

# Pokud existuje duševní zdraví a duševní nemoc – jak je rozpoznáme?

---

Rosenhan, D. L. (1973). **On being sane in insane places.** *Science*, 179, 250-258.

# Východiska a kontext studie

---

- co je duševní zdraví a co duševní nemoc? jak je rozlišíme?
  - klasifikace duševních poruch vychází z medicínského modelu – neobvyklé chování je považováno za *symptomy* nějaké *choroby* - na jejich základě je odvozena *diagnóza* (určité symptomy se vyskytují společně)
-

# Cíl a povaha studie

---

- experimentální test hypotézy, že psychiatři nedokáží rozlišit duševně zdravé a nemocné osoby
  - pokud se tato hypotéza potvrdí, pak podle Rosenhana nemůže být užíváný klasifikační systém validní
-

# Cíl a povaha studie

---

- otázka může být formulována i takto: spočívají charakteristiky, vedoucí k diagnóze duševní nemoci, v pacientech samotných nebo v prostředí a kontextu, ve kterém jsou pozorováni?
  - budou pacienti, chovající se „zdravě“ rozlišeni i v prostředí léčebny?
-

# Cíl a povaha studie

---

- 2 přirozené experimenty:
  - 1) hlavní experiment – „pseudo pacienti“, stěžovali si na halucinace a pokusili se o přijetí do psychiatrické léčebny
  - 2) následující experiment – personál upozorněn, že se takoví pseudo pacienti během 3 měsíců objeví – hodnoceno, kolik skutečných pacientů bylo pokládáno za pseudo pacienty
-

# Cíl a povaha studie

---

- metoda sběru dat v hlavním experimentu: zúčastněné pozorování (pacienti prováděli písemné záznamy o fungování léčebny, chování personálu)
-

# Osoby

---

- 8 osob, duševně zdravých
  - 1 student psychologie,  
3 psychologové, pediatr, psychiatr,  
malíř, hospodyně
  - 3 ženy, 5 mužů
  - používali pseudonymy, psychologové  
a psychiatr uvedli jinou profesi
-

# Postup experimentu

---

- pokusili se o přijetí do 12 různých nemocnic
  - 5 různých států USA, různá úroveň – staré, špatně vybavené, nové, orientované výzkumně, s nízkým či vysokým počtem personálu, 1 soukromá, 1 univerzitní, ostatní státní
-



# Přijetí do nemocnice

---

- pseudo pacienti (PP) zavolali do nemocnice, smluvili si schůzku a dostavili se k přijetí
  - stěžovali si na to, že „slyší hlasy“ – spíše nejasné, říkaly něco jako „prázdný...“, „dutý...“, „bezcný...“; neznámé hlasy, stejného pohlaví jako PP
  - vždy byli přijati
-

# Přijetí do nemocnice

---

- kromě falešného jména a případně povolání uvedli PP všechny údaje správně – svoji životní historii, vztahy s rodinou a přáteli, frustrace, nespokojenost, radost, úspěchy...
  - (u žádného z PP tam objektivně nic patologického nebylo)
-

# Pobyt v nemocnici

---

- ihned po přijetí přestali PP simulovat jakékoli příznaky abnormality
  - někteří byli zpočátku mírně nervózní (strach z odhalení, novost prostředí)
  - PP se chovali „normálně“ – bavili se s pacienty a personálem, zapisovali svá pozorování (původně tajně, pak veřejně)
  - na otázky jak se cítí odpovídali, že je jim dobře a že už jim nic není
  - léky tajně vyplivovali
-

# Pobyt v nemocnici

---

- podobně jako skuteční pacienti, nevěděli PP, kdy budou propuštěni – měli sami přesvědčit personál, že jsou duševně zdraví
-

# Výsledky

---

- PP nebyli odhaleni
  - v 11 případech byli přijati s diagnózou *schizofrenie*, v 1 případě *manio-depresivní psychózy*
  - propuštění s diagnózou *schizofrenie v remisi*
  - délka hospitalizace: 7-52 dnů, průměrně 19 dnů
-

