
Sociální reprezentace duševně nemocného u budoucích profesionálních pracovníků jako proměnná v léčebném procesu

Šupa J.

Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno

Souhrn

Ve svém příspěvku srovnávám výsledky dvou výzkumných studií. Jedna byla zaměřena na zkoumání sociálních reprezentací „duševně nemocného“ u studentů a studentek psychologie, medicíny a oboru zdravotní sestra na psychiatrii, druhá na sociální reprezentaci péče v psychiatrických zařízeních podle lidí, kteří byli několikrát hospitalizováni. Srovnáním těchto studií lze ozřejmit některé proměnné, které hrají roli ve vztazích mezi lidmi hospitalizovanými a personálem psychiatrických zařízení.

Jako metoda zkoumání byla zvolena tzv. „focus group“ – diskuse v malých skupinách se zadaným tématem. Analýzou diskusí se studenty a studentkami pomáhajícími profesí byla vytvořena sociální reprezentace „duševně nemocného“. V těchto oborových skupinách se obraz „duševně nemocného“ skládal z tzv. expertního pohledu specifického pro každý obor, stereotypních obrazů sdílených většinou společností spojených s jazykovou exkluzivitou a z pohledu daného zkušenosti.

Výzkum v druhé části přinesl také reflexi psychiatrické péče lidmi, kteří mají zkušenost s hospitalizací, a kteří považují za podstatné pro jejich „well-being“ především vztahy se středním zdravotnickým personálem, ochotu psychologů a lékařů s nimi mluvit, vřelou a povzbuzující komunikaci a atmosféru zařízení. Kromě toho se objevila také sociální reprezentace pomáhajících oborů vyskytujících se v pomáhajícím kontextu.

Klíčová slova: sociální reprezentace, psychiatrická péče, duševně nemocní, studenti psychologie, studenti medicíny, zdravotní sestra na psychiatrii, pomáhající profese.

Summary

Šupa J.: Social Representation of Mentally Ill People by Future Professional Workers as a Variable of Therapeutic Relationship

This submission is based on my research into social representation of care in psychiatry by people with experience with hospitalization and social representation of people „mentally ill“ by students of psychology, medicine and nurse in psychiatry. Chosen method was focus group – discussion in small group on given thema.

Research brings social representation of „mentally ill man“ by people, which study is aimed to care about other people. Picture of „mentally ill man“ in this departmental groups consists of so-called „expert view“ with their departmentally specifics, stereotyping with language exclusivity and view based on experiences.

In the other part the research brings reflection of psychiatric care by so-called „patients“-most important for their „well being“ are good relationships with nurse-staff, with other patients, attentiveness of psychologists and doctors, hearty and encouraged communication and whole atmosphere of clinic. Also social representation of helpfull professions rise up.

Key words- social representation-psychiatric care-students of psychology, medicine, nurse-mentally ill-helpfull professions.

Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 6, pp. 299–306.

ÚVOD

Ve svém příspěvku srovnávám výsledky dvou výzkumných studií. Jedna se zaměřila na sociální reprezentaci péče v psychiatrických zařízeních lidí zde hospitalizovaných a druhá na sociální reprezentaci péče duševně nemocných studenty a studentkami psychologie, medicíny a zdravotními

sestrami na psychiatrii. Sociální reprezentace je představa o něčem, která se tvoří a je sdílena určitým společenstvím. S. Moscovici (1981) tvrdí, „že existuje vztah mezi formálními vědeckými poznatky a všeobecnými znalostmi, které většina lidí (včetně vědců a profesionálů) uplatňuje v každodenním životě. Jako součást obecně přijímaných znaků se tvoří sdílené sociální reprezentace. Jsou to teorie o tom, jaký je svět a jak funguje. Sociální

reprezentace tedy mohou přispět k formování dominantní teorie v určité společnosti“ [1].

V prvním případě představa o péči může ovlivňovat spolupráci pacienta s psychiatrickým zařízením, v druhém případě představy o duševně nemocném ovlivňují postoje budoucích profesionálních pracovníků k lidem s duševními obtížemi.

1. VÝZKUMNÝ DESIGN

V první skupině bylo cílem zjistit jak lidé, kteří jsou označováni jako „duševně nemocní“, vnímají péči v psychiatrických zařízeních. Byli dotazováni na to, jak vnímají personál, psychiatry a psychology, jaké jsou jejich názory na jednotlivé složky psychiatrických zařízení, s čím jsou spokojeni, s čím ne a co jim přijde v péči o ně důležité.

Druhým cílem bylo také zjistit, jaká je sociální reprezentace „duševně nemocného“ u studentek a studentů psychologie, lékařství a oboru zdravotní sestra na psychiatrii a tyto reprezentace srovnat. „Duševně nemocný“ byl přitom specifikován poněkud nejednoznačně jako člověk, který má „schizofrenii“ nebo „psychózu“.

