

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/274570274>

Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují

Chapter · January 2011

CITATIONS

9

READS

793

1 author:



David Skorunka

Faculty of Medicine in Hradec Hrálové, Charles University in Prague

68 PUBLICATIONS 70 CITATIONS

SEE PROFILE

¹Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují

David Skorunka

*Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze*

Úvod

Pacientka: *Mám strach...aby se mi to nevrátilo...*

Psychiatr: *Z čeho konkrétně máte strach?*

Pacientka: *No, že mi zase začne fičet ve věži...*

Psychiatr: *Prosím?*

Pacientka: *Že mi zase bude fičet ve věži, to se tak u nás říká,
když je člověk zralej pro psychiatra. Prostě se bojím, abych nelítala
nahoru dolu, mohla jsem normálně spát a byla jsem v pohodě...jako dřív...*

Fenomén duševní nemoci provází v dějinách lidstva pozoruhodná ambivalence. Na jednu stranu přitahuje nemalou pozornost. Světa odborníků z různých vědních disciplin, kteří tento fenomén studují a kteří se snaží provázet ty, v jejichž životě duševní nemoc propukla. Pak také uměleckého světa, jenž se snaží tento fenomén jako součást lidského údělu tvůrčím způsobem zobrazit v literární, výtvarné či divadelní podobě. Na druhou stranu jsou s tímto fenoménem spjaté obavy, strach a mnoho předsudků. Již uplynulé 20. století přineslo cenné poznatky o povaze duševních chorob a možnostech léčby. Do nedávné doby ale většina odborníků v oblasti duševního zdraví opomíjela důležitou perspektivu. Tou jsou osobní zkušenosti lidí, jejichž život duševní nemoc poznamenala. Následující článek se věnuje subjektivní zkušenosti lidí s duševní nemocí a také se zamýšlí nad faktory, které v procesu porozumění této zkušenosti hrají významný vliv.

Duševní nemoci: zátěž pro současnou společnost

Nepočítáme-li úrazy, jsou duševní onemocnění spolu s kardiovaskulárními a onkologickými chorobami nejčastějšími zdravotními problémy, které sužují současnou lidskou populaci. Nedávná studie uvádí, že v Evropské unii každý rok propukne duševní choroba u 38, 2% populace (Wittchen et al, 2011). S přihlédnutím k faktorům věku a komorbidit se jedná o 168,4 milionů lidí, kteří jsou takto postiženi. Zřetelný je nárůst prevalence oproti roku 2005, kdy se jednalo o postižení 27,4% populace. Autoři nárůst vysvětlují zahrnutím 14 nových nosologických kategorií pokrývajících jak období dětství/adolescencí, tak stáří. Dalším faktorem je rozšíření Evropské unie; aktuální studie zjišťovala prevalenci v 27 členských zemích a navíc také ve Švýcarsku, Norsku a na Islandu. Nejčastějšími duševními chorobami jsou úzkostné poruchy (14%), nespavost (7%), tzv. velká deprese (6,9%), somatoformní poruchy (6,3%), závislost na alkoholu a dalších psychoaktivních látkách (více jak 4%), porucha pozornosti a hyperkinetická porucha (5%) u

¹ Publikováno ve sborníku J. Mareš, E. Vachková (2011) Pacientovo pojetí nemoci III., BRNO: MSD, s. 53-72.

mladistvích a demence ve stáří (1-30% v závislosti na věku). Podle autorů je navíc většina uvedených potíží neléčena, nebo léčena nedostatečně.

Publikovaná data jsou alarmující, uvědomíme-li si, že v bohatší a zároveň menší části planety je život více jak třetiny populace zatížen projevy duševní nemoci. Tento fakt nemá jednoduché vysvětlení, má však neblahé důsledky. Z nich jsou ve středu pozornosti zejména ty ekonomické. Před šesti lety Wittchen a Jacobi (2005) uvedli, že náklady na léčbu duševních nemocí v Evropě dosáhly 277 miliard Eur ročně. Odhad nákladů reflektující aktuální zprávu má být brzy k dispozici, ale již nyní je zřejmé, že bude významně vyšší. Jeden z hlavních autorů zprávy, Hans-Ulrich Wittchen v rozhovoru na stránkách Evropské neurofarmakologické společnosti informuje, že celkový součet nákladů na léčbu a ztrát způsobených pracovní neschopností může dosáhnout až 386 miliard Eur ročně. Tato částka není způsobená pouze vysokou prevalencí duševních poruch, ale také komorbiditou, dlouhodobým průběhem většiny nemocí a také v mnoha případech až o rok zpožděnou adekvátní léčbou. Na rozdíl od ekonomických dopadů, další důsledky nárůstu duševních nemocí nelze snadno kvantitativně vyjádřit. Přesto jejich význam není druhořadý. Jedná se o zhoršení kvality života, narušení rodinných a dalších významných mezilidských vztahů, snížení možnosti uplatnění na tzv. trhu práce, tápání ve smysluplném naplnění vlastního života, proměny v sebe-pojetí, obtíže v začlenění do komunity a širší společnosti apod.

Duševní nemoc a postoj společnosti

Počet lidí trpících projevy duševní nemoci je velmi pravděpodobně vyšší než ukazuje zmíněná studie. Část této populace studie nemusí zahrnout, protože mnozí lidé se zdráhají otevřeně o svých duševních potížích hovořit. Dokonce nemusí vůbec vyhledat odbornou pomoc. Tento fakt souvisí v první řadě s převládajícím postojem veřejnosti k fenoménu duševní nemoci. Z dostupných pramenů je zřejmé, že v některých obdobích historie se lidé s projevy duševní nemoci zpravidla setkávali s negativním postojem okolí (Millon, Simmons, 2010). Nesrozumitelné a často bizarní projevy v chování poutaly nejen pozornost, ale často hostilní reakce. Ty nezřídka odrážely absenci porozumění, strach z odlišnosti a ze ztráty sebekontroly, ale také pocit ohrožení. Zejména v dobách tzv. středověkého temna postrádalo zacházení s duševně nemocnými jakékoli prvky humanity. V období mezi 13-17. stoletím „léčebné procedury“ vycházející z pokřivené interpretace náboženských textů a prohlášení některých křesťanských autorit jen přispívali k dalšímu utrpení lidí s projevy duševní nemoci. V následujících obdobích blížících se době moderní se izolace stala hlavní metodou léčby. Ústavy pro choromyslné byly lokalizovány v bezpečné vzdálenosti od centra měst, veřejných míst, snad aby riziko možné nákazy bylo co nejmenší. Odsunutí „šílených“ a tedy i „šílenství“ z dohledu jako by představovalo ochranu proti tomu, co může postihnout kohokoli. Izolace měla několik důsledků. Za prvé došlo k umlčení hlasu této skupiny lidí a tím pádem ke ztrátě možnosti se něco o jejich zkušenosti a potřebách dozvědět (Foster, 2007). Izolace také přispěla k přetrvávání strachu, negativních postojů a předsudků. Pinelovo „osvobození duševně nemocných z okovů“ před více jak dvěma staletími podnítilo postupnou změnu postoje ve společnosti. Ale až s následným rozvojem poznatků zprvu akcentující psychosociální a posléze biologické faktory začalo docházet k postupnému zlepšování situace duševně nemocných. Rozšířily se možnosti léčby a služby zaměřené na sociální rehabilitaci lidí, jejichž život duševní onemocnění dlouhodobě ovlivňuje. Přesto i po těchto změnách nelze mluvit o tom, že by negativní postoje a předsudky ve vztahu k problematice duševní nemoci ve společnosti zcela vymizely.