# Výsledky

---

- duševní porucha u PP nebyla zpochybňována personálem, ale velmi často ostatními pacienty
  - během prvních 3 hospitalizací ze 118 spolupacientů vyslovilo 35 své podezření (že je PP novinář, kontrolor, profesor...)
-

# Výsledky

---

- zdá se tedy, že psychiatři nejsou schopni rozlišit mezi duševně zdravými a nemocnými
  - Rosenhanova interpretace – lékaři více inklinují k chybám II. druhu (falešně pozitivní diagnózy) – v medicíně je to obvykle bezpečnější než chyba I. druhu
  - v psychiatrii má ovšem přisouzení diagnózy často za následek stigmatizaci pacienta
-

# Následující experiment

---

- Rosenhan chtěl zjistit, zda je možno tuto tendenci obrátit
  - v nemocnici, kde slyšeli o výsledcích jeho hlavního exp., byl personál upozorněn, že v nejbližších 3 měsících se také u nich pokusí nějakí PP o přijetí
  - personál u každého pacienta posuzoval na 10-bodové škále pravděpodobnost, že je to PP
-



## Následující experiment - výsledky

---

- hodnocení pro 193 pacientů (žádný z nich nebyl PP)
  - 41 bylo pokládáno za PP alespoň jedním z členů personálu (23 některým z psychiatrů; 19 psychiatrem a dalším členem personálu)
-

## Následující experiment - výsledky

---

- otázkou zůstává, zda těch 19 pacientů bylo opravdu zdravých, nebo zda personál pod vlivem svého očekávání měl větší tendenci k chybám I. druhu
-

# Vliv psychiatrické „nálepky“

---

- jakmile byla stanovena diagnóza, byli PP přes svoje další chování pokládáni za schizofreniky
  - nálepka diagnózy ovlivňovala to, jak bylo vnímáno jejich chování – schizofrenie se stala jejich „centrálním“ rysem
-

# Vliv psychiatrické „nálepky“

---

- např. jeden z PP uvedl, že měl v dětství úzký vztah s matkou, zatímco v dospívání měl blíže k otci. Psychiatr interpretoval jako „...dlouhá historie značné ambivalence v blízkých vztazích... chybí afektivní stabilita...“
-

# Vliv psychiatrické „nálepky“

---

- zapisování pozorování – PP měli obavu, že vzbudí podezření, ale nikdo se jich na to neptal – v záznamech to bylo vykládáno jako patologický projev („obsesivní zapisování“)
  - chování bylo vykládáno spíše vnitřními než vnějšími příčinami (chození po chodbě – nervozita)
-

# Chování personálu

---

- i personál je ovlivněn obvyklými postoji k duševně nemocným
  - pacienti a personál byli v nemocnicích striktně odděleni, personál se vynořuje ze skleněných „klecí“ především aby poskytoval péči (léky, terapie, instrukce pacientům)
-

# Chování personálu

---

- nejvíce se pacientům vyhýbají psychiatři, většinu času tráví ve své pracovně (mají největší moc, ale s pacienty tráví nejméně času)
  - ve 4 nemocnicích: PP zastavili personál s otázkou: „promiňte, pane doktore (nebo sestro apod.), nevíte, kdy se bude rozhodovat o mém případě (nebo kdy budu propuštěn)?“
-

# Chování personálu

---

- PP se při otázce chovali normálně, nikdy se určité osoby neptali víckrát než 1x denně
  - nejčastější reakce – rychlá, irelevantní odpověď („Dobrý den, jak se vám dnes daří, Dave?“) bez přerušování chůze, s odvrácenou hlavou
-



# Chování personálu

	psychiatři	sestry a ošetřovatelé
Pokračuje v chůzi s odvrácenou hlavou	71%	88%
Oční kontakt	23%	10%
Na chvíli se zastaví a prohodí pár slov	2%	2%
Zastaví se a hovoří	4%	0.5%

