďka je to pro mě takové jakoby inspirativní, jak se s tím vyrovnávat s tou nemocí a taky že tam potkám ještě více vašich kolegů, takže se dostanu mezi lidi, kteří jsou jako na mě ohleduplní a chovají se ke mně

hezky, že tam nejsou žádné extra tlaky na mě.

J: Jak na to vaše rozhodnutí využívat tyhle službu nahlíží vaše blízké okolí, rodina obecně, nebo přátelé?

P: Přátelé jsou rádi, přijde jim to fajn, že mám jako zábavu a co dělat a...jak bych to řekla? Můžu si chodit na malování zdarma (smích) a potom...synovi je to asi jedno, ten je prostě svým způsobem rád, že mě někdo obstará, nebo že někdo za mnou přijede, když je...když jsem tady sama. No manžel se na to díval na začátku hodně skepticky, tím že se zas budu někomu cizímu svěřovat a budu mu o sobě něco vykládat a zatahovat dalšího cizího člověka do naší rodiny. A ještě měl strach, že se budu upevňovat v tom, že jsem nemocná, s tím že se budu setkávat s lidma, co jsou nemocní a být ve službě, kde jsou nemocní lidi. Že kolem mě zase bude skákat další člověk, ale nic z toho mít nebudu. Teďka už je ale rád, způsobem, že na mě někdo dohlídí, že na to není on sám.

J: Jasně. Teď bych se zeptal, já píšu vlastně i o službách Center duševního zdraví, které jsou multidisciplinární, to znamená, že tam je zastoupeno více odborností, jako psychiatr, psychiatrická sestra, sociální pracovník, pracovní konzultat, peer konzultant. My jsme zatím jenom komunitní tým, tzn. Že my toho psychiatra ani ty další zatím nemáme. Když byste si představila, že byste mohla využívat tyhle služby, vy teď máte ambulantního psychiatra, ambulantně navštěvujete psycholožku, a představa, že byste měla tyhle služby na jednom místě, s tím, že by to byla, zase jako mobilní nebo terénní služba, jak byste se na to dívala? Myslíte si, že byste to měla jednodušší, že byste to měla všechno na jednom místě nebo vnímáte, že je lepší mít ty věci nějak odděleně? V těch CDZ ještě ti všichni odborníci jsou v jednom týmu, komunikují spolu, vlastně vždycky všichni vědí, co dělá ten další, znají lépe ten případ. Třeba váš doktor, sice s ním spolupracujeme, ale nemáme společné porady, tak tam ta spolupráce není tak pevná. Takže co si vlastně myslíte, kdybyste měla ty věci na jednom místě?

P: Jako nápad mi to přijde dobrý, že se člověk nemusí vydávat do různých ambulancí, v různých koutech města. Taky mi přijde super, že...no jak jste to říkal, že vlastně, ono je to takové jako, dvojsečné...na jednu stranu mi to přijde super, že všichni o mě všechno vědí a můžou spolupracovat, tak tam musí spolupráce fungovat asi líp. Mám pocit, že by mi potom pomoheno dřív nebo efektivněji, takhle si to všechno musíte společně volat a můj doktor tam není každý den. A kdyby mohl doktor přijet za mnou, tak to bych byla fakt vděčná, taky kdyby mi bylo blbě a přijdu k vám do kanceláře, tak by byla větší šance, že se tam o mě postaráte, když by to bylo potřeba a zhodnotíte lépe tu situaci taky lépe. Takhle jsme museli čekat na doktora než bude v ordinaci tenkrát. Taky ale na tu druhou stranu, je to takové nepříjemné, když o vás vědí všichni

všechno.

J: Tam je asi důležité zmínit, že třeba ten psycholog s námi nesdílí, když byste k němu chodila na terapii, tak on s námi nesdílí témata, o kterých se s ním bavíte, ale čistě věci, které jsou podstatné pro práci toho case managera. To samé, když se svěříte s něčím osobním, tak to neznamená, že se to dozví celý tým, ale že se bavíme opravdu jenom o tom případě – tzn. Zhoršení zdravotního stavu třeba, ale o těch důvodech, pokud teda nejsou nějak hodně relevantní pro toho pracovníka, tak se nesdělují.

P: No tak to by mi přišlo bezpečné, že bych se pak nemusela stydět říkat věci o sobě.