Stigma duševní nemoci a léčby

Navzdory rozsáhlým poznatkům o duševních nemocích a jejich léčbě je i na počátku 21. století tato problematika provázána řadou stereotypních představ a předsudků. Hovoříme o stigmatu duševní nemoci, které poznamenává nejen život nemocných, ale v některých zemích i profese, jejichž cílem je poskytovat nemocným léčbu a péči. Otázkou stigmatu se již od konce šedesátých let zabývali sociální vědci. V té době se například Goffman (1991, 2003) zajímal o vliv instituce (např. ústav pro choromyslné, věznice) na chování jedince. V souvislosti se stigmatem byl jeden z prvních, kdo si kladl otázku, jakým způsobem fakt diagnózy duševní nemoci ovlivňuje identitu neboli sebe-pojetí člověka a jeho životní možnosti. Význam slova stigma pocházejícího z řečtiny značí znamení, cejch. Stigma souvisí s generalizacemi a s tendencí spojovat si s určitými skupinami lidí některé charakteristické rysy. Nemusí se týkat jen lidí s duševním onemocněním, stigmatem v minulosti byli poznamenáni lidé s malomocenstvím, v novodobé historii například lidé s onemocněním AIDS, stigmatizaci a tabuizaci svého onemocnění prožívali i lidé s diagnózou onkologického onemocnění. Příklad generalizujících předsudků udržující stigma týkající se lidí s diagnózou závažné duševní nemoci - schizofrenní psychózy uvádí Libiger (2002, s.37-39): a) schizofrenie je nevyčísitelné onemocnění; b) pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční; c) lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat; d) schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti.

Někteří odborníci rozlišují veřejné stigma a stigma jako součást vlastního sebe-pojetí (Corrigan, Watson, 2002; Corrigan, Angermeyer, 2004). Příkladem veřejného stigmatu je situace, kdy například zaměstnavatel na základě předsudků odmítne zaměstnat člověka, o němž ví, že se léčí na psychiatrii. Tzv. self-stigma, tedy pocit nedostatečnosti a určitého „označení“ jako součást vlastního sebe-pojetí se utváří internalizací stigmatu veřejného a kumulací určitých životních zkušeností. Jde o ty zkušenosti, které posilují pocit odlišnosti a nedostatečnosti. Příkladem může být situace, kdy člověk kvůli obavě z odmítnutí, či ponížení, anebo proto, že je přesvědčen o vlastní neschopnosti, není iniciativní v navazování nových kontaktů nebo vyhledávání vhodného zaměstnání. Již tak nepříznivou situaci pochopitelně komplikují další kontextuální faktory, jako je celková aktuální ekonomická situace a konkrétní možnosti v regionu, ve kterém daný člověk žije. Ke stigmatu, jež se stává součástí sebe-pojetí člověka, patří pocity studu, selhání, nejistota, obavy z hodnotících soudů, odmítnutí apod. Negativním důsledkem je i to, že člověk v případě duševních potíží nevyhledá odbornou pomoc, nebo jí vyhledá až se značným zpožděním. Další dopady jsou stejně závažné a týkají se možnosti začlenění do společnosti ať už ve smyslu sociálním nebo pracovním. Že nejde jen o akademické diskuse, dokládají zkušenosti z klinické praxe. Lidé se za duševní potíže stydí více než je tomu v případě tělesného onemocnění. Stejně tak se často stydí za to, že navštěvují psychiatra či psychologa. O těchto profesích navíc mají lidé často zkreslené představy. I dnes preferují mnozí návštěvu psychiatra v pozdních hodinách, aby v zaměstnání nemuseli sdělovat, jakého lékaře navštěvují. Běžně slýchané jsou příběhy o tom, jak ani členové rodiny, případně jiné blízké osoby, nechápou a nedovedou si představit duševní potíže, které považují za projev slabosti, nedostatek vůle apod. Výjimkou nejsou zkušenosti se zdrženlivým, případně až ostražitým postojem v komunitě, je-li fakt duševního onemocnění v bydlišti nemocného znám. O tom referují především lidé z menších měst a vesnic, kde je možnost anonymity a „utajení“ podobných okolností menší než ve větších městech. Výzkumné údaje potvrzují, že fakt duševní nemoci nebo duševních potíží negativně ovlivňuje možnosti člověka při hledání zaměstnání, finanční situaci, hledání přijatelného bydlení, sociální vztahy aj. (Foster, 2007).

Co přispívá k udržování stigmatu duševního onemocnění? Vlivů je několik, ale v pozdně moderní společnosti je zde nepochybný vliv médií, která se dopouštějí nejen hrubých zjednodušení, ale přímo spolu-vytváří stereotypní obrazy a představy. V světě zmenšeném a propojeném informačními technologiemi jsou významnými zdroji a utvářejícími silami v procesu tvorby a sdílení reprezentací. I v reportážích poskytovaných veřejnoprávními médii je typické přehánění rizik a zdůrazňování možných nebezpečí v souvislosti s duševní nemocí. Nadměrná mediální pozornost věnovaná kriminálním činům spáchanými jedincem s diagnózou duševního onemocnění posiluje mylnou představu, že tito lidé mají ke kriminálnímu chování výraznější dispozice, přestože to je v rozporu s dostupnými statistickými údaji (Tailor, Gunn, 1999). Typickým rysem duševně nemocného člověka je podle mediálního akcentu nebezpečnost a nepředvídatelnost (Foster, 2007). Media obvykle zdůrazňují jen některé informace, zároveň pak opomíjí kontext, případně trajektorii předcházející dramatické události. Místo skutečnému porozumění, které by mohlo být užitečné v případné prevenci, je upřednostňována sugestivní forma sdělení ve zkratce, která zvyšuje zájem diváků, případně čtenářů. Je důležité si uvědomit, že tyto zprávy a obrazy s nimi spojené představují základ pro asociace a formy porozumění nejen u zdravé populace. Ovlivňují, a to spíše negativně, způsob, jakým člověk s projevy duševní nemoci nahlíží sám na sebe.

Reprezentace jako zdroje porozumění

Stigma lze chápat jako důsledek přetrvávajících předsudků, generalizací a stereotypních obrazů, které jsou součástí tzv. reprezentací. Reprezentací zde myslíme určité schéma, myšlenkovou konstrukci, zahrnující různé obrazy, asociace, významy a s nimi spjaté emoce. Ty se mohou týkat jakéhokoli fenoménu lidského života. V pojednání o obecných otázkách zdraví a nemoci Mareš (2010) připomíná a přehledně vysvětluje kognitivní a sociální tradici v chápání a zkoumání tzv. reprezentací. Kognitivní psychologové studují procesy poznávací, tedy jak si člověk utváří vlastní poznatky a znalosti o různých jevech. Důraz kladou na individuální proces vzniku a individuální povahu tzv. reprezentace – myšlenkové konstrukce nebo mapy organizující naše poznatky o světě a o sobě. Naproti tomu sociologové (Berger, Luckman, 2001) a později sociální psychologové (Marková, 2007) užívají pojem sociální reprezentace. Upozorňují na interaktivní povahu utváření reprezentací a v procesu vzniku mentálních konstrukcí zdůrazňují vliv společenských a kulturních faktorů. Klíčový je zde proces sdílení a spolu-utváření určitých obrazů, kategorií, metafor a interpretací v daném období a společenském kontextu. Procesem internalizace převažujících obrazů a interpretací si člověk, často nevědomě, osvojuje dominující sociální reprezentace určitého fenoménu, které pak může považovat za vlastní. Sociální reprezentace lze chápat jako sdílené a ne vždy vědomě přijímané „kódy“ nebo „sítě idejí“, zdroje významů pro kognitivní zpracování podnětů a utváření porozumění (Marková, 2007). Tyto „kódy“ a sítě idejí s určitými významy mohou člověku sloužit k interpretaci různých jevů a zkušeností, ale mohou jeho zkušenost také omezovat nebo jí negativně označovat. V podobném duchu se vyjadřují i současní reprezentanti sociálního konstrukcionismu (Gergen, 1985) a někteří psychoterapeuti (Freedman, Coombs, 2009).

