



## **2** Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem

**Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné**

**Mgr. Barbora Wenigová** (1971) je klinický psycholog a rodinný psychoterapeut. V letech 1993 až 2004 pracovala v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov převážně s lidmi s psychotickými poruchami a jejich rodinami. V roce 2003 založila celonárodní organizaci příbuzných duševně nemocných Sympathea. Od roku 2005 nastupuje jako ředitelka do Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a pracuje zejména na projektech transformace a destigmatizace péče o duševně nemocné. Částečně se nadále věnuje klinické práci s pacienty v rámci soukromé praxe.

**MUDr. Petr Příhoda st.** (nar. 1939) promoval na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, jako psychiatr působil deset let v léčebně Horní Beřkovice a dalších dvacet let na pražské poliklinice. Byl orientován dynamicko-psychoterapeuticky. V letech 1990-91 byl poradcem českého premiéra. Od roku 1991 vyučuje etiku na 2. lékařské fakultě UK.



**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**  
Centre for Mental Health Care Development

## PRÁCE S RODINOU

(Mgr. Barbora Wenigová)

V této kapitole bych ráda poděkovala příbuzným duševně nemocných za jejich vstřícnost, se kterou s námi profesionály sdílejí svoje zkušenosti, a pomáhají nám tak lépe pochopit břímmě, které nesou.

### Dopad nemoci na rodiny

Rodina psychiatrického pacienta má důležitou roli v procesu jeho uzdravování. Nemoc, zvláště dlouhotrvající, znamená pro celou rodinu zátěž psychickou, sociální i finanční. Během historie se role rodiny měnila. Její původně centrální pozice v péči o nemocného člena se v minulém století dostala do pozadí a zodpovědnost postupně přebrala zdravotnická a sociální zařízení. V posledních desetiletích dochází k renesanci rodin. Důvodem je nesplněné očekávání a v důsledku toho zklamání z institucí a potvrzení nepostradatelnosti rodiny v procesu léčby. Je prokázáno, že se ani přes změny sociální struktury nesnižuje ochota pomoci nemocnému členu rodiny, jen se mění možnosti v poskytování péče. Faktory, které ovlivňují zvládání nemoci jsou:

- velikost rodiny
- role nemocného člena
- závažnost onemocnění
- prognóza
- délka a trvání nemoci
- náhlost objevení se nemoci
- výskyt komplikací
- komunikace v rodině
- způsoby zvládání obtíží v rodině

Reakce na vyskytnutí se nemoci v rodině probíhá ve fázích. První je fáze popření, tedy odmítání faktu nemoci. Pak přichází druhá fáze hněvu a agrese, kdy je snaha zmocit a změnit věci silou a vůlí. To je přechod k poslední, třetí fázi, a tou je smíření, kdy se členové rodiny postupně adaptují na nemoc a její důsledky. Psychiatrická nemoc má oproti fyzické nemoci dvě velké nevýhody. Za prvé většinou není lehké ji včas diagnostikovat a léčit a ani potom předvídat její průběh, a za druhé je opředena mnoha mýty a negativními předsudky lidí, jinak řečeno stigmatem, který vzniká především v důsledku neporozumění duševní nemoci.

### **Zde uvádíme příklady možných reakcí příbuzných na duševní nemoc:**

*Ztráta: Náš syn se dobře učil, představovali jsme si, že půjde na vysokou školu...*

*Zármutek: Máme pocit, jako by nám syna někdo vyměnil, jako bychom ho ztratili...*

*Zlost: Nedá se s ní mluvit. Zavírá se před námi a my nevíme, co se děje...*

*Smutek: Někdy si sednu doma sama, když jsou všichni pryč. A jen pláču...*

*Izolace: Už skoro s nikým nemluví. Bojím se, že přátelé ani kolegové by to nepochopili...*

*Zmatek: Nerozumíme, co se děje. Každý nám říká něco jiného...*

Zahlčení problémem: *Už v podstatě na nic jiného nemyslím. O ničem jiném už doma nemluvíme... Nespavost: Od určité doby, co má dcera potíže, nemohu spát. Spím jen několik hodin denně... Rozpory s partnerem: Můj manžel je stále v práci. Nechce o problémech slyšet. Nechápe to... Popírání: Dcera přišla z nemocnice, a teď chci, aby nastoupila do školy. Byla to jen přechodná obtíž, a vše bude zase dobré... Obviňování: Kdyby se manželka nechtěla rozvést, a nebyly doma hádky, syn neměl tyto potíže... Finanční zátěž: Syn nedostudoval. Ted' se stydí jít si říct o podporu. Živím ho a podporuji. Jak dlouho?... Pocity viny: Víím, říkali mi, že to není má vina. Ale stejně to budu vždy cítit. Jsou ve mně pochyby, co jsem jako matka udělala špatně... Změna: Celý život jsme žili navyklym způsobem. Nyní je všechno naruby. Nevíme, co bude dál...*

Z výše uvedeného vyplývá, že psychiatrické onemocnění dopadá na celou rodinu, nejen na postiženého jedince. To je důvod, proč je potřeba zahrnovat příbuzné do terapie. Jedna zahraniční studie například uvádí, že po pětiletém soužití (každý den kontakt více než pět hodin) s těžce psychicky nemocným mají členové rodiny příznaky klinické deprese. Problém je v tom, že málokterý rodič rozpozná svůj stav a přijde si říci o pomoc sama sobě (nikoliv nemocnému dítěti či rodiči).