Pro sběr dat byla použita kvalitativní výzkumná metoda – tzv. focus group – ohnisková skupina. Podle Morgana „je to taková technika výzkumu, jež shromažďuje údaje prostřednictvím skupinové interakce vzniklé v debatě a na téma určené badatelem. Zaměření (tzv. ohnisko) vznikne na základě badatelova zájmu tak, že badatel označí ohnisko a údaje se shromažďují prostřednictvím skupinové interakce“ [8].

Jednou z předností této metody je, že se při ní uvolňují racionalizační schémata a psychické zábrany a diskutující snadněji odhalují své posto-

je a způsob jednání, své myšlení a pocity v běžném životě [6]. Nevýhodou může být vliv badatele na tvorbu témat a skupinová dynamika ovlivňující názory účastníků. V obou případech však nebylo prokázáno, že by tato metoda byla horší než jiné výzkumné metody, např. použití anonymních dotazníků [8].

Výzkum byl proveden se čtyřmi skupinami.

Skupiny byly vybrány tak, aby:

a) první skupina byla nebo je v péči psychiatrických zařízení (opakované pobyty 3–7, diagnózy schizofrenie a bipolární afektivní porucha), označení jsou jako **duševně nemocní (celkem 13 lidí)**;

b) druhá skupina byla tvořena osobami poučenými o formách péče a pomoci především z hlediska lékařského modelu - **studentky a studenti medicíny (celkem 12 lidí)**;

c) třetí skupina byla tvořena osobami poučenými o formách péče a pomoci zejména z hlediska psychologie - **studentky a studenti psychologie (celkem 6 lidí)**;

d) čtvrtá skupina byla tvořena osobami poučenými o formách péče a pomoci zejména z hlediska oboru zdravotní sestra - **studentky oboru zdravotní sestra na psychiatrii (celkem 16 lidí)**.

Tematické okruhy použité v diskusi v ohniskové skupině u lidí označovaných jako duševně nemocní:

Jak jste vnímali péči v psychiatrických zařízeních?

Co si myslíte, že je pro vaši péči podstatné?

Co vám v psychiatrickém zařízení pomáhalo?

Co vám v psychiatrickém zařízení nepomáhalo?

Tab. 1. Co pomáhá a co nepomáhá člověku v psychiatrickém zařízení.

Pomáhá člověku v psychiatrickém zařízení	Nepomáhá člověku v psychiatrickém zařízení
<i>Prostředí léčebny: že má člověk čas si to všechno v hlavě posbírat, jako dát si to všechno do pořádku..jako ten klid je tam důležitéj</i>	Neinformovanost: <i>nevěděla jsem co podepisuju, najednou jsem jela někam, kam jsem nechtěla</i>
Druzí pacienti: <i>povykládáte o svých problémech, nejste doma sám jen ve svých myšlenkách</i>	Nedobrovolnost: <i>když jsem tam nebyl dobrovolně, tak to moc pro mě dobrý nebylo, podepsala to za mě máma</i>
Režim: <i>takovej režim..a já si myslím, že je to pro toho pacienta dobrý</i>	Přeplněnost: <i>vadilo mi, že tam bylo hodně lidí na pokojích, člověk musel pořád chodit do chodby z jedné strany na druhou</i>
Pracovní terapie: <i>je pozitivní, mě to bavilo</i>	Pracovní terapie: <i>moc mě nebaví to malování, chodil jsem do parku zametat</i>
Přístup personálu: <i>laskavý, komunikativní, vstřícný, začleňující, individuální a povzbuzující</i>	Přístup personálu: <i>chlad, nekomunikativnost, nadřazené chování</i>
Malá zařízení: <i>raději chodit sem do stacíku</i>	Pocit izolace: <i>nikdo se tam se mnou moc nebavil, takovej anonym se tam z člověka stane</i>
Více času ze strany psychologů a psychiatrů: <i>setkáte se třeba s doktorem, který vám připadá, že pro vás dělá hodně, že s váma mluví, třeba mimo tu vizitu</i>	Málo času psychologů a psychiatrů věnovaného pacientům: <i>když jsem šel za psycholožkou...spíš jsem očekával, že se mně bude vyptávat, jestli mám nějaké problémy nebo něco, ale tak to neprobíhalo..hned mi nasadili léky</i>

Ukázky v tabulce jsou vybrány pro svou ilustrativnost z diskusí s duševně nemocnými.

Tematické okruhy použité v diskusi v ohniskové skupině u lidí studujících psychologii a psychiatrii a obor zdravotní sestra na psychiatrii:

Koho si představujete, když se řekne duševně nemocný?

Jaký je?

Jak myslíte, že by se měl léčit?

Jak vidí duševně nemocného společnost?

1.1 Postup analýzy u ohniskových skupin

Pro analýzu získaných dat byla zvolena metoda otevřeného kódování podle Strausse a Corbinové [10]. Nyní stručně charakterizují jednotlivé kroky otevřeného kódování:

a) Identifikace prvků a témat v jednotlivých diskusních skupinách – v první ze zkoumaných skupin bylo identifikováno 9 prvků péče v psychiatrických zařízeních, v druhé bylo identifikováno 14–16 témat, které se týkají představ o duševně nemocném a péče v psychiatrických zařízeních.

b) Charakteristika prvků – tyto prvky byly charakterizovány na základě diskuse ve skupině. Pro ilustraci bylo vybráno několik ukázek z jednotlivých diskusí.

c) Kategorizace – tyto prvky byly podle charakterizace rozčleněny.