V době, kdy v procesu výměny a sdílení informací začíná převažovat vizuální forma nad literární, představují média jako televize, film a internet významné zdroje reprezentací fenoménu duševní nemoci. Zahrnují informace a představy týkající se projevů duševní nemoci, faktorů ovlivňujících vznik a průběh, variant možného dopadu na život člověka a v neposlední řadě možností léčby. Orientačně můžeme hovořit o veřejných a odborných

zdrojích reprezentací. Toto dělení je ale umělé, neboť hranice mezi těmito zdroji je neostrá. V informačně propojené společnosti se tyto prostory a jejich diskurzy prolínají a vzájemně ovlivňují. Problematické jsou především zdroje reprezentací pocházející z produkce komerčních médií. Filmový a televizní průmysl se svojí produkcí již od éry Alfreda Hitchcocka podílí na udržování stereotypního obrazu duševně nemocného člověka. Obvykle jsou akcentovány rysy odlišnosti, nápadnosti, nepředvídatelnosti, případně nebezpečnosti. Příkladem může být *Návrat idiota* z české produkce, z té americké pak snímky *Lepší už to nebude*, *Svět podle Prota*, *12 opic*, *Donnie Darco* a samozřejmě *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Výmluvná je i bohatá filmografie Woody Allena, jejíž postavy jsou nejen filmovými recenzenty občas považovány za prototypy „neurotických intelektuálů“. Přehled studií dokládajících častý výskyt stereotypu odlišnosti a nápadnosti v médiích uvádí Fosterová (2007). Stereotypních obrazů není ušetřena ani psychiatrická profese, jejíž zobrazování zejména v americké produkci prošlo dynamickým vývojem a proměnami (Gabbard, Gabbard, 1999). Nejednoznačně mohou působit i díla, která dominující stereotyp narušují tím, že poukazují na úspěchy dosažené člověkem navzdory duševním potížím. Zde se nabízí v psychiatrické komunitě diskutovaný film *A Beautiful Mind* (v českém překladu uváděno jako *Čistá duše*) zobrazující pohnuté osudy laureáta Nobelovy ceny Johna Forbese Nashe. Působivý příběh sugestivně zobrazuje život nadaného matematika s postupným vývojem nemoci a jejími typickými projevy. Zároveň ukazuje význam vůle, odolnosti a některých protektivních faktorů, které Nashovi pomohly projevy závažného onemocnění postupně překonat. Na druhou stranu svým příkrášlením již tak ojediněle se vyvíjejícího příběhu může tento film posilovat spíše nerealistické představy a očekávání.

Problematické duševních nemocí věnuje v současnosti prostor veřejnoprávní televize. Různé programové formáty nabízejí pohled odborníků na problematiku duševní nemoci, ale především svědectví lidí, jejichž život byl duševní nemocí poznamenán. Tyto programy se významně podílejí na destigmatizaci a zároveň slouží jako cenný zdroj sociálních a individuálních reprezentací. Podobně může sloužit internet, zejména stránky poskytující užitečné informace a zprostředkovávající zkušenost nemocných. Příkladem mohou být webovské stránky zaměřené na prevenci stigmatu (www.stopstigmapsychiatrie.cz) edukativní portály pro jedince s konkrétním onemocněním (např. Preduka), dále pak webovské stránky organizací a občanských sdružení, která poskytují lidem s diagnózou duševní nemoci různé služby a formy sociální opory (např. Fokus, www.fokus-praha.cz; Péče o duševní zdraví www.pdz.cz). V diskusi o veřejném prostoru nesmíme zapomenout na aktivity občanských sdružení, iniciativ a organizací, jejichž cílem je opět poskytovat informace, zprostředkovat zkušenost a přispívat k prevenci stigmatu (např. Týdny duševního zdraví, Mezi Ploty aj.) Významnou součástí veřejného prostoru jsou i bezprostřední zkušenosti člověka s duševní nemocí a léčbou sdílené skrze umělecké aktivity, například výtvarnou formou nebo v podobě literárního zpracování. Příkladem může být publikace *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Pod autorským pseudonymem Joan Greenbergové (1998) se skrývá identita ženy, jež ve svém díle působivě popisuje nejen vlastní prožitky související s psychotickým onemocněním, ale i proces individuální psychoterapie u známé psychoanalytičky Friedy Fromm-Reichmanové. Vedle této beletristicky zpracované výpovědi je v českém prostředí k dispozici nedávno vydaná publikace *Když úzkost bolí* (Janíček, 2008). V ní autor kombinuje výpověď o vlastní zkušenosti s projevy tzv. úzkostné poruchy s informacemi edukativního charakteru, které mohou posloužit člověku s podobnými problémy. V anglické komunitě jsou dobře známé publikace Kay Redfield Jamison (1994, 1997), v níž autorka přibližuje prožitky klasifikované v psychiatrii jako bipolární afektivní porucha.

Mezi odbornými zdroji reprezentací dominují různými formami prezentované aktuální poznatky psychiatrie, psychologie a psychoterapie. Jejich prezentace někdy přesahuje do veřejného prostoru, jindy je sdílená pouze v rámci odborných komunit. Aktuální poznatky

jsou zároveň vlivnými sociálními reprezentacemi, které ovlivňují jednání odborníků v oblasti duševního zdraví. Pro nemocné jsou klíčové právě zkušenosti s těmito odborníky, tedy s psychology a psychiatry, případně s psychoterapeuty a sociálními pracovníky. To není žádná překvapivá informace, dokud si neuvědomíme, že poznatky a s nimi spojené reprezentace nejsou v odborné komunitě homogenní. I když některé psychiatrické autority zdůrazňují, že existuje jenom jedna psychiatrie, realita u nás ani ve světě tomu zcela neodpovídá. Navzdory dominanci biomedicínské perspektivy v současné psychiatrii, podle Brackena a Thomase (2001) převažuje biologický pohled v akademické psychiatrii, zatímco v klinické praxi zastávají psychiatrii širší či komplexnější hledisko. V českém kontextu nejsou v této věci k dispozici srovnatelná data, nicméně biologické hledisko v otázce etiologie duševní nemoci a farmakologické hledisko v otázce léčby jednoznačně v psychiatrii převažuje. Hlavní rozdíl lze vidět v tom, do jaké míry zejména psychiatrii považují psychosociální faktory za významné a do jaké míry považují psychoterapii za legitimní, ne-li podstatnou součást komplexní léčby u většiny duševních nemocí. Rozkol v psychiatrii včetně důsledků pro pacienty upoutal v zahraničí pozornost antropologů (Luhrman, 2001) a inspiroval beletristické zpracování (Shem, 1997). Rozdílné perspektivy v psychiatrii přitom nemusí být na škodu za předpokladu. V některých zemích jsou rozdílné úhly pohledu běžnou součástí oborových i mezioborových diskusí a přispívají k diverzifikaci léčebných možností a služeb v oblasti duševního zdraví. Otázka preferované perspektivy má nicméně svůj význam v souvislosti s pohledem člověka na své potíže. Preference určité perspektivy ovlivňuje interakce s nemocným, pro kterého mohou být rozdílné, či někdy dokonce protichůdné, informace a zkušenosti s různými odborníky v průběhu dlouhodobé léčby matoucí. Jsou to právě reprezentace utvářené a sdílené odbornými komunitami, co zásadním způsobem ovlivňuje, jak člověk s duševní nemocí interpretuje své prožitky, jak jim rozumí, jak je (ne)integruje do svého životního příběhu se všemi možnými důsledky.

Subjektivní zkušenost duševní nemoci

Člověk, jehož život ovlivnilo duševní onemocnění, si klade mnoho otázek. Ať se jedná o projevy úzkosti, depresivní stavy nebo o psychotické prožitky, jedna z prvních věcí, která takového člověka napadne je, co se s ním děje. Jde o jednu z hlavních otázek, jež je součástí tzv. reprezentace nemoci. Ta podle Benyaminiho et al. (2007) zahrnuje otázky týkající se podstaty a příčiny nemoci, důsledků pro další život a perspektivu, (vy)léčitelnost, a samozřejmě časovost. Reprezentace se týká nejen trvání nemoci, ale také zdali a jak se odpovědi na uvedené otázky budou v čase měnit. Tyto otázky si neklade jen nemocný, ale pochopitelně jeho blízcí, rodina, přátelé, děti. Často slychané otázky během terapeutického sezení s rodinou a nemocným zní: Co jsme zanedbali? Kde jsme udělali chybu? Dalo se tomu nějak předejít?