# Bezmocnost pacientů

---

- vyplývá z přehlížení personálem
  - je narušeno mnoho práv pacientů – omezena svoboda pohybu, nemohou navázat kontakt s personálem, minimální soukromí, jejich spis je volně přístupný, toalety často nemají dveře
  - PP uváděli, že se často cítili „neviditelní“
  - pacienti byli často verbálně i fyzicky trestáni, i před ostatními pacienty (nikoli před personálem – pacienti nejsou věrohodnými svědky)
-

# Rosenhanův závěr

---

- v prostředí psychiatrické léčebny není personál schopen rozlišit duševně zdravé a nemocné
  - pacienti trpí bezmocností, deperzonalizací, segregací, důsledky označení diagnózou (labelling)
-

# Hodnocení studie

---

- studie měla vliv na zkoumání reliability psychiatrických diagnóz
  - medicínský model klasifikace duševních poruch byl během posledních 30 let zpochybňován (např. rozlišením funkčních poruch a poruch s organickým podkladem)
-

# Hodnocení studie

---

- studie zjišťující shodu diagnóz provedených více psychiatry zjistily vysokou reliabilitu pro rozlišení organických a funkčních poruch, ale nízkou pro specifické diagnózy
  - rozdíly i mezi psychiatry z různých zemí (např. US-UK Diagnostic Project – při hodnocení videozáznamů klinických rozhovorů američtí psychiatři 2x častěji než britští diagnostikovali schizofrenii)
-

# Hodnocení studie

---

- reliabilitu možno zvýšit přesným vymezením kritérií, používáním standardizovaných posuzovacích stupnic atd.
  - dnes užívaná verze DSM - seznamy symptomů, z nichž musí být splněn určitý počet pro stanovení diagnózy + důležité kritérium: narušení běžného fungování pacienta
-

# Metodologické otázky

---

- kritika Ketyho (1974) – i v jiných oblastech medicíny jsou přijímáni simulující pacienti
  - často je však při vymizení symptomů diagnóza změněna (není obvyklé při nepřítomnosti jakýchkoli symptomů propustit pacienta s diagnózou „žaludeční vřed v remisi“)
-

# Metodologické otázky

---

- Spitzerova (1976) kritika: diagnóza *schizfrenie v remisi* je extrémně vzácná (zjistil průzkumem ve 13 nemocnicích) – z toho vyvodil, že Rosenhanovi PP byli propuštěni s diagnózou, která je *skutečným* pacientům dávána jen zřídka; a proto byly tyto diagnózy funkcí chování PP a nikoli prostředí léčeben (jak tvrdil Rosenhan)
-



# Následující výzkum

---

- Rosenhanova studie demonstrovala také význam psychiatrických nálepek (*diagnostic labelling*) – na rozdíl od diagnóz v jiných oborech medicíny přetrvávají déle,
  - a rovněž mají tendenci *sebenaplňující se předpovědi* (vše, co pacient dělá, je interpretováno v souladu s jeho diagnózou)
-

# Následující výzkum

---

- Lidnsay (1982) – provedl studii, ve které vzorku normálních osob ukázal nahrávky schizofreniků a normálních osob.
  - ZO byly rozděleny do 3 skupin – 1 nevěděla nic, kdo je Sch a kdo ne, 1 získala správnou informaci a 1 nesprávnou
-

# Následující výzkum

---

- výsledky – chování schizofreniků bylo posuzováno častěji jako abnormální, bez ohledu na poskytnutou informaci – zdá se, že label nehrál velkou roli
-

# Shrnutí

---

- Rosenhamova studie upozornila na způsoby, jakými je zacházeno s lidmi diagnostikovanými jako duševně nemocní; na neochotu psychiatrů změnit či odejmout jednou přidělenou diagnózu
-