V první skupině do dvou kategorií – co duševně nemocným pomáhá a co ne v psychiatrických zařízeních, které byly umístěny do tabulky 1. V druhé skupině byla jednotlivá témata charakterizována na základě názorů členů jednotlivých skupin a byl tak vytvořen obraz představy o „duševně nemocných“ u každé ze skupin, které byly srovnány a pro přehlednost umístěny do tabulky 2.

2. VNÍMÁNÍ PÉČE DLOUHODOBĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Prvky péče v psychiatrických zařízeních:

1. Vstup.
2. Prostředí léčebny.
3. Léčebné prostředky – režim, pracovní terapie, léky, elektrošoky, psychoterapie.
4. Přístupy jednotlivých oborů – přístup psychologů, přístup psychiatrů, přístup zdravotníků.
5. Podpora pacientů mezi sebou.
6. Uzavřené oddělení.
7. Prání pacientů.
8. „Obracení se k Západu“.
9. Změny po roce 1989.

Tab. 2. Srovnání představ o „duševně nemocném“ u studentů a studentek oboru psychologie, lékařství a oboru zdravotní sestra v psychiatrii.

Počet studentů a studentek	Obor psychologie	Obor lékařství	Obor zdravotní sestra na psychiatrii
Muži	4	3	-
Ženy	2	9	16
Celkem	6	12	16

2.1 Charakteristika prvků péče v psychiatrických zařízeních

Lidé, kteří bývají hospitalizováni, většinou vnímají vstup do psychiatrických zařízeních ambivalentně. Nedobrovolnost jejich hospitalizace a nedostatečná informovanost jim brání v pozitivním přijímání léčby, přesto si často uvědomují, že jim tam chtějí pomoci. Stejně tak často vnímají i celé psychiatrické zařízení. První dojem často předznamenává celý další postoj k léčbě. Psychiatrická zařízení chápou jako poslední „instanci“, kde jim bude pomozeno a jsou za to rádi - „kam by jsme taky měli jít“.

Preferují však pobyt v malých zařízeních-stacionářích, komunitní a ambulantní léčbu. Kdyby to šlo, tak by se nechtěli dostat opět do psychiatrického zařízení. V psychiatrických zařízeních oceňují, když mohou mít klid a čas pro sebe.

Vyhovuje jim laskavý, komunikativní, vstřícný, začleňující, individuální a povzbuzující přístup personálu. Pozitivně oceňují humor a přístup, který je „na rovinu“. Velmi důležitá je pro ně podpora spolupacientů. Pomocí nich si uvědomují, že nejsou se svými potížemi sami.

Režim v psychiatrických zařízeních jim pomáhá strukturovat čas, také pracovní terapie většinou oceňují.

Dlouhodobým pacientům vadí přeplněnost psychiatrických zařízení, nedostatek soukromí, pocit anonymity, chlad, nekomunikativnost, nadřazené chování ošetřujícího personálu.

Po psychiatrech by chtěli, aby na ně měli více času, „ne jen dvakrát týdně pět minut“. Podle jejich vyprávění s nimi přijdou do styku jen při vizitách. Málokdo si najde čas na něco jiného.

Hovoří o silném účinku léků a vedlejších účincích spíše negativně - některým pomáhají, některým ne.

Psycholožky a psychologové podle nich dělají hlavně psychologické testy a občas si s nimi povykládají. Lidé v psychiatrických zařízeních chtějí, aby se jim více věnovali.

Negativně vnímají uzavřená oddělení, stejně jako dlouhodobé pobyty. Mají strach, že by tam mohli zůstat, že už se z psychiatrického zařízení nedostanou.

Oceňují některé změny v psychiatrii po roce 1989, a to především větší samostatnost při léčení, změny v přístupu personálu.

Přejí si více oživení, individuální přístup, povzbuzení, dodávání sebedůvěry a energie.

3. PŘEDSTAVY O „DUŠEVNĚ NEMOCNÉM“ U STUDENTŮ A STUDENTEK PSYCHOLOGIE

Vynořilo se celkem 14 témat vztahujících se k představě o duševně nemocném, která byla charakterizována na základě analýzy diskuse a v některých případech k nim uvedena ilustrativní vyjádření studentek a studentů (tab. 3).

Témata vztahující se k představě o „duševně nemocném“:

1. Ohrožující chování.
2. Prožívání vnitřní reality.
3. Etiologie.
4. Léčebná opatření – zavření do léčebny, zneužití.
5. Léčení- léky, psychoterapie.
6. Společnost – tlak, místo, norma, instituce.
7. Jiné sociální skupiny.
8. Stereotypy a jazyková exkluze.
9. Zkušenosti.