Podstatné také je, do jaké míry duševní nemoc ovlivňuje způsob života, na který byl člověk zvyklý. Každé onemocnění představuje svým způsobem omezení životních možností. Mrkvička (1998) v odkaze na existencialistické filozofy hovoří v případě závažného duševního onemocnění o omezení prostoru svobody jednání a omezení svobodného prožívání a chování. S omezením souvisí i různý stupeň demoralizace, tedy stav, který se dříve či později rozvine v reakci na změny v dosavadním způsobu života vynucené onemocněním. Podle některých je to právě stav demoralizace, nikoli primárně příznaky, co vede člověka k vyhledání pomoci (Frank, Frank, 1993). Cílem vyhledání pomoci je v prvé řadě zmírnit nepříjemné prožitky, zbavit se omezujících symptomů, posílit pocit zvládnutí dané situace apod. Zároveň chce člověk stavu, který se u něho rozvinul, porozumět. Specifičnost duševního onemocnění spočívá v tom, že se týká procesů, které si spojujeme s představou

jáství, identity, osobnosti. Duševní onemocnění postihuje myšlení, afektivní a kognitivní procesy s důsledky pro chování, v mnohých případech pak v rovině interpersonální. Duševní onemocnění zásadně ovlivňuje to, co si o sobě myslíme, jak si rozumíme, zdali a jakým způsobem se přijímáme, jak vnímáme svou pozici v síti mezilidských vztahů. V neposlední řadě ovlivňuje schopnost vnímat a interpretovat tzv. realitu a sdílet ji s druhými lidmi.

K interpretaci psychických i tělesných prožitků přistupuje každý po svém, v každém případě však interpretace a významy, které si člověk se svými prožitky pojí, ovlivňují nejen samotné porozumění, ale následně ovlivňují jednání. Jak již bylo řečeno, tento individuální proces je úzce provázán s vlivy sociálními a kulturními. V procesu porozumění vlastní zkušenosti čerpáme z tzv. sociálních nebo kulturně podmíněných reprezentací, které jsou zdrojem významů, jež s našimi prožitky spojujeme. Ty pak ovlivňují naše chování a také komunikaci s lékaři, psychology a psychoterapeuty. V předchozím oddíle jsme se věnovali tomu, odkud tyto vlivné reprezentace týkající se fenoménu duševní nemoci pocházejí. Je třeba zdůraznit, že chápání vlastních, niterných a často nepříjemných, prožitků je ovlivňováno stejnými představami a reprezentačními zdroji ve společnosti. A to zejména těmi negativními, které bohužel ve spojení s duševní nemocí a její léčbou převažují. Významnými podněty v této souvislosti jsou pak přímo či nepřímo vyjádřené názory a perspektivy odborníků z oblasti duševního zdraví, se kterými se nemocní setkávají. V souvislosti s porozuměním vlastním psychickým prožitkům, případným projevům duševní nemoci a schopností vyhledat vhodnou pomoc mluví Jorm a Griffith (2006) o gramotnosti týkající se duševního zdraví a nemoci (*mental health literacy*). V případě, že je tato gramotnost rozvinutá, je člověk schopen poznat projevy duševního onemocnění. Dále má základní představy a přesvědčení o možných příčinách a rizicích. Kromě toho takový člověk ví, jaké formy pomoci jsou k dispozici a zdali je na místě pomoc vyhledat. Patří sem schopnost najít si podstatné informace a kontakty. Navzdory rozmanitým reprezentacím, abstraktním pojmům a popisným nosologickým kategoriím je proces porozumění vlastní zkušenosti v rámci duševní nemoci často něčím jedinečným. I v případě duševního onemocnění lze aplikovat narativní perspektivu, podle které je bytostnou potřeba člověka organizovat a chápat události svého života ve struktuře příběhu. A to nejlépe ve struktuře příběhu, který má smysl i navzdory nepříjemným či traumatickým zkušenostem. Podle různých odborníků na narativitu je zde klíčová koherence, smysluplnost a plná integrace všech událostí a prožitků (Skorunka, 2008).

Prožitky, příčiny, proměna identity

Základem současné psychiatrie je deskriptivně pojatý, ateoretický systém klasifikace nosologických kategorií. Ten má sloužit jak výzkumu, tak k snadnému dorozumívání v psychiatrické komunitě a také s dalšími odborníky v oblasti duševního zdraví. Subjektivní pohled lidí trpících duševní nemocí dosavadní klasifikační systémy nezahrnovaly. V medicíně obecně je kladen důraz na objektivní, měřitelná a replikovatelná data a psychiatrie v tom není výjimkou. Nezáměr o subjektivní zkušenost je i důsledkem předpokladu, že člověku s duševním onemocněním brání projevy tzv. psychopatologie v dostatečném náhledu a racionálnímu posouzení nejen svého stavu, ale i nutnosti léčby.

Kromě absence subjektivní zkušenosti nemocných je klasifikačním systémům vytýkána právě ateoretičnost. Frank a Frank (1993) tvrdí, že ateoretický postoj deskriptivní psychiatrie je teorií sám o sobě; vyjadřuje totiž nepřímo to, že významy a přesvědčení, které si lidé spojují se svými prožitky v rámci nemoci a jejich sociální a historický kontext, nemají žádný význam. Podrobná znalost klasifikačního systému duševních nemocí sama o sobě nepřipraví začínajícího psychiatra na rozmanité prožitky a projevy chování nemocných.

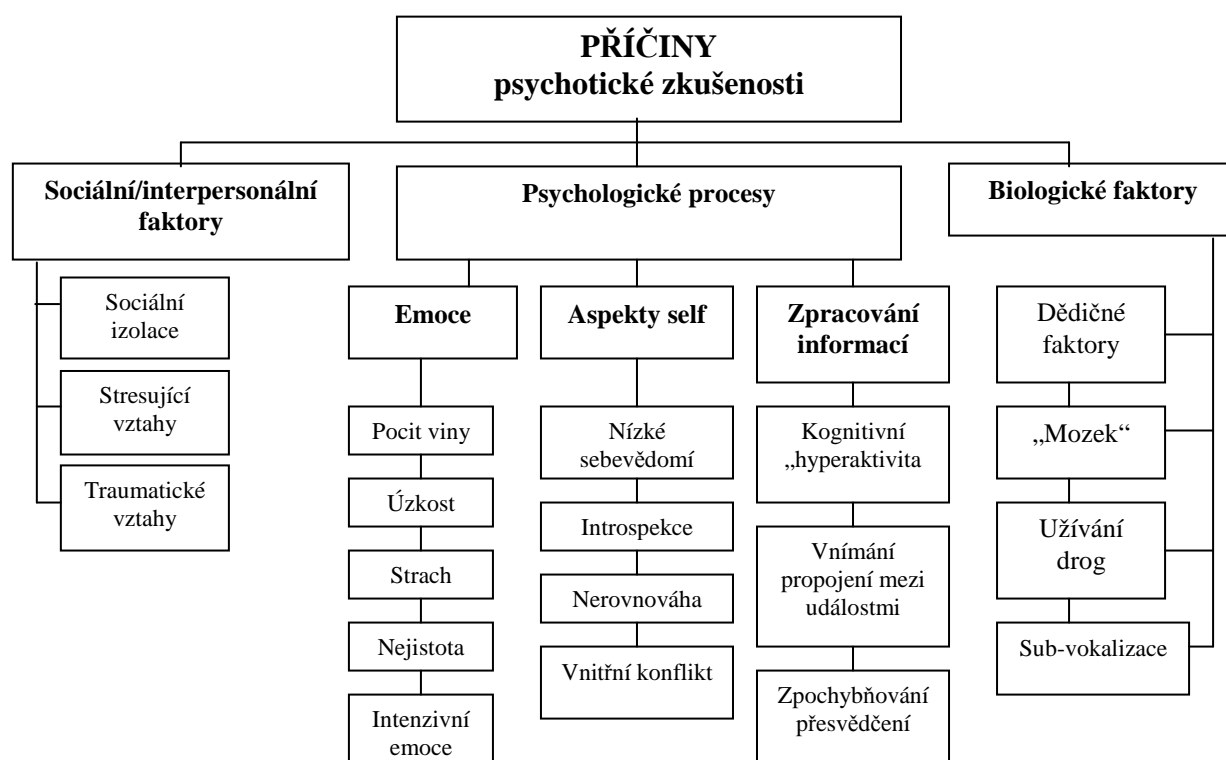
Umožní mu zachovat si odstup a přistupovat k tzv. psychopatologii a bohužel někdy i k jejímu nositeli jako k objektu vyžadujícímu medicínskou intervenci. Ale to, co je pro lékaře objektem, je pro nemocného člověka těžkým údělem, nelehkou existencí, v níž projevy duševní nemoci mohou nabývat rozličných významů a vést k nepředstavitelným důsledkům. Jak dokládá klinická zkušenost i přibývajících výzkumy v této oblasti, lidé s duševní nemocí často velmi usilují o porozumění toho, co prožívají. Nestačí jim jen prostý popis nebo označení diagnózou. Vynakládají mimořádné úsilí k tomu, aby prožitky duševní nemoci integrovali do svých představ o sobě, aby navzdory nim zachovali kontinuitu a smysluplnost své existence (Roe, Lysaker, 2012). Opět se zde nabízí narativní perspektiva; člověk má bytostnou potřebu události svého života organizovat a ozřejmit smyslem v rámci celoživotního budování narativní identity. Někdy se to příliš nedaří, často je tento proces spíše bolestný a neobejde se bez pomoci dalších lidí, blízkých osob nebo například psychoterapeutů. V případě duševní nemoci to mohou být právě oni, kdo člověka podpoří v tom, aby své obtíže překonal, aby problematické zážitky „strávil“ a smysluplně integroval v narativní strukturu zachycující kontinuitu a komplexitu vlastního života. Klíčové v tomto procesu je znovuzískání kontroly a pocitu zvládnutí, nebo tzv. autorství ve svém životním příběhu a znovuoživení kontinuity a smysluplnosti (Skorunka, 2010).