### Vliv rodin na nemoc

Rodinná terapie vznikala v padesátých letech v důsledku snahy vysvětlit vznik schizofrenie. Studie z tohoto období jsou interpretovány tak, že obviňují rodiče a zejména matky z toho, že svým chováním přispívají ke vzniku nemoci. Tyto teorie jsou už dávno přežité. Nicméně autoři z těchto dob přispěli ke zkoumání komunikace v rodinách a jejímu vlivu na průběh psychiatrických nemocí. V šedesátých letech bylo u mnoha schizofrenních pacientů vysledováno, že se zhoršuje jejich psychický stav po propuštění z nemocnic do domácího prostředí. Zjistilo se, že se tak děje v důsledku nedobré atmosféry v rodině. V komunikaci rodičů s nemocným synem nebo dcerou se objevovaly dva jevy: nadměrné opečovávání a kritika. Nadměrné opečovávání je první reakce na chování nemocného člena a může vypadat například takto: „Sám si čaj neudělá, tak mu ho vždy po krátkém váhání udělám sama...“, „Neumí si sama poradit, tak řeknu, co má dělat...“. Snaha pomoci je správná, ale musí se zachovat prostor pro rekonvalescenci svých schopností a nacházení vlastních zdrojů.

Nadměrná péče je vystřídána neadekvátně vysokou mírou kritičnosti, vztahující se zejména k pacientově neschopnosti zapojit se zpět do aktivního života - „Musím ho do všeho strkat. Štve mě...“ nebo „Mám vztek, když ho vidím zase ležet...“. Hněv (i když to tak nevypadá) je znamením toho, že se rodiče začínají adaptovat na fakt nemoci. I kritika je užitečná a může pomoci „postrčit“ nemocného k činnosti, ale pokud je jí příliš, může působit opačně a způsobovat strach a nechuť. Přemíra podobných výroků stupňuje stres v rodině a vede k znovuoobjevení příznaků nemoci, nebo-li relapsu. V rodinách, kde je vysoká hladina těchto vyjadřovaných emocí, je až dvakrát vyšší počet relapsů duševní choroby (!). Obecně lze říci, že je velmi těžké odhadnout kdy pomáhat a kdy už nepomáhat a nechat řešení na nemocném členu rodiny. To je také jeden z nejfrekventovanějších dotazů na skupinách pro rodiče.

## Co rodiny chtějí slyšet?

Z mnohaleté zkušenosti můžeme říci, že příbuzní psychiatrických pacientů chtějí informace o nemoci (příčiny vzniku, léčba, prognóza atd.), dále vědět, kam se mohou obrátit v případech krize a oceňují výměnu zkušeností s lidmi podobného osudu.

Z psychoedukativních skupin pro příbuzné vybíráme nejčastějších otázek a problémů a dáváme stručnou odpověď.

- **Nemoc nebo povahový rys?**

Negativní symptomy

NE: kritika a hněv

NE: přílišná ochrana

ANO: pravidla a domluva

Samotný nemocný i jeho příbuzní ví, že problémem nejsou jen pozitivní příznaky, ale také méně zjevné příznaky negativní. Ztráta zájmu a chutě do činnosti, poruchy koncentrace pozornosti, ztráta vůle se po delší době projeví na kvalitě života – člověk je bez kontaktů s ostatními lidmi, leží v posteli, nechodí do školy ani do práce, má problém se zvládnutím základních nároků, včetně hygieny. Pro příbuzné je tato situace těžce pochopitelná a akceptovatelná. Je to stále ještě nemoc, nebo jen lenost? Nemůže to překonat, nebo nám to dělá schválně? Efektivní reakce nebývá přílišná kritika a konflikty ani přílišná ochrana a přebírání zodpovědnosti za nemocného. Jediné možné je zhodnotit možnosti nemocného a naplánovat činnost a stanovit pravidla dodržování učiněných domluv. Obecně platí, že argumentace přináší své plody, zejména je-li vedena v klidné atmosféře. Ve zhodnocování nároků i domluvách může pomoci neutrální a odborné zázemí u lékaře nebo rodinného terapeuta.

- **Jak reagovat na nezvyklé projevy?**

NE: logická argumentace

NE: souhlas

ANO: emoční účast

Tento dotaz se týká bludného přesvědčení a z něj vyplývajících výroků. Pokud nemocný mluví o tom, že díky němu bylo zemětřesení nebo může způsobit katastrofu jinému člověku, není dobré přisvědčovat ani bludy vyvracet logickými argumenty. Oboje by mohlo zvýšit úzkost a přivodit zhoršení psychického stavu. Co potřebuje člověk v této situaci je především uklidnění a pochopení. I když nemůžeme pochopit obsah projeveného, můžeme sdílet jeho pocity. Můžeme v tomto případě říci, že chápeme, jak musí být těžké cítit zodpovědnost za celý svět apod.

- **Jak zacházet s léky?**

Vedlejší účinky (nástup, projevy).

Mechanismus účinku.

Odmítnutí léků.

Psychiatrické léky mají mimo hlavní účinek také vedlejší, nežádoucí účinky. Patří mezi ně svalová ztuhlost a křeče, přešlapování v důsledku vnitřního napětí, samovolné pohyby, poruchy menstruace a také apatie, ospalost. Po některých lécích může být váhový přírůstek.

Je dobré vědět, jaký dopad farmakoterapie na chování a prožívání očekávat. Žádoucí účinek přichází u každého léku za jinak dlouhou dobu a také doba odeznívání po vysazení může být rozličná. Z důvodu výskytu zmiňovaných vedlejších účinků se často stává (zvláště na začátku léčby), že pacienti lék vysadí bez konzultace s lékařem. Pro tento případ je nutné informovat ošetřujícího psychiatra.

- **Kdy je nutná hospitalizace?**

Někdy ANO.

Nedobrovolný vstup.

Průběh hospitalizace (návštěvy).

V případech výrazného zhoršení stavu nebo ohrožování sebe či svého okolí je nutná hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebně. Délka hospitalizace by měla být adekvátní stavu pacienta, pokud možno co nejkratší. Na ni by měla navazovat ambulantní péče ve spolupráci s „komunitními“ službami (denní stacionáře, chráněné dílny, krizová centra atd.) plánovaná podle potřeb pacienta. Pokud se člověk nechce podrobit léčbě, je potřeba ho hospitalizovat nedobrovolně, což je nutno učinit s ohledem na veškerá lidská práva.