10. Strach z nemoci.
11. Psychiatři, lékaři.
12. Psychologové.
13. „Obracení se k Západu“.
14. Oborová reflexe.

Studenti psychologie rozdělují aspekty potíží, které vnímají u duševně nemocných, na ohrožující chování (*násilí, nepředpověditelnost*) a prožívání vnitřní (*prožívají něco, s čím se většina lidí nedokáže ztotožnit*). Zatímco prožívání vnitřní reality (halucinace, hlasy) se jeví jako přípustné, ohrožující chování by mělo být sankcionováno. Duševně nemocní se projevují tím, že nezvládají prožívání vnitřní reality, a to se projevuje v ohrožujícím chování. Ohrožující chování je považováno za hlavní důvod léčebných opatření - zavření do léčebny. Zavření do léčebny může být podle těchto studentů zneužitelné. Léčebná opatření těžšího stupně ohrožujícího chování by se měla realizovat pomocí léků. Do léčebných opatření je zařazována i psy-

Tab. 3. Srovnání představ o „duševně nemocném“ z pohledu jeho diagnózy a léčby.

	Studenti psychologie	Studenti medicíny	Studentky oboru psychiatrická sestra
Příčina nemoci	Neschopnost zvládat svoje prožívání reality	Organická porucha	
Aspekty nemoci	Prožívání vnitřní reality a ohrožující chování	Psychopatologické symptomy a ohrožující chování	Poruchy psychických funkcí
Důvod k hospitalizaci	Ohrožující chování	Ohrožující chování	Nezvládání svých problémů
Léky	Pomáhají s bludy a halucinacemi	Léčí „duševní nemoc“ Úloha placebo-efektu	„Uklidňují pacienta“
Psychoterapie	Pomáhá člověku s tím, co chce se sebou dělat, pomáhá mu se „pozitivně sytit“	Pomáhá se „vyvykládat“, jenom „povídání si“ nemůže pomoci	Pomáhá zájem a povídání si o svých problémech. Důležité je navázání správného vztahu a práce na společném cíli
Společnost	Více reflektována úloha společnosti při utváření norem a místa „duševně nemocného“	Méně reflektována	Méně reflektována
Psychiatrická zařízení	Více negativních výroků	Více pozitivních výroků (<i>je s nimi tady pěkně zacházeno, mají tady klid, jsou tady schovaní v bezpečí</i>)	
Psychiatři	„Stále se zaměřují na člověka jako na biologický stroj“	Musí mít nadhled, že to zvládnou, „taky analyzují“,	
Psychologové	„Hodně si jich tím prošlo, mají porozumění, mluví o svých prožitcích“	„Každýho hned analyzují, dělají blázna z každýho“	
Zneužívání diagnózy	Děje se to ve skutečnosti	Děje se to jen ve filmech nebo „jeden z milionu“	
Zkušenosti ze života	Většinou pozitivní zkušenost s „duševně nemocnými“	Většinou negativní zkušenost s „duševně nemocnými“	Pozitivní i negativní zkušenosti s „duševně nemocnými“
Stereotypy a jazyková exkluze	Užívána	Užívána	Užívána
Strach z nemoci	Spíše z psychických potíží	Spíše ze somatické nemoci	Spíše z psychických potíží
Stigma oboru	„Psychologové pořád něco analyzují a v každém vidí blázna“	„Lékaři taky stále analyzují a vidí všude nemocné“	Lidé prý o sestřích tvrdí, že sestřičky pracující v psychiatrických zařízeních – blázincích, si tam hlídají místa-bláznů

choterapie, její role je spatřována v práci s člověkem. Etiologie duševní nemoci se rozlišuje, jestli je to „organické“ nebo „ostatní“ (např. *vztahy v rodině*).

Studenti psychologie se hodně a dlouho zabývají úlohou společnosti, která vymezuje místo duševně nemocného, a uvědomují si silnou roli norem společnosti, vliv doby a kultury společnosti na toto místo i na vznik institucí, které se duševně nemocnými zabývají. Podle toho jaká je společnost, tak se zachází s léčebnými opatřeními.

Představa „duševně nemocného“ vzbuzuje stereotypy v jazyce i vidění (*blázen, je majzlej, chytl ho rapl*). Studenti psychologie je srovnávají s pěti jinými sociálními skupinami, taktéž stereotypně nahlíženými (např. Rómové). V jazyce se objevuje exkluze (*je mimo realitu, vyšinutej*). Duševně nemocní jsou stavěni „mimo“. Studenti psychologie reflektují svoje stereotypní vnímání a uvědomují si svoje škatulkování.

V představách o duševně nemocném se projevuje také rozdíl ve zkušenostech - méně zkušeností se projevuje více stereotypním vnímáním a doporučováním léčby pomocí léků. Psychologové reflektují svůj strach ze zbláznění se smíchem nebo přiznáním se, že se už zbláznili. V tématu „duševně nemocný“ se projevují také osobní projekce vlastních témat (např. vztah k náboženství, vztah k prožívání reality). Studenti psychologie se také obracejí k západním zemím, kde to podle nich funguje lépe.