Zachycení vlastní zkušenosti duševní nemoci a její sdílení s druhými se v posledním desetiletí stalo tématem několika projektů a studií (tzv. *first-person accounts of mental illness*). Někteří z autorů volí kvalitativní metodologii, například Ridgway (2001), který se soustředil na proces uzdravy a v subjektivních výpovědích nemocných s psychózou identifikoval několik společných fází a témat. Jiní přistupují k narativním výpovědím s kvantitativní metodologií. Například Lysaker (2006a, 2006b) vytvořil vlastní škály STAND (*Scale to Assess Narrative Development*), která obsahuje 4 podškály: a) pojetí nemoci a realistické životní cíle, b) pocit zvládnutí nebo pocit aktivního postoje k vlastnímu životu, c) odcizení nebo smysluplné vztahy s druhými, c) sociální hodnota nebo pocit vlastní hodnoty v rámci komunity. Ve dvou studiích se Lysaker soustředil na vyprávění nemocných s diagnózou tzv. poruchy schizofrenního spektra. V první studii (35 nemocných) vyšší skóre na dané škále vyjadřoval pokročilejší narativní vývoj spojený s vysokou úrovní sebe-úcty a větší připravenosti ke změně. Ve druhé studii (65 nemocných) pak vyšší skóre vyjadřoval výraznější pocit naděje a úroveň sociálního fungování a zároveň mírnější projevy dezorganizace myšlení a pozitivních příznaků.

Chystaná publikace *Experiencing Psychosis; Personal and Professional Perspectives* (Geekie, Randal, Lampshire, Read; 2012) v nakladatelství Routledge ve spolupráci s *International Society for the Psychological Treatments of Schizophrenia and other Psychosis* má být dle obsahu důkladným přehledem prací, v nichž bude mít významné zastoupení hlas lidí s psychotickou zkušeností. Jeden ze spoluautorů, Jim Geekie (2004), se již v minulosti zajímal o zkušenost lidí s psychotickým onemocněním, zejména o to, jak si tuto zkušenost vysvětlují, jak jí rozumí. Přestože limitem jeho výzkumu je počet účastníků (13 nemocných; 9 žen, 4 muži, věk 19-35 let; první psychotická epizoda), ukazuje bohatou šíři způsobů, jakými se lidé snaží zpracovat psychotickou zkušenost. Analýza prepisů 51 sezení metodou zakotvené teorie ukázala rozdíly jak ve stylu výpovědí, tak v jejich obsahu. Rozdíly se vyskytovali nejen mezi jednotlivými účastníky, ale i u jednotlivých účastníků současně např. ve smyslu existence několika interpretací a vysvětlení. Účastníci velmi pozitivně hodnotili možnost sdílet svou zkušenost a své interpretace. Tuto možnost považovali za součást hledání smyslu psychotické zkušenosti a měli potřebu v tomto procesu hledání zaujímat aktivní roli. Existenci různých výkladů a to, že si v některých případech protiřečili, nepovažovali za žádný problém. Velkou důležitostí v jejich výpovědích zaujímalo hledání příčin psychotické zkušenosti (viz. Tab. č. 1.). Geekie (2004) v interpretaci výsledků svého zkoumání zachovává střízlivý postoj. Subjektivní pohled nemocných nepovažuje za

nadřazený vědeckým výkladům, ani zahrnutí této perspektivy do celkového poznání nevnímá jako cestu k zázračnému vyřešení všech problémů, jež s tímto onemocněním souvisí. Pokládá ale svědectví z tzv. „druhé strany“ za legitimní formu poznání, jež přispívá k důkladnějšímu porozumění fenoménu duševní nemoci. V této souvislosti se připomíná Brunerův (2004) požadavek na rovnováhu mezi dvěma různými mody poznávání: paradigmatickým a narativním.

Tab. č.1. Pohled lidí s psychotickou zkušeností; možné příčiny
(Geekie, 2004, s.155)



Rozsáhlejší výzkum etnografického charakteru realizovala Fosterová (2007), která se zaměřila na uživatele tří center poskytující různé služby lidem s psychotickým onemocněním. Kvalitativními metodami analyzovala zpracované přepisy rozhovorů s jednotlivými uživateli a také různé materiály, které vytvořili tito lidé pro bulletiny komunitních zařízení. Důkladná práce Fosterové zprostředkovává rozmanitou a ve většině případů zatěžující psychotickou zkušenost očima duševně nemocných. Podobných studií není mnoho, proto si zaslouží pozornost. Zde přinášíme některé ze závěrů, k nimž autorka dospěla. Mnohé z nich korespondují z vlastní klinickou zkušeností.

- Lidé s vážnou duševní nemocí vynakládají velké úsilí k tomu, aby prožitku duševní nemoci (v tomto případě psychóze) nějakým způsobem porozuměli.
- Jako orientační body v procesu porozumění a interpretace slouží různé zdroje sociálních reprezentací, jak tzv. veřejných, tak těch odborných.

- Vlivné jsou zejména definice a reprezentace preferované a sdílené odbornou komunitou, v níž dominují psychiatři a psychologové. Autorita tzv. odborníka v oblasti duševního zdraví a nemoci zde hraje významnou roli.
- Vliv dostupných reprezentací může být pozitivní (např. potíže vysvětlující diagnóza), nebo negativní (self-stigma posilující předsudky).
- Navzdory těmto vlivům je definice a forma porozumění vlastní zkušenosti duševní nemoci něčím velmi osobním. Tuto zkušenost má většina lidí potřebu s někým sdílet.
- K popisu psychotické zkušenosti lidé užívali různé metafory: a) orientační (nemoc jako past, vězení); b) přírodní s důrazem na vertikální dimenzi (propast, jáma, skalní útes, mraky); c) zdůrazňující proces a dynamiku (cesta, bludiště, horská dráha).
- Pro některé představovala duševní nemoc cennou životní zkušenost. Tento postoj bylo možné rozdělit do tří kategorií: a) duševní nemoc přináší některé kvality, které lidé bez zkušenosti duševní nemoci postrádají; b) duševní nemoc je podnětem k osobnímu růstu a většímu porozumění sebe sama; c) díky duševní nemoci bylo možné navázat nové a důležité mezilidské vztahy.
- Pro jiné bylo obtížné přiblížit slovy psychotickou zkušenost někomu jinému.