- **Jak se zachovat při sebevražedném jednání?**

Nepodceňovat.

Rychlá pomoc (lékař, telefonická linka, pohotovost).

Odkazujeme zde na část brožury o sebevražedách.

- **Jak zabránit relapsu?**

Umět rozpoznat varovné příznaky relapsu (obecné i individuální)

Včasná odborná pomoc

Varovné příznaky mohou být obecné nebo individuální. Mezi obecné patří například:

- Nespavost
- Neklid
- Podrážděnost
- Izolování se
- Změna nálady
- Nesoustředěnost
- Zhoršení paměti a pozornosti
- Ztráta zájmu o okolí
- Nechutenství atd.

Individuální varovný příznak je takový, který je typický spíše jen pro jednoho člověka.

- **Jakou péči poskytovat nemocnému?**

Zodpovědnost a péče.

Předávání zodpovědnosti.

Samostatnost, separace.

NE: obětování se

NE: nepřiměřené nároky

V době objevení psychických potíží, nástupu nemoci, akutní fáze a v prvních měsících léčby je potřeba zvýšené péče ze strany rodiny a převzetí některých úkolů za nemocného. Postupně (podle průběhu nemoci) je dobré postupně zvyšovat nároky. Cílem každé kompletní zdravý je co největší schopnost postarat se sama o sebe a žít kvalitním životem, třeba i s nemocí.

## • Kde najít porozumění?

Existují různé druhy práce s rodinami duševně nemocných. Jednou z nich jsou psychoedukativní skupiny pro skupinu cca 10 – 15 rodinných příslušníků a pacientů (nebo pro obě skupiny zvlášť). Skupiny jsou zaměřeny především na poskytování užitečných informací o nemoci a diskuzi. Témata skupin jsou vybrána vždy na jednu skupinu a mohou být:

- Definice duševních poruch (diagnostika, výskyt)
- Průběh duševní poruchy
- Příznaky duševních poruch
- Léčba I. – Farmakoterapie
- Léčba II. – Psychosociální léčba
- Prevence relapsu
- Nemoc, nebo povahový rys – jak to mohu rozpoznat?
- Zvládání krizových stavů
- Komunikace v rodině (jak správně komunikovat s nemocným)

Skupiny většinou probíhají tak, že na začátku je přednáška na dané téma. Uvedeme příklad, kdy je tématem skupiny „Příznaky duševních poruch“ – *odborníci mají přednášku o pozitivních, negativních a kognitivních příznacích.*

Po přednášce ti rodiče, kteří chtějí, popisují vlastní zkušenost na dané téma – *matka s otcem si například stěžují na to, že jejich 23letý syn, který se před měsícem vrátil z hospitalizace (po první atace psychózy), je stále unavený a skoro celý den proleží v posteli. Oni nepozorují už žádné příznaky akutní nemoci a chtějí, aby se vrátil do školy, nebo hrozí, že zmešká zkušební období.*

Na řadu přichází reakce ostatních rodičů ve skupině – *po svých zkušenostech vědí, že nepomohla kritika ani logická argumentace, které byly spíše zdrojem hádek a odporu nemocného. Je dobré mírnit vlastní očekávání, že vše se synem půjde stejně jako dříve. Nemoc neskončila vymizením pozitivních příznaků. Diskuzi pomohou uzavřít odborníci – nezájem a malá aktivita mohou být negativní příznaky, které je potřeba vnímat jako součást nemoci. Po tak krátké době (jeden měsíc) je dobré snížit očekávání a nezhoršovat stres. Je potřeba myslet také na nežádoucí účinky léků, které mohou tlumit aktivitu.*

Na závěr jsou zopakovány nejdůležitější informace věci z přednášky.

## **Svépomocné skupiny rodičů**

Další výraznou pomocí se zvládáním duševní nemoci jsou svépomocné skupiny rodičů, které se začaly v České republice zakládat před 10 – 15 lety a jsou zejména vedeny samotnými rodiči jako klubové skupiny příbuzných.

Hlavní význam příbuzenských aktivit spočívá v:

- Výměna informací, zkušeností
- Podpora
- Řešení konkrétních problémových situací

Skupiny v západních zemích mají za sebou i 30leté fungování a díky větší vyspělosti a vlivu jsou zaměřeny ještě na tyto důležité aktivity:

- Obhajoba práv pacientů a příbuzných
- Destigmatizační činnost

Dlužno říci, že i naše celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných Sympathea o. p. s. začíná působit v tomto duchu v českém i mezinárodním prostředí. Zde uvádíme některé druhy problémů, se kterými se rodiče duševně nemocných obraceli v rámci jejího poradny.

#### Příklad 1:

*Otec a matka mají 30letou dceru Janu, která je již od svých 16 let léčena na psychiatrii. Její diagnóza je schizofrenie. Dcera žije s rodiči v jenom bytě a podle nich není soběstačná a nemůže žít sama. Má invalidní důchod, občas dochází na terapii a do chráněné dílny. Rodiče jsou ochotni jí intenzivně pomáhat, ale v poslední době je dcera trápí tím, že už dál odmítá chodit na terapii i do chráněné práce. Nechce nic dělat ani doma, stěžuje si, že jí není dobře, ale zároveň nechce nikam jít pro pomoc. Jana říká, že rodiče jí musí žít a starat se o ni. Oni jsou staří, bojí se, co s ní bude v budoucnu, když nemá reálnou představu o své nemoci a sama se neuživí. Doma jsou čím dál intenzivnější konflikty, kdy rodiče většinou ustoupí. V poslední době musí ustupovat i před některými bizarními požadavky své dcery (opakování několikrát jednoho slova, hromadění nepotřebných věcí v bytě atd.). Neví si rady naopak, protože jim je jí líto, a naopak nepodléhat tlaku z její strany. Rodiče potřebují vědět, jak mohou pomoci své dceři a jak na ní reagovat.*