Studenti psychologie reflektují svůj obor, kde se objevuje jejich hodnocení užitečnosti učení se modelem, jaký má člověk být (*učíme se škatulkovat*).

3.1 Představy o „duševně nemocném“ u studentů a studentek medicíny

Objevilo se celkem 14 témat vztahujících se k představě o duševně nemocném, která byla charakterizována na základě analýzy diskuse a v některých případech k nim byla uvedena ilustrativní vyjádření studentek a studentů.

Témata vztahující se k představě o „duševně nemocném“:

Témata byla podobná (tab. 3), lišila se v několika případech. Nehovořilo se o prožívání vnitřní reality, ale spíše v psychopatologických termínech. Byla reflektována úloha placebo afektu pro léčení. Při hodnocení podobných činností u lidí s různými sociálními rolemi docházelo k zacházení se společenskými normami.

Studenti medicíny vidí „duševně nemocného“ především v sociální roli „pacienta“. Za aspekty emocí považují ohrožující chování – užívají legislativní formulky „nebezpečný sobě a okolí“ a také více používají označování pomocí psychopatologických symptomů. V odpovědích byla zpočátku snaha hodnotit odborně pomocí diagnostických vodítek, ale objevovaly se i neformálnější způsoby

popisu. Ohrožující chování je považováno za důvod hospitalizace. Za původce „duševní nemoci“ považují organickou poruchu. Vliv vnějších podmínek pro vznik nemoci je jen okrajový, důležité je, jestli „ji (predispozici) máš“. V léčebných opatřeních jasně vede užívání léků, které mají hlavní podíl na léčení. Reflektují také podíl efektu placebo na vyléčení (*u analgetik „frčí“ švýcarský, modrý a americký*). Podíl psychoterapie není považován za moc přínosný (*može to nikomu pomoc, hlavně keď sa potrebuje vyrozprávať*). Psychoterapii považují za užitečnou pro to, aby se člověk se svou těžkou duševní chorobou vyrovnal.

Role společnosti není tak moc diskutována. Srovnávají „duševně nemocného“ s dvěma jinými sociálními skupinami – tělesně postižení a Romové. Opět se během diskuse projevovalo stereotypní vidění a jazyková exkluze (*totálně mimo, některým hrábne*).

Velmi užitečným a ilustrativním pro pochopení zacházení s normou ve společnosti, když někdo zastává autoritativní postavení, se ukázala diskuse ohledně „podivného“ chování jednoho z lékařů: *„člověk ponořený do své práce“, „jediný rozdíl v tom, že má ty klíče oproti těm pacientům“, „vyjadřoval se divně“, „trošku manický syndrom“, „...ale přesto jsem v něm viděl profesionála a autoritu“.*

U studentů medicíny se objevují také názory podhodnocující schopnost „pacientů“ adekvátně posuzovat svoji situaci (*nemá cenu mu něco vysvětlovat*). Vnímají jinak ty „duševně nemocné“, kteří to mají jako „organickou příčinu“, od těch, kterým se po operaci něco stane a dá se to za nějaký čas do „normálu“. U těch druhých je jasné, jak to vzniklo, u prvních je to „tajemné“. Pokud člověk nezvládá svou životní situaci a lékaři nemohou vysvětlit proč, lze tuto situaci objasnit nalezením „organického důvodu“, pro který to nemohl zvládat.

V diskusi studentů medicíny se projevují určité způsoby vyrovnávání se se „strachem z nemoci“. Někteří, díky studiu medicíny, cítí strach, že by mohli onemocnět, někteří se cítí nad nemocí, že ji musí zvládat. Reflektují, že mají díky studiu v hlavě určitý „psychopatologický fokus“, kterým sledují svoje okolí. Kromě něho získali během studia cynismus, ironii, černý humor, který považují za obranné reakce před stresem z práce. Učí se většímu odstupu.

3.2 Představy o „duševně nemocném“ u studentek oboru zdravotní sestra na psychiatrii

Vynořilo se celkem 16 témat vztahujících se k představě o duševně nemocném, která byla charakterizována na základě analýzy diskuse a v některých případech k nim byla uvedena ilustrativní vyjádření studentek a studentů.

Témata vztahující se k představě o „duševně nemocném“:

Objevila se podobná témata (tab. 3) a přibývají specifická témata vyplývající z místa psychiatrické sestry v psychiatrickém zařízení jako je strach z pacientů, snaha o rovnostářský přístup, stigma oboru a tlak hierarchického systému.