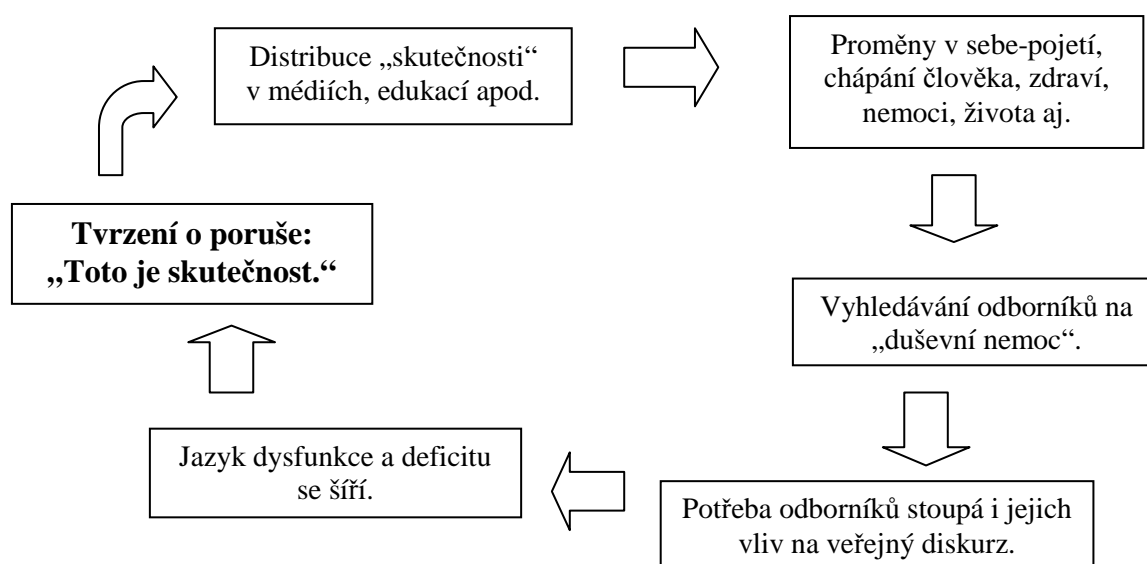
Poslední studie, kterou v tomto oddíle zmíníme, se týkala zkoumání proměn v identitě u duševně nemocných v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení. De Barbaro et al. (2008) se zaměřili na skupinu nemocných (n=46; 25 žen, 21 mužů) s diagnózou schizofrenie během první psychiatrické hospitalizace a na jejich rodinné příslušníky (119 příbuzných). Srovnávali výpovědi během prvního terapeutického setkání s nemocným a jeho rodinou na začátku hospitalizace s výpověďmi během závěrečného setkání těsně před propuštěním. Cílem zkoumání bylo zjistit, jak se mění forma a obsah verbálního sdělení zahrnující interpretaci projevů duševní nemoci a s ní související proměnu tzv. narativní identity. Autoři posuzovali celkovou verbální úroveň, užívání lékařského žargonu, emoční charakter výpovědi, intelektuální formu vyjádření, metafyzický jazyk, dialogickou a monologickou formu, a také pocit stigmatizace. Analyzována byla sdělení nemocných i členů rodiny. Výsledky zkoumání uzavírají autoři následovně. Během hospitalizace dochází k signifikantním narativním změnám. Jazyk nemocných, popisující vlastní zkušenost, se stává intelektuálnějším. Vlastní, často metafyzické, interpretace ustupují těm medicínským. Ztrácí se flexibilita identity a pacienti se „podvolují“ medicínské perspektivě. Identita se rozvíjí ve formě přijetí „role nemocného“, což v některých případech představuje pozitivum. Zajímavé je zjištění, že pocit stigmatizace na konci hospitalizace nebyl u nemocných vyjádřený. Ve výpovědích rodinných příslušníků jsou patrné podobné narativní změny. Je zde též výrazná medikalizace jazyka, s ní navíc související vymizení dialogického vyjadřování a výrazný pocit stigmatizace.

Uvedené závěry nemusí být pro člověka se zkušeností s psychiatrickým systémem překvapující. Není ale na místě je hodnotit pouze negativně. Sami autoři význam hospitalizace a započetí léčby nesnižují. Upozorňují ale na málo reflektované jemné změny, které se týkají sebe-pojetí nemocných a proměn v tom, jak na své blízké nazírají ti „zdraví“ členové rodiny. Jde o to, „kteří s pacientů mají prospěch ze změn vyplývajících z proměny identity směrem k naplnění „role pacienta“, a pro které jde naopak o ztrátu či narušení individuality a důstojnosti“ (de Barbaro, et al., 2008, s. 448). S tím souvisí i velmi podstatná otázka: jak je možné tyto individuální rozdíly včas rozpoznat a orientovat se dle nich v procesu dlouhodobé terapeutické spolupráce, jejíž dosažitelné cíle mohou být značně variabilní a v průběhu času se mohou měnit.

Kritické hlasy

Výzkumy Geekieho (2004), Fosterové (2007) a de Barbara et al. (2008) jsou součástí heterogenního proudu myšlení a výzkumu, jehož cílem je zprostředkovat perspektivu lidí, kteří se léčí s duševní nemocí. Tito a další autoři se vyjadřují kriticky k hegemonii biologické psychiatrie, jejíž úzce zaměřená biomedicínská perspektiva přispívá k opomíjení psychosociálních faktorů v prevenci, léčbě a rehabilitaci. Součástí tohoto proudu jsou postřehy týkající se konstrukce našich poznatků týkajících se duševního zdraví a nemoci. Gergen, Andersonová a Hoffmanová (1996) a mnozí další kritizují odborný diskurz, jehož základem je terminologie a jazyk zaměřený na patologii či nedostatky jedince. Gergen (1999) hovoří o cyklu narůstající nedostatečnosti (*cykle of progressive infirmity*). Podle něj tzv. diskurz deficitu v současnosti patrný zejména v psychiatrii, ale i psychologii, prostupuje v současné době běžnou řeč a proměňuje náš pohled na normalitu, abnormalitu a preferované hodnoty (viz. Tab.č.2).

Tab.č.2. Šíření jazyka deficitu (upraveno dle Gergen, 1999)



V tomto duchu zaznívají kritické názory na omezující vliv patologizujícího diskurzu na chápání potíží a životních problémů z různých oblastí poznání např. z kritické a diskursivní psychologie (Parker, 1999), pozitivní psychologie (Maddux, 2002), systemické terapie (Tomm, 1990; Andersonová, 2009), narativní terapie (White, Epston, 1990; Madigan, 1999) i ze současné existenciální psychoterapie (van Deurzen, 1996). Tito odborníci sdílejí některá východiska teorie sociálního konstrukcionismu, jež ovlivnila reflexi nejen o procesu poznání, ale také o psychoterapii (Skorunka, 2009). Naše koncepte psychologické normality i abnormality včetně diagnostických kategorií nepředstavují fakta o lidech, ale sociální konstrukce – abstraktní koncepty, které postupně vytvářeli členové odborné komunity (vlivné instituce a jejich zástupci) a které představují sdílený pohled na věc. Taxonomie duševních chorob není pouze jednoduchým popisem některých rysů určitých skupin jedinců, ale je formou aktivního utváření verze normality/abnormality (Maddux, 2002). Klasifikace dle diagnostických systémů v oblasti duševního zdraví se podle některých podílí na vytváření a

udržování ochranné iluze, že psychiatři pacienti jsou jiní než my (Mosher, Read, Bentall, 2004). Pohled na duševní nemoci jako na „přírodní druhy“, které jsou výsledkem pouze biologických příčin a které lze jednoduše klasifikovat s pomocí diagnostických systémů, posiluje pesimistický pohled na prognózu, odmítání, negativní postoj a stigmatizaci (Read, Haslam, 2004). Přesvědčení o biologické determinaci duševních nemocí posiluje představu o nekontrolovatelnosti a neovlivnitelnosti (Haslam, Ernst, 2002; Haslam et al., 2002).