#### Příklad 2:

*Přichází dvě dcery Eva a Petra (22 a 26 let), jejichž matka se rok léčí pro bipolární poruchu. V současné době dochází jedenkrát měsíčně k ambulantnímu psychiatrovi. Přestala pracovat a čím dál víc se uzavírá před okolním světem. Do práce matka nechodí, po třech neúspěšných pokusech to vzdala, i když v práci jí možnost se vrátit dávají. Pracovala jako účetní ve firmě 15 let a byla velmi oceňována za svou pracovitost. Dcerám si často stěžuje, že jí nebaví život, že vše ztratila, nemá, co by jí těšilo, a je bez přátel. Obě se snaží matce vyhovět a nabízejí různé aktivity, kde trávit čas, i se samy nabízejí, že s ní někde půjdou. Vždy když se na něčem domluví, tak to matka na poslední chvíli zruší nebo se pak zapírá. Tlak ze strany dcer se zvyšuje, přestávají mít trpělivost. Snažily se oslovit psychiatra, ale tomu matka říká, že je vše v pořádku, a tak on problém nevnímá. Dnešní situace je taková, že matka se s dcerami skoro přestala kontaktovat. Její izolace je čím dál větší. Zdá se, že dcery se naplno psychicky věnují své matce a tomu, jak jí pomoci. Chtějí vědět, zda mají dál nabízet pomoc tímto způsobem.*

#### Příklad 3:

*Telefonicky se kontaktuje a posléze osobně přichází matka, která má syna hospitalizovaného na psychiatrickém oddělení nemocnice. Synovi je 23 let a hospitalizován je poprvé. Diagnózou si matka není jistá, ale zřejmě se jedná o psychotický stav. Syn začal slyšet hlasy, stáhl do svého pokoje a z něj nevycházel. Nakonec mu bylo psychicky tak špatně, že si sám došel na krizové centrum. Odsud utekl po třech dnech, a po týdnu doma se nechal bez velkých protestů rodiči odvézt na psychiatrickou kliniku. Když ho navštěvují, tak se chová klidně, úzkosti i hlasy ustoupily, ale cítí se stále „divně“ a jeví se odevzdaně. Chce domů, matce volá každý den. Ona potřebuje orientaci v systému psychiatrické péče. Chce vědět,*



co ji může čekat po propuštění. Je léčba na konci, nebo na začátku? Co je čeká?

## Rodinná terapie

Zvláštním druhem práce s rodinou je **rodinná terapie**. Dnes se s ní setkáme spíše v soukromých pracích, ale jsem přesvědčena, že má patřit k běžné nabídce každé větší psychiatrické služby. Rodinná terapie se doporučuje zejména tam, kde je potřeba intenzivnější práce a podpory rodinného systému v důsledku horšího průběhu nemoci, důležitých změn u nemocného (například nástup do práce), náročné rodinné situace (separace, rozvod rodičů, rodič samoživitel atd.). Faktory ovlivňující průběh nemoci jsme popsali výše.

**Obecně lze vyjmenovat tyto kroky jak pomoc rodinám duševně nemocným:**

- **Informace o nemoci a léčbě.**
- **Zapojení do léčby.**
- **Sejmutí pocitů viny.**
- **Pomoc v konkrétních situacích.**

## Časné psychiatrické stavy a proč se rodiny bojí si říci o pomoc

Odborníci si často kladou otázku, proč rodiče přicházejí s prosbou o pomoc teprve po roce nebo roce a půl, kdy se objevily první příznaky. Se znalostí prevence relapsu a vztahu časné terapie a pozdější lepší prognózy se tato otázka může změnit až v obviňování rodičů, že nepřišli včas.

Důležité je vědět, že za prvé systém péče v České republice nenabízí optimální služby k časným záchytům jako v zemích s vyspělou psychiatrickou péčí (není dostatek krizových center, neexistují mobilní týmy, praktičtí lékaři nejsou zapojováni do prevence relapsu atd.), takže ohrožený jedinec může navštívit 5 až 10 institucí, než se mu dostane adekvátní péče u specialisty. Za druhé je potřeba respektovat jiné, především emoční důvody, které způsobují, že rodiny odmítají pomoc. Připomeňme si některé z nich:

### **Víra, že jde o přechodnou fázi.**

*„Věděli jsme, že dlouhou dobu není něco v pořádku. Říkali jsme si, že to pomine, když počkáme... a že všechno bude zase dobré...“*

### **Neschopnost rozlišit mezi psychicky neadekvátním chováním a normálním adolescentním chováním.**

*„Náš syn začal říkat a dělat podivné věci, ale když jsme to říkali jiným rodinám, tak jsme zjistili, že jejich synové a dcery v tomhle věku se chovají stejně nezvyklým způsobem...“*

### **Strach, co se mohou dozvědět.**

*„Je to, jako když máte problémy se zdravím, a víte, že byste se měli vyšetřit... My se ale bojíme, že nám mohou říci něco špatného.“*

## **Stigma psychiatrických pacientů.**

*„Kdyby se jednalo o něco fyzického, tak bychom vyhledali pomoc dříve, ale takhle nechceme připustit, že by mohl někdo v naší rodině onemocnět duševní chorobou...“*

## **Mýty a fakta o schizofrenii**

Mezi lidmi existuje mnoho mýtů a předsudků o schizofrenii. Toto slovo jsou často spojeno se strachem i zvědavostí. Je opřeno fantaziemi již z dob minulých. Dříve se například věřilo, že duševně nemocní jsou posedlí ďáblem a zlou magií. Dnes se můžeme této pověře pousmát, ale i v 21. století existují představy, které stejně jako v minulosti staví lidí s psychiatrickou diagnózou mimo společnost.