J: Tak přejdeme k dalšímu okruhu – zkušenost se zotavením. Říká vám tenhle pojem něco, setkala jste se s ním někde? Jestli byste mi mohla říct, co to pro vás znamená?

P: Setkala jsem se s tím u vás ve Fokusu, pak jak jsem chodila na webináře od Na Rovinu v NUDZu a vlastně ze začátku mi to přišlo jako fakt strašně hnusný slovo (smích)

J: A proč?

P: No vůbec se mi to nelíbí jako slovo, protože jsem chtěla slyšet něco pozitivního jako uzdravení. Jenže uzdravení, to už je velký závazek, že jo. A to zotavení zase, na to jsem přišla až později. Prostě mi to slovo přišlo málo české a fakt divné. Takové jako, že se moc v češtině nepoužívá, takové nezvyklé, moc mi to jako nepasovalo do pusy. Ale dlouho mě to taky trochu štvalo, protože jsem si myslela, že toho nikdy nedosáhnu, nějakého zotavení, protože jsem si pod tím představovala, že budu úplně zdravá, aspoň tak, abych nepotřebovala brát léky, nebo jich měla o hodně míň a nemusela třeba vůbec tuhle službu (Fokus) využívat, ani chodit k psychologce. Tak to byl na mě takový červený hadr na býka. Vůbec jsem o tom nechtěla slyšet. Pak když jsme o tom mluvili jako blíž, a hodně o tom mluvili taky v tom narovinu. Tam ten jeden peer konzultant vlastně říkal, že to nemusí znamenat, že člověk nejí léky ani jako tu 100% uzdravení, ale že jako žije dobrý život i s tou nemocí a navzdory jí. Takže to mi vlastně přišlo super, protože naráz jsem přišla, že když je mi dobře, tak jsem toho dosáhla, takže se mi ulevilo, že už jsem na sebe přestala vytvářet pořád větší a větší nároky.

J: Jako ta služba toho komunitního týmu v tom procesu zotavení vám je nějak nápomocná?

P: No hodně v tom, že se bavíme spíše o tom, v čem mám úspěchy a co se mi daří.

J: Že to jako není zaměřené na nějakou tu patologii v té nemoci, ale spíše na to co se daří, jo?

P: Přesně tak, že ze mě neděláte víc nemocnou nebo že mě nepodporujete v tom, že byste mi říkali, jak moc špatně na tom jsem, nebo tohle a tohle je hrozný. Ale spíš se bavíme o tom, co jsem dokázala, co je lepší a snažíte se mě nějak aktivizovat, ale když to nejde, když mi je fakt blbě, tak mi spíš dáváte podporu a snažíte se být se mnou než že byste říkali, jaká to je tragédie, že se to zhoršilo. A to je super, že to funguje jak osobně, tak po telefonu, že můžu vždycky zavolat.

J: Jaká je nějaká vaše zkušenost se stigmatizací nebo sebestigmatizací, jak rozumíte tomu pojmu?

P: No mě to přijde takové jako vyčlenění, že to buď sám sobě dělá člověk nebo okolí, že ho vyčleňuje. Taková jak to bývá v těch opičích tlupách, že když se narodí albín, tak ho pak ubijou (smích). Takže sama jako se s tou sebestigmatizací – tam si myslím, že mám celkem velkou praxi, že to zvládám poměrně na jedničku. (smích)

J: A můžete to nějak popsat?

P: Že si říkám, že jsem divná, že vlastně nezapadám, teď se cítím mezi v uvozovkách „normálníma“ lidma, že se cítím nepatřičně, že nechodím do práce, že jsem málo užitečná kvůli tomu, že neplatím daně, že stát...jako že se mu nevyplatím.

J: A v tomhle obrazu vašem hraje v tom roli něco jako...předtím než jste měla zkušenost s psychiatrií, tak ve společnosti existuje nějaký obraz nebo představa duševně nemocného, který je do jisté míry stigmatizující, právě že jsou nespolehliví, nebezpeční, nemůžou pracovat, nedá se s nima bavit, měli by být zavření v nemocnici. Myslíte si, že tohle v tom vašem současném pohledu, hraje nějakou roli. Slyšela jste o tom někdy vůbec?