Zvýšené úsilí o edukaci veřejnosti v rámci lokálních či národních kampaní často jednostranně biomedicínsky zaměřených a finančně podporovaných farmaceutickým průmyslem ovlivňuje zásadně gramotnost týkající se duševní nemoci a bagatelizuje vliv nebiologických faktorů (Read, Haslam, 2004). V zahraničí navíc existují údaje o tom, že některé svépomocné organizace pro duševně nemocné a jejich rodiny zakládají agentury najaté farmaceutickými firmami, jejichž motivem je posilování biomedicínské perspektivy a potřeby nových léků (Moncrieff, 2003). Podobně alarmující informace podávají Moynihan, Heath a Henry (2002), kteří poukázali na to, jakým způsobem tzv. vůdčí osobnosti oboru spolu se zástupci velkých farmaceutických společností „vytvářejí“ nosologické kategorie s cílem připravit tržní potenciál pro nově vznikající farmaka. Tyto údaje podkopávají důvěru v nestrannost procesu vytváření vědeckého poznání a celkově v demokratické procesy a jejich transparentnost. Neblahé důsledky tohoto trendu se ještě více projevují v aktuální společenské atmosféře globální finanční krize. Pohled na člověka optikou ideologie volného trhu a ekonomických metafor jde ruku v ruce s příslibem „rychle působících prostředků na jakékoli psychické problémy“. Jediným cílem mnohdy je, aby se člověk co nejdříve vrátil do zaměstnání a nepobíral žádné nemocenské dávky, jak v souvislosti se společenskými změnami uvádí Newness (2007, s.227), který zároveň dodává, že „edukace o depresi (*the Depression Report*) není o tom, aby se lidé cítili dobře, rozvíjeli se a podobně...člověk, jehož postihlo duševní onemocnění, je posílám co nejrychleji do práce, v níž jsou podmínky a ohodnocení takové úrovně, jež by terapeut (pozn. a zejména lékař) sám neakceptoval.“

Důslednější vnímání společného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů je v této souvislosti nezbytné jak v otázce prevence duševních nemocí, tak v otázce komplexní léčby. Ta by měla zahrnovat nejen farmakologické prostředky, ale i psychoterapeutické přístupy. Různé práce ukazují, že lidé s vážnou duševní nemocí nepotřebují jen diagnózu a léky, ale potřebují o své zkušenosti s někým mluvit, svěřit se s těžkostmi, které prožívají (Romme, Escher, 2000). Paternalistický postoj vycházející z biomedicínské perspektivy tomuto procesu může bránit, jak ukazuje následující příklad:

30 letá žena, hospitalizována pro psychotickou ataku, inklinuje k východním filozofiím, zajímá jí buddhismus a hinduismus. Psychiatr se při prvním vyšetření o těchto intelektuálních zájmech vyjadřuje zdrženlivě až s despektem, Domnívá se, že podobné zájmy jsou rizikové vzhledem k možné podpoře bludného myšlení. V rozhovoru s jiným psychiatrem se ukazuje, že zájem o východní filozofie je motivován snahou vyznat se v psychotických prožitcích, které nejsou srozumitelné a nelze je snadno sdílet s někým dalším.

Úzce zaměřená biomedicínská perspektiva v této podobě není postačující pro rozmanitost a komplexitu zkušeností lidí s duševní nemocí, včetně jejich vlastních vysvětlení a interpretací. Opomíjí také klíčové psychosociální faktory, nejen ty společensko-kulturní, ale i ty interpersonální. Ty přitom bývají častým spouštěčem první ataky duševního onemocnění nebo následujících relapsů a v procesu léčby je nezbytné jim věnovat pozornost (Escher, 2002; Read et al. 2003; Seikkula, Arnkill, 2006). I lidé s vážným duševním onemocněním mají potřebu řešit různá vývojová a existenční témata a své vztahy, o čemž svědčí nejen vlastní klinická zkušenost, ale zkušenosti a výzkumy kolegů (Bažantová, 2011). Problematické v této souvislosti jsou pak úzce zaměřené edukativní programy, zdůrazňující buď pouze bio-genetické souvislosti a farmakologickou léčbou, nebo se zaměřují výlučně jen

na některé faktory týkající se rodiny (např. vyjadřované emoce). Jak uvádí Wynne (1994) úzce zaměřené psycho-edukační programy pro rodiny s duševně nemocným často opomíjí různé důležité aspekty rodinné dynamiky a vývoje, například konflikt mezi potřebou autonomie i citové vazby. Ideologicky motivované, manualizované programy selhávají v okamžiku, kdy je třeba přizpůsobit léčbu potřebám a situaci konkrétní rodiny.

Na druhou stranu je třeba zmínit, že kritický postoj některých odborníků ke klasifikaci duševních nemocí a užívání diagnóz nemusí odpovídat tomu, jak se k diagnóze staví někteří lidé trpící duševní nemocí. Ti nemusí vždy vnímat diagnózu negativně. Pro některé nemocné je odborné vysvětlení či diagnóza upřednostňovaným způsobem vysvětlení potíží či problému, které je třeba respektovat. Diagnóza může představovat ukotvení problematice zkušenosti v kognitivní konstrukt, který přináší pocit znalosti, všednosti a porozumění danému fenoménu, nabízí naději na zvládnutí a zmírnění trápení a v některých případech i zabraňuje rozvoji pocitů viny u nemocného nebo v jeho rodině. Pro některé pacienty s diagnózou psychotického onemocnění je chápání prožitků jako projevu nemoci v rámci určené diagnózy osvobozující a uklidňující (McCarry, Partridge, 2007). Existence názvu diagnózy jako pojmenování nepříjemné, někdy i děsivé, psychotické zkušenosti některým lidem přináší pocit jistoty a odpovědi na některé otázky (Foster, 2007).

Závěr

V předchozím textu jsme se zamýšleli nad problematikou duševní nemoci, zejména nad subjektivním prožitkem a faktory, které ovlivňují porozumění a integraci této zkušenosti včetně problému stigmatu. Záměrně jsme nebyli příliš důslední v rozlišování duševních nemocí dle stávající klasifikace, i když mnohé příklady se týkaly především závažnějších forem duševního trápení jako je psychotické onemocnění. Ale poměřovat míru utrpení mezi různými podobami duševního trápení tzv. odborníkům nepřísluší, i ty formy duševního trápení odborníky považované za „méně závažné“ zpravidla negativně ovlivňují možnosti a kvalitu života dotčené osoby. Nebývalý rozvoj psychofarmakologie v posledních třech desetiletích přinesl úlevu mnoha nemocným s projevy různých duševních nemocí. Vývoj poznání v oblasti neurověd přinesl detailnější porozumění vývoji a fungování centrálního nervového systému včetně případných patofyziologických projevů týkajících se intracelulárních procesů, působení neurotransmiterů i aktivity či dysfunkce rozmanitých neuronálních spojů. V tom samém období došlo rovněž k výraznému rozkvětu psychoterapeutického výzkumu (Vybíral, Roubal, 2010). Díky výzkumu založenému na využití funkčních zobrazovacích technologiích je zřejmé, že i tzv. terapie slovem (*talking cure*) ovlivňuje procesy v mozkové tkáni a vede k podobným změnám jako psychofarmakologická medikace (Imel, 2006; Grawe, 2008). Přesto problematika duševní nemoci a její léčby zůstává nadále složitá a naše poznání je omezené. I v případě komplexní léčby a slibné vzájemné spolupráci se v mnohých případech nepodaří dosáhnout trvalého zlepšení a zmírnit negativní dopady duševní nemoci na průběh lidského života. Zahrnutí subjektivní perspektivy nemocných do našeho zorného pole a integrace této perspektivy do celkového poznání fenoménu duševní nemoci zvyšuje šanci na to, že nabízené formy léčby a péče budou vycházet rozmanitým potřebám lidem, pro něž jsou tyto služby určeny.