Vybrali jsme jen některé z nich:

***Schizofrenie znamená rozpolcenou či mnohočetnou osobnost.***

***Za tuto nemoc jsou vinni rodiče.***

***Schizofrenní pacienti jsou agresivní.***

***Se schizofrenními lidmi se nedá mluvit rozumně.***

***Schizofrenní lidé by se měli zavírat do nemocnic, léčeben.***

***Za schizofrenní lidi musí vždy nést zodpovědnost někdo jiný.***

***Schizofrenie je nevléčitelná.***

***Schizofrenní lidé jsou hloupí či retardovaní.***

### **- Schizofrenie znamená rozpolcenou či mnohočetnou osobnost.**

Pojem schizofrenie pochází z řeckého jazyka a v překladu to jsou skutečně dvě slova: „rozdělení“ a „duše“. To však znamená dezintegraci myšlení a emocí, NIKOLI rozdělení člověka do dvou či více osobností.

### **- Za tuto nemoc jsou vinni rodiče.**

Pravdou je, že v rodinách s duševně nemocným člověkem je možno vysledovat některé potíže v komunikaci. NENÍ to ale příčinou nemoci. O jejím vzniku existuje mnoho hypotéz, naprostá většina z nich však předpokládá nutnost spolupůsobení biologických, psychologických a sociálních faktorů.

### **- Schizofrenní pacienti jsou agresivní.**

Schizofrenní pacienti jsou spojováni více než často s agresivním chováním a násilnými činy. Toto se děje hlavně vinou médií, které obvykle ukazují lidi trpící schizofrenií jen ve velmi negativním světle – informují o spáchaných bizarních násilnostech a neopomenou zdůraznit diagnózu. Pravdou je, že se takové činy vyskytly a vyskytují, že lidé se schizofrenií jsou schopni agresivního jednání – ALE NE více než ostatní. Je prokázáno, že se na celkovém výskytu násilí ve společnosti schizofrenní pacienti podílí pouze 1 – 2 %. Za zmínku stojí, že v klinické praxi se u pacientů častěji než s násilím vůči druhým setkáváme s násilím vůči sama sobě.

### **- Se schizofrenními lidmi se nedá mluvit rozumně.**

Psychotičtí pacienti jsou nevypočitatelní, nesrozumitelní, divní a říkají veskrze nesmysly. Takto se uvažuje o schizofrenních pacientech. ANO, existuje fáze onemocnění, kdy jsou přítomny poruchy myšlení

a vnímání. Lidé jsou pod vlivem bludů a mohou mluvit a jednat nesrozumitelně. Kontakt s nimi je v tuto dobu obtížný, protože zároveň nemají velký náhled na své obtíže.

ALE tato epizoda netrvá příliš dlouho (průměrně několik týdnů) a mimo tyto tzv. akutní fáze je člověk schopen normálního rozumného kontaktu. Může a chce většinou rozhodovat o svém životě i o léčbě. Podpora pocitu zodpovědnosti za svůj osud naopak zvyšuje pravděpodobnost dobrého výsledku léčby.

#### - **Schizofrenní lidé jsou hloupi či retardovaní.**

Vzhledem k některým příznakům nemoci a jejich projevům v chování se může někdy zdát, že za těmito projevy nemocného je snížená inteligence. Média nezdůrazňují lidi s psychózou s lidmi mentálně retardovanými. NENÍ to však totéž. Mentální retardace postihuje lidi na všech možných úrovních inteligence. Psychózy sice způsobují různé závažné problémy a poškození kognitivních funkcí (pozornost, paměť), ale ty neovlivňují hodnotu celkové inteligence.

#### - **Schizofrenní lidé by měli být zavřeni v nemocnicích, léčebnách.**

V akutní fázi nemoci je velmi důležité podání léků a někdy také hospitalizace. Po odeznění akutních příznaků je však žádoucí, aby se tito lidé vraceli do svého prostředí. V této fázi mají potíže v kontaktu s ostatními lidmi (strachy, pocity méněcennosti atd.), ty se však dlouhodobým pobytem v léčebnách mimo společnost nezlepší, ba naopak.

Mnoho z nich může žít v normálním prostředí, starat se o sebe a fungovat ve společnosti. Navíc se stále častěji ukazuje, že se léčba i akutních psychóz může obejít bez hospitalizace, pouze v ambulantních podmínkách. Efektivní jsou taky různá komunitní (mimoléčebenská) zařízení a služby jako chráněné bydlení či zaměstnání, která k návratu do normálního života pomáhají.

#### - **Schizofrenie je nevléčitelná.**

Schizofrenie je dlouhodobé onemocnění projevující se i v opakovaných epizodách, jehož léčba může trvat od měsíců po roky. Pravdou je, že někteří lidé prožijí tolik epizod během svého života, že je nemoc trvale poškodí. NENÍ však pravda, že KAŽDÝ kdo onemocní psychózou je nevléčitelný. Odborná literatura uvádí, že 20 – 25% lidí potká jen jedna epizoda psychózy bez dalších následků, 32% prožije více epizod se žádným nebo minimálním poškozením sociálního fungování. Na druhou stranu u 40% dochází s každou další epizodou k většímu poškození v sociálním a psychologickém fungování.

#### - **Za schizofrenní lidi musí vždy nést zodpovědnost někdo jiný.**

Je pravdou, že mnoho z těchto lidí má potíže navrátit se do škol či zaměstnání a převzít zodpovědnost za své aktivity. NENÍ to ale jev obecný, neměnný. Potíže mohou být výraznější například po akutní fázi, při výrazných symptomech nemoci, ve vypjatých stresových situacích. Problémy se zodpovědností, prací či studiem však mají i lidé bez psychotických obtíží. Ve fázi remise je mnoho pacientů schopno postupně vykonávat pracovní činnost a přebírat zodpovědnost. Podaří-li se to, pak tato sociální integrace výrazně napomáhá k celkovému uzdravení.