P: No já jsem o tom takhle dříve přesně přemýšlela. Takže je to pro mě hrozný být teďka jakoby tím nemocným člověkem.

J: A myslíte si, že tenhle společenský obraz je pravdivý?

P: No myslím si, že úplně ne, ale většina lidí o tom asi neví.

J: A vy jste se sama někdy cítila v nějaké konkrétní situaci vyloučená ze skupiny, že se na vás někdo nějak divně tváří nebo si o vás myslí něco, co není pravda, ale tím že máte jako tu nálepku, že jste se léčila na psychiatrii, tak vás jako nějak vyloučili?

P: No vím, že moje rodina nemluví o tom, co jsem zažila s ostatníma. S těma vzdálenějšíma příbuznýma, nebo se známýma, kolegama. Protože se za mě stydí. A ještě jsem se cítila celkem stigmatizovaná, když jsem právě navštěvovala lékaře jiných odborností. Ti když se dozvěděli, že mám psychiatrickou diagnózu, tak se ke mně chovali jako k nějakému blbečkovi. To bylo dost ponižující.

J: Cítíte tedy, že se k vám chovají jinak čistě proto, že máte někde něco v papírech napsané, ale ne proto, že nějak vystupujete, jo?

P: Jo změnilo se to v okamžiku, kdy to zjistili.

J: Takže lékař, který by to měl asi chápat, protože je lékař, to moc nechápal.

P: No myslela jsem si, že zrovna doktoři tenhle problém mít nebudou.

J: Na závěr, když byste měla shrnout, jaké má vlastně dopady ta vaše spolupráce s týmem na kvalitu vašeho života, ať je to pozitivní nebo negativní, dokázala byste to nějak říct v pár větách?

P: No, zkusím to říct teda v pár větách, musím se trochu zamyslet. Jaký to má dopad na kvalitu mého života? Já si myslím, že ....

J: V čem jste se třeba posunula od té doby, za ty dva a půl roku?

P: Jako myslím si, že dopad to má pozitivní (smích). Hlavně v tom, že nejsem úplně izolovaná od všeho. Myslím, že se mi dost snížila právě ta sebestigmatizace. Tím že potkávám lidi, co na tom jsou podobně a vidím, že normálně fungují, tak nemám pocit, že jsem úplně nemožná a budu taková navždycky. Můžu být i ve společnosti, která pro mě není tak náročná a nemusím se tam stydět, že třeba nechodím do práce nebo že mám invalidní důchod, protože se normálně kvůli tomu na mě lidi dívají docela blbě. Taky je super, že jste tam vy, jako pracovníci, protože jste jako normální (smích). A s náma jako fungujete nebo aspoň se mnou, jako s normálním člověkem. Ne s někým kdo je jako horší nebo tak nějak. Takže pak si připadám lépe a mám větší sebevědomí, i vůči těm lidem, co se ke mně tak hezky nechovají. Taky tam není nějaké náročné, soutěživé prostředí...ted' myslím na těch programech. Že by se člověk nějak bál, že něco nesplním a měla bych z toho pocitu selhání nebo tak. Takže se jako fakt neobávám, že něco nestihnu nebo nezvládnou a že se to bude nějak špatně hodnotit. V tom to má pozitivní vliv na mě. A hlavně taky v té sebedůvěře. Tam bych řekla, že jsem udělala velký posun a v tom snížení té sebestigmatizace, to je pro mě taky důležité. Taky se dokážu líp vymezit vůči ostatním lidem, kteří mě právě stigmatizují, nebo o mě mluví ošklivě – jako o nemocných lidech. Nebo když mluví nepravdivě. Takže se i líp vymezím vůči třeba manželovi, který mě teda stigmatizuje celkem často (smích). (patří to i mezi lidskost)

J: Že to má teda i nějaký edukativní rozměr, že jste se v tom nějak vzdělala?

P: No to pro mě mělo nebo teda má hodně výrazný význam. Protože v nemocnici se o tom člověk nic moc nedozví. Nebo spíš nic, než moc. Pak vás vyplivnou ven, takového zranitelného a úplně nepřipraveného na ten život venku.

J: Jestli vás napadá ještě něco, co byste chtěla říct? A jestli ne, tak můžeme ukončit rozhovor.

P: Dobře.

J: Děkuji vám moc za rozhovor!