Literatura:

- Anderson, H., Gergen, K., Hoffman, L. (1996) Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue. In Kaslow, F.W.: *The Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: Wiley and Sons, s. 102-118.
- Andersonová, H. (2009) *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: NC Publishing.
- Bažantová, M. (2011) Využití kvalitativního výzkumu v psychoterapeutické praxi schizofrenních psychóz. Poster na konferenci *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku X.*, 25.1. 2011, Olomouc.
- Bentall, R. (2004) *Madness explained; psychosis and human nature*. London: Penguin,
- Benyamini, Y., Leventhal, H., Leventhal, E. (2007) Attributions and health. In S. Avers et al. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. 2nd Edition. Cambridge: Cambridge University Press, s.26-32.
- Berger, L.P., Luckman, T. (2001) *Sociální konstrukce reality; Pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Bracken, P., Thomas, P. (2001) Postpsychiatriy. A new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322:724-727.
- Bruner, J. (2004) The Narrative Creation of Self. In L. Angus, L., J. McLeod,. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. London: Sage Publications, s 3-14.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C.(2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 1(1): 16–20.
- Corrigan, P.W., Angermeyer, M.C. (2004) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, Vol. 20., No. 8., s.529-539.
- De Barbaro, B. et al. (2008) Changes in the patient's identity in the context of a psychiatry system – an empirical study. *Journal of Family Therapy*, Vol. 30., No. 4. s.438-449.
- Escher, S. (2002) Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3 year follow up study. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suppl. 43), s.10-18.
- Foster, J.L.(2007) *Journeys through mental illness; Clients experiences and understandings of mental distress*. Basingstoke: Palgrave Publications.
- Frank, J. D., Frank, J.B. (1993) *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. (3rd.edition), Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Freedman, J., Combs, G. (2009) *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.
- Gabbard, G.O., Gabbard, K. (1999) *Psychiatry and the cinema*. 2nd edition. Washington: American Psychiatry Press.
- Geekie, J. (2004) Listening to the voices we hear; clients' understandings of psychotic experiences. In J. Read, L. Mosher, R. Bentall, *Models of Madness; Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Hove: Routledge Publications. s. 148-160.
- Gergen, J. K.(1985) The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist* 40, s. 266-275.
- Gergen, J. K. (1999) *An invitation to social construction*. London: Sage Publications.
- Goffman, E. (2003) *Stigma; poznámky o způsobech zvládnutí narušené identity*. Praha: Slon.
- Goffman, E. (1991) *Asylums; Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin Books.
- Grawe, K.(2007) *Neuropsychoterapie*. Portál: Praha.
- Greenbergová, J. (1998) *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Praha: Triton.
- Haslam, N., Ernst, D. (2002) Essentialist beliefs about mental disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 21, s.682-711.
- Haslam, N. Rothschild, L., Ernst, D.. (2002) Are essentialist beliefs associated with prejudice? *British Journal of Social Psychology*, 41, s. 87-100.

- Imel, Z., Wampold, B. *The neurobiological plausibility of psychotherapy equivalence*. přednáška na konferenci SPR 2006, Edinburgh, 21-24.6.2006.
- Jorm, A.F. (2000) Mental health literacy; public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 177, s. 396-401.
- Jorm A.F., Christensen. H., & Griffiths K.M. (2006) The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: Changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40(1):36-41.
- Jamison, R.K. (1994) *Touched with fire; manic-depressive illness and artistic temperament*. New York: Free Press Paperback.
- Jamison, R.K. (1997) *An unquiet mind. A memoir of mood and madness*. New York: Vintage.
- Janiček, J. (2008) *Když úzkost bolí*. Praha: Portál.
- Libiger, J. (2002) Stigma duševní nemoci In P. Baudiš, J. Libiger *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, s. 37-39.
- Leff, J. (2002) *The unbalanced mind*. London: Phoenix.
- Luhrman, T.M. (2001) *Off two minds; an antropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage.
- Maddux, E.J. (2002) Stopping the „madness“: positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J.: *The Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press, s.13-25.
- Marková, I. (2007) *Dialogičnost a sociální reprezentace*. Praha: Akademia
- Mareš, J. (2010) Sociální reprezentace zdraví a nemoci. In J.Mareš, E.Vachková *Pacientovo subjektivní pojetí nemoci*. Brno: MFD. S. 43-62.
- Millon, T., Simonsen, E. (2010) A précis of psychopathological history. In T. Millon, R.F.Krueger, E.Simonsen *Contemporary directions in psychopatology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11.*, NewYork: Guilford, s.3-52.
- Mrkvička, J. (2005) *Předpoklady psychoterapie*. Pardubice: Theo a PDZ.
- McCarry, N., Partridge, K. (2007) Systemic Practice and Psychosis; Diversity and Inclusion. *Context; The Magazine for Family Therapy and Systemic Practice* 93.
- Mosher, L. Read, J., Bentall, R.(2004) *Models of Maddness; Psychological, Social and Biological Approaches to Schizofrenia*. Hove: Routledge Publications.
- Madigan. S. (1999) Inscription, description and deciphering chronic identities. In I.Parker *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Moncrieff, J. (2003) Is psychiatry for sale? An examination of the influence of the pharmaceutical industry on academic and practical psychiatry. *Maudsley Discussion Paper No. 13.*, London: Maudsley Publications.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002) Selling sickness; the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324, s. 886-891.
- Newness, C. (2007) The implausibility of researching and regulating psychotherapy. *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 7 (4), s.221-228.
- Read, J., Haslam, N. Public opinion: bad things happen and can drive you crazy. In J. Read, L. Mosher, R. Bentall, *Models of Maddness; Psychological, Social and Biological Approaches to Schizofrenia*. Hove: Routledge Publications. s. 133-146.
- Read, J., Agar, K. Argyle, N., Aderhold, V. (2003) Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, 76, s.1-22.
- Roe, D., Lysaker, P.H. (2010) The importance of personal narratives in recovery from psychosis. In J. Geekie, P. Randal, D. Lampshire, J.Read *Experiencing psychosis; personal and professional perspectives*. Hove: Routledge. s. 5-14.
- Romme, M., Escher, S. (2000) *Making sense of voices*. London: Mind Publications.
- Shem, S. (1997) *Mount Misery*. New York: The Ballantine Publishing Group.

- Seikkula, J., Arnkill, E.T.(2006) *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac Books.
- Skorunka, D. (2009) Sociální konstrukcionismus a psychoterapie. *Psychoterapie*, roč. 3. č. 3-4. s.192-199.
- Skorunka, D. (2010) Narativita a psychoterapie. In Z. Vybíral, J.Roubal, *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Skorunka, D. (2008) *Narativní přístup v psychoterapii; pohled psychoterapeuta a klienta*. Disertační práce, FSS MU Brno, nepublikováno.
- Taylor, P., J. Gunn, J. (1999) Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, s.9-14.
- Tomm, K.(1990) A Critique of the DSM. *Dulwich Centre Newsletter Pty Ltd* 3, s. 5-8.
- Van Deurzen, E.(2002) *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage Publications.
- Vybíral, Z. Roubal. (2010) Dnešní psychoterapie. In Z.Vybíral, J.Roubal *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 30-44.
- White, M., Epston, D. (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Witchen, H.U., Jacobi, F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, s. 357-376.
- Witchen, H.U., Jacobi, F., Ehm, J. et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21. s.655-679.
- Wynne, L. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Suppl.384), s.125-132.