### **Jak vzniká stigma?**

Stigma je možná to nejtěžší, co nemoc přináší. Je všudypřítomné, dlouhodobé. Etymologicky se výraz „stigma“ odvíjí z řečtiny a vystihuje výraz „vypálené znamení“.

Duševní nemoc je ve společnosti označení, jakási nálepka, kterou postižený „nosi“ často celoživotně. Je to poškození pověsti, jména člověka. To co je pro každého z nás důležité, to, co stavíme celý život, je náhle přetrženo diagnózou duševně nemocného. Se stigmatem je spojen pocit hanby a strach z posměchu. To může způsobit i fakt, že se lidé bojí vyhledávat odbornou psychologickou pomoc, když cítí znovu problémy. Stigma je mnohdy příčinou neschopnosti najít si práci či nastoupit do školy, příčinou užívání drog, bezdomovectví, sociální separace a dlouhodobých pobytů v léčebnách. Negativní vliv je tak velký, že se někdy mluví o „druhém onemocnění“, které se může následkem stigmatizace vyvinout.

### ***Co je příčinou vzniku stigmatu?***

Mýty, nepochopení a ignorace faktů se snoubí s minimálním skutečným kontaktem s lidmi se schizofrenií, vše násobeno přirozeným strachem z neznámého a z nemocí. To je základním vzorcem pro jev nazývaný stigma.

### ***Jak bojovat se stigmatem?***

Nejefektivnější pomoc je:  
informace & edukace  
kontakt s člověkem s psychózou.

### **Kontakty na svépomocné skupiny příbuzných duševně nemocných v Praze:**

SYMPATHEA, o. p. s. – celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných

Bulharská 26

101 00 Praha 10

tel.: +420 776 061 541

[www.sympathea.cz](http://www.sympathea.cz)

e-mail: [sympathea@sympathea.cz](mailto:sympathea@sympathea.cz)

Ondřej, sdružení na pomoc duševně nemocným

Nad Ondřejovem 890/36

140 00 Praha – Podolí

Tel.: +420 241 444 198

Mobil: +420 775 707 002

E-mail: [dpsondrejov@iol.cz](mailto:dpsondrejov@iol.cz)

www: <http://www.ondrejov.cz>

Svépomocná rodičovská skupina

ESET – FAMILY

Hekrova 805

149 00 Praha 11

tel.: 272 937 712

[esetfamily@centrum.cz](mailto:esetfamily@centrum.cz)

[www.esetfamily.wz.cz](http://www.esetfamily.wz.cz)

Občanské sdružení Ozvěna,  
sdružení rodinných příslušníků a přátel s psychosociálním handicapem  
Dolákova 24  
180 00 Praha 8

### **Kde příbuzní (i pacienti) mohou najít další informace?**

Kamil Kalina: „*Jak žít s psychózou*“. Vydal Portál s. r. o., Praha, 2001.

Ján Praško, Martin Bareš, Jiří Horáček, Pavel Mohr, Lucie Motlová, Dagmar Seifertová, Filip Španiel:  
„*Léčíme se s psychózou – Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných Psychózách*“. Vydal Medical  
Tribune CZ, Praha, 2005.

MUDr. Lucie Motlová, MUDr. Filip Španiel, PhD., MUDr. Eva Kitzlerová, PhD., MUDr. Peter Korcsog,  
MUDr. Jana Vránová: „*Preduka - Preventivně edukační program proti relapsu psychózy*“. Vydal Evyan  
spol. s. r. o., 2007.

### **Webové stránky:**

[www.sympathea.cz](http://www.sympathea.cz)

[www.stopstigma.cz](http://www.stopstigma.cz)

# O LÉKAŘSKÉ ETICE PRO AMBULANTNÍ PSYCHIATRY A PRAKTICKÉ LÉKAŘE

(MUDr. Petr Příhoda st.)

## Etika, morálka, racionalita, svědomí...

V běžném úzu je významový vztah *etiky* a *morálky* nejasný. Oba termíny bývají pokládány za synonyma nebo jsou pro jistotu vyslovovány jedním dechem: „etika a morálka“ (podobně jako „Bosna a Hercegovina“). V zájmu srozumitelnosti se budu řídit pojetím zastávaným v literatuře častěji: *etika a morálka se mají k sobě jako teorie a praxe*.

*Morálka* je prakticky osvědčovaná schopnost správně (resp. dobře) hodnotit, rozhodovat, jednat, zatímco *etika* je racionální (kritická) reflexe této praxe; je to úvaha či rozprava o tom, co je dobré, resp. správné. Obojí předpokládá a priori vědomí rozdílu mezi pravdou a nepravdou a mezi dobrem a zlem. Jde o atribut lidství. Příroda je „mimo dobro a zlo“. Např. „španělskou chřipku“ (1919) morálně nehodnotíme a eticky neanalyzujeme, první světovou válku ano.

Morálka i etika má každá svého garanta („kompas“). Garantem naší morálky je *svědomí*, garantem etické reflexe je *rozum*.

*Svědomí* je komplex kognitivních a volních dispozic, tedy také psychologická struktura, která se v průběhu ontogenezy vyvíjí (internalizací norem, identifikací se vzory, vrůstáním do JÁ). Morálka dítěte je *heteronomní*, „dálkově řízená“ vnější autoritou (rodičovskou aj.). Morálka dospělého má být *autonomní*. Nezaměňujeme však autonomii, tj. odpovědnou svobodu, se svévolí. Svědomí, tedy i morálka má – jako všechno – svou patologii.