Studentky na psychiatrickou zdravotní sestru vidí „duševně nemocného“ spíše jako somatického pacienta, který má „nemoc“ jako má někdo „zlomenou nohu“, „akorát má polámanou psychiku“. Lidé jako „pacienti“ jsou „všichni stejní“. Studentky se tak snaží zamezit stigmatizaci „duševně nemocných“ pacientů, což je rozhodně přínosné. Co však může být problémem, je takovéto chápání „duševní nemoci“, neboť duševní nemoc není to samé jako tělesná nemoc

Neřeší, proč tam (v psychiatrickém zařízení) je, jestli tam má být, ale spíše, že tam je a co s ním mohou dělat. Vidí „duševně nemocného“ více prakticky. Ze svých zkušeností znají „duševně nemocného“ jako člověka i „nebezpečného“, tj. produkujícího ohrožující chování, i „normálního“. O prožívání vnitřní reality se zmiňují jen v rámci psychopatologických symptomů, nebo jako o „jinakosti“ – „je jinde než my..“. Člověk má být v psychiatrickém zařízení, stejně jako v nemocnici, protože je prostě „nemocný“ a tak se musí „léčit“. Vidí ho jako bezmocného vůči „nemoci“, podle nich nedovede svou situaci posoudit. V léčích spatřují nástroj „první pomoci“ - udržují pacienty v klidu a potom na ně lze působit pomocí psychoterapie. Svoji roli vidí v tzv. sesterské péči – udržování základních funkcí a potřeb, povídání si, aktivizaci, získání důvěry. Společnost vidí spíše jako odmítavou vůči „duševně nemocným“, nebo se setkávají ve společnosti s odporem, strachem i s pocitem studu. Setkávají se též se stigmatizací svého oboru, kdy je společnost spojuje s těmi „blázný“. Ve vyprávění o těchto lidech užívají jazykovou exkluzi.

Vzhledem ke své rozsáhlé praxi během studia mají četné zkušenosti. Na základě těchto zkušeností si nebezpečnost „duševně nemocného“ uvědomují velmi realisticky, tzn. že ho nevidí jako příliš nebezpečného, ale ani jako „beránka“. Studentky též hovoří o obavách ze „zbláznění se“ (to se může stát každému).

Svůj obor vnímají jako těžkou práci, za kterou dostanou málo zapláceno. Objevuje se u nich rovnostářský přístup k pacientům – jsou si všichni rovni, protože jsou to „pacienti“ a tak musejí dodržovat stejný řád. Studentky se též setkaly s tlakem systému, který je na ně vykonáván z pozice dlouhodoběji zaměstnaných zdravotnic, aby nedělaly práci „navíc“, čímž je míněno trávení času s „pacienty“, starání se jim o program a zábavu či naslouchání jim. Dlouhodoběji zaměstnané zdravotní sestry argumentují tím, že na to nemají čas, že jim to stejně nikdo nezaplatí. Hovoří také o nedostatku času na přímou práci s lidmi (je to taky způsob

bený tím, že těch sester je tam málo, že by bylo třeba, aby tam bylo těch sester víc). Studentky hovoří o ztrátě ideálů a deziluzi z takového pojetí praktické péče o lidi.

DISKUSE

Provedené šetření ukázalo názory takzvaných „pacientů“, kteří smysluplně reflektují péči v psychiatrických zařízeních, týkající se toho, co jim je tam z jejich pohledu prospěšné a co nikoliv. Podle odpovědí lidí v psychiatrických zařízeních hraje velkou roli to, jak se cítí léčení, zdravotnický personál, atmosféra prostředí a vliv spolupacientů. S psychiatrem se setkávají málo a často jen při vizitě a jeho úlohu vidí hlavně v předepisování farmak, které někdy pomáhají a někdy ne. Úloha psychologa jim byla zprostředkována hlavně v psychodiagnostice a že si k němu občas přijdou „povykládat“.

Velká část péče tak spočívá na bedrech sestery a ošetřovatelů. Jejich přístup má vliv na sebevnímání a sebehodnocení „pacientů“, na celou atmosféru psychiatrického zařízení a může jim ulehčovat či ztěžovat pobyt v psychiatrickém zařízení. Podle lidí dlouhodobě hospitalizovaných však si často zdravotníci neví rady, jak jim mají vlastně pomáhat. **A tak možnost pozitivního působení prostřednictvím kvalitních vztahů závisí spíše na individuálním přístupu, než aby jich bylo záměrně využíváno.**

Výstižně to charakterizovala D.: „... ale mám taky zkušenost, že třeba když jsem omdlela třeba po nějakém léku a najednou u mě byly dvě sestry, hned, ani nevím jak se tam vzaly a perfektně se o mě postaraly, takže takový ty nepsychiatrický věci tam byly zmáklý dobře, ale ty psychiatrický věci, právě ty prožitkové, kdy člověk má uvnitř strach v sobě, to se vás nikdo nezeptá. Vy se bojíte? Čeho se bojíte, nebojte se..proč se bojíte, nebojte, tady vám nikdo neublíží.... tak to tam není.“

Z pohledu lidí věnujících se druhým lidem dostává přednost „profesionální hledisko“ - v jejich pohledu převažuje to, co potřebují jako „duševně nemocní“, než co potřebují jako lidé. Jak píše A. Janík [7]: „Psychiatri si vytvářejí obraz o duševně nemocném na základě dvojí závislosti. Jednak na základě laického obrazu o duševně nemocném, s jehož obsahem se seznámili a osvojili si jej dávno před vlastní odbornou specializací, jednak na základě odborného psychiatrického obrazu, který zase zpravidla vychází z modelu duševní poruchy jako nemoci. Jeden postoj nevylučuje druhý, může jít i o vzájemnou kontaminaci. A tak i „odborný“ obraz může být jednostranný a představovat „odborný předsudek“, stejně jako jej představuje postoj, který se laikům vytýká.“ [7].