Definovat *racionalitu* je těžší. Usnadním si to tím, co říká *Hilary Putnam* o síle argumentu: „Nikomu nelze dokázat, že existuje cosi jako síla argumentu. Kdo ale někdy zažil, jak v některé důležité věci mění své dosavadní přesvědčení právě vahou argumentu, ten nemůže popřít, že něco takového existuje.“- Onou „vahou“ je evidence, zvláštní druh intuitivního náhledu, vyjadřovaného slůvkem „aha“ (něm.: „Aha-Erlebnis“). Je to schopnost rozumu dobírat se dostupné *pravdy*. Jejím překážkou je *možnost omylu*, často i *nesnáze poznání*, které svádějí k rezignaci na hledání (jejím projevem bývá tvrzení, že neexistuje objektivní závaznost pravdy, nýbrž jen různé úhly pohledu). Omyl však lze nahlédnout a odlišná hlediska lze syntetizovat. Nástrojem obojího je – opět – racionalita čili rozum.

## Kam patří etika svým „žánrem“?

Bývá řazena k normativním vědám (jako právní vědy). Častěji je pokládána za „praktickou filozofii“. Asi větším právem, protože sdílí s filozofií její osud. Od dob Huma a Kanta se evropská filozofie zabývá kritikou racionálního poznání a zpochybňuje jeho jistotu. Vyvrátit jí to nelze. Lze jen připomenout Putnama.

Během 20. století se proměňuje myšlenkové klima moderní společnosti. Vytrácí se víra v *dostupnost a závaznost objektivní pravdy* a autoritu si zjednává *subjektivismus, relativismus a konvencionalismus*. Jinými slovy: pravda je to, k čemu jsem *já* dospěl, co platí z *mého* úhlu pohledu, případně na čem jsme se *dohodli*, že budeme pokládat za pravdu..

Tento postoj (postmodernismus) se promítá i do uvažování o etických tématech. Slýcháme, že dnes je směrodatným společenský konsens, jemuž se někdy říká *postmoralistní*. V něm prý platí, že „neexistují pevná pravidla, podle nichž by se mělo řídit či regulovat právo na hledání osobního štěstí (...). Pokud snad

existují, nikdo je nesmí nikomu doporučovat či vnucovat. Činí-li tak, dopouští se faux-pas; je to netolerantní nepřítel moderní společnosti, jejích nových svatých hodnot, jimiž je individualistický nárok být „happy“, a to po svém, bez svazujících pout omezení a povinností vůči něčemu jinému než svému posvátnému JÁ.“

Toto krédo, důsledně vzato, znamená *konec etiky*. Místo ní je možná pouze *psychologie a sociologie mravů (zvyklostí)*. – Otázka: Ize tento posun nazvat *demoralizací*? Domnívám se, že ano. Dokonce se obávám, že mu neuniklo ani pěstování tzv. čisté vědy. Moderní věda chce být vnitřně koherentním systémem výpovědí. Tomuto ideálu se nejvíce blíží fyzika. Každá jednotlivá věda vidí v její formální struktuře svůj vzor. Comu neodpovídá, je „nevědecké“. Odtud obrovské pokušení *redukcionismu*, tj. snahy vysvětlit zkoumanou skutečnost zákonitostmi, které platí pro *nižší stupeň uspořádání jsoucna*. „Vědecký“ výklad témat duchovní a morální povahy se pak děje na úrovni psychologické a sociologické, jevy duševní a společenské jsou vysvětlovány biologicky a fenomén života – fyzikálně-chemicky. – Moderní věda si nadto vytýčila zásadu *poznávat, ale nehodnotit*, její výpovědi mají být „value-free“. Abstinence od hodnocení ale usnadňuje *rezignaci na odpovědnost vědce*. Ta se často projevuje ochotou podřídit výzkumnou praxi silám trhu.

## O lékařské etice

Před 2. světovou válkou lékařská etika jako soustavně pěstovaný obor neexistovala, nebylo třeba. *Pak se cosi stalo*: procitnutí svědomí šokem, který vyvolalo zneužití medicíny v nacistických koncentračních táborech. Lékaři tam realizovali výzkumné projekty, kdy nedobrovolnými pokusnými objekty byli vězňové, kteří při tom často umírali v útrapách. Před norimberským tribunálem ohromili tito lékaři znovu: hájili se odkazem na etický utilitarismus a jeho zásadu maximálního prospěchu pro maximum lidí. Výsledky jejich výzkumu prý poslouží lidstvu až do skonání věků.

Z tohoto zděšení vyvstal záměr: vytvořit lékařskou etiku jako závazný obor, který bude nadále pěstován a vyučován. A jeho zásady formulovat tak, aby byly zřejmé každému normálnímu člověku bez ohledu na jeho osobní světonázor. My jsme se tohoto úsilí neúčastnili, oddělila nás od něj „železná opona“. Byli to zejména anglosasští autoři, kteří se pokusili formulovat *čtyři základní principy lékařské etiky* (v anglicky psané literatuře se jí často říká *bioetika*):

- princip *nonmaleficence* (nám známé „primum non nocere“),
- princip *beneficence* (doslova „dobročinnosti“; znamená prostě „Pomáhej!“),
- princip *respektování pacientovy autonomie* (neboť jde o jeho zdraví a život) a
- princip *spravedlnosti* (ohledu na oprávněný zájem „třetích osob“; první a druhou osobou je pacient a lékař. Spravedlivé má být např. sestavování pořadníku).

Obecně vzato, platnost těchto principů je evidentní, není třeba ji zdůvodňovat. Jejich aplikace v konkrétním případě nebývá vždy snadná. Často nevíme, že něčím ubližujeme. Nesnadno zjišťujeme, co je „benefit“, jaké řešení je spravedlivé apod. Někdy se ocitáme v dilematu: respektování jednoho principu vede k opominutí jiného, zejména v bezprecedentní situaci (to se netýká prvního, který platí kategoricky: nikdy nejsme nuceni pacienta poškodit, nanejvýš volíme menší zlo).