Z pohledu lidí ocitajících se v péči psychiatric

kých zařízení se zdá, že se lidé v mnohých psychiatrických zařízeních věnují hlavně tomu, co považují za profesionální péči, tj. léčení farmaky, psychodiagnostika a starání se o základní potřeby pacientů, přičemž by tito lidé potřebovali i více „ne-profesionální“ péče, tj. podpůrných lidských vztahů. E. Češková [4] zmiňuje, že „v dnešním pře-technizovaném světě s nedostatkem vzájemných osobních kontaktů se budou nemocní dožadovat empatického a psychoterapeuticky orientovaného přístupu a somatičtí lékaři budou nuceni více zvažovat psychologický a společenský aspekt nemocí“ [3].

V odborné literatuře se zdůrazňuje tzv. compliance či adherence při léčení psychiatrických pacientů [11]. Připomeňme také z historie psychiatrie přístup E. a M. Bleulera: „Rád by som sa tu zasačil o myšlienku, že každý lekár, ktorí liečí chorých, má aj psychoterapeutickú úlohu“ (str. 174), přičemž za nejdůležitější považuje „vztah osobnej dôvery medzi lekárom a jeho pacientom.“ Podle něj „každý jasný a pevný meziľudský vztah pôsobí upokojujúco a uvoľňujúco. V čase ochorenia a núdze potrebuje človek vo zvýšenej miere spojenie s druhými ľuďmi.(...) Léčarská psychoterapia musí utišovať túto elementárnu potrebu naviazať sa, čo je prejavom slabosti a bezmocnosti, a takto zmierňovať utrpenie“ [2].

Libiger píše, že „vzájemné vztahy lékaře a pacienta jsou tedy v psychiatrii bezpochyby značně důležité a jsou to právě ony, které činí z lékařství kombinaci vědy a umění“ [1].

K. Černá sledovala percipovanou empatii pacientů u lékařů a jejich vliv na léčbu schizofrenie. Výsledky přinesly za první informace, že „pacienti“ jsou schopni registrovat, zda je lékař vnímá či nikoliv, za druhé, že tento postoj má vliv na jejich léčbu [4].

Jak si poradit s nedostatky v systému péče v psychiatrickém kontextu? Pokud nejsou vytvořeny podmínky, tj. čas, motivace, ohodnocení pro spokojenost lidí, kteří poskytují služby druhým lidem, může být pro ně těžké poskytovat dobrou službu. Důležitým aspektem se ukazuje práce psychiatrické sestry, která je v nejužším kontaktu s lidmi, kteří potřebují pomoc.

Další otázkou je, jak změnit strnulé stereotypy o „bláznech“. Mnoho integračních snah se neseťkává s valnými výsledky, společenství stále vynalézá mechanismy, jak určité skupiny lidí vydělovat. Viz výzkum D. Jodeletové z let 1989-1990, která zkoumala projekt rodinné kolonie ve francouzském městě Ainay-le-Chateau, kde byli pacienti umístěni přímo do rodin. Postupem času si lidé vytvořili specifické strategie, jak se oddělovat od těchto „jejich podnájemníků“, takže k integraci nedošlo [9].

Zdá se, že je také nutné ještě více posilovat vnímání lidí s duševní poruchou jako jedinců a podporovat jejich vystupování na veřejnosti a umožňovat setkávání se s těmito lidmi, kteří se ocitli v neobvyklé životní situaci, aby nedocházelo ke stigmatizaci.

ZÁVĚR

Výzkum přinesl zjištění, že každá ze zkoumaných skupin akcentuje trochu jinou stránku „duševně nemocného“, a to především na **základě odborného zaměření každé ze skupiny**.

Všem je ovšem společná sociální reprezentace „blázna“, která člověka takto označovaného definuje především v **dimenzích jinakosti, nepřed-pověditelnosti a ohrožení, a která se projevuje jazykovou exkluzivitou – výrazy, které ho – „blázna“ – umísťují „mimo“ společnost či realitu**.

Ve všech skupinách docházelo k jevu, který může být nazván jako tzv. „**podvojně účetnictví**“. Pokud mají lidé zkušenost s takto odlišným jedincem či se diskutuje o nějakém konkrétním jedinci, tak se o něm hovoří a chápe realisticky a individuálně, pokud se chápe obecně, začíná jazyková exkluzivita.

V tématech se také objevují některé specifické oborové záležitosti např. otázka společenských norem při definování „blázna“, placebo efekt, stigma oborů, tlak systému v psychiatrických zařízeních.