## Aktuální problémy lékařské etiky

Existují překážky, které brání lékařům v odpovědném etickém hodnocení situace. Jsou to např. *společenské tlaky*, zejména ekonomické, politické, včetně poměrů v resortu zdravotnictví. Jsou to *deficitní modely*

vztahu lékař-pacient: model byrokratický, tržní, právní, badatelský. Zvláštní postavení má model *pater-  
nalistický* (je deficitní, ale někdy jsme nuceni na něj přistoupit, protože pacient „na víc nemá“, ale měl by  
dostat šanci). Ideálem je model partnerský („já pán, ty pán“, i když striktní symetrie možná není). – V zda-  
leka neposlední řadě je překážkou *individuální indispozice* v osobnosti lékaře, jeho mentální nezralost, jeho  
preferované strategie dané jeho základním životním postojem, např.: *alibismus, cynismus, narcismus*.

Lékařská etika je kontroverzní půdou, na níž se vedou spory. Jsou dvojího druhu:

- (1) Nejistota, jak se vypořádat s *ekonomickým* omezováním možností medicíny (cost/benefit).
- (2) Spor *konzervatismu a liberalismu*, daný neslučitelnými „filozofiemi člověka“. Spornými tématy jsou počátek a konec života (eutanazie, potrat, znalost genomu, reprodukční medicína, pokusy na lid. embryích, kmenové buňky, klonování...). – Konzervativní postoj hájí zásadu, že ne vše, *co umíme, také smíme*, a snaží se ji zdůvodnit. Liberální postoj hlásá opak („proč ne?“); inspiruje se směrnicí „value-free“.

### Loci minoris resistentiae – v psychiatrii

Psychiatr zpravidla neřeší otázky počátku a konce lidského života. Kamenem úrazu jeho profese je *třetí bioetický princip* (respektování pacientovy autonomie). – Duch doby, její politická a mediální rétorika, ji jednostranně akcentuje (ve jménu ideje *lidských práv a svobod*), což ztěžuje rozpravu o nezbytné diskri-  
minaci a o přípustných represích.

I bez ohledu na tyto dobové trampoty je psychiatrické prostředí (i geriatrické, pediatrické) prostorem *zvýšeného pokušení depersonalizovat (degradovat) pacienta*. Lékař má totiž nad ním reálnou mentální převahu. Snáze propadá pocitu *absolutní superiority*, zejména při nevyřešených problémech své vlastní narcistické rovnováhy. – Jak ale zdůvodnit respektování pacienta (zejména těžce oligofrenního, dementního, psychotického), jehož autonomie je podstatně omezená, ba i nulová? Snadné to není. Přesto máme respektovat *bytostné určení* druhého: čím *byl*, čím *měl být*. I důvěrně individuální zkušenost napovídá, že hluboce dementní rodič je mým tátou, mojí mámou, že mé hluboce retardované dítě je – moje dítě. A že bych s nimi neměl zacházet jako s věcí. Profesionální rutina, již se nelze zcela vyhnout, nám ztěžuje akceptovat *schweitzerovský étos úcty k světu a životu*. Dostojevský řekl, že „milovat druhého znamená vidět ho takovým, jakým ho chtěl mít Bůh“. Nevíme a asi se nikdy nedovíme, proč se to Bohu občas „nepovedlo“, ale přesto...

Mentální „znevýhodnění“ psychiatrického pacienta často činí represí nezbytnou, ale také k ní svádí. A to i u pacientů, kteří nejsou dementní či psychotičtí. – Terapeut se má angažovat svou *odborností i osobností*. Má být *expertem i průvodcem*. Různé obory akcentují obojí požadavek v různém poměru, a nejen ony: také terapeutovy individuální dispozice a volby. Současný filozofický antagonismus věd přírodních a humanitních se promítá i do medicínské, zejména psychiatrické praxe. Expert se stává spíše biologickým či behaviorálním terapeutem, průvodce spíše dynamickým psychoterapeutem. Obojí zná i pokleslou podobu: expert se stává manipulátorem, průvodce zaujme roli „guru“. Manipulací je vlastně obojí, by´ pokaždé na jiné úrovni ovládnání druhého.

Situací, kdy toto všechno můžeme sledovat „in flagranti“, je *komunikace lékař – pacient*. Většinou a zkušenost v našich poměrech říká, že se „lékař s pacientem nebaví“. Třebaže třetí. bioetický princip praví, že nezbytnou podmínkou rozhodování lékaře má být *poučený souhlas pacienta* (informed consent), lékař ho často neinformuje. Anebo ne tak, aby pacient rozuměl. Ten se neodvažuje ptát. Zeptá-li se, lékař zareaguje tak, že pacient už nemá odvahu se přepat. Je *vmanévrován* do role poddajného objektu (což působí zlobně na terapeutický vztah).



## Dvě závěrečné poznámky

Povinnost *odpovědně jednat*, tj. respektovat etiku, znamená vnímat problém ze všech hledisek (a nejen z některých, to je pragmatismus). U každého, i u lékaře, naráží na různá *omezení*: osobní, situační, systémová, „atmosférická“ (duch doby). Ta mohou být v přesile, kterou nelze překonat. Přesto je záhodno jí čelit. Přínejmenším o ní vědět a nezhodit flintu do žita. I kdyby mělo jít o poctivý ústupový boj (kdo se nechce na stará kolena hanbit za svůj život, musí se stát tak trochu disidentem).

O etickém rozměru lidského konání je záhodno *přemýšlet*. Např. o tom, zda je tzv. etické chování pouze „evolučním zvýhodněním“, jak tvrdí sociobiologové, anebo zda vychází z respektu k hodnotám, které mají nadosobní povahu, a přitom nejsou jen naší projektivní konstrukcí. To jsou ovšem kontroverzní *světonázorové (filozofické) otázky*. Odpověď na ně nejen pasivně přejímáme (z „atmosféry“), ale také si ji volíme.

Vážnému zájemci, který se nezalekne náročnosti filozofického textu, doporučuji mj. knihu *Hans Jonas: Princip odpovědnosti*.

*Předneseno na semináři pořádaném Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví 24. a 31. ledna 2008 v Praze 4 a 6.*





**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**  
Centre for Mental Health Care Development