Pokud se psychiatr setkává s duševně nemocným jen o vizitách, pokud jej chápe jako léčitelného pouze či hlavně „biologicky“, vytrácejí se možnosti léčebného vztahu lékař-pacient. Pokud je psychologova úloha chápána převážně jako psychodiagnostická, tak se i zde se umenšuje psychoterapeutický potenciál léčebného zařízení. Což koresponduje se zjištěnou představou o možnostech psychoterapie u budoucích lékařů. A tak se může stát že někdy zůstává ladem mnoho možností, které by se daly využít ve prospěch člověka ocitajícího se v psychiatrické péči.

Poděkování

Děkuji paní doc. MUDr. Žourkové, paní Mgr. Janíkové, panu Mgr. Širokému Ph.D., a paní Mgr. Polánkové za možnosti provedení výzkumných diskusí, paní MUDr. Vachkové za pomoc při psaní textu a paní profesorce MUDr. Češkové, CSc., za podporu.

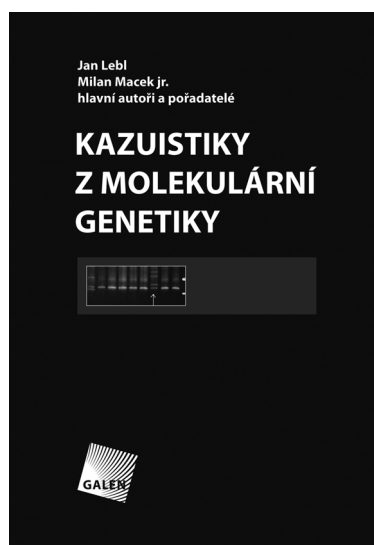
LITERATURA

1. **Baudiš, P., Libiger, J.:** Psychiatrie a etika. 1. vyd., Praha, Galén, 2002. s. isbn. 80-7262-104-1.
2. **Bleuler, E. a M.:** Učebnica psychiatrie. Trenčín, Vydavateľstvo F, 1998, isbn. 80-967-277-6-1.
3. **Češková, E.:** Volba antidepresiva. Pace-edukační program. Dostupný z www.pace.cz/source.php?id=148 page = 1.
4. **Černá, K.:** Percipovaná empatie jako proměnná farmakoterapie u pacientů se schizofrenií. Psychiatrie, 2002. Dostupný z www.tigis.cz/Psychiat/pjes103/01.htm.
5. **Hayesová, N.:** Základy sociální psychologie. 1. vyd., Praha, Portál, 2000, s. isbn. 80-7178-415-X.
6. **Hendl, J.:** Úvod do kvalitativního výzkumu. 1. vyd., Praha, Karolinum, 1997, s. isbn. 80-7367-040-2.
7. **Janík, A.:** Veřejnost a duševně nemocný. 1. vyd., Praha, Avicenum, 1987, 190 s., isbn. 08-073-87.
8. **Morgan, D. L.:** Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu. 1. vyd., Brno, Albert, 1997, 104 s., isbn. 80-85834-77-4.
9. **Plichtová, J.:** Metódy sociálnej psychológie zblízka, kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií. 1. vyd., Bratislava, Média, 2002, 350 s., isbn. 80-967525-5-3.
10. **Straus, A., Corbinová, J.:** Základy kvalitativního výzkumu. 1. vyd., Brno, Albert, 1999., s. isbn. 80-85834-60-X.
11. **Tasman, A.:** The doctor-patient relationship and psychotherapeutic approaches in pharmacotherapy – improving treatment effectiveness. Psychiatrie, dostupný z http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH301/Obsah_f.ht.

Dodáno redakci: 5. 12. 2005

Po skončení recenzního řízení: 17. 5. 2006

*Mgr. Jiří Šupa
Fakulta sociálních studií MU
Joštova 10
602 00 Brno*



KAZUISTIKY Z MOLEKULÁRNÍ GENETIKY

Jan Lebl, Milan Macek jr., hlavní autoři a pořadatelé

Obsáhlý soubor 70 kazuistik dětských pacientů s monogenními onemocněními, na němž se podílel více než stočlenný autorský kolektiv odborníků z České republiky i ze zahraničí, obsahuje ty nejzajímavější případy z jejich klinické praxe. Autoři se soustředili jak na nejčastější choroby, tak i na onemocnění vzácná, ale z různých pohledů důležitá (buď z etnického hlediska, nebo z hlediska modelových patogenetických aspektů). Sborník je rozčleněn do 15 okruhů, týkajících se jednotlivých onemocnění (hyperglykémie, malý vzrůst, hemostáza, hypertenze, obezita, bolesti břicha, plicní onemocnění, poruchy sluchu, štítná žláza, nadledviny, lipidy, kriticky nemocný novorozenec, neurogenetická onemocnění, vývojové anomálie, srdeční vady), a doplněn bohatou fotodokumentací. Autoři kazuistik

uvedené příběhy se svými pacienty osobně prožili; jsou mezi nimi příběhy smutné i příběhy se šťastným koncem, všechny ale přispěly k poznání a poučení.

Vydal Galén v roce 2006, ISBN 80-7262-418-0, formát 155 x 225 mm, brož., 219 str., cena 190 Kč